

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Comunitária**

Relatório de Estágio

**Literacia para a Saúde relacionada com estilos de vida  
saudáveis**

**Mariana Pimentel Gonçalves Mota**

**Lisboa**

**2018**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Comunitária**

Relatório de Estágio

**Literacia para a Saúde relacionada com estilos de vida  
saudáveis**

**Mariana Pimentel Gonçalves Mota**

Orientador: Professora Doutora Maria Lourdes Varandas

Co-Orientador: Sem Co-Orientador

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos  
não é senão uma gota de água no mar. Mas o  
mar seria menor se lhe faltasse uma gota”*

Madre Teresa de Calcutá

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Lourdes Varandas pela competência como orientadora,  
partilha de conhecimentos, disponibilidade e apoio em todos os momentos.

Ao Enfermeiro Rogério Dinis pela disponibilidade no desenvolvimento deste  
projeto.

A toda a equipa multiprofissional da USF Oriente e aos utentes que  
participaram neste projeto, pelo seu contributo.

A todos os colegas do 8º Curso, sem vocês o caminho seria muito mais árduo.

Ao Tiago, por todo o Amor, carinho e compreensão em todos os momentos.

Sem ti, seria impossível chegar aqui!

Aos meus pais, pelo apoio e paciência, sem os quais este relatório não teria  
fim.

A todos os amigos e familiares que ficaram privados da minha presença e nem  
por isso deixaram de me apoiar!



## LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

**ACeS:** Agrupamento de Centros de Saúde

**ARSLVT:** Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo

**DM:** Diabetes *Mellitus*

**CES:** Comissão de Ética para a Saúde

**CSP:** Cuidados de Saúde Primários

**DGS:** Direção Geral de Saúde

**CNPD:** Comissão Nacional de Proteção de Dados

**DPOC:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**HLS-EU:** Questionário Europeu de Literacia para a Saúde

**HLS-EU-PT:** Versão Portuguesa do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde

**HTA:** Hipertensão Arterial

**IMC:** Índice de Massa Corporal

**OE:** Ordem dos Enfermeiros

**OMS/WHO:** Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization*

**PNPAS:** Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

**PNS:** Plano Nacional de Saúde

**RSL:** Revisão Sistemática da Literatura

**SCO:** Sentido de Coerência

**SICAD:** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

**SPSS:** *Statistical Package for the Social Sciences*

**USF:** Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

A Literacia para a Saúde é cada vez mais um assunto emergente, nos Cuidados de Saúde Primários, enquanto primeiro contacto dos utentes com os serviços de saúde. O questionário HLS-EU-PT, aplicado em Portugal, revela que cerca de metade dos portugueses apresentam um índice inadequado ou problemático, no índice geral e em todos os sub-índices: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença.

Para o enquadramento teórico, foi realizada uma *scoping review*, em que se partiu da questão: De que forma a Literacia para a Saúde é utilizada, em CSP, para promover a saúde através da adoção de estilos de vida saudáveis, na população adulta sem doença crónica comunicável?

O Projeto de Intervenção Comunitária decorreu numa USF, em Lisboa, com a finalidade de contribuir para uma melhor Literacia para a Saúde e compreensão das instruções em saúde dos utentes.

Para a sua consecução foi seguida a Metodologia de Planeamento em Saúde, o Modelo de Literacia para a Saúde de Sørensen *et al* e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Para o Diagnóstico de Situação, aplicámos o HLS-EU-PT, presencialmente, a 128 utentes. O tratamento dos dados foi feito através de uma análise estatística descritiva, no programa SPSS. Após a priorização dos problemas identificados, foram formulados os diagnósticos mais emergentes, definidos os objetivos para a intervenção e selecionadas as estratégias a implementar. Foram realizadas ações educativas individuais com dois temas: Atividade Física e Alimentação Saudável.

Após a aplicação de questionários de avaliação das ações educativas, concluímos que os indicadores de avaliação definidos foram alcançados e os objetivos específicos da intervenção atingidos.

**Palavras-chave:** Literacia para a Saúde; Estilos de Vida Saudáveis; Promoção da Saúde; Enfermagem de Saúde Comunitária.

## ABSTRACT

Health Literacy is increasingly an emerging subject, in Primary Healthcare, as first contact of patients with healthcare services. The HLS-EU-PT questionnaire, applied in Portugal, reveals that about half of portuguese have an inadequate or problematic level in the general index and in his three domains: healthcare, health promotion and disease prevention.

For the theoretical framework, a scoping review was carried out, starting with the question: How is Literacy for Health used in Primary Healthcare to promote health through the adoption of healthy lifestyles, in the adult population without communicable chronic diseases?

The Community Intervention Project was held at a USF in Lisbon, with the purpose of contributing to a better Health Literacy and users understanding of health instructions.

The Health Planning Methodology, Sørensen's *et al* Integrated Model of Health Literacy and the Health Promotion Model by Nola Pender were followed.

For the Situation Diagnosis, we applied HLS-EU-PT, in person, to 128 users. Data processing was done through a descriptive statistical analysis, in the SPSS program. After prioritizing the identified problems, the most emergent diagnoses were formulated, the objectives for the intervention were defined and the strategies to be implemented were selected. Individual educational actions were carried out with two themes: Physical Activity and Healthy Eating.

After the application of questionnaires to evaluate educational actions, we conclude that the defined evaluation indicators were reached and the specific objectives of the intervention reached.

**Keywords:** Health Literacy; Health lifestyles; Health Promotion; Community Health Nursing.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>13</b>
1.1. <i>Scoping Review</i> .....	13
1.2. Evolução do conceito de Literacia para a Saúde .....	16
1.3. Modelo conceptual da Literacia para a Saúde.....	21
1.4. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....	27
<b>2. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	<b>32</b>
2.1. <b>Diagnóstico de Situação</b> .....	<b>33</b>
2.1.1. Contextualização do Local de Intervenção.....	33
2.1.2. Constituição da População-alvo e amostra .....	34
2.1.3. Instrumento de Colheita de Dados .....	35
2.1.4. Questões éticas e pedidos de autorização.....	36
2.1.5. Tratamento, apresentação e discussão dos dados e resultados .....	38
2.2. <b>Identificação e priorização dos problemas</b> .....	<b>39</b>
2.2.1. Diagnóstico de Situação, segundo a taxonomia CIPE .....	45
2.3. <b>Fixação de Objetivos</b> .....	<b>46</b>
2.4. <b>Seleção de Estratégias</b> .....	<b>47</b>
2.5. <b>Preparação Operacional</b> .....	<b>48</b>
2.6. <b>Avaliação</b> .....	<b>49</b>
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	<b>53</b>
3.1. <b>Limitações e sugestões do Projeto de Intervenção Comunitária</b> .....	<b>53</b>
3.2. <b>Reflexão sobre o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem de Saúde Comunitária</b> .....	<b>55</b>

<b>3.3. Considerações finais .....</b>	<b>59</b>
--	-----------

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>60</b>
---	-----------

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1** – *Scoping Review*

**Apêndice 2** – Distribuição das subdimensões da Literacia para a Saúde pelas questões do HLS-EU-PT

**Apêndice 3** – Cronograma de Atividades

**Apêndice 4** – Impresso Consentimento Informado

**Apêndice 5** – Tratamento de dados

**Apêndice 6** – Planos de sessão das ações educativas

**Apêndice 7** – Questionários de avaliação das ações educativas

## **ANEXOS**

**Anexo 1** – Índices Nacionais de Literacia para a Saúde

**Anexo 2** – Fases do Processo de Planeamento em Saúde

**Anexo 3** – Pirâmide etária da USF Oriente

**Anexo 4** – Questionário HLS-EU-PT

**Anexo 5** – Autorização Utilização HLS-EU-PT

**Anexo 6** – Autorizações do Contexto: ACeS e USF

**Anexo 7** – Parecer da CES da ARSLVT

**Anexo 8** – Formulário e aprovação da autorização da CNPD

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Determinantes de saúde, segundo Dahlgren e Whitehead .....	17
<b>Figura 2:</b> Vantagens da Literacia para a Saúde .....	22
<b>Figura 3:</b> Esquema do modelo de Literacia para a Saúde .....	23
<b>Figura 4:</b> Esquema do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....	30

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> <i>Scoping Review</i> - Mnemónica PCC utilizada .....	13
<b>Quadro 2:</b> Subdimensões teóricas da Literacia para a Saúde .....	25
<b>Quadro 3:</b> Dimensões do questionário HLS-EU-PT .....	36
<b>Quadro 4:</b> Problemas identificados, após tratamento dos dados .....	39
<b>Quadro 5:</b> Priorização dos problemas identificados .....	45
<b>Quadro 6:</b> Sessão individual educativa sobre Atividade Física - resultados referentes aos indicadores de avaliação seleccionados.....	51
<b>Quadro 7:</b> Sessão individual educativa sobre Alimentação Saudável - resultados referentes aos indicadores de avaliação seleccionados .....	52

## INTRODUÇÃO

Os níveis de Literacia para a Saúde, em Portugal, são muito baixos, como se pode constatar ao consultar os dados publicados em 2016, relativos à aplicação, em Portugal, do Questionário Europeu da Literacia para a Saúde, na sua versão portuguesa (HLS-EU-PT). No relatório-síntese, são apresentados os resultados nacionais e feita uma comparação com os resultados dos outros 8 países participantes (Alemanha, Áustria, Bulgária, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda e Polónia) e com a média europeia.

O HLS-EU avalia a Literacia para a Saúde geral e, especificamente a relacionada com cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença. Os resultados de Portugal, em qualquer tipo de Literacia, situaram-se abaixo da média europeia, com os participantes, cerca de metade, a revelarem uma Literacia para a Saúde inadequada ou problemática.

O modelo de Sørensen *et al* é o modelo de Literacia para a Saúde que esteve na génese do HLS-EU, sendo, por este motivo, o de maior aceitação pelos especialistas na área a nível internacional.

A Literacia para a Saúde inclui as “cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health<sup>1</sup>.” (WHO, 1998, p.10)

Segundo a OE (2011), o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária tem competências no âmbito da Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde e contribui para a capacitação de grupos e comunidades, de forma a obter ganhos em saúde no âmbito, entre outros, da promoção da saúde e da prevenção da doença.

Assim, o presente relatório resulta do Projeto de Intervenção Comunitária, realizado entre setembro de 2016 e fevereiro de 2018, na USF Oriente, com o tema: Literacia para a Saúde relacionada com estilos de vida saudáveis e que tem como

---

<sup>1</sup> competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para aceder a, compreender e usar informação de forma a que promovam e mantenham boa saúde.



**finalidade:** contribuir para uma melhor Literacia para a Saúde e compreensão das instruções em saúde dos utentes.

Para a sua consecução, foi utilizado o Processo de Planeamento em Saúde, por ser o recomendado pela WHO, desde 1977, continuando a ser o que permite planear, de forma fundamentada, as intervenções na comunidade e o mais aceite pelos profissionais no terreno e decisores políticos. (Imperatori e Giraldes, 1993)

Como referencial teórico de enfermagem, foi escolhido o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que, segundo Victor, Lopes e Ximenes (2005), por ter uma estrutura clara e simples, permite ao enfermeiro implementar e avaliar intervenções que visam a promoção da saúde, quer seja o indivíduo ou o grupo, o alvo de cuidados.

Assim, este relatório foi realizado, obedecendo às normas APA (ESEL, 2017), e está organizado para além da introdução, pelo capítulo da revisão crítica da literatura, onde se explica a metodologia de investigação utilizada e se desenvolve o estado da arte, através de uma *scoping review*, sobre a problemática da Literacia para a Saúde e a forma como é utilizada nos Cuidados de Saúde Primários, para promover a saúde, através da adoção de estilos de vida saudáveis.

O segundo capítulo refere-se às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP) e ao referencial teórico de Enfermagem que sustenta o projeto de intervenção comunitária, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

O terceiro capítulo integra a Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, dividindo-se em subcapítulos, nos quais se desenvolve as diferentes etapas do processo.

Por fim, na conclusão da nossa intervenção, onde apresentamos as limitações e sugestões do trabalho, faz-se uma reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista, bem como as do grau de Mestre, segundo os Descritores de Dublin, e as considerações finais.

## 1. REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1. *Scoping Review*

A primeira parte da revisão de literatura assenta na metodologia *Scoping Review*, com os seguintes objetivos: identificar de que forma a Literacia para a Saúde influencia a promoção da saúde para a adoção de estilos de vida saudáveis, em pessoas adultas no contexto de Cuidados de Saúde Primários; identificar estratégias que permitam melhorar a Literacia para a Saúde, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção da doença.

Definimos como questão de investigação: De que forma a Literacia para a Saúde é utilizada, em Cuidados de Saúde Primários, para promover a saúde através da adoção de estilos de vida saudáveis, na população adulta sem doença crónica comunicável?

**Quadro 1:** *Scoping Review* - Mnemónica PCC utilizada

<b>P - População</b>	Adulto
<b>C - Conceito</b>	Literacia para a saúde Aprendizagem/conhecimento de saúde Promoção da Saúde Estilos de vida saudáveis Comportamento de saúde Alimentação saudável Atividade física
<b>C - Contexto</b>	Cuidados de Saúde Primários Comunidade

Na pesquisa, foi utilizada a mnemónica PCC (Pessoa; Conceito; Contexto), utilizando as palavras-chave, apresentadas acima.

A pesquisa foi efetuada, conforme as definições do Joanna Briggs Institute (2014), utilizando as bases de dados Medline e CINAHL, com os seguintes filtros: apresentarem resumo; estarem acessíveis em *full text*; serem artigos em língua inglesa ou portuguesa; e estarem publicados, a partir do ano 2000, até à data da pesquisa, março de 2017.

Apresentamos em Apêndice 1, os objetivos, a mnemónica referida com as palavras de indexação utilizadas, os critérios de inclusão, o *prisma flow* da pesquisa realizada e o quadro-resumo dos textos lidos.

Em seguida, apresentamos uma síntese dos 26 textos lidos em *full text*.

Destes, poucos artigos relacionam a Literacia para a Saúde com a promoção de estilos de vida saudáveis, reduzindo estes a duas RSL. A Literacia para a Saúde, relacionada com estilos de vida saudáveis, é indexada de forma pobre, em resultado da demora a desenvolver e a obter resultados em relação à evolução da Literacia para a Saúde. (Dennis *et al*, 2012)

Igualmente, Dennis *et al* (2012) e Taggart *et al* (2012) referem, nas suas sínteses de resultados: que a Literacia para a Saúde é essencial para que haja alteração de comportamentos; que devem ser criados programas abrangentes, com momentos específicos para abordar os estilos de vida, pois são as intervenções de maior intensidade, as mais eficazes para melhorar esta literacia.

As intervenções de grupo e individuais têm a mesma eficácia em relação à Literacia para a Saúde. As intervenções passam por: entrevista motivacional e aconselhamento individual; educação para a saúde em grupo; material escrito; aconselhamento telefónico, intervenções *online*; e combinação de várias destas intervenções. Os programas que incluem uma conjugação de diferentes intervenções parecem ser as mais eficazes. (Dennis *et al*, 2012; Taggart *et al*, 2012)

As intervenções implementadas e avaliadas satisfatoriamente, passam por estratégias educacionais individuais e/ou em grupo com aulas de nutrição (porções, alimentação saudável, calorias), atividade física (quantidade recomendada), fatores de risco e estratégias de *coping* (teoria de aprendizagem de Bandura, resolução de problemas e conflitos). (Maindal, Støvring e Sandbaek, 2014; Berry, Colindres, Sanchez-Lugo, Sanchez, Neal e Smith-Miller, 2011; Aoun e Rosenberg, 2004;

Szymczyk, Wojtyna, Lukas, Kępa e Pawlikowska, 2013; Laws *et al*, 2013) Para coadjuvar as estratégias educacionais, segundo Berry *et al* (2011), podem ser organizados *workshops* práticos de atividade física, incluindo caminhadas em grupo.

Num projeto com vista à prevenção da doença cardiovascular, segundo Farooqi e Bhavsar (2001), foram utilizados, ainda, os *media* para divulgar informação (TV, radio e jornais), para além de ter sido criado um programa de educação de pares com formação prévia sobre doença cardiovascular, tabaco, álcool, gestão de peso, melhoria da composição alimentar e atividade física. Segundo os mesmos autores, não foi, avaliada a sua efetividade na alteração de comportamento dos formandos.

Segundo Lee, Lee, Kim e Ham (2007), o comportamento não saudável deixou de ser visto como um problema individual, mas encarado como comunitário, pelo que deve haver uma reorientação dos serviços de saúde, de forma a enfatizar a promoção da saúde e uma maior colaboração com as organizações da comunidade.

Por outro lado, os utentes que participam em programas educacionais, segundo Williamson e Drummond (2000) e Harkins *et al* (2010), realçam a importância da motivação previamente existente e a relação estabelecida com o profissional de saúde, ambos essenciais para que exista alteração de comportamentos. A motivação, se necessário, deverá ser trabalhada *a priori*, pelos profissionais de saúde. (Williamson e Drummond, 2000)

Para estes utentes, é essencial que a convocatória para os programas seja feita pessoalmente, para assim, iniciar imediatamente uma relação terapêutica. É essencial, nestes programas, ter em consideração a literacia da população-alvo e os determinantes de saúde que a influenciam, especialmente as condições políticas e socio-económicas. (Williamson e Drummond, 2000)

Quanto à perspetiva dos profissionais de saúde, Warman (2001) observou o seu comportamento e refere que estes são essenciais na promoção da saúde das populações, pelo que os projetos, nesta área, devem ser valorizados e apoiados pelos decisores políticos. Segundo Douglas, Teijlingen, Torrance, Fearn, Kerr e Meloni (2006), os profissionais de saúde estão motivados para intervir adequadamente na promoção da saúde, embora sintam necessidade de protocolos

específicos de atuação (por exemplo, a quantidade de atividade física). É essencial que exista formação em serviço sobre promoção da saúde e educação para a saúde.

Os profissionais que participaram em programas de formação, com a duração de 12 horas, conseguiram desenvolver conhecimentos e melhorar a sua atitude. Constatamos que a formação lhes permitiu melhorar a discussão com os utentes e a adoção de formas individualizadas de alterar comportamentos. (Ben-Ayre, Lear, Hermoni e Margalit, 2007; Florindo, Costa, Sá, Santos, Velardi e Andrade, 2014)

Como conclusão da *scoping review*, enfatizamos que a intervenção: deve ter em conta a cultura e o género dos participantes; basear-se no aconselhamento individualizado, com base em decisão conjunta com o utente; ser mobilizados os suportes pré-existentes na comunidade. É necessário prosseguir com investigação sobre que conjugação de estratégias contribui, de forma mais eficaz para a alteração de comportamentos e que programas possam melhorar o custo-benefício dos serviços de saúde.

A intervenção deve ter em conta: a cultura e o género dos participantes; o aconselhamento individualizado; e a decisão conjunta com o utente.

## **1.2. Evolução do conceito de Literacia para a Saúde**

O conceito de Literacia em Saúde surge, pela primeira vez, em 1974, numa discussão de estudo de caso, em que é referido que a literacia é importante em disciplinas, como por exemplo história, bem como na promoção da saúde. (Sørensen *et al*, 2012)

Ao longo dos tempos, tem havido uma grande evolução no conceito, até chegarmos ao que hoje consideramos Literacia para a Saúde, principalmente ao nível da Saúde Pública e dos Cuidados de Saúde. (Nutbeam, 2000; Sørensen *et al*, 2012) Sørensen *et al* (2012) acrescentam que tal contribui para uma relação cada vez maior entre as capacidades e conhecimentos individuais sobre saúde e a forma

como estes se adaptam às exigências, cada vez maiores, ao nível da saúde, afetando os seus *outcomes*.

A saúde é definida pela WHO, em 1946, na sua constituição, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade.” (WHO, 1948, par.)

Em 1998, a WHO fala da Literacia para a Saúde, referindo que níveis baixos influenciam negativamente a saúde individual, por limitar o desenvolvimento pessoal, social e cultural. Surge, pela primeira vez, uma relação da Literacia para a Saúde com os determinantes de saúde, nomeadamente os sociais.

Os determinantes de saúde são os fatores que influenciam ou determinam a saúde da pessoa/comunidade. (WHO, 2013)

Para Nutbeam (2008), *“health status is influenced by individual characteristics and behavioural patterns (lifestyles) but continues to be significantly determined by the different social, economic and environmental circumstances of individuals and populations.”*<sup>2</sup> (Nutbeam, 2008, p. 260)

De modo a sistematizar os determinantes, apresentamos o esquema adaptado de Dahlgren e Whitehead (2001), para os determinantes de saúde:

**Figura 1:** Determinantes de saúde, segundo Dahlgren e Whitehead



**Fonte:** Adaptado de Dahlgren e Whitehead (1991)

<sup>2</sup> o estado de saúde é influenciado pelas características individuais e padrões comportamentais (estilos de vida) mas continua a ser determinado pelas diferentes circunstâncias sociais, económicas e ambientais dos indivíduos e das populações.

Literacia para a Saúde, como já referido, segundo a WHO (1998), está integrada nos determinantes sociais da saúde.

A WHO *Comission on the Social Determinants of Health* (2007), citada por Nutbeam (2008), considera a Literacia para a Saúde como um fator essencial na compreensão das desigualdades de saúde, tanto em países ricos, como países pobres.

A WHO, em 1998, define Literacia para a Saúde como “cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health<sup>3</sup>.” (WHO, 1998, p. 10), ou seja, a forma como os indivíduos têm a capacidade de aprender e tomar decisões corretas em saúde, relacionadas com o seu bem-estar e estilos de vida saudáveis.

Por outro lado, o *Center for Healthcare Strategies* (2013), integrado na WHO, considera a Literacia como algo muito mais simples – a capacidade de ler, compreender e agir do indivíduo, face às informações de saúde que lhe são transmitidas.

Para Doyle, Cafferkey e Fullam (2012), Literacia para a Saúde é muito mais que a capacidade de ler, uma vez que “modern healthcare requires more participation of the individual, both in the clinical setting and in lifestyle choices, than ever before<sup>4</sup>.” (Doyle *et al*, 2012, p. 11)

O *Institute of Medicine* (2004), citado por Nutbeam, define Literacia para a Saúde como “*the degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions*<sup>5</sup>.” (Nutbeam, 2008, p. 2073)

Nutbeam (2000; 2008) refere que uma literacia baixa está associada a uma pior resposta face a programas de promoção da saúde, menos adesão a

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> os sistemas de saúde modernos exigem uma maior participação dos indivíduos, tanto em contexto clínico como nas escolhas de estilos de vida, do que alguma vez foi exigido.

<sup>5</sup> o nível de capacidade dos indivíduos para obter, processar e compreender informações de saúde simples e os serviços que necessitam para tomar decisões sobre saúde apropriadas.



comportamentos de prevenção de doença e a uma menor capacidade de gestão da doença, sendo um fator de risco para a população.

O mesmo autor refere que, na perspectiva do indivíduo, a Literacia para a Saúde deve ser vista como determinante social da saúde, tal como já havia sido referido pela WHO, pelo que a sociedade poderá atuar a este nível de modo a promover a melhoria da saúde da população. (Nutbeam, 2008) Para os profissionais de saúde, é mais relevante a visão da Literacia para a Saúde como um fator de risco, em que se pode e deve atuar. (Doyle *et al*, 2012) A melhoria da Literacia para a Saúde poderá ser um *outcome* dos programas de promoção da saúde, contribuindo para ganhos em saúde mais significativos.

Nutbeam (2000) apresenta 3 níveis de Literacia para a Saúde, gradualmente mais complexos: literacia funcional; literacia interativa e literacia crítica.

Literacia funcional diz respeito à “ability to read basic text and write a simple statement on everyday life<sup>6</sup>.” (Nutbeam, 2008, p. 2072) A literacia geral afeta a Literacia para a Saúde, uma vez que diminui ou aumenta a capacidade de resposta do indivíduo às informações de saúde.

Literacia interativa inclui competências de literacia mais avançadas e que, em conjugação com as capacidades sociais de cada um, lhe permite participar em atividades do dia-a-dia, obter informações e significados sobre saúde, através da comunicação e, finalmente, aplicar essa informação no seu quotidiano. (Nutbeam, 2000)

Literacia crítica diz respeito a competências cognitivas e sociais ainda mais avançadas, que permite ao indivíduo analisar a informação e utilizar essa informação para exercer um maior controlo e gerir a sua saúde. (Nutbeam, 2000)

Para Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira e Ferreira (2012) e Sørensen *et al* (2012), estes níveis correspondem a um nível de conhecimentos e capacidades individuais gradualmente maiores e que contribuem para uma cada vez maior capacidade e autonomia na tomada de decisão e gestão da saúde. Loureiro *et al* (2012) referem, ainda, que o indivíduo num nível de literacia funcional, será

---

<sup>6</sup> capacidade de ler um texto básico e escrever uma frase simples sobre situações do dia-a-dia.



passivo; o que tem uma literacia interativa será ativo; e com literacia crítica, será um indivíduo pró-ativo.

Sørensen *et al* (2012) baseiam-se numa Revisão Sistemática de Literatura feita por estes autores, em que, de 19 publicações encontradas, 17 se referem a estes níveis de crescente complexidade como parte integrante do conceito de Literacia para a Saúde. (Sørensen *et al*, 2012)

Fawcett *et al* (2010) sistematizam as várias visões de Literacia para a Saúde como um determinante de saúde, e referem que o nível de Literacia não resulta de uma simples transmissão de conhecimentos sobre a saúde, mas é influenciado pelos seus próprios determinantes, como: capacidades individuais de cada um; desenvolvimento na primeira infância; envelhecimento; diferenças de género; cultura e linguagem; habilitações académicas/ educação; e condições de vida e de trabalho, entre outras.

Finalmente, para estabelecer a evolução do conceito de Literacia para a Saúde e, esclarecendo algumas diferenças nos vários conceitos, é importante distinguir duas aceções: **Literacia em Saúde** e **Literacia da Saúde**. (Saboga-Nunes, 2014)

O primeiro remete-nos “para uma externalidade ao sujeito da saúde, um *locus* externo ao indivíduo, que está para além de si próprio, e em relação ao qual pode desenvolver maior ou menor grau de apropriação” (Saboga-Nunes, 2014, p. 95). O segundo “colocar-nos-á perante a internalidade da saúde, como uma componente intrínseca ao indivíduo.” (Saboga-Nunes, 2014, p. 95)

Assim, segundo o mesmo autor e também Sørensen *et al* (2012), a **literacia para a saúde** inclui as duas dimensões referidas, podendo ser definida como “a consciencialização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde.” (Saboga-Nunes, 2014, p.95)

### 1.3. Modelo conceptual da Literacia para a Saúde

A Literacia para a Saúde, para se poder intervir, tem de ser passível de avaliação/medição. Para tal, várias escalas e modelos de avaliação foram criados ao longo das últimas décadas.

São vários os autores como Nutbeam (2008); Fawcett *et al* (2010); Sørensen *et al* (2012) que se referem a estudos em que é avaliado o nível de Literacia, com resultados muito baixos, tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento.

Doyle *et al* (2012) apresentam resultados de saúde negativos relacionados com literacia baixa, dos quais podemos destacar: maior número de internamentos; menor adesão à terapêutica; aumento de risco de doenças cardiovasculares; menor controlo glicémico e maior prevalência de retinopatia em diabéticos; maior risco de internamento e complicações, em crianças, quando os pais apresentam uma literacia mais baixa; maior número de erros cometidos por prestadores de cuidados com menor literacia; menor tempo de amamentação.

Por outro lado, segundo os autores referidos, utentes com maior nível de Literacia para a Saúde apresentam uma maior felicidade e maior sensação de autocontrolo sobre a sua saúde/doença.

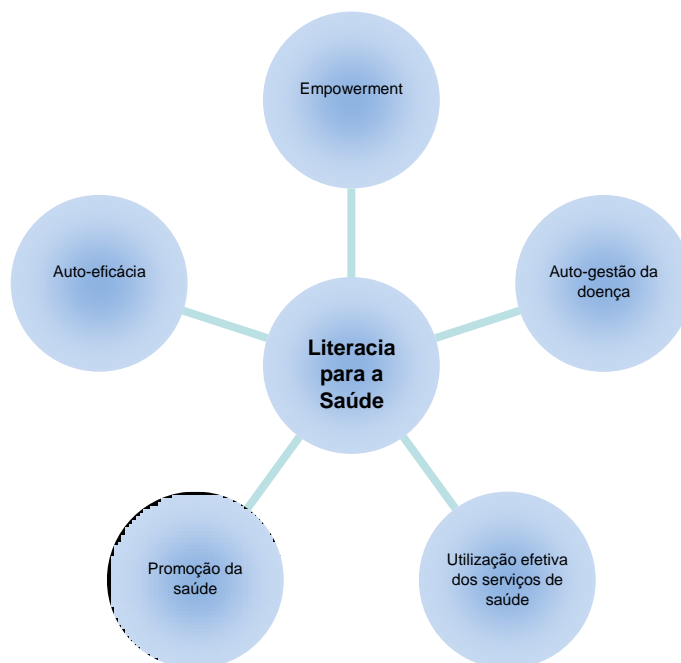
*A “health literacy based intervention may offer a relatively cost effective, easily initiated pathway for improving health outcomes and patient safety and satisfaction<sup>7</sup>.”* (Doyle *et al*, 2012, p. 13)

Em seguida, apresentamos um esquema adaptado de Doyle *et al* (2012) com as principais vantagens de um nível de Literacia para a Saúde mais elevado.

---

<sup>7</sup> intervenção baseada na Literacia para a Saúde pode oferecer um caminho, com relativo custo efetivo, facilmente iniciado, para melhorar os *outcomes* em saúde e a segurança e satisfação dos pacientes.

**Figura 2:** Vantagens da Literacia para a Saúde



**Fonte:** Adaptado de Doyle, Cafferkey e Fullam (2012)

Um nível de Literacia para a Saúde mais elevado permite uma melhor gestão da saúde e da doença, transformando-a num recurso importante para o indivíduo e que deve ser explorado pelos prestadores de cuidados. (Doyle *et al*, 2012)

O modelo de Sørensen *et al* foi o modelo que esteve na base da construção do projeto HLS-EU, e que levou conduziu à construção do Questionário de Literacia para a Saúde Europeu (HLS-EU). Pelo que, é essencial abordá-lo nesta revisão, de forma a perceber a importância da aplicação da versão portuguesa do questionário, na execução do presente Projeto de Intervenção Comunitária.

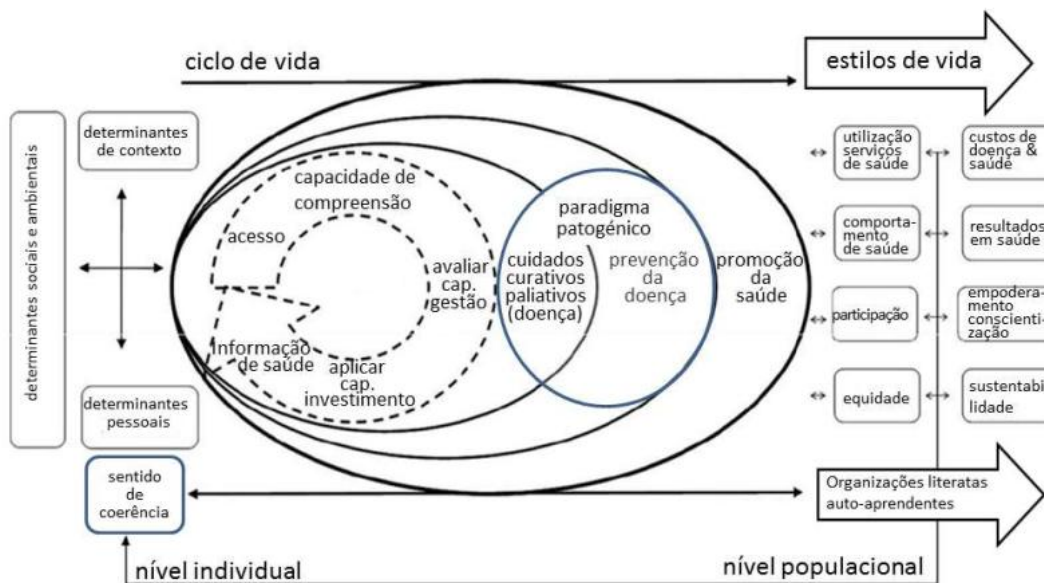
O HLS-EU surgiu da constatação de que a Literacia para a Saúde ainda se encontra numa fase muito precoce de análise na Europa. Os objetivos deste projeto visam: criar uma rede europeia de Literacia para a Saúde; criar um instrumento de medição para a Europa; gerar dados iniciais de avaliação – indicadores - a nível europeu, que permitam monitorização a nível nacional e europeu; permitir que haja comparação dos níveis de Literacia para a Saúde a nível europeu; criar painéis de especialistas nacionais nos países que participam no projeto, de forma a

documentar as estratégias a ser implementadas nos diferentes países e definir prioridades. (Doyle *et al*, 2012; Sørensen *et al*, 2012; Saboga-Nunes, 2014)

Para a construção do modelo, Sørensen *et al* (2012) realizaram duas revisões sistemáticas da literatura independentes, tendo percebido que os vários modelos existentes sobre o tema viam a literacia não como um processo, mas como algo estanque, para além da insuficiente validação científica.

this process generates knowledge and skills which enable a person to navigate three domains of the health continuum: being ill or as a patient in the healthcare setting, as a person at risk of disease in the disease prevention system, and as a citizen in relation to the health promotion efforts in the community, the work place, the educational system, the political arena and the market place<sup>8</sup>. (Sørensen *et al*, 2012, p. 9).

**Figura 3:** Esquema do modelo de Literacia para a Saúde



Fonte: Adaptado de Sørensen *et al*, 2012, citados por Saboga-Nunes (2014).

Este modelo encontra-se integrado no Paradigma Salutogénico da Saúde proposto por Antonovsky em 1984. Segundo Saboga-Nunes (2014; 2016), este será operacionalizado através da construção do **sentido de coerência** (SCO), presente no esquema do modelo de Sørensen *et al*.

<sup>8</sup> este processo gera conhecimento e competências para que a pessoa navegue em três domínios do continuum de saúde: como doente ou como paciente nos serviços de saúde, como pessoa em risco de doença no sistema de prevenção da doença, e como cidadão em relação com os esforços de promoção da saúde na comunidade, no local de trabalho, no sistema educacional, no contexto político e espaço comercial.

O SCO diz respeito a “uma orientação global que define a capacidade do indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara como estruturados, preditíveis e explicáveis os estímulos emanados do meio interno e/ou externo da sua existência” (Antonovski, 1984 e Saboga-Nunes, 1999, citados por Saboga-Nunes, 2014, p. 97), o que constitui o primeiro componente do paradigma – **capacidade de compreensão**.

A revisão *scoping* sugere que é nesta componente que os profissionais de saúde têm um papel preponderante, ao compreender “a relevância de que não há pessoas doentes ou pessoas saudáveis (na abordagem salutogénica), mas que fazemos investimentos na saúde potenciando-a no dia-a-dia, contribui para reforçar (por exemplo) a adoção de estilos de vida saudáveis.” (Saboga-Nunes, 2006, citado por Saboga-Nunes, 2014, p. 97)

O segundo componente é o reforço da **capacidade de gestão**, que se exprime “pelo sentimento de que o indivíduo dispõe de recursos para satisfazer as exigências dos estímulos da vida.” (Saboga-Nunes, 2014, p. 97) Estes recursos poderão ser melhorados através da auto-estima e do seu SCO.

O terceiro componente é o desenvolvimento da **capacidade de investimento**, ou seja, o empenho do indivíduo “em considerar as exigências dos estímulos da vida como desafios a superar, levará à catalisação do investimento do indivíduo nesta reserva de força positiva para a mudança.” (Saboga-Nunes, 2014, p. 97)

Resumindo e relacionando os vários componentes do modelo,

a literacia para a saúde é vista como consequência do acesso da pessoa a *informação de saúde*. Esta informação pode ser apropriada pelo indivíduo com o desenvolvimento das suas *capacidades de compreensão*, influenciando a *avaliação* que pode efectuar das acções a tomar. No seguimento desta avaliação, é determinada pela sua *capacidade de gestão* a *aplicação* do conhecimento adquirido sobre a saúde, à sua vida diária. Esta aplicação é mediada pela *capacidade de investimento* que o indivíduo desenvolve na construção das suas opções de vida mais ou menos favoráveis à promoção da sua saúde. (Saboga-Nunes, Sørensen e Pelikan, 2014, p. 7).

O modelo inclui, ainda, segundo Doyle *et al* (2012), as três dimensões do HLS-EU: promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde, que se relacionam com quatro níveis de gestão da informação e do conhecimento em saúde: aceder/obter informação relevante para a saúde; compreender informação relevante para a saúde; processar/avaliar informação relevante para a saúde; e aplicar/utilizar informação relevante para a saúde.

Da análise da relação entre as dimensões e os níveis, surgem as 12 subdimensões teóricas da literacia para a saúde e que constituem os vários indicadores do HLS-EU (Doyle *et al*, 2012):

**Quadro 2:** Subdimensões teóricas da Literacia para a Saúde

	<b>Aceder/obter informação relevante para a saúde</b>	<b>Compreender informação relevante para a saúde</b>	<b>Processar/avaliar informação relevante para a saúde</b>	<b>Aplicar/utilizar informação relevante para a saúde</b>
<b>Cuidados de saúde</b>	Capacidade de aceder a informação sobre questões médicas ou clínicas	Capacidade de compreender informação médica e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação médica	Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
<b>Prevenção da doença</b>	Capacidade de aceder a informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de compreender informação sobre fatores de risco e o seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de tomar decisões informadas sobre fatores de risco para a saúde
<b>Promoção da saúde</b>	Capacidade de se actualizar sobre os determinantes de saúde	Capacidade de compreender informação sobre determinantes de saúde e seu significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre determinantes de saúde	Capacidade de tomar decisões informadas sobre determinantes de saúde

O questionário principal é constituído por 47 questões de igual importância e que abarcam estas 12 subdimensões, conforme o demonstrado em Apêndice 2. Cada subdimensão implica um número mínimo de respostas válidas, para ser considerada a sua resposta para o cálculo do respetivo índice.

Cada questão permite quatro respostas válidas: 1. Muito Difícil; 2. Difícil; 3. Fácil; 4. Muito Fácil. Tem ainda outra opção de resposta para que haja uma opção para quem não quer ou não sabe responder. (Doyle *et al*, 2012)

Para poder ser feita uma comparação dos vários países integrantes do Inquérito Europeu, foi feita uma avaliação da literacia para a saúde em 4 grandes áreas, segundo Espanha, Ávila e Mendes (2016):

- Índice geral de literacia para a saúde;
- Literacia em Cuidados de Saúde;
- Literacia sobre Prevenção de Doenças;
- Literacia sobre Promoção de Saúde.

Para cada uma destas áreas, existem quatro níveis qualitativos de literacia possível, conforme o resultado numérico: inadequada; problemática; suficiente e excelente. Houve esta divisão entre dois níveis negativos, por ser uma forma simplificada que permite que a medida seja aplicável e praticável para a população em geral, permitindo a tomada de decisão dos decisores políticos sobre o tema. (Doyle *et al*, 2012; Sørensen *et al*, 2012)

A realização do 1º inquérito europeu (HLS-EU) em 2011, permitiu fazer uma comparação do nível de literacia para a saúde nos países participantes. Em Portugal, este inquérito foi realizado em 2015. Os resultados revelam que Portugal tem um nível de literacia para a saúde mais baixo que na maioria dos restantes países europeus, incluídos no consórcio e já referidos anteriormente.

No Anexo 1, encontram-se os gráficos referentes aos índices referidos, incluindo os valores de literacia em Portugal e na Europa. (Espanha *et al*, 2016)

Assim, tendo por base os pressupostos teóricos da Literacia para a Saúde e os resultados a nível nacional, consideramos ser pertinente a utilização do modelo conceptual da Literacia para a Saúde, num projeto que visa a alteração de comportamentos através da Promoção da Saúde.



#### 1.4. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A utilização de um modelo contribui para o desenvolvimento da Enfermagem, uma vez que promove conhecimento, reflexão crítica e tomada de decisão.

“A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesse das pessoas envolvidas.” (Victor, Lopes e Ximenes, 2005, p. 236)

Para a consecução deste trabalho, foi utilizado o modelo de promoção da saúde de Nola Pender. Este visa a promoção da saúde no indivíduo e tem em consideração todos os determinantes que o influenciam.

health promotion is the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health. It is a core function of public health and contributes to the work of tackling communicable and noncommunicable diseases and other threats to health<sup>9</sup>. (Carta de Bangkok, 2005, p. 1).

Para maior clareza e rigor, importa fazer uma breve abordagem histórica sobre a evolução do conceito de Promoção da Saúde e as diferentes perspetivas existentes.

Em primeiro lugar e, apesar de não se referir ainda à promoção da saúde, a conferência de Alma-Ata, de 1978, não pode ser esquecida em qualquer trabalho realizado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Foi, a partir desta Conferência, que os Cuidados de Saúde Primários foram considerados essenciais para o desenvolvimento da saúde, a nível mundial.

Assim,

os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem

---

<sup>9</sup> A promoção da saúde é o processo que permite às pessoas aumentar o controlo sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se para aumentar a sua saúde. É uma função central da Saúde Pública e contribui para o trabalho de enfrentar as doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de outras ameaças à saúde.



manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. (Alma-Ata, 1978, p.3).

Em 1986, em Ottawa, realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, e foi aprovada a “Carta de Ottawa”.

A Promoção da Saúde foi definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (Carta de Ottawa, 1986, p.1)

Um dos focos da Promoção da Saúde é a equidade na saúde, pelo que “as ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde.” (Carta de Ottawa, 1986, p.1)

Nesta Conferência, foram definidas algumas estratégias a serem utilizadas na Promoção da Saúde, uma vez que esta “apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais.” (Carta de Ottawa, 1986, p. 3)

Até hoje, e após Ottawa, foram realizadas várias conferências internacionais sobre Promoção da Saúde e, em todas elas, surge uma referência às cinco grandes áreas a desenvolver na promoção da saúde, de Ottawa:

- Estabelecer políticas públicas saudáveis;
- Criar ambientes favoráveis à saúde;
- Desenvolver as competências pessoais;
- Reforçar a ação comunitária;
- Reorientar os serviços de saúde.

No entanto, e apesar de se manter como essencial em qualquer abordagem à promoção da Saúde, a definição da carta de Ottawa, foi contestada por vários autores que procuraram redefinir Promoção da Saúde, relacionando-a com outros conceitos, considerados essenciais para o tema.

Leavell e Clark, citados por Stanhope e Lancaster (2011, p. 338), consideram ainda a Promoção da Saúde “como o ensino a pessoas saudáveis e a promoção de condições ambientais favoráveis”, centrando-se nas medidas positivas da prevenção primária.

Pender, Murdaugh e Parsons (2002, citados por Stanhope e Lancaster, 2011, p. 339) optam por diferenciar promoção da saúde e comportamentos de proteção. O primeiro conceito refere-se a “comportamentos que aumentam o bem-estar do indivíduo...”, enquanto o segundo se refere a “comportamentos que diminuem a probabilidade de adoecer...” (Pender *et al*, 2002, citados por Stanhope e Lancaster, 2011, p. 339)

Estas definições reforçam a ideia de que, a mudança de um paradigma patogénico para um paradigma salutogénico, referido também como essencial nas questões da Literacia para a Saúde, dá maior ênfase à promoção da saúde, enquanto valorização das medidas positivas que levam a ganhos em saúde. Para Martins (2005), tal não significa que se deva abandonar a prevenção da doença, mais direcionada pelo primeiro paradigma, mas que os dois se complementam, na tentativa de compreender o ser humano como um todo.

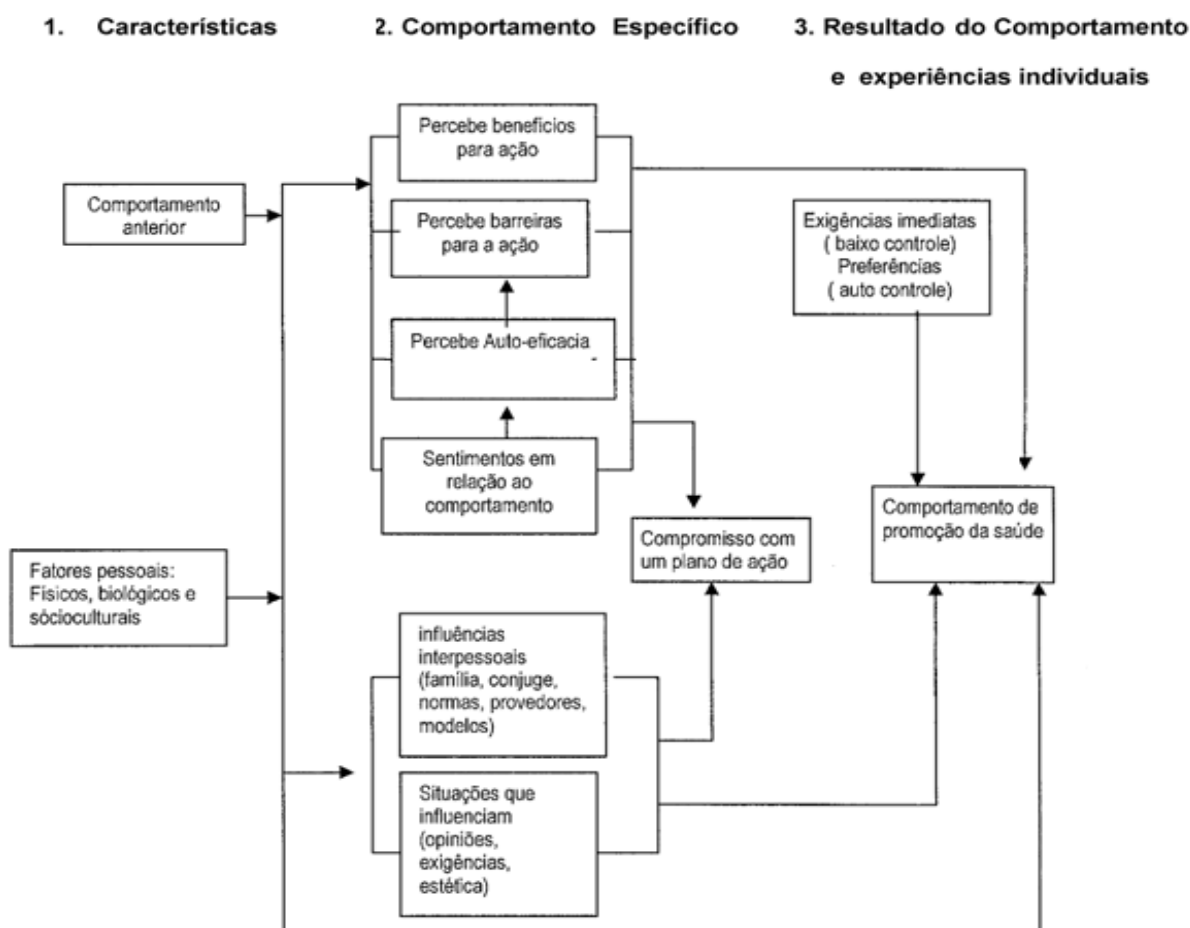
Na declaração de Jacarta, em 1997, surge, pela primeira vez, a questão dos Estilos de Vida e como estes influenciam as pessoas. Existem vários determinantes que afetam a saúde dos indivíduos, que não se limitam a factores individuais, mas sim a condições socioeconómicas, culturais e ambientais, em que a pessoa vive. “As estratégias de promoção da saúde podem desenvolver e mudar os estilos de vida, assim como as condições sociais, económicas e o ambiente que determinam a saúde.” (Jacarta, 1997, p. 4)

Há diversos tipos de fatores que, interrelacionados, afetam a saúde dos indivíduos. Começamos pelos determinantes relacionados com o indivíduo, analisando de seguida os comportamentais, que dizem respeito aos estilos de vida. Fora do indivíduo, os determinantes incluem as redes sociais e comunitárias e, finalmente, as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais. (DGS, 2013)

Em qualquer intervenção de promoção da saúde, é necessário perceber quais os determinantes sociais de saúde que influenciam o cliente, seja ele o indivíduo, a família, os grupos ou a comunidade, e os que potenciam ou previnem a ocorrência de problemas de saúde, e os fatores de risco na população. (Buss e Filho, 2007)

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é constituído por três conceitos principais, que se interrelacionam, de forma a “implementar e avaliar acções de promoção da saúde e avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde.” (Victor *et al*, 2005, p. 237)

**Figura 4:** Esquema do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Adaptado de Pender, Murdaugh e Pearsons, 2015

**1) Características e experiências individuais:** Este conceito inclui o comportamento que se pretende ver alterado e os seus fatores biológicos (idade, IMC e habilidades), psicológicos (autoestima e automotivação) e socioculturais (nível de escolaridade e socioeconómico). (Pender, Murdaugh e Pearsons, 2015)

**2) Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento pretendido:**

Estes englobam: os conhecimentos sobre os benefícios do comportamento de promoção de saúde; os conhecimentos sobre as barreiras ao comportamento; a perceção pessoal da sua auto-eficácia, ou seja, se consegue alterar o comportamento; as influências interpessoais (se é influenciado por outras pessoas, por exemplo familiares, ou por normas sociais); e as influências situacionais (do ambiente). (Pender *et al*, 2015)

**3) Resultado do comportamento:** Este inclui: o compromisso com o plano de ação – a intenção e estratégia planeada que conduzem à implementação de um comportamento de saúde (intervenções de enfermagem); as exigências imediatas (o indivíduo tem um baixo controlo sobre elas) e as preferências (exercem um alto controlo sobre as mudanças de comportamento); e o comportamento de promoção da saúde que será o resultado da implementação do modelo. (Pender *et al*, 2015)

## **2. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho tem por base a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, por ser o recomendado pela WHO, desde 1977, continuando a ser a forma de planear na comunidade mais aceite pelos profissionais no terreno e por decisores políticos. (Imperatori e Giraldes, 1993)

Planeamento em Saúde é “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio-económicos.” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 6) Pode ser considerado um processo de mudança social, segundo os mesmos autores, uma vez que propõe uma mudança de comportamentos das populações, neste caso, ao nível dos seus estilos de vida.

O trabalho apresentado desenvolveu-se por diferentes fases, de acordo com segundo Imperatori e Giraldes (1993), pois é um processo contínuo e dinâmico, o que significa que nunca se pode considerar uma fase totalmente concluída.

Assim, o cronograma de atividades desenvolvidas no Projeto de Intervenção Comunitária inclui todas as fases contempladas pelos autores (Apêndice 3). Em Anexo 2, apresentamos as fases definidas por Imperatori e Giraldes (1993).

## 2.1. Diagnóstico de Situação

Na primeira fase, foram desenvolvidas atividades com o objetivo de obter o **Diagnóstico de Situação**.

O Diagnóstico da Situação, segundo Tavares (1990), Imperatori e Giraldes (1993) e Nunes (2016), deve corresponder à identificação dos problemas de saúde e necessidades da população.

O Diagnóstico de Situação, na sua formulação, deve ter as seguintes características: ser alargado, aprofundado, sucinto, claro, rápido, e que corresponda às necessidades identificadas (Tavares, 1990). Para se formular um diagnóstico de forma correta: deve procurar-se uma descrição preferencialmente quantitativa, utilizando-se muitas vezes a Epidemiologia; deve conhecer-se os fatores determinantes; deve ser possível analisar a sua evolução; deve ser avaliável. (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1993; Nunes, 2016)

Antes da formulação do diagnóstico deve conhecer-se o contexto em que se pretende trabalhar, conhecer a população e escolher um instrumento de colheita de dados que responda àquilo que pretendemos saber, ou seja, que permita a identificação dos problemas e determinação das necessidades.

### 2.1.1. Contextualização do Local de Intervenção

O Projeto de Intervenção Comunitária foi realizado na USF Oriente, que pertence ao ACeS Lisboa Central, abrange as freguesias do Beato, Penha de França e São Vicente. Disponibiliza um horário de funcionamento alargado (8:00-20:00) havendo atividades de enfermagem durante todo o período, procurando dar cumprimento aos programas de saúde da DGS. A visitação domiciliária é uma intervenção de enfermagem desenvolvida pelas diferentes equipas.

Dados referentes a 31 de dezembro de 2017, revelam que a equipa da USF Oriente presta cuidados a 14252 utentes, sendo que 58% correspondem a utentes adultos (18-64 anos). Trata-se de uma população envelhecida, com um índice de

envelhecimento de 212,4%, bastante superior ao valor nacional de 118,9%, referente aos CENSOS 2011, e um índice de dependência total de 72,5%. O valor nacional situa-se nos 51,4% (USF Oriente, 2018). Apresentamos a pirâmide etária da população da USF Oriente, em Anexo 3.

A equipa da USF Oriente é constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 assistentes técnicos, que estão organizados por equipas de família, que prestam cuidados aos seus utentes.

### 2.1.2. Constituição da População-alvo e amostra

O presente estudo tem como participantes, adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, pertencentes à lista de uma equipa de família, num total de cerca de 989 utentes.

Para a definição da população, foram consultados os programas SINUS® e SClínico®. O primeiro teve como intuito saber o número de adultos da referida equipa. Em seguida, foi consultado o segundo programa com o objetivo de saber destes quantos são excluídos à partida por terem patologia crónica. Assim, foram automaticamente, uma vez que o programa permite, excluídos os utentes com o programa de HTA e DM abertos.

Dos utentes sobrantes, foram consultados os seus processos clínicos, de forma a poderem ser excluídos portadores de outras patologias crónicas ou doenças não comunicáveis relacionadas com estilos de vida, um dos critérios de exclusão, a seguir especificados.

Após a aplicação dos critérios definidos, a população é constituída por 857 utentes, de ambos os sexos.

Para proceder ao tratamento dos dados, foram incluídos todos os questionários preenchidos na janela temporal definida para a colheita de dados, junto de adultos que saibam ler, tenham mais de 18 anos, se dirijam à USF Oriente e aceitem participar no estudo. Foram excluídos todos os que não preenchem os critérios de inclusão, têm patologia crónica ou não comunicável relacionada com

estilos de vida (levantamento a realizar a priori, através da consulta dos processos clínicos), patologia do foro cognitivo ou que preencheram o questionário anteriormente.

A amostra é constituída por 128 utentes adultos. É uma amostragem não probabilística, por conveniência, que segundo Fortin, Côte e Fillion (2009), é constituída por elementos com fácil acesso, em momento e local determinado, neste caso, os utentes que se dirigiram à USF no período compreendido entre 26 de setembro e 31 de outubro de 2017, altura em que decorreu a colheita de dados.

### 2.1.3. Instrumento de Colheita de Dados

A colheita de dados, segundo Shuster e Goepfinger (2011), visa a obtenção de informação que nos permita conhecer a população alvo e a sua saúde.

Após a compilação dos dados já existentes, deve proceder-se à produção de novos dados, que estejam em falta para que se possa formular o diagnóstico de situação. (Shuster e Goepfinger, 2011)

Para a recolha de dados recorreremos ao inquérito por questionário HLS-EU-PT, já validado para a população portuguesa (Anexo 4). O que permite uma caracterização da literacia para a saúde da amostra.

Este questionário é constituído por 47 questões que visam avaliar o Índice Geral de Literacia para a Saúde. Seguem-se 23 questões relacionadas com a saúde e utilização dos serviços de saúde, hábitos e estilos de vida e literacia funcional. No final, surgem 16 questões para avaliação das características sociodemográficas dos participantes. (Saboga-Nunes, 2014)



**Quadro 3:** Dimensões do questionário HLS-EU-PT

<b>Dimensões</b>	<b>Itens do questionário</b>
Questionário Europeu de Literacia para a Saúde	Q1 – Q47
Saúde e utilização de serviços	Qop 1 – Qop 6
Hábitos e estilos de vida	Qop 7 – Qop 16
Literacia Funcional	Qop 17 – Qop 23
Variáveis sociodemográficas	D1 – D16

A aplicação dos questionários, após a obtenção das autorizações pelo que decorreu no período compreendido entre 26 de setembro de 2017 e 31 de outubro de 2017. Os questionários foram preenchidos pelo investigador principal junto dos utentes, após explicação do projeto e aceitação da participação, através do preenchimento do consentimento informado, apresentado como Apêndice 4.

#### 2.1.4. Questões éticas e pedidos de autorização

Os princípios ético-legais fazem parte de qualquer projeto, seja de Investigação ou de intervenção junto de utentes.

Segundo Fonseca *et al* (2008), qualquer investigação junto de utentes, deve obedecer a alguns princípios éticos básicos: respeito pela autonomia individual; proteção da pessoa incapaz de dar o seu consentimento; beneficência; não maleficência; confidencialidade e anonimato, pelo que deve ser obtido o consentimento informado (Apêndice 4). Este é constituído por 2 partes, uma para o investigador e outra para o participante, tendo por base a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Para cumprir o exigido pela Declaração de Helsínquia (2008), foram tidos em consideração os princípios 22, 23 e 24, neste consentimento, enquanto garantia dos

princípios da autonomia, confidencialidade, anonimato e participação voluntária. Foi garantido que o participante poderia desistir a qualquer momento da sua participação, sem prejuízo nos cuidados prestados. O princípio 30 refere que os resultados devem ser públicos o que será também assegurado com a elaboração do relatório no final do projeto estar concluído. No consentimento informado, é também referido que os participantes terão acesso aos resultados do projeto, cumprindo assim o princípio 33 da referida declaração.

O artigo 5º da Convenção de Oviedo (1997), é cumprido com o preenchimento do Consentimento Informado. A garantia de privacidade, prevista no ponto 1 do artigo 10º, está também salvaguardada.

O artigo 16º está presente no pedido de parecer à CES, enquanto independente ao projeto e no consentimento informado, no qual serão prestados todos os esclarecimentos necessários.

Devem também ser solicitadas as autorizações necessárias para a consecução do projeto.

Foi solicitada e obtida autorização do autor do questionário, HLS-EU-PT, Professor Saboga-Nunes (Anexo 5), relativa à utilização do instrumento de colheita de dados.

Solicitou-se autorização para realização do projeto na USF Oriente à coordenação da USF Oriente e à Direção Executiva do ACeS Lisboa Central (Anexo 6), tendo sido solicitada autorização à CES da ARSLVT.

Os documentos solicitados foram enviados à CES no dia 06/06/2017, tendo sido obtida resposta positiva em julho de 2017 (Anexo 7).

Foi, ainda, solicitada autorização à CNPD, cujo formulário e aprovação se encontram em Anexo 8.

### 2.1.5. Tratamento, apresentação e discussão dos dados e resultados

Os dados foram analisados no programa SPSS versão 22.0; os questionários foram identificados através de uma chave de identificação de forma a garantir o anonimato dos participantes no estudo.

Procedeu-se a uma análise estatística descritiva, que se iniciou com a caracterização sociodemográfica da amostra.

A amostra é constituída por 48 utentes do sexo masculino (37,5%) e 80 do sexo feminino (62, 5%), com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos de idade, com maior prevalência nas faixas etárias 26-35 anos e 36-45 anos (37,5% e 25,8% respetivamente). Consideramos que a prevalência destas faixas etárias se deve ao facto dos pais terem filhos pequenos e que, por tal motivo, se dirigem com maior frequência aos CSP.

Quanto à parentalidade e para corroborar a afirmação anterior, a maior parte da amostra (66,4%) têm filhos, sendo que cerca de dois terços destes (43,8%) têm filhos com menos de 15 anos.

No que respeita ao nível de escolaridade, 52 participantes (40,6%) apresentam Ensino Secundário completo, enquanto 27 (21,1%) completaram o 1º, 2º ou 3º ciclos do Ensino Básico. Com algum grau de Ensino Superior completo, encontramos 47 participantes: 8 com bacharelato ou Licenciatura de Bolonha (6,2%); 25 com licenciatura antiga (19,5%) e 14 com nível pós graduado (10,9%).

Posteriormente à caracterização sociodemográfica, foi realizada uma análise, também descritiva, das respostas ao restante questionário, de forma a poder identificar o nível de Literacia para a Saúde nas suas quatro grandes áreas, referidas na fundamentação do estudo, especialmente no que respeita à Promoção da Saúde e Prevenção da Doença.

O tratamento de dados efetuado, encontra-se em Apêndice 5.

## 2.2. Identificação e priorização dos problemas

A segunda etapa do Processo de Planeamento em Saúde constitui-se, segundo Tavares (1990), Imperatori e Giraldes (1993) e Nunes (2016), como um processo de tomada de decisão, em que se procura seleccionar os problemas em que se deve intervir em primeiro lugar.

Os problemas identificados neste trabalho, são apresentados em seguida.

### Quadro 4: Problemas identificados, após tratamento dos dados

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 19,5% da amostra fumam atualmente;</li> </ul>	<b>Tabaco – P1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 66,4% da amostra revelam ter bebido bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses e, destes, 62,4% (41,4% do total da amostra) beberam, 5 ou mais bebidas em pelo menos uma ocasião;</li> </ul>	<b>Álcool – P2</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 63,7% da amostra não praticou qualquer atividade física no últimos mês ou não foi capaz de o fazer;</li> <li>• 45,3% consideram difícil ou muito difícil integrar um clube desportivo ou aula de ginástica, mesmo que o desejem;</li> </ul>	<b>Atividade Física – P3</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 57% da amostra revela não estar ativamente envolvido na comunidade;</li> <li>• 51,5% consideram difícil ou muito difícil avaliar até que ponto a zona onde vive afeta a sua saúde e bem-estar;</li> <li>• 55,5% consideram difícil ou muito difícil tomar parte nas atividades que melhoram a saúde e o bem-estar da sua comunidade;</li> </ul>	<b>Participação na comunidade / Influência na saúde – P4</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 54,69% da amostra considera difícil ou muito difícil compreender a informação contida num rótulo;</li> <li>• Cerca de 30% não é capaz de responder a questões relativas a informação contida num rótulo;</li> <li>• 34,4% da amostra apresentam excesso de peso ou obesidade;</li> </ul>	<b>Alimentação – P5</b>

De forma a priorizar os problemas identificados, foi escolhido o sistema de comparação por pares que, segundo Tavares (1990), “permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros.” (Tavares, 1990, p. 97)

Considerando a finalidade deste trabalho, optou-se por este sistema por ser simples e uma forma de priorizar os temas de promoção da saúde mais prementes

nesta população, relacionando-os com a literacia para a saúde nas fases seguintes da Metodologia de Planeamento em Saúde.

A priorização deve respeitar critérios essenciais de priorização como magnitude, transcendência e vulnerabilidade. (Nunes, 2016) Podem também ser considerados outros critérios como a exequibilidade do projecto ou a importância ou relevância do problema, dois critérios que foram tidos em consideração nesta priorização.

Passamos a apresentar a priorização realizada tendo em consideração os critérios acima referidos, seguida de apresentação do DS e problemas identificados, à equipa multiprofissional da USF Oriente, em reunião multiprofissional.

**O problema 2 – Álcool**, surge como uma prioridade para as políticas públicas em Portugal, há vários anos. Essencial foi a criação do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das dependências 2013-2020, constituídos por 2 domínios, a oferta e a procura. A procura encara o individuo como o centro, as políticas e intervenções globais e abrangentes que integrem um contínuo que vai da promoção da saúde, prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, ao tratamento e reinserção social.” (SICAD, 2017, p.19)

Estas intervenções, em que o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária tem um papel preponderante, procuram ter como resultado ganhos em saúde e bem-estar social. (SICAD, 2017)

A prevalência, segundo o Relatório Anual de 2016 – A Situação do País em Matéria de Álcool (SICAD, 2017), a prevalência de consumidores com idades compreendidas entre os 14 e os 75, que consome diariamente ou quase diariamente bebidas alcoólicas, é de 43%. Na amostra deste estudo, esse valor é de 16,2%. Quanto ao *binge drinking*, ou seja, consumo de 5 ou mais bebidas pelo menos numa ocasião, o mesmo relatório refere que, na população consumidora nos últimos 12 meses a prevalência é de 16,7% na faixa etária dos 15-74 anos e 22% se diminuirmos a faixa etária para 15-34 anos. Na população consumidora no presente estudo, a prevalência é de 62,4%, o que leva a que o álcool seja considerado um problema nesta população.

A DGS (2016), no âmbito do PNS 2012-2016 e sua extensão até 2020, preconiza o desenvolvimento de vários programas de saúde prioritários, entre os quais se encontram o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, nos quais se integram os **problemas: 1 - Tabaco, 3 – Atividade Física e 5 – Alimentação Saudável.**

O **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo** foi criado em 2012. Tem como visão “Promover um futuro mais saudável, totalmente livre de tabaco.” (DGS, 2017, p.3) Para tal, foram definidos quatro focos de intervenção:

a prevenção da iniciação do consumo nos adolescentes e jovens; A promoção da cessação tabágica, com particular enfoque nos fumadores com menos de 40 anos, nas mulheres e durante a gravidez; A proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco; A redução das desigualdades em saúde, nomeadamente as desigualdades regionais associadas à prevenção, tratamento e controlo do tabagismo.” (DGS, 2017, p.2).

Transversalmente e como complemento a estes focos, decorrem iniciativas de promoção da literacia em saúde, de capacitação da população para a tomada de decisões saudáveis, entre outros. (DGS, 2017)

Segundo o INS de 2014, citado por DGS (2017), a prevalência de fumadores na população com 15 ou mais anos é de 20%. No presente estudo, na amostra inquirida, esta prevalência é de 19,5%.

O **Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física** teve a sua génese em 2016 e tem como documento norteador a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar (2016).

A inatividade física é um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas não comunicáveis. Assim, a WHO considera essencial que seja promovida a prática de atividade física, a formação de profissionais e a criação de condições para a prática de atividade física na comunidade (onde a pessoa vive e trabalha). (DGS, 2016)

Este Programa tem como visão “Ter uma população residente em território nacional com baixos níveis de sedentarismo, fisicamente ativa, usufruindo do maior número possível de anos de vida saudáveis e livres de doença.” (DGS, 2016, p. 12)

Em primeiro lugar, será essencial que a população seja consciencializada da importância da prática de atividade física e os riscos para a saúde decorrentes do sedentarismo.

Assim, o objetivo *major* da intervenção nesta área é “melhorar a saúde dos portugueses através da promoção da atividade física, saúde e bem-estar.” (DGS, 2016, p. 18) Um dos objetivos específicos é a promoção da atividade física, em que deverão ser utilizados os meios de comunicação à disposição, em espaços onde exista interação direta com as pessoas ou espaços de prestação de cuidados de saúde, divulgando os benefícios desta prática, tendo sempre em consideração as suas características individuais, como a idade e o contexto socioeconómico.

O Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016, procurou avaliar o nível de atividade física da população, analisando todos os domínios da vida diária, incluindo a marcha, as actividades moderadas e as vigorosas como tipos de exercício. Foram definidos três níveis de atividade física, de acordo com as recomendações da WHO para a prática de atividade física. Assim, o nível “**ativo**”, corresponde à prática de pelo menos 1 hora por dia de atividade moderada ou 30 minutos de atividade vigorosa; o nível “**moderadamente ativo**” quando existe atividade de cerca de 30 minutos na maioria dos dias; o nível “**sedentário**” surge quando os critérios dos níveis anteriores não são cumpridos. (Universidade do Porto, 2017)

Os resultados deste inquérito revelam que nos indivíduos com mais de 14 anos a prevalência de sedentarismo é de 42,6%, com apenas 27,1% de população ativa. Por outro lado, avaliando a frequência semanal de prática de atividade física desportiva ou de lazer programada, entre os inquiridos com idade compreendida entre os 22 e os 64 anos, 51,3% praticam, no máximo, duas vezes por semana.

No presente estudo, atividade física revelou-se como o problema mais prevalente na amostra, com 63,7% a referirem não ter praticado qualquer atividade física no último mês ou não ter sido capaz de o fazer.



O **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável** é talvez o mais mediático e com maior expressão nos meios de comunicação social, mas antes de explicitar algumas estratégias já em implementação, começo por uma abordagem mais geral ao programa.

O PNPAS surgiu em 2012 e tem como finalidade “melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica de alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias.” (Graça e Gregório, 2013, p.2)

O relatório mais recente de 2017, apresenta as estratégias programáticas 2017-2020, que incluem as seguintes metas para 2020: controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade; reduzir em 10% a média de consumo de sal; reduzir em 10% a média de consumo de açúcar; reduzir a quantidade de ácidos gordos trans; Aumentar o número de pessoas que consome frutos e hortícolas diariamente; aumentar o número de pessoas que conhece os princípios da dieta mediterrânica. (DGS, 2017)

Para tal, estabelece vários objetivos que se podem relacionar com a Literacia para a Saúde, dos quais se destaca “melhorar o conhecimento sobre os consumos alimentares e estado nutricional da população portuguesa, seus determinantes e consequências”, “informar e capacitar para a compra, confecção, armazenamento de alimentos saudáveis e princípios da dieta mediterrânica na população em geral (...)” (DGS, 2017, p.14)

Em relação à realidade portuguesa nesta área, o mesmo relatório (DGS, 2017) revela que, nos adultos, a prevalência de excesso de peso ou obesidade é de 57%. Na amostra que obtivemos no presente estudo, 34,4% de indivíduos com excesso de peso ou obesidade. Quanto a hábitos alimentares, a nível nacional, 53% tem um consumo de hortofrutícolas inferior a 400g e 88% de baixa adesão à dieta mediterrânica. No presente estudo, o que sabemos desta amostra é que 54,69% da amostra consideram difícil ou muito difícil compreender a informação contida nos rótulos e efetivamente cerca de 30% não consegue responder corretamente às questões relacionadas com o rótulo.



A **participação comunitária** revela-se como essencial a qualquer intervenção que vise a alteração de comportamentos de grupos inseridos numa comunidade.

envolvimento comunitário para a saúde significa envolvimento activo das pessoas que vivem juntas, de forma organizada e coesa, na planificação e implementação dos cuidados de saúde primários, usando recursos locais, nacionais ou outros, sendo que no processo de envolvimento comunitário para a saúde os indivíduos assumem a responsabilidade, tanto pela sua saúde e bem-estar, como pelos da comunidade. (Lobo, 2008, p. 368).

Para que tal aconteça, é essencial que os utentes se sintam responsáveis pela tomada de decisão e estejam capacitados a essa participação, de forma a integrar actividades conjuntas com os profissionais de saúde. (Lobo, 2008)

Na presente amostra, 57% dos inquiridos revelam não estar ativamente envolvidos na comunidade, o que *per si* justifica a sua inclusão nos problemas desta população.

Da apresentação à equipa e discussão, resultou que, pela literacia apresentada pelos utentes, talvez se devesse começar por temáticas já familiares à maioria dos utentes, como a alimentação e atividade física.

Concomitantemente, foi referido que a participação comunitária será um tema a explorar pela equipa a médio prazo, de forma a incentivar as instituições na comunidade a integrarem esta parceria. Por este motivo, ficará como sugestão para o futuro.

Assim, a priorização dos problemas é a seguinte:

**Quadro 5:** Priorização dos problemas identificados

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES				VALOR FINAL	%
P1 - Tabaco	P1	P1	P1	P1	P1 = 0	0
	P2	P3	P4	P5		
P2 – Álcool	P2	P2	P2	P2	P2 = 1	10
	P1	P3	P4	P5		
<b>P3 – Atividade física</b>	P3	P3	P3	P3	P3 = 4	<b>40</b>
	P1	P2	P4	P5		
P4 – Participação na comunidade	P4	P4	P4	P4	P4 = 2	20
	P1	P2	P3	P5		
<b>P5 - Alimentação</b>	P5	P5	P5	P5	P5 = 3	<b>30</b>
	P1	P2	P3	P4		

Assim, para este Projeto, opta-se por intervir nos seguintes problemas:

P3 – Atividade Física

P5 – Alimentação

### 2.2.1. Diagnóstico de Situação, segundo a taxonomia CIPE

De forma a transformar os problemas encontrados e priorizados em Diagnósticos de Enfermagem, foi utilizada a CIPE 1.0 (ICN, 2015).

Assim, foram definidos os seguintes diagnósticos.

- ✓ **Não adesão ao regime de exercício**, relacionado com a não realização de qualquer atividade física;
- ✓ **Conhecimento sobre saúde baixo**, relacionado com a importância da realização de exercício físico regularmente;
- ✓ **Conhecimento sobre saúde baixo**, relacionado com as vantagens da dieta mediterrânica e a informação contida nos rótulos;
- ✓ **Padrão alimentar alterado**, relacionado com excesso de peso ou obesidade.

### **2.3. Fixação de Objetivos**

Objetivos, segundo Imperatori e Giraldes (1993) dizem respeito ao “enunciado do resultado desejável do problema, alterando em princípio, a tendência da sua evolução.” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 45)

Segundo Tavares (1990), “os objetivos devem ser interdependentes e sequenciais” (Tavares, 1990, p. 117), o que integra a formulação de objetivos geral e objetivos específicos.

Assim, o objetivo geral da implementação do projeto é: capacitar os utentes adultos inscritos na USF Oriente para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Como objetivos específicos, foram formulados os seguintes:

- Sensibilizar os utentes para a importância de realizar atividade física regularmente;
- Promover a adoção de conhecimentos sobre a importância do exercício físico para a promoção da saúde e prevenção da doença;
- Fomentar a adoção da actividade física como parte integrante do seu quotidiano.
- Sensibilizar os utentes para a importância da utilização da dieta mediterrânica;
- Consciencializar a população estratégias de alimentação saudável, nomeadamente dieta mediterrânica, para a promoção da saúde e prevenção da doença;
- Estimular os utentes a alterarem algum aspeto da sua alimentação que contribua para a adoção de uma alimentação saudável.

Tavares (1990), refere, ainda, que também se devem formular os objetivos operacionais ou metas que serão os resultados esperados para as atividades implementadas.

Neste trabalho, estabelecemos os seguintes objetivos operacionais:

- Que, pelo menos 70% dos utentes mencionados na intervenção, refiram 3 benefícios da prática da atividade física para a promoção da saúde;
- Que, pelo menos 70% dos utentes que participam na intervenção, identifiquem 3 exemplos de atividade física que podem realizar no seu dia-a-dia;
- Que, pelo menos 70% dos utentes referidos na intervenção, identifiquem 3 estratégias que contribuam para a prática da atividade física no dia-a-dia;
- Que, pelo menos 70% dos utentes visados na intervenção, consigam identificar 3 aspetos menos saudáveis da sua alimentação;
- Que, pelo menos 70% dos utentes visados na intervenção, identifiquem 3 benefícios da adoção da alimentação saudável para a promoção da saúde;
- Que, pelo menos 70% dos utentes envolvidos na intervenção consigam identificar 3 aspetos que pode melhorar na sua alimentação.

#### **2.4. Seleção de Estratégias**

Estratégia de saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993), é “o conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo um ou mais problemas de saúde.” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 65)

Tendo em consideração o modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, as intervenções a ser utilizadas situam-se no âmbito do comportamento específico, em que se procura que o utente perceba os benefícios para a ação e as barreiras para a ação, sem esquecer o que os seus sentimentos e influências pessoais essenciais para o surgimento de um comportamento de promoção da saúde. (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015) Assim, as estratégias a ser utilizadas são as educacionais.

Para que a informação seja adequada à literacia da população, qualquer estratégia no âmbito da capacitação do indivíduo deverá utilizar uma linguagem simples, perceptível a qualquer utente e, depois, adaptada ao utente que se encontra à nossa frente.

Deste modo, a estratégia de intervenção utilizada foi a Educação para a Saúde, que está intimamente relacionada com a Promoção da Saúde, já abordada anteriormente.

Segundo Laverack (2008), a Promoção da Saúde inclui a Educação para a Saúde e que esta “visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e colectivas.” (Laverack, 2008, p.12)

Segundo a WHO (1998), Educação para a Saúde “*comprises consciously constructed opportunities for learning involving some form of communication designed to improve health literacy, including improving knowledge, and developing life skills which are conducive to individual and community health*<sup>10</sup>.” (WHO, 1998, P. 4)

Também Pender *et al* (2015) referem que as estratégias de Educação para a Saúde realizadas em contexto de CSP, em qualquer momento do ciclo vital do utente, contribuem para a adoção de comportamentos promotores de saúde e favorecem o compromisso com esta adoção, pela relação estabelecida com o profissional de saúde.

## **2.5. Preparação Operacional**

Na etapa referente à preparação operacional, deve-se começar por especificar as atividades que constituem a intervenção e que devem ser definidas em função dos objetivos operacionais. (Tavares, 1990; Nunes, 2016) Estas devem ser especificadas respondendo às questões: o quê; quem; quando; onde; como; avaliação; objetivos a atingir.

Para dar resposta às necessidades da população, optou-se por uma intervenção individual, dirigida para a população adulta, que se dirige à USF Oriente, através de duas ações educativas, realizadas em contexto de consulta. A primeira sobre a importância da Alimentação Saudável e adoção da dieta mediterrânica,

---

<sup>10</sup> Inclui oportunidades para aprender criadas conscientemente que envolvem alguma forma de comunicação e desenhadas para melhorar a Literacia para a Saúde, incluindo aumento de conhecimentos e desenvolvimento de competências que conduzam à saúde individual e da comunidade.

como preconizado pela DGS. A segunda será sobre a importância da Atividade Física. Para servir de apoio a estas sessões foram elaborados 2 pequenos vídeos sobre cada uma das temáticas, por serem elementos visuais, mais apelativos e que ajudam à aprendizagem e para poderem ser incluídos no *site* da USF Oriente e ser utilizados pela equipa da USF Oriente, no futuro, em estratégias de grupo.

As novas tecnologias são uma nova aposta na promoção da saúde, mas que, atualmente, devem coadjuvar as intervenções “tradicionais”, uma vez que ainda existe uma grande faixa da população sem acesso à internet ou sem conhecimentos que permitam utilizar estas ferramentas. (Pender *et al*, 2015)

Apresentamos, em Apêndice 6, os planos de sessão das actividades desenvolvidas: ação educativa sobre atividade física e ação educativa sobre alimentação saudável.

## 2.6. Avaliação

Para Tavares (1990, p. 205), a avaliação é uma “forma sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente”.

A avaliação é essencial para se poder otimizar estratégias e perceber se as intervenções seleccionadas são passíveis de serem replicadas ou se deverão ser alteradas, de forma a serem eficazes na população-alvo.

É a fase final do Processo de Planeamento em Saúde, no qual se devem relacionar os objetivos com as estratégias. Deste modo, serão utilizados como critérios de avaliação, os objetivos operacionais seleccionados e já especificados na fase da Preparação Operacional.

De forma a como refere Imperatori e Giraldes (1993), se distinguir a “avaliação a curto prazo, só possível através de indicadores de processo ou atividade (...)” e a avaliação a médio prazo e longo prazo, que corresponde aos **Indicadores de Impacto** (input). Estes são indicadores que procuram uma alteração nos participantes no estudo, neste caso, alteração dos estilos de vida ou no índice de Literacia para a Saúde. Conforme a *scoping review* nos ajudou a perceber, a

alteração de comportamentos e a melhoria na Literacia para a Saúde são complexos e exigem tempo para poderem ser reavaliados. (Maindal *et al*, 2014; Berry *et al*, 2011) Assim, para os indicadores de impacto poderem ser avaliados, o HLS-EU-PT deveria ser reaplicado ao fim de 1 a 4 anos, não possível pelos *timings* académicos.

Os **Indicadores de Processo** correspondem à “avaliação da apresentação dos conteúdos em termos da utilização do processo educativo” (Carvalho e Carvalho, 2006, p. 71), neste caso, podemos avaliar a adesão dos participantes à intervenção seleccionada. Podemos considerar que esta adesão foi de 100%, uma vez que não existiu convocatória, a intervenção foi realizada em contexto de consulta. Os utentes aderiram voluntariamente a esta intervenção.

Os **Indicadores de Participação** (Produtividade), tem a ver com a utilização dos recursos existentes no contexto. (Carvalho e Carvalho, 2006) Tendo em consideração que os recursos utilizados (humanos e materiais) são os mesmos para as várias sessões realizadas, podemos avaliar o número de sessões realizadas, face às planeadas. Para a sessão sobre atividade física, foram planeadas 65 sessões a serem efectuadas em contexto de consulta. Destas, foram realizadas 60, ou seja, 92% do planeamento efectuado. Para a sessão sobre alimentação saudável, foram planeadas e realizadas 65 sessões a serem efectuadas em contexto de consulta.

Finalmente, os **Indicadores de resultado** (output) que devem “ser o eixo central desta tarefa que com uma adequada definição de objetivos, gerais e específicos, praticamente identificará os indicadores de avaliação.” (Carvalho e Carvalho, 2006, p. 65) Assim, corresponde aos indicadores de avaliação definidos previamente para cada intervenção.

Para a avaliação feita a cada uma das sessões educativas planeadas, foram elaborados dois questionários de avaliação, compostos por uma primeira parte, comum a ambos os questionários, com alguns dados sociodemográficos, e uma segunda parte, com questões que correspondem a estes indicadores de avaliação.

Em Apêndice 7, encontram-se os questionários referentes às sessões educativas sobre atividade física e alimentação saudável.

As sessões foram realizadas maioritariamente a utentes em contexto de consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar, consultas de enfermagem a pais de crianças com consulta de Saúde Infantil marcada e a casais em consulta de Saúde Materna. Foram, ainda, feitas sessões educativas a utentes que se dirigiram à sala de tratamentos ou sala de vacinação.

Os participantes nas sessões educativas sobre Atividade Física, foram maioritariamente mulheres (35), ou seja, 58,3% dos utentes a quem foi aplicado o questionário. No que respeita à idade destes utentes, 80% tem idade compreendida entre os 25 e os 44 anos, que se pode justificar com a tipologia de consulta em que foram realizadas. No que respeita ao estado civil, são maioritariamente casados ou solteiros com 85% de participantes com uma destas opções selecionadas.

Quanto à situação face à profissão, 28 (46,7%) são trabalhadores por conta de outrem, 9 (15%) por conta própria, 12 (20%) desempregados e 11 (18,3%) reformados.

Finalmente, no que respeita às habilitações literárias 34 têm o ensino secundário completo, com 14 com, no máximo, o 3º ciclo do Ensino Básico e 12 com alguma formação completa no Ensino Superior.

**Quadro 6:** Sessão individual educativa sobre Atividade Física - resultados referentes aos indicadores de avaliação seleccionados

Indicadores de avaliação	Resultado obtido (N; %)	Meta
Nº de utentes mencionados na intervenção que referiram 3 benefícios da prática da atividade física para a promoção da saúde / nº de utentes visados na intervenção	60 100%	70%
Nº de utentes visados na intervenção que identificaram 3 exemplos de atividade física que pode realizar no seu dia-a-dia / nº de utentes visados na intervenção	54 90%	70%
Nº de utentes referidos na intervenção que identificaram 3 estratégias que contribuam para a prática da atividade física no dia-a-dia / nº de utentes visados na intervenção	48 80%	70%



Nas sessões educativas sobre alimentação, 38 (58,5%) dos participantes são mulheres e 27 (41,5%) homens. No que respeita à idade destes utentes, 78,4% (51) têm idade compreendida entre os 25 e os 44 anos. Cerca de 83,1% dos participantes são casados ou solteiros.

Quanto à situação face à profissão, 31 (47,7%) são trabalhadores por conta de outrem, 10 (15,4%) por conta própria, 12 (18,5%) desempregados e 12 (18,4%) reformados.

Finalmente, no que respeita às habilitações literárias, 37 têm o ensino secundário completo, 16 com, no máximo, o 3º ciclo do Ensino Básico e 12 com alguma formação completa no Ensino Superior.

**Quadro 7:** Sessão individual educativa sobre Alimentação Saudável - resultados referentes aos indicadores de avaliação seleccionados

Indicadores de avaliação	Resultado Obtido (N;%)	%
Nº de utentes visados na intervenção que conseguiram identificar 3 aspetos menos saudáveis da sua alimentação/ nº de utentes visados na intervenção	61 94%	70%
Nº de utentes visados na intervenção que identificaram 3 benefícios da adoção da alimentação saudável para a promoção da saúde / nº de utentes visados na intervenção	51 85%	70%
Nº de utentes envolvidos na intervenção que conseguiram identificar 3 aspetos que pode melhorar na sua alimentação / nº de utentes visados na intervenção	63 97%	70%

Assim, consideramos que os indicadores de resultado foram alcançados, podendo ser replicadas estas intervenções junto de outros utentes da USF.

### **3. CONCLUSÃO**

#### **3.1. Limitações e sugestões do Projeto de Intervenção Comunitária**

O Projeto de Intervenção Comunitária e o processo investigativo, enquanto processos, são dinâmicos ao longo das suas etapas e não simplesmente sequenciais e limitados no tempo. No final de qualquer projeto, é essencial que haja uma reflexão sobre como decorreu todo o processo, de forma a perceber o que possa ter corrido menos bem, porquê e como se poderá melhorar no futuro.

Apresentar as limitações ao estudo e sugestões para o futuro não enfraquece o trabalho, mas fortalece a tomada de consciência que a precede. Assim, começaremos pelas limitações.

Uma das mais importantes tem a ver com o tempo dedicado ao Diagnóstico de Situação. Este tempo, de março a novembro de 2017, associado aos *timings* académicos, que se deve respeitar, levou à diminuição, para 3 meses, do tempo dedicado às restantes fases do Projeto de Intervenção Comunitária. Tendo em consideração que, nestas fases, se inclui passos tão importantes para a preparação da intervenção junto da população, o tempo de intervenção foi de apenas 5 semanas. Assim, embora houvesse outras intervenções que se poderiam ter implementado, optou-se por selecionar as mais prementes para o tempo existente. Sugerem-se mais tarde, neste capítulo, outras intervenções que deveriam ser implementadas, pela equipa da USF Oriente, no futuro.

A segunda limitação, que queremos salientar, está relacionada com a escolha das ações educativas individuais, integradas em consulta de enfermagem. Constituem-se como uma forma de operacionalizar o tempo de intervenção, de forma a chegar a um maior número de utentes em 5 semanas. Assim, estas ações visaram criar a necessidade de obter mais informação sobre comportamentos de saúde por parte do utente. Apenas utentes com algum conhecimento sobre determinada temática, podem sentir a necessidade e estar empenhados em participar em Sessões de Educação para a Saúde, algo que sabemos ser de difícil adesão, especialmente junto de adultos saudáveis.

No futuro, poder-se-á tentar organizar mais ações educativas individuais, que possam chegar a toda a população inscrita na USF, e de grupo, de forma a permitir a partilha de experiência por parte de todos.

A dificuldade em avaliar alterações de comportamento por parte dos utentes é outra das limitações deste Projeto de Intervenção Comunitária. Esta avaliação é, no entanto, essencial para se perceber se os objetivos major da intervenção foram atingidos ou se carecem de reformulação. Devido a esta dificuldade, acabamos por avaliar cada intervenção *per si*, através do feedback acerca da informação transmitida, neste caso, nas ações educativas.

Finalmente, a última limitação apresentada está relacionada com uma das estratégias de intervenção que foi selecionada, mas que não pôde ser colocada em prática, a colocação dos vídeos elaborados no *site* da USF, para estar acessível a todos os utentes. Não foi possível implementar esta intervenção, uma vez que o *site* ainda não estar disponível *online*. Foi solicitada aprovação para colocação no *site*, ao Conselho Técnico da USF e, após aprovação, carregados os vídeos. Estes ficarão disponíveis assim que o *site* for tornado público.

Na sequência desta limitação, é sugerido que este acesso, embora livre, possa, em contexto de consulta, ser acompanhado, de forma a contextualizar a informação com a realidade de cada utente.

Outra sugestão, mas que carece de mais meios audiovisuais será a visualização acompanhada na sala de espera, enquanto o utente aguarda pela consulta. Momento oportuno, conforme referido no eixo estratégico Políticas Saudáveis do PNS 2012-2016 e sua extensão até 2020, de forma a otimizar o tempo em sala de espera. (DGS, 2013)

Finalmente e, para que o projeto não se situe apenas na USF, mas seja integrado na comunidade, sugere-se que seja feito um levantamento dos recursos existentes, já iniciado neste trabalho. Desta forma, poder-se-á incentivar a participação comunitária, terceiro problema mais premente na priorização efectuada e que trará outros benefícios em futuros projetos da USF.

### **3.2. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem de Saúde Comunitária**

O enfermeiro especialista é aquele que, através de uma formação específica acrescida, obtém um conhecimento aprofundado numa determinada área, e que, como tal, tem capacidade elevada no âmbito da enfermagem avançada, nomeadamente na prática de uma enfermagem baseada na evidência, no julgamento crítico e na tomada de decisão na área específica de especialização. (OE, 2010)

Deve ser capaz de atuar nos diferentes níveis de prevenção, em todos os contextos de prestação de cuidados. Tem a responsabilidade da educação de pares, orientação, aconselhamento, liderança e de utilizar a investigação, como instrumento para melhorar a prática de enfermagem. (OE, 2010)

Assim, deve adquirir competências nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua de qualidade; gestão de cuidados; e aprendizagens profissionais. (OE, 2010)

o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos e comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde. (OE, 2011, p. 1).

Através da sua formação académica específica, desenvolve competências para o desenvolvimento de projetos e programas na comunidade, utilizando o Planeamento em Saúde como metodologia de intervenção. Deve ser capaz de participar na avaliação e processo de tomada de decisão, com o objectivo de contribuir para a capacitação dos grupos/comunidades, a obterem ganhos em saúde e alterar comportamentos.

A OE (2011) enfatiza “as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma determinada comunidade.” (OE, 2011, p.1)

as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

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

(OE, 2011, p. 2).

Assim e, começando pela primeira competência, pode-se considerar que a abordagem teórica da metodologia do Planeamento em Saúde, nas aulas teóricas, e a aplicação prática desta metodologia, nos segundo e terceiros semestres, e que transparece no presente relatório, contribuem para que possa considerar esta competência adquirida. No entanto, considero que apenas me poderei considerar “perita” com o desenvolvimento de outros projetos de intervenção comunitária, no meu futuro profissional.

Analisando especificamente as unidades de competência incluídas no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (OE, 2011), cada uma corresponde a uma ou mais fases da metodologia, pelo que todas elas foram concretizadas.

Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades foi outra das competências aprofundadas, ao longo deste processo formativo, nomeadamente as intervenções seleccionadas e concretizadas, assim como algumas sugestões de continuidade deste projeto, já apresentadas anteriormente, têm em vista a capacitação da população inscrita na USF Oriente.

Para a concretização das várias fases do Planeamento em Saúde, nomeadamente a seleção de estratégias e a preparação operacional, foram mobilizados conhecimentos não só da Enfermagem, mas da Comunicação e Educação, que constitui outro domínio da referida competência, para que muito contribui a abordagem centrada na Literacia para a Saúde.

Noutro domínio desta competência, é referida a utilização e mobilização de modelos conceptuais no âmbito da promoção da saúde, que transparece, neste relatório, na mobilização do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, coadjuvado, na sua implementação, pelo modelo de Sørensen *et al* como garante da

adaptação da informação e da forma de transmissão à Literacia para a Saúde da população.

Para a fase de priorização de problemas, foi mobilizado o PNS 2012-2016, na sua extensão até 2020 e selecionados temas integrados nos programas nacionais prioritários, PNPAS e PNPAF. Pode-se considerar que com esta seleção se contribui para a consecução dos objetivos do PNS, procurando obter ganhos em saúde. Este aspeto constitui-se como a terceira das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

A quarta competência está relacionada com a vigilância epidemiológica, aquela que se pode considerar como a que mais necessitará de aprofundamento no futuro. Apesar de sentir essa necessidade, os conteúdos foram abordados no 2º semestre do curso, em que nos foi dado a conhecer a importância da vigilância epidemiológica e as várias fases que a constituem. Por outro lado, na fase de Diagnóstico de Situação e de Priorização de problemas, esta vigilância, nomeadamente em relação aos programas prioritários utilizados, foi mobilizada.

Por outro lado, este percurso académico tem um segundo objetivo, atingir o grau de Mestre em Enfermagem. A nível europeu, no âmbito da adoção do Processo de Bolonha, houve a necessidade de distinguir os diferentes graus de ensino, através do Quadro Europeu de Qualificações, em que foram definidos resultados de aprendizagem esperados em cada grau de ensino, resultados a que também se podem chamar Descritores de Dublin, expressos em Portugal no Decreto-Lei nº 74/2016. Para o grau de Mestre, é necessário demonstrar a aquisição de competências em cinco pontos essenciais.

Ao nível de conhecimentos e capacidade de compreensão, o mestre deve ser capaz de desenvolver e aprofundar os conhecimentos, sustentando-se nos obtidos na Licenciatura e constituindo a base de desenvolvimento original, através da Investigação.

Neste âmbito, a realização da *Scoping Review*, com base nos pressupostos do *Joanna Briggs Institute*, para avaliar o estado da arte, constitui-se como uma evidência da utilização da investigação. Por outro lado, o tratamento dos dados, baseados nos conhecimentos da Investigação Quantitativa, neste caso, e de forma mais aprofundada que o exigido para a formulação do Diagnóstico de Situação, é outra evidência desta mobilização.

Outro ponto essencial à obtenção do grau de Mestre, será a aplicação de conhecimentos para compreender novas situações relacionadas com a área de estudo, mas em contexto mais alargado. Neste ponto, está evidenciada a escolha do tema Literacia para a Saúde, não exclusiva da Enfermagem, mas integrando, também o conhecimento educacional e de saúde, enquanto conceito global. A metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, não é, também, exclusivo da Enfermagem, mas de utilização em todas as áreas que integram a Saúde Pública.

Os três pontos restantes são os seguintes: capacidade de tomar decisões, mesmo com um conhecimento incompleto e capacidade de reflexão sobre as implicações da tomada de decisão; capacidade de comunicar conclusões e raciocínio, de forma clara, quer a especialistas na área, quer a não especialistas; e desenvolvimento de competências de auto-aprendizagem.

Estes pontos são evidenciados em todo o percurso académico, ao longo dos 3 semestres, nomeadamente as competências de auto-aprendizagem, através do estudo auto-orientado, com pesquisa e reflexão sobre a prática clínica, em trabalho autónomo, acerca dos temas abordados nas aulas teóricas. Será esta capacidade que leva à tomada de decisão e espírito crítico, evidenciada no presente relatório.

A capacidade de comunicação, foi sendo desenvolvida nas apresentações em sala de aula ao longo dos 3 semestres, bem como nas ações educativas com os utentes.

Assim, pode-se considerar que todas as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária e do grau de Mestre foram aprofundadas e mobilizadas.



### 3.3. Considerações finais

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária tem como competência a utilização da metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, como refere a OE (2011). Este contribui para o conhecimento da população e para uma intervenção fundamentada e direccionada às suas reais necessidades.

“O Planeamento em Saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações...” (Tavares, 1990, p. 37) O presente Projeto de Intervenção Comunitária contribuiu para aprofundar conhecimentos sobre Literacia para a Saúde dos utentes e procurar ter a Literacia para a Saúde como a base para qualquer intervenção que vise a alteração de comportamentos de saúde.

“O que precisamos no meio desta tormenta é que cada um invista na sua saúde e potencie o seu bem-estar através de uma gestão positiva e esclarecida (informada) da vida, processo que será fortemente apoiado pelo desenvolvimento da literacia para a saúde” (Saboga-Nunes, 2014, p. 97).

A utilização do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender revela-se como uma mais-valia nas intervenções educacionais em saúde, em particular na organização e tomada de consciência da importância dos determinantes em saúde.

Será na conjugação dos determinantes em saúde que influenciam o alvo de cuidados, seja indivíduo, grupo ou comunidade com a sua Literacia para a Saúde, poderemos, enquanto enfermeiros contribuir para que os utentes sejam capazes de promover a sua própria saúde e modificar comportamentos e, deste modo, atingir o que pretendemos – Melhorar a Literacia para a Saúde da população, para que esta seja capaz de alterar comportamentos e gerir a sua saúde.

O Ensino Clínico, na globalidade, constituiu-se como uma oportunidade para agregar e relacionar todos estes aspetos e assim, como futura especialista em Saúde Comunitária, conseguir melhorar a qualidade da prática clínica, através da tomada de decisão fundamentada e o julgamento crítico, e do apoio dado aos colegas não especialistas em qualquer situação que possa surgir, familiar ou nova.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aoun, S.; Rosenberg, M. (2004). Are rural people getting heartsmart. *Australian Journal of Rural Health*, 12, pp. 81-88.
- Ben-Ayre, E.; Lear, A.; Hermoni, D.; Margalit, R. (2007). Promoting lifestyle self-awareness among the medical team by the use of an integrated teaching approach: A primary care experience. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13 (4), pp. 461-469.
- Berry, D.; Colindres, M.; Sacher-Lugo, L.; Sanchez, M.; Neal, M.; Smith-Miller, C. (2011). Adapting, feasibility testing, and pilot testing a weight management intervention for recently Immigrated Spanish-speaking women and their 2-to 4-year-old children. *Hispanic Healthcare International*, 9 (4), pp. 186-193.
- Buss, P.; Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Saúde Coletiva*. 17 (1), p. 77-93.
- Carta de Bangkok (2005). Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-bangkok.aspx>, acessado a 23/06/2017.
- Carta de Ottawa (1986). Disponível em: <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=3&back=1&mid=5005&id=5187>, acessado a 20/05/2017.
- Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Center for Health Care Strategies, Inc. (2013). *Fact Sheet 1*. Disponível em [https://www.chcs.org/media/CHCS\\_Health\\_Literacy\\_Fact\\_Sheets\\_2013\\_1.pdf](https://www.chcs.org/media/CHCS_Health_Literacy_Fact_Sheets_2013_1.pdf) acessado a 20/02/2018.
- Dennis, S.; Williams, A.; Taggart, J.; Newall, A.; Dennis-Wilson, E.; Zwar, N. ... Harris, M. (2012). Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis. *Family Practice*, 13:44, pp. 1-29. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/44>, acessado em 19/06/2017.

- Direção-Geral da Saúde (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo – 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Douglas, F.; Teijilingen, E.; Torrance, N.; Fearn, P.; Kerr, A.; Meloni, S. (2006). Promoting physical activity in Primary Care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (2), pp. 159-168.
- Doyle, G., Cafferkey, K. & Fullam, J. (2012). *The European Health Literacy Survey: Results from Ireland*. Dublin, Ireland: University College Dublin.
- Espanha, R., Ávila, P., Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fawcett et al (2010). Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global Health Promotion*. 17 (4), pp. 52-56. Disponível em [http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975910383933?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975910383933?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed), acedido a 23/12/2017.
- Florindo, A.; Costa, E.; Sá, T.; Santos, T.; Velardi, M; Andrade, D. (2014). Physical Activity promotion in Primary Healthcare in Brazil: a counseling model applied to Community Health Workers. *Journal of Physical Activity and Health*, 11, pp. 1531-1539.
- Fonseca, C. et al (2008) *Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica*. 1ª Edição. Lisboa.

- Fortin, M.; Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Harkins, C.; Shaw, R.; Gillies, M.; Sloan, H.; Macintyre, K.; Scoular, A. ... Findlay, I. (2010). Overcoming barriers to engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study. *BMC Public Health*, 10: 391, pp. 1-7. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/391>, acessado a 19/06/2017.
- Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.<sup>a</sup>ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *2014 Reviewers' Manual Edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde, poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Laws, R.; Fanaian, M.; Jayasinghe, U.; McKenzie, S.; Passey, M.; Davies, G. ... Harris, M. (2013). Factors influencing participation in a vascular disease prevention lifestyle program among participants in a cluster randomized trial. *BMC Health Services Research*, 13: 201, pp. 1-12. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/201>, acessado a 19/06/2017.
- Lee, T.; Lee, C.; Kim, H.; Ham, O. (2007). Health Promotion Health Center Project. *Public health nursing*, 24 (6), pp. 529-537.
- Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 26 (2), pp. 367-371. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a17.pdf>, acessado a 06-01-2018.
- Loureiro, L.; Mendes, A.; Barroso, T.; Santos, J.; Oliveira, R.; Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 6, pp. 157-166.
- Maindal, H.; Støvring, H.; Sandbaek, A. (2014). Effectiveness of the population-based *Check your health* preventive programme conducted in Primary Care

- with 4 years follow-up [the CORE trial]: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 15:341, pp. 1-11. Disponível em <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/341>, acedido em 17/06/2017.
- Martins, M. (2005). *A Promoção da saúde: percursos e paradigma*. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>, acedido a 20/05/2017.
- Moher D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(6).
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), pp. 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 67, pp. 2072-2078.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- Pender, N.; Murdaugh, C.; Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice. 7th edition*. NJ: Prentice Hall.
- Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a consciencialização da cidadania positiva. *Referência*, III Série, Suplemento 2014, pp. 94-99.
- Saboga-Nunes, L.; Sørensen, K.; Pelikan, J. (2014). *Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)*. In: Congresso Português de Sociologia, 8, Évora, 14 a 16 de abril de 2014: livro de atas. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. ISBN: 978-989-97981-2-0.
- Saboga-Nunes, L.; Sørensen, K.; Pelkan, J.; Cunha, M.; Rodrigues, E.; Paixão, E. (2014). Cross-cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). *Atención Primaria*. 46: 13.

- Saboga-Nunes, L.; Freitas, O.; Cunha, M. (2016). Renasceres®: um modelo para a construção da cidadania em saúde através da Literacia para a Saúde. *Servir*, 59 (1), pp. 7-16.
- Shuster, G.; Geoppinger, J. (2011). A comunidade como Cliente: Apreciação e Análise. In Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª Edição. Lisboa: Lusociência (2011). pp. 356-389.
- SICAD (2017). *Relatório Anual 2016 – A Situação do País em Matéria de Álcool*. Lisboa: SICAD. Disponível em <http://www.sicad.pt>, acedido a 23/12/2017.
- Sørensen, K.; Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 12:80. Disponível em <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>, acedido a 07/03/2017
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ªed. Loures: Lusodidacta.
- Szymczyk, I.; Wojtyna, E.; Lukas, W.; Kępa, J.; Pawlikowska, T. (2013). How does gender influence the recognition of cardiovascular risk and adherence to self-care recommendations?: a study in polish primary care. *BMC Family Practice*, 14: 165. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/165>, acedido a 19/06/2017.
- Taggart, J.; Williams, A.; Dennis, S.; Newall, A.; Shortus, T.; Zwan, N. ... Harris, M. (2012). A systematic review of interventions in Primary Care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Family Practice*, 13:49, pp. 1-12. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/49>, acedido a 19/06/2017.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Universidade do Porto (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 – Relatório Parte II*. Versão 1.5, Setembro 2017 (versão revista).

Porto: U. Porto. Disponível em [https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF\\_%20Relato%CC%81rio%20Resultados\\_v1.5.pdf](https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF_%20Relato%CC%81rio%20Resultados_v1.5.pdf), acedido a 23/12/2017.

USF Oriente (2018). *Relatório de Atividades 2017*. Lisboa: USF Oriente.

USF Oriente (2017). *Regulamento Interno da USF Oriente – 2ª reformulação*. Lisboa: USF Oriente.

Victor, J.F., Lopes, M.V.O., Ximenes, L.B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J.Pender. *Acta Paul Enferm.* 18 (3), p. 235-240.

Warman, A. (2001). Living the revolution: Cuban healthworkers. *Journal of Clinical nursing*, 10, pp. 311-319.

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, URSS: World Health Organization.

WHO (1997). *A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Fourth International Conference of Health Promotion. Geneve: World Health Organization.

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>, acedido a 24/05/2017.

Williamson, D.; Drummond, J. (2000). Enhancing low-income parents' capacities to promote their children's health: education is not enough. *Public Health nursing*, 13:79, pp. 121-131.

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/De+scritores+Dublin/>, acedido a 08/03/2017.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1 – *Scoping Review***



## Scoping Review

**Questão:** De que forma a literacia para a saúde é utilizada, em Cuidados de Saúde Primários, para promover a saúde através da adoção de estilos de vida saudáveis, na população adulta sem doença crónica comunicável?

### Objetivos:

- Identificar de que forma a Literacia para a Saúde influencia a promoção da saúde para a adoção de estilos de vida saudáveis, em pessoas adultas no contexto de Cuidados de Saúde Primários;
- Identificar estratégias que permitam melhorar a literacia para a saúde sobre promoção da saúde e prevenção da doença.

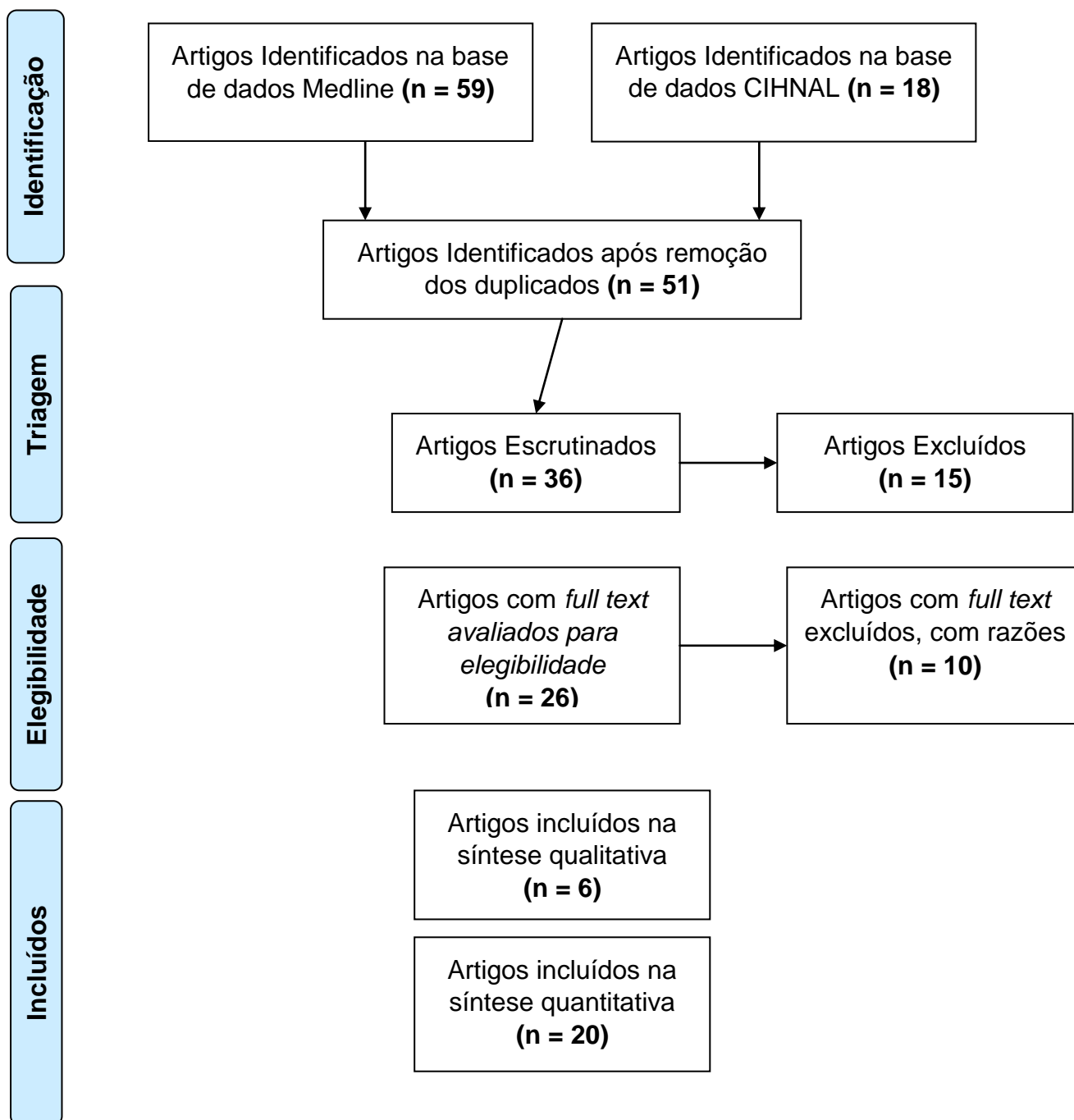
### Mnemónica PCC e Palavras-chave:

<b>P - População</b>	Adulto	Adult Middle age/aged
<b>C - Conceito</b>	Literacia para a saúde Aprendizagem/conhecimento de saúde Promoção da Saúde Estilos de vida saudáveis Comportamento de saúde Alimentação saudável Atividade física	Health literacy Health Knowledge Learning Healthy lifestyle Health behavior Feeding Behavior Motor Activity/Physical Activity Health Promotion
<b>C - Contexto</b>	Cuidados de Saúde Primários Comunidade	Primary Health Care Community Health Centers

### Crítérios de inclusão:

População adulta sem patologia crónica ou doenças não comunicáveis relacionadas com estilos de vida (ex: DM; HTA; DPOC).

**Prisma Flow:**



**Fonte:** Adaptado de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

## Artigos incluídos:

Artigo	Título	Autores	País	Ano	Tipo de estudo	Amostra/ População	Principais resultados
1	Health Promotion behaviors of Jordanian Women	Ma'aitah, R; Haddad, L.; Umlauf, M.	Jordânia	2000	Estudo descritivo transversal	Amostra de 512 mulheres jordanianas letradas, residentes numa população muçulmana, recrutadas em contexto comunitário.	Maior probabilidade de determinado comportamento de saúde na sub-escala – auto-atualização, e mais baixa em exercício físico. Mulheres casadas com melhores resultados na responsabilidade de saúde e nutrição. Solteiras com melhores resultados no exercício e gestão de stress.
2	Health Promotion Health Center Project	Lee, T.; Lee, C.; Kim, H.; Ham, O.	Coreia do Sul	2007	Estudo de caso e controlo	Amostra de 2261 adultos: 792 participantes no projeto e 1469 no grupo de controlo, 2 anos depois do início do projeto.	As 5 estratégias da Carta de Otawa são evidentes no projeto, com na sensibilização, participação e satisfação. Resultados negativos nos comportamentos de saúde, exceto exercício físico.
3	A survey of local health promotion initiatives for older people in Wales	Hendry, M.; Williams, N.; Wilkinson, C.	País de Gales	2008	Estudo descritivo transversal	Amostra: 18 especialistas em promoção da saúde junto de utentes mais velhos.	Foram identificados 120 projetos: 11 a nível nacional. Mais projetos em exercício físico: 3 nacionais e 42 locais. Sem iniciativas a nível de saúde sexual. Não há avaliação nem monitorização da maioria dos projetos.
4	Evaluation of NOC Standardized Outcome of "Health Seeking Behavior" in Nurse-managed Clinics	Macnee, C.; Kaplan, A.; Bradford, S.; Schaller-Ayers, J.	EUA	2006	Estudo descritivo transversal	Recolhidas 556 avaliações de utentes de 5 clínicas geridas por enfermeiros.	Maior nível de cumprimento das NOC por doença instalada, comparando com as de promoção da saúde. Existe relação entre o conhecimento dos enfermeiros e a evidência de comportamentos de procura de saúde.
5	Effectiveness of the population-based <i>Check your health</i> preventive programme conducted in primary care	Maindal, H.; Støvring, H.; Sandbaek, A.	Dinamarca	2014	Estudo aleatório controlado	Amostra de 10505 residentes na região central da Dinamarca: 5250 a quem foram oferecidas	Outcomes a 4 anos: melhoria no risco de evento cardiovascular fatal a 10 anos, nível de atividade física, qualidade de vida e dias de baixa médica. O custo-benefício do programa será mais

	with 4 years follow-up [the CORE trial]: study protocol for a randomised controlled trial					intervenções de prevenção da doença; e 5255 que mantiveram o acesso aos serviços de saúde habituais, até haver intervenção mais tarde.	tarde avaliado de acordo com os anos de vida ganhos, custo direto e custo total em saúde. O desenvolvimento de doença cardiovascular está relacionado com a prevalência de fatores de risco como obesidade, exercício físico e hábitos tabágicos.
6	Adapting, Feasibility Testing, and Pilot Testing a Weight Management Intervention for Recently Immigrated Spanish-Speaking Women and Their 2- to 4-Year-Old Children	Berry, D.; Colindres, M.; Sanchez-Lugo, L.; Sanchez, M.; Neal, M.; Smith-Miller, C.	EUA	2011	Estudo piloto aleatório e controlado	Amostra: 56 mulheres, originárias do México, e falantes da língua espanhola, com excesso de peso e filhos com idade entre 2 e 4 anos.	Outcomes a 9 meses: mulheres no grupo experimental mostraram tendência a diminuição do IMC e perímetro abdominal, e melhores parâmetros laboratoriais. Demonstraram maiores conhecimentos sobre nutrição e atividade física. Melhoraram responsabilidade social, gestão de stress e auto-eficácia em alimentação e atividade física. Crianças estabilizaram ganho de peso.
7	A cross-sectional study assessing the self-reported weight loss strategies used by adult Australian general practice patients	Yoong, S.; Carey, M.; Sanson-Fisher, R.; D'Este, C.	Austrália	2012	Estudo descritivo transversal	Amostra: 1335 adultos preencheram o questionário informático, enquanto aguardavam pela consulta, em 12 serviços de saúde.	73% dos utentes fez alguma tentativa de perda de peso nos últimos 12 meses, a maioria com dieta e atividade física. A maioria das tentativas foi feita sem recorrer a profissionais de saúde.
8	Physical Activity Promotion in Primary Health Care in Brazil: A Counselling Model Applied to Community Health Workers	Florindo, A.; Costa, E.; Sá, T.; Santos, T.; Velardi, M.; Andrade, D.	Brasil	2014	Estudo misto. Descritivo longitudinal (questionário) e análise de conteúdo (focus grupo)	Amostra: 65 profissionais de saúde, 30 no grupo de intervenção e 35 como grupo de controlo.	Quantitativo: Melhoria nos conhecimentos sobre recomendações de atividade física.  Qualitativo: Os profissionais gostaram do curso e do seu conteúdo; valorizaram a aplicação baseada em construção de conhecimento, tornando-os mais seguros na sua intervenção de

							promoção da saúde sobre atividade física.
9	Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits and vegetables in community health centers	Florindo, A.; Brownson, R.; Mielke, G.; Gomes, G.; Parra, D.; Siqueira, F.; Lobelo, F.; Simões, E.; Ramos, L.; Bracco, M.; Hallal, P.	Brasil	2015	Estudo descritivo transversal	Amostra: 269 profissionais de saúde a exercer funções no sistema de saúde brasileiro	A maioria dos profissionais de saúde pratica atividade física e aconselha a sua prática, embora não saiba quanto deve recomendar para que existam ganhos em saúde. A maioria não sabe e não ingere a quantidade diária recomendada de vegetais e fruta, sendo que metade apresenta excesso de peso. Foi encontrada uma associação entre conhecimento, aconselhamento e comportamento, pelo que deve existir formação dos profissionais.
10	Promoting physical activity in primary care settings: health visitors' and practice nurses' views and experiences	Douglas, F.; Teijlingen, E.; Torrance, N.; Fearn, P.; Kerr, A.; Meloni, S.	Escócia	2006	Estudo descritivo transversal	Amostra: 630 enfermeiros especialistas e generalistas a exercer funções na comunidade, em 4 regiões de saúde da Escócia.	Cerca de 90% dos participantes considera provável ou muito provável fazer recomendações sobre atividade física moderada. No entanto, apenas 13% sabem as recomendações. Recomendam de acordo com as suas crenças acerca da capacidade que o utente tem para alterar comportamentos e a sua impressão sobre as condições do utente.
11	A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors	Taggart, J.; Williams, A.; Dennis, S.; Newall, A.; Shortus, T.; Zwar, N.; Denney-Wilson, E.; Harris, M.	Austrália	2012	Revisão Sistemática da Literatura	52 artigos foram incluídos	Não foram encontradas intervenções directamente relacionadas com literacia para a saúde. Em 73% dos estudos, as intervenções estão associadas com LS e, em 75%, há outcomes positivos relacionados com alteração de estilos de vida. As intervenções de grupo e individuais têm a mesma eficácia em relação à LS.

12	Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis	Dennis, S.; Williams, A.; Taggart, J.; Newall, A.; Denney-Wilson, E.; Zwar, N.; Shortus, T.; Harris, M.	Austrália	2012	Revisão Sistemática da Literatura	52 artigos foram incluídos	LS e conceitos associados com indexação pobre. 37 estudos demonstram melhoria na LS, especialmente com intervenções de média ou alta intensidade. Os profissionais não médicos são eficazes na melhoria da LS. Existem 3 barreiras principais à implementação das intervenções: contexto; custo e relação utente/profissional de saúde.
13	Preferences and Self-efficacy for Diet Modification Among Primary Care Patients	Bartfield, J.; Ojehomon, N.; Huskey, K.; Davis, R.; Wee, C.	EUA	2010	Estudo descritivo transversal	Amostra: 71 utentes de uma instituição de Cuidados de Saúde Primários, com idade compreendida entre os 20 e os 75 anos.	A maioria dos utentes refere grande vontade de perder peso. Mulheres e utentes com IMC mais elevado têm maior probabilidade de adotar uma dieta com menos lípidos, menos calorias ou menos hidratos de carbono. O tipo de dieta parece ter menor importância que ter apoio profissional para adotar uma dieta que facilite a gestão do peso.
14	Views of health promotion among primary health care nurses and midwives in Jordan	Haddad, L.; Umlauf, M.	Jordânia	2000	Estudo descritivo transversal	População: todos os 120 enfermeiros e especialistas em saúde materna e obstétrica a trabalhar em cuidados de saúde primários foram convidados a participar. Amostra: 104 respondentes.	Os participantes estão sensibilizados a intervir em promoção da saúde. Os enfermeiros consideram que estão melhor habilitados a fazê-lo que os médicos. Metade dos participantes não considera a falta de tempo como uma barreira a uma eficaz intervenção em promoção da saúde. Os especialistas em saúde materna são mais pessimistas em relação à educação dos utentes, a sua aceitação e se conseguem influenciar o utente a alterar comportamentos.
15	Living the revolution: Cuban	Warman, A.	Cuba	2001	Estudo Etnográfico	Amostra: 106 trabalhadora	O nível de cuidados é muito elevado em Cuba, principalmente por haver

	health workers					s no maior hospital de cuba foram entrevistadas, após 18 meses de observação.	atualização de conhecimentos com base na evidência. Enquanto face dos serviços de saúde, devem ser mais valorizados pelo público e poder político.
16	Are rural people getting heartsmart?	Aoun, S.; Rosenber, M.	Austrália	2004	Estudo coorte (longitudinal no grupo intervenção e transversal no grupo de controlo)	Amostra: 203 participantes pós evento cardíaco no grupo de intervenção; 159 participantes no grupo controlo.	92% dos participantes concluíram o programa Feito follow up a 3,6 e 12 meses. Este último não avaliado pelo reduzido número de respondentes. Os participantes que completaram o programa demonstraram melhoria na qualidade de vida, comportamento alimentar, diminuição do peso, participação em atividade física, especialmente no follow-up a 6 meses e face aos participantes no grupo controlo.
17	Promoting Lifestyle Self-Awareness Among the Medical Team by the Use of an Integrated Teaching Approach: A Primary Care Experience	Ben-Arye, E.; Lear, A.; Hermoni, D.; Margalit, R.	Israel	2007	Estudo descritivo longitudinal (final do programa e 1 ano depois)	Amostra: 20 profissionais de saúde de 2 instituições de Cuidados de Saúde Primários, responderam aos questionários. 35 participaram nas sessões de formação.	65% dos participantes revelaram uma mudança de atitude face aos hábitos alimentares após as sessões. 89% consideraram, no questionário 1 ano pós-formação, que estão mais conscientes dos seus hábitos de alimentação e atividade física. 85% considera que participar nas sessões de formação os preparou melhor para abordar a alteração de estilos de vida com os seus utentes.
18	Enhancing Low-Income Parents' Capacities to Promote Their Children's Health: Education Is Not Enough	Williamson, D.; Drummond, J.	Canadá	2000	Estudo descritivo transversal	Amostra: 65 pais de crianças que participaram no programa <i>Head Start</i> , divididos por 10 focus-grupo	As sessões de educação para a saúde, isoladas, não são adequadas para melhorar significativamente a capacidade de promover a saúde dos seus filhos, em pais com baixos rendimentos. Os pais têm capacidade para melhorar os seus conhecimentos e competências, se as

							sessões forem acompanhadas por apoio social e advocacia política para melhorar as suas condições socio-económicas.
19	Implementation of a lifestyle intervention in Dutch primary care: opportunities for intervention delivery	Vermunt, P.; Milder, I.; Wielaard, F.; Baan, C.; Schelfhout, J.; Westert, G.; Oers, J.	Holanda	2012	Estudo aleatório e controlado	População: Utentes frequentadores dos CSP, com idade compreendida entre 40 e 70 anos. Amostra: 479 utentes no grupo de intervenção (2-5 anos de intervenção); 446 utentes no grupo de controlo com seguimento habitual.	Abandono foi modesto: 14,6% no grupo de intervenção; 13,2% no grupo de controlo. Alta participação nas consultas individuais em ambos os grupos. Atitude positiva dos profissionais de saúde e cumprimento pelos utentes, contribuiu para que os CSP sejam um local privilegiado para intervenções de prevenção da Diabetes, através de aconselhamento individual sobre estilos de vida saudáveis. Maior satisfação dos utentes com as consultas feitas por enfermeiros, em relação aos médicos.
20	How does gender influence the recognition of cardiovascular risk and adherence to self-care recommendations?: a study in Polish primary care	Szymczyk, I.; Wojtyna, E.; Lukas, W.; Kępa, J.; Pawlikowska, T.	Polónia	2013	Estudo descritivo longitudinal (0; 6M)	Amostra: 150 utentes frequentadores de consulta de Medicina Geral e Familiar, no período de recruta (2 semanas), sem doença crónica, com idade compreendida entre 40 e 65 anos.	Melhoria nos comportamentos de saúde após ter sido fornecida informação sobre o risco cardiovascular, em ambos os géneros, com destaque para as mulheres. As mulheres seguem mais as indicações sobre autocuidado, especialmente medidas preventivas e aconselhamento alimentar. Estratégias de coping, conhecimentos, idade, comportamentos saudáveis <i>a priori</i> e valores de risco cardiovascular contribuíram 48% nas mulheres, e 52% nos homens, para a variância de adesão ao aconselhamento.
21	Health views and metabolic syndrome in	Miettola, J.; Nykanen, I.;	Finlândia	2012	Estudo descritivo transversal	Amostra: 480 utentes, com idade compreendida	Utentes mais velhos com maior risco de síndrome metabólica e menor nível de atividade física. Em



	a Finnish rural community: a cross-sectional population study	Kumpusalo, E.				e entre 30 e 65 anos, nascidos em 1939, 1944, 1949, 1954, 1959, 1964, 1969 e 1974, que voluntariamente responderam a convite para participar no estudo.	relação aos restantes comportamentos, não há alterações significativas. Em relação às suas visões de saúde, os utentes com alienação social e que não assumem responsabilidade sobre os seus comportamentos ( <i>Blame-shifting</i> ) com maior risco de síndrome metabólico. Negação e alta conscientização não contribuem de forma significativa para o problema.
22	Factors influencing participation in a vascular disease prevention lifestyle program among participants in a cluster randomized trial	Laws, R.; Fanaian, M.; Jayasinghe, U.; McKenzie, S.; Passey, M.; Davies, G.; Lyle, D.; Harris, M.	Austrália	2013	Estudo aleatório e controlado	30 unidades de saúde participaram no estudo, tendo aleatoriamente 16 sido consideradas no grupo de intervenção e 14 no grupo de controlo. Amostra: 197 indivíduos, com idade entre 40 e 65, com alto risco de doença cardiovascular.	Utentes foram convidados a participar no programa, com 2 sessões individuais e 6 de grupo, ao longo de 9 meses. 36,5% não participou em qualquer sessão; 59,4% participaram em pelo menos metade das sessões. Serem trabalhadores ou não é a única variável independente do estudo. Assim, acesso físico ao local foi considerada barreira à participação, enquanto encaminhamento do seu médico de família e flexibilidade no programa considerados facilitadores à participação.
23	Overcoming barriers to engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study	Harkins, C.; Shaw, R.; Gillies, M.; Sloan, H.; MacIntyre, K.; Scoular, A.; Morrison, C.; MacKay, F.; Cunningham	Reino Unido	2010	Análise de conteúdo	13 utentes participantes no projeto de rastreio do risco cardiovascular, com os seguintes critérios de inclusão: estiveram presentes no follow-up a 6 meses do projeto e mostraram-se	2 focus grupo: 1º com 6 pessoas, 2º com 7 pessoas para perceber porque a participação no projeto foi tão baixa (16,4% dos convocados). As barreiras foram categorizadas em 4 temas: processo de convocação; assuntos de compreensão; serviço de marcação do rastreio; prioridade em realizar o rastreio. A convocatória ser feita por correio foi considerada barreira,

		am, H.; Docherty, P.; MacIntyre, P.; Findlay, I.				interessados em participar nos grupos.	pelos problemas em chegar a muitos utentes. Participantes consideram uma convocatória pessoal positiva. Utesntes revelam falta de conhecimento e compreensão, em relação à doença cardiovascular e risco de a desenvolverem. Consideram que a convocatória por carta não é clara nestes aspetos, enquanto o contacto pessoal permitiria esclarecer os utentes. A forma de marcação do rastreio (por telefone) foi considerada difícil e inflexível.
24	Project Dill: a Co-ordinated Primary Care and Community Health Promotion Programme for Reducing Risk Factors of Coronary Heart Disease Amongst the South Asian Community of Leicester – experiences and evaluation of the project	Farooqi, A.; Bhavsar, M.	Reino Unido	2001	Estudo descritivo longitudinal (pré e pós-intervenção)	População: 50 voluntários de organizações da comunidade Amostra: 45 aceitaram participar em programa de formação com o objetivo de fazerem futuramente formação de pares.	Formação com 16 módulos teóricos e 9 horas de prática. 6 meses após o <i>terminus</i> do curso, 54 sessões de educação de pares tinham sido realizadas, chegando a cerca de 2000 utentes da comunidade asiática.
25	Fruit and vegetables on prescription: a brief intervention in primary care	Buyuktuncer, Z.; Kearney, M.; Ryan, C.; Ellahi, B.	Reino Unido	2013	Estudo descritivo transversal	Amostra: 124 utentes que foram aos serviços de saúde, receberam <i>vouchers</i> de fruta e vegetais, e aceitaram ser contactados	Questionário telefónico feito 5 meses depois. 76,2% dos participantes refere ter utilizado os <i>vouchers</i> . Não foram observadas alterações significativas no comportamento de consumo ou compra de vegetais e fruta. Houve uma melhoria moderada no nível de

						telefonicamente para responder ao questionário.	conhecimento sobre o número de porções de fruta e vegetais recomendada. As principais barreiras ao consumo referidas são: a qualidade dos frutos e vegetais frescos; e dinheiro disponível gasto em comida.
26	Evidence-based disparities: examining the gap between health expectations and experiences	Vashdi, D.; Zalmanovitch, Y.	Israel	2012	Estudo descritivo transversal	Amostra: 1211 pessoas com mais de 18 anos, contactadas aleatoriamente, e que aceitaram responder a questionário telefónico informatizado sobre as suas visões de cuidados de saúde.	O sistema de saúde israelita é caracterizado por um <i>deficit</i> na provisão de cuidados de saúde. Foi calculada a diferença entre expectativas e experiência dos participantes. Os cuidados de saúde primários têm um diferencial expectativas/experiência mais baixo que a promoção da saúde e a prevenção da doença.

**Apêndice 2** – Distribuição das subdimensões da Literacia para a Saúde  
pelas questões do HLS-EU-PT

## Distribuição das subdimensões da Literacia para a Saúde pelas questões do HLS-EU-PT

Questão	Literacia para a Saúde geral	Cuidados de saúde	Prevenção da doença	Promoção da saúde	Encontrar informação	Compreender informação	Avaliar informação	Aplicar informação
Q1	✓	✓			✓			
Q2	✓	✓			✓			
Q3	✓	✓			✓			
Q4	✓	✓			✓			
Q5	✓	✓				✓		
Q6	✓	✓				✓		
Q7	✓	✓				✓		
Q8	✓	✓				✓		
Q9	✓	✓					✓	
Q10	✓	✓					✓	
Q11	✓	✓					✓	
Q12	✓	✓					✓	
Q13	✓	✓						✓
Q14	✓	✓						✓
Q15	✓	✓						✓
Q16	✓	✓						✓
Q17	✓		✓		✓			
Q18	✓		✓		✓			
Q19	✓		✓		✓			
Q20	✓		✓		✓			
Q21	✓		✓			✓		
Q22	✓		✓			✓		
Q23	✓		✓			✓		
Q24	✓		✓				✓	
Q25	✓		✓				✓	
Q26	✓		✓				✓	
Q27	✓		✓				✓	
Q28	✓		✓				✓	
Q29	✓		✓					✓
Q30	✓		✓					✓
Q31	✓		✓					✓
Q32	✓			✓	✓			
Q33	✓			✓	✓			
Q34	✓			✓	✓			
Q35	✓			✓	✓			
Q36	✓			✓	✓			
Q37	✓			✓		✓		
Q38	✓			✓		✓		
Q39	✓			✓		✓		
Q40	✓			✓		✓		
Q41	✓			✓			✓	
Q42	✓			✓			✓	
Q43	✓			✓			✓	
Q44	✓			✓				✓
Q45	✓			✓				✓
Q46	✓			✓				✓
Q47	✓			✓				✓
Número mínimo de respostas para o cálculo da escala								
Nº	43	15	14	14	12	10	11	11

Fonte: Adaptado de Doyle, Cafferkey e Fullam (2012)

## **Apêndice 3 – Cronograma de Atividades**



## **Apêndice 4 – Impresso Consentimento Informado**



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

### de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

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

Caro utente:

Gostaríamos de o convidar a participar num estudo, intitulado Literacia para a Saúde na promoção de Estilos de vida saudáveis, com a finalidade de contribuir para uma melhor Literacia para a Saúde e compreensão das instruções em saúde dos utentes. Este realiza-se na USF Oriente, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Especialização de Saúde Comunitária, sob orientação da Professora Doutora Lourdes Varandas.

A sua participação é essencial. Solicito a colaboração, através da resposta a um questionário, aplicado por mim, com cerca de 20-25 minutos de duração.

Todas as informações colhidas são confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo, sendo destruídos os questionários, no final do estudo. A sua participação é voluntária, podendo interrompê-la em qualquer altura, sem prejuízo ou perda de benefícios relativamente aos cuidados que lhe são prestados nesta USF. Deste estudo, poderão decorrer intervenções que podem beneficiar a sua saúde. Neste caso, terá direito a aceder às mesmas, se assim o desejar.

O presente estudo encontra-se devidamente autorizado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados e mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT. Os resultados do estudo poderão ser-lhe facultados se assim o desejar.

Grata pela sua colaboração,

A Investigadora,

\_\_\_\_\_  
(Mariana Mota, enfermeira)

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

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima identificada. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Foi-me dado tempo para reflectir sobre a minha participação no estudo.*

*Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

Contacto do Investigador para qualquer esclarecimento: marianapgmota@esel.pt

## **Apêndice 5 – Tratamento de dados**

## Tratamento de dados

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A colheita de dados decorreu entre os dias 26 de setembro e 31 de outubro de 2017, na USF Oriente, através de uma amostragem por conveniência, tendo obtido uma amostra de 128 utentes.

Quanto ao género, a amostra é constituída por 48 pessoas do sexo masculino, o que corresponde a 37,5% da amostra e a 80 do sexo feminino, 62,5% da amostra.

#### Questão D2 – Idade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Classes de Idades	18-25 anos	19	14,8	14,8	14,8
	26-35 anos	48	37,5	37,5	52,3
	36-45 anos	33	25,8	25,8	78,1
	46-55 anos	13	10,2	10,2	88,3
	56-65 anos	15	11,7	11,7	100,0
Total		128	100,0	100,0	

A amostra é constituída por utentes que vão dos 18 aos 64 anos, com a distribuição apresentada. A amostra tem em média 37,15 anos, com um desvio padrão de 12,281. A mediana é 35,00 e a moda são 34 anos.

#### Questão D3 e D4 – Peso e altura

A distribuição da amostra de acordo com o IMC, calculado pelos investigadores, revela que 64% (82 utentes) apresentam peso normal ou baixo peso e que dos 34% (44) de pessoas com peso a mais, 24,2% (31) estão em situação de excesso de peso e 10,2% (13) em obesidade e 2 pessoas não sabem ou não responderam às questões sobre peso e altura. No quadro seguinte, apresentamos as medidas de tendência central e de dispersão.

Média	24,6426
Mediana	23,5814
Moda	22,49 <sup>a</sup>
Desvio Padrão	4,37898
Valor mínimo	17,80
Valor máximo	45,79

## Relação IMC/género (D1)

Para caracterizar melhor a amostra obtida, relacionou-se as variáveis IMC e género.

		IMC por categorias							Total
		Baixo peso	Peso normal	Excesso de Peso	Obesidade I	Obesidade II	Obesidade III	Não sabe/não responde	
Masculino	Freq	0	27	18	2	1	0	0	48
	%	0,0%	56,2%	37,5%	4,2%	2,1%	0,0%	0,0%	100,0%
Feminino	Freq	4	51	13	6	3	1	2	80
	%	5,0%	63,7%	16,2%	7,5%	3,8%	1,2%	2,5%	100,0%
Total	Freq	4	78	31	8	4	1	2	128
	%	3,1%	60,9%	24,2%	6,2%	3,1%	0,8%	1,6%	100,0%

Podemos verificar que existem mais homens que mulheres com excesso de peso, mas, por outro lado, uma maior percentagem de mulheres com peso normal e obesidade.

Em relação ao estado civil dos entrevistados, podemos verificar que 46,1% são solteiros e 42,2% são casados. Os separados/divorciados representam 10,2% da amostra e ninguém se encontra numa situação de viuvez.

## Relação D6/D7 - Estado Civil/Situação de vida atual

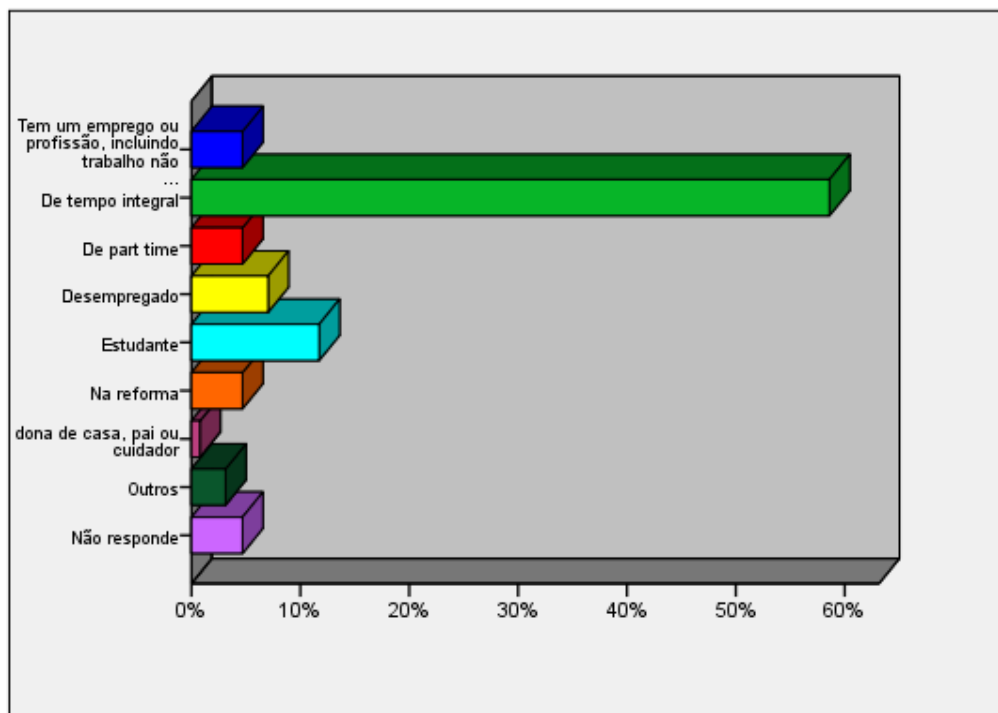
		Situação de vida atual				Total	
		Solteiro/a, vive só	Vive junto (vida conjugal partilhada)	Num relacionamento sério, mas não vive juntamente ninguém	não responde		
Estado civil	Solteiro/a	Freq %	26 44,1%	31 52,5%	2 3,4%	0 0,0%	59 100,0%
	Casado/a	Freq %	0 0,0%	51 94,4%	0 0,0%	3 5,6%	54 100,0%
	Separado/a / divorciado/a	Freq %	2 15,4%	9 69,2%	2 15,4%	0 0,0%	13 100,0%
	não responde	Freq %	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%
Total		Freq %	29 22,7%	92 71,9%	4 3,1%	3 2,3%	128 100,0%

Nesta comparação, percebemos que 92 pessoas, ou seja, 71,9% da amostra vive em situação conjugal partilhada e 22,7% (29) vivem sós. Isto significa que cerca de 52,5% dos solteiros e 69,2% dos separados/divorciados, vivem em união de facto, pelo que esta segunda questão talvez dê uma ideia mais precisa da situação conjugal da amostra.

### D8 – Tem filhos?

Quanto à parentalidade, a maior parte da amostra (66,4%) têm filhos, sendo que cerca de dois terços destes (43,8%) têm filhos com menos de 15 anos. Não existiram respostas negativas a esta questão.

### D10 – Como descreve a sua condição atual face ao trabalho?



No que concerne à situação atual perante o trabalho, cerca de 60% da amostra revela ter um trabalho a tempo integral, 11,7% são estudantes e 7% são desempregados. As outras opções existentes têm uma presença inferior a 5%.

Em resposta a outra questão (D11) relacionada com o trabalho, mais de 80% da amostra nega alguma vez ter tido alguma profissão relacionada com a saúde.

### Relação D15/D16 – Nível na sociedade/rendimento líquido

No que diz respeito à caracterização do nível social da amostra, foram feitas duas questões: a primeira pedia a opinião de cada participante sobre o nível na sociedade em que se encontra, numa escala de 1 a 10; a segunda diz respeito ao rendimento mensal familiar.

		Rendimento líquido do agregado familiar											Total	
		Menos de 500€	Entre 500€ e 800€	Entre 800€ e 1350€	Entre 1350€ e 1850€	Entre 1850€ e 2400€	Entre 2400€ e 2950€	Entre 2950€ e 3600€	Entre 3600€ e 4400€	Entre 4400€ e 5250€	6450€ ou mais	não sabe/não responde		
Nível socioeconómico	1	Freq	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
		%	20,0%	6,2%	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
	2	Freq	6	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	12
		%	60,0%	31,2%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%
	3	Freq	1	3	7	0	1	1	0	0	0	0	1	14
		%	10,0%	18,8%	25,9%	0,0%	4,5%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	10,9%
	4	Freq	0	2	3	0	0	2	0	0	0	0	0	7
		%	0,0%	12,5%	11,1%	0,0%	0,0%	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,5%
	5	Freq	1	2	7	5	6	4	0	0	0	0	5	30
	%	10,0%	12,5%	25,9%	35,7%	27,3%	26,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	35,7%	23,4%	
6	Freq	0	1	5	6	10	4	3	0	0	0	6	35	
	%	0,0%	6,2%	18,5%	42,9%	45,5%	26,7%	42,9%	0,0%	0,0%	0,0%	42,9%	27,3%	
7	Freq	0	1	4	2	4	4	3	0	1	0	1	20	
	%	0,0%	6,2%	14,8%	14,3%	18,2%	26,7%	42,9%	0,0%	100,0%	0,0%	7,1%	15,6%	
8	Freq	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	5	
	%	0,0%	6,2%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%	7,1%	3,9%	
9	Freq	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	
Total	Freq	10	16	27	14	22	15	7	1	1	1	14	128	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pela confrontação entre estas duas variáveis, podemos perceber que a maioria dos participantes (50,7%) considera que o seu nível socioeconómico se encontra num nível médio – 5 ou 6. Em relação aos rendimentos, existe uma maior variabilidade de respostas, resultando em percepções diferentes de nível socioeconómico face ao rendimento auferido.

## LITERACIA PARA A SAÚDE GERAL DA POPULAÇÃO

Seguindo o conceito da HLS-EU, foram construídos diferentes sub-índices com base nos valores médios dos itens de LS. Primeiramente foram apurados índices para as três áreas da Literacia para a Saúde: cuidados de saúde (16 itens), prevenção da doença (16 itens) e promoção da saúde (15 itens), paralelamente, foi calculado o índice de saúde geral que compreende o total dos 47 itens.

Para avaliar a confiabilidade ou consistência interna do HLS-EU-PT, ou seja, se o questionário reflecte o que está a medir, utilizámos o Alfa de Cronbach, que deve incluir as várias variáveis integradas em cada conceito. Para tal, deve ser utilizada a mesma escala. (Almeida, 2017)

No caso concreto do HLS-EU-PT, a escala utilizada é a mesma nas primeiras 47 questões que compõem a avaliação da Literacia para a Saúde. O que procuramos avaliar é a consistência interna do questionário em relação à Literacia para a Saúde geral e em relação às suas 3 dimensões: promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde.

O Alfa de Cronbach deve apresentar um valor positivo, que varia entre 0 e 1, interpretado em termos de consistência, segundo a seguinte escala:

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

Fonte: Adaptado de Almeida, 2018

A Literacia para a Saúde geral apresenta um alfa de Cronbach de 0.984 para as suas 47 questões, ou seja, tem uma consistência interna Muito Boa.

Em relação às suas 3 dimensões, os resultados revelam que qualquer um destes índices tem também uma consistência interna Muito Boa, com a obtenção dos seguintes valores de alfa de Cronbach:

- Cuidados de saúde – 0.957;
- Promoção da saúde – 0.945;

- Prevenção da doença – 0.954.

Para o cálculo dos índices, os itens foram invertidos, assim valores mais elevados demonstram maior literacia para a saúde com os seguintes valores numéricos: 1= muito difícil; 2= difícil; 3= fácil; 4= muito fácil. Para os cálculos dos índices e para simplificar comparações, todas as nove escalas foram normalizadas numa métrica entre 0 e 50, com a seguinte fórmula:

**Fórmula: índice LS = (média -1) \* (50/3)**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válidos	LS inadequada	53	41,4	45,3	45,3
	LS problemática	31	24,2	26,5	71,8
	LS suficiente	22	17,2	18,8	90,6
	LS Excelente	11	8,6	9,4	100,0
	Total	117	91,4	100,0	
Não válidos		11	8,6		
Total		128	100,0		

Média	1,9231
Mediana	2,0000
Moda	1,00
Desvio Padrão	1,00990

Deste modo, podemos verificar que, excluindo os utentes que não responderam ao número mínimo de questões para serem considerados para o cálculo da literacia para a saúde (11), foram obtidos 117 preenchimentos válidos do questionário.

Analisando apenas as respostas válidas, 71,8% dos participantes apresentam uma literacia para a saúde inadequada ou problemática, ou pensando de outra forma, apenas 18,2% dos participantes apresentam uma literacia suficiente ou excelente, menos de metade dos valores encontrados nos 3 estudos portugueses presentes em Costa, Saboga-Nunes e Costa (2016). O que denota que o défice de literacia em saúde é um **problema** na população adulta inscrita na USF Oriente, ainda mais que na população portuguesa no geral.



## Literacia para a Saúde em cuidados de saúde

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válidos	LS inadequada	42	32,8	35,0	35,0
	LS problemática	36	28,1	30,0	65,0
	LS suficiente	29	22,7	24,2	89,2
	LS Excelente	13	10,2	10,8	100,0
	Total	120	93,8	100,0	
Não válidos		8	6,3		
Total		128	100,0		

Média	2,1083
Mediana	2,0000
Moda	1,00
Desvio Padrão	1,01083

Em relação à Literacia para a Saúde de cuidados de saúde, este é, dos 4 índices, aquele que apresenta resultados menos preocupantes, embora a percentagem de população com valores de suficiente ou excelente continue a ser bastante baixo, 33,3%, ou seja, um terço da amostra com resultados válidos neste índice, neste caso, 120 participantes.

## Literacia para a Saúde na promoção da saúde

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válidos	LS inadequada	55	43,0	49,1	49,1
	LS problemática	32	25,0	28,6	77,7
	LS suficiente	18	14,1	16,1	93,8
	LS Excelente	7	5,5	6,3	100,0
	Total	112	87,5	100,0	
Não válidos		16	12,5		
Total		128	100,0		

Média	1,7946
Mediana	2,0000
Moda	1,00
Desvio Padrão	,93132

A Literacia para a Saúde de promoção da saúde é o índice com piores resultados, em que 49,1% de participantes com um mínimo de respostas válidas a apresentar um nível inadequado e, ainda mais 28,6% com um nível inadequado.

Relacionando com a matriz dos sub-índices de Sorensen *et al* (2012), significa que esta população não é capaz de se atualizar sobre questões da saúde; apresenta um déficit de conhecimento e não consegue compreender a informação que lhe é transmitida; não é capaz de interpretar e/ou avaliar as questões relacionadas com a saúde e, finalmente, não tem a “capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde”. (Sorensen *et al*, 2012, p. 265)

### Literacia para a Saúde na prevenção da doença

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válidos	LS inadequada	59	46,1	49,2	49,2
	LS problemática	21	16,4	17,5	66,7
	LS suficiente	28	21,9	23,3	90,0
	LS Excelente	12	9,4	10,0	100,0
	Total	120	93,8	100,0	
Não válidos		8	6,3		
Total		128	100,0		

Média	1,9417
Mediana	2,0000
Moda	1,00
Desvio Padrão	1,06350

Em relação à Literacia para a Saúde na prevenção da doença, a percentagem da amostra com um nível inadequado é semelhante à literacia na promoção da saúde (49,2%), mas há uma menor percentagem de nível problemático em cerca de 11 pontos percentuais (17,5%). Não deixa, no entanto, de ser um resultado preocupante.

## RELAÇÃO LITERACIA PARA A SAÚDE E OUTRAS VARIÁVEIS

De seguida, iremos relacionar a Literacia para a Saúde geral com algumas variáveis de caracterização sociodemográfica.

### Relação Literacia para a Saúde (LS) e género

			Literacia para a Saúde geral				Total
			LS inadequada	LS problemática	LS suficiente	LS excelente	
Género	Masculino	Freq %	19 41,3%	17 37,0%	8 17,4%	2 4,3%	46 100,0%
	Feminino	Freq %	34 47,9%	14 19,7%	14 19,7%	9 12,7%	71 100,0%
Total		Freq %	53 45,3%	31 26,5%	22 18,8%	11 9,4%	117 100,0%

Pelos resultados encontrados, podemos verificar que embora a percentagem de homens e mulheres com uma literacia inadequada seja equivalente, o mesmo não acontece com os restantes resultados. Os homens apresentam maior percentagem de literacia problemática e existem mais mulheres com uma literacia suficiente ou excelente, 32,4% para as mulheres e 21,7% para os homens.

### Relação Literacia para a Saúde (LS) e idade

			Literacia para a Saúde geral				Total
			LS inadequada	LS problemática	LS suficiente	LS excelente	
Classes de idades	18-25 anos	Freq	15	4	0	0	19
		% LS	28,3%	12,9%	0,0%	0,0%	16,2%
		% idade	78,9%	21,1%	0,0%	0,0%	100,0%
	26-35 anos	Freq	18	9	10	5	42
		% LS	34,0%	29,0%	45,5%	45,5%	35,9%
		% idade	42,9%	21,4%	23,8%	11,9%	100,0%
	36-45 anos	Freq	11	10	8	2	31
		% LS	20,8%	32,3%	36,4%	18,2%	26,5%
		% idade	35,5%	32,3%	25,8%	6,5%	100,0%
	46-55 anos	Freq	5	1	3	3	12
		% LS	9,4%	3,2%	13,6%	27,3%	10,3%
		% idade	41,7%	8,3%	25,0%	25,0%	100,0%
	56-65 anos	Freq	4	7	1	1	13
		% LS	7,5%	22,6%	4,5%	9,1%	11,1%
		% idade	30,8%	53,8%	7,7%	7,7%	100,0%
Total		Freq	53	31	22	11	117
		% LS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% idade	45,3%	26,5%	18,8%	9,4%	100,0%

Quanto à relação entre a idade dos participantes e os resultados que obtiveram no índice de literacia para a saúde geral, há duas formas distintas de analisar os resultados, a partir da proporção de participantes de cada faixa etária, ou a partir do total de pessoas que se situam em cada nível de literacia, ambos expressos no quadro anterior.

Começando pelos participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, estes constituem 28,3% dos participantes com uma literacia inadequada e 12,9% com uma literacia problemática. Nenhum dos participantes nesta faixa etária obteve resultados positivos, suficiente ou excelente. Assim, 78,9% dos participantes com estas idades apresentam uma literacia inadequada e 21,1% problemática.

De entre os participantes com idades compreendidas entre os 26 e 35 anos, 42,9% apresentam literacia inadequada, 21,4% problemática, 23,8% suficiente e 11,9% excelente. Analisando de outra forma, representam 45,5% do total de participantes com um nível de literacia suficiente. O mesmo resultado entre todos os que obtivera um nível excelente. Este resultado falsamente positivo justifica-se por ser a faixa etária com maior número de participantes, pelo que no total, seja uma percentagem alta.

Os participantes com idades compreendidas entre os 36 e 45 anos, 35,5% apresentam literacia inadequada, 32,3% problemática, 25,8% suficiente e 6,5% excelente.

Passando para a faixa etária seguinte, entre os 46 e 55 anos, 41,7% apresentam literacia inadequada, 8,3% problemática, 25% suficiente e 25% excelente. Esta faixa etária é a única que obtém metade dos participantes com resultado positivo no seu Índice de literacia.

Finalmente, os participantes com 56 ou mais anos de idade, apresentam 7,7% de literacia excelente, o que equivale a 1 participante desta faixa, 1 participante obteve um índice de literacia suficiente. Dos restantes, 30,8% apresentam uma literacia inadequada e 53,8% literacia problemática.

## Relação Literacia para a Saúde (LS) e IMC

			Literacia para a Saúde geral				Total
			LS inadequada	LS problemática	LS suficiente	LS excelente	
Índice de Massa Corporal	Baixo peso	Freq	2	1	1	0	4
		%IMC	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		%LS	3,8%	3,2%	4,5%	0,0%	3,4%
	Peso normal	Freq	31	18	14	8	71
		%IMC	43,7%	25,4%	19,7%	11,3%	100,0%
		%LS	58,5%	58,1%	63,6%	72,7%	60,7%
	Excesso de Peso	Freq	15	10	4	1	30
		%IMC	50,0%	33,3%	13,3%	3,3%	100,0%
		%LS	28,3%	32,3%	18,2%	9,1%	25,6%
	Obesidade I	Freq	2	1	3	0	6
		%IMC	33,3%	16,7%	50,0%	0,0%	100,0%
		%LS	3,8%	3,2%	13,6%	0,0%	5,1%
	Obesidade II	Freq	2	1	0	1	4
		%IMC	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%
		%LS	3,8%	3,2%	0,0%	9,1%	3,4%
	Obesidade III	Freq	1	0	0	0	1
		%IMC	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%LS	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
	Não sabe/não responde	Freq	0	0	0	1	1
		%IMC	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		%LS	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%
Total	Freq	53	31	22	11	117	
	%IMC	45,3%	26,5%	18,8%	9,4%	100,0%	
	%LS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

É importante, ainda, relacionar o IMC com a literacia para a saúde geral. Neste âmbito, podemos verificar que em qualquer uma das categorias de IMC, o mais frequente é que exista uma literacia para a saúde inadequada, ou seja, não parece haver uma conexão entre o índice de literacia para a saúde geral e o IMC.

A exceção é a categoria de obesidade I, em que 50%, ou seja, 3 participantes, obtiveram um índice de literacia suficiente. Esta categoria de IMC representa 5% da amostra, pelo que não é suficiente para se conseguir fazer qualquer associação.

## Relação Literacia para a Saúde (LS) e nível de graduação académica

			Literacia para a Saúde geral				Total
			LS inadequada	LS problemática	LS suficiente	LS excelente	
Nível de graduação académica	Nível 1	Freq	7	3	1	0	11
		%Grad	63,6%	27,3%	9,1%	0,0%	100,0%
		%LS	13,2%	9,7%	4,5%	0,0%	9,4%
	Nível 2	Freq	4	4	1	1	10
		%Grad	40,0%	40,0%	10,0%	10,0%	100,0%
		%LS	7,5%	12,9%	4,5%	9,1%	8,5%
	Nível 3	Freq	30	9	8	2	49
		%Grad	61,2%	18,4%	16,3%	4,1%	100,0%
		%LS	56,6%	29,0%	36,4%	18,2%	41,9%
	Nível 4	Freq	1	3	2	2	8
		%Grad	12,5%	37,5%	25,0%	25,0%	100,0%
		%LS	1,9%	9,7%	9,1%	18,2%	6,8%
	Nível 5	Freq	10	7	4	3	24
		%Grad	41,7%	29,2%	16,7%	12,5%	100,0%
%LS		18,9%	22,6%	18,2%	27,3%	18,9%	
Nível 6	Freq	1	4	5	3	13	
	%Grad	7,7%	30,8%	38,5%	23,1%	100,0%	
	%LS	1,9%	12,9%	22,7%	27,3%	11,1%	
Não sabe/não responde	Freq	0	1	1	0	2	
	%Grad	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	
	%LS	0,0%	3,2%	4,5%	0,0%	1,7%	
Total	Freq	53	31	22	11	117	
	%Grad	45,3%	26,5%	18,8%	9,4%	100,0%	
	%LS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

No que respeita à relação entre o índice de literacia para a saúde geral e o nível de graduação académica, nos níveis 1,2 e 3, a maioria dos participantes apresenta um índice de literacia inadequado. O mesmo acontece no nível 5. Numa graduação intermédia, nível 4, a maioria tem um índice de literacia problemático. De entre os participantes pós-graduados, apenas 1 apresenta um índice de literacia inadequado. No entanto, aqui também que a percentagem de participantes com índice problemático e suficiente, é semelhante, 30,8% e 38,5% respetivamente.

Os resultados apresentados parecem confirmar o que a literatura refere, pois os indivíduos com níveis mais baixos de instrução terão maior dificuldade em reportar a informação recebida e ainda que os indivíduos com nível de instrução mais elevado (5), também não são um garante de uma resposta adequada em comportamentos promotores de saúde.

## CATEGORIAS DA LITERACIA PARA A SAÚDE

Existem 4 categorias essenciais na literacia para a saúde, segundo Sorensen *et al* (2012): aceder/obter informação relevante para a saúde; compreender a informação relevante para a saúde; apreciar/julgar/avaliar a informação relevante para a saúde; e aplicar/utilizar a informação relevante para a saúde. De forma a procurar caracterizar a literacia de cada faixa etária em cada uma das categorias, relacionou-se este aspeto com uma questão de cada uma das categorias.

### Relação aceder/obter informação relevante para a saúde e Q19

			19. "... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer?"					Total
			Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não sabe/não responde	
Classes de idades	18-25 anos	Freq	1	5	12	1	0	19
		% Idade	5,3%	26,3%	63,2%	5,3%	0,0%	100,0%
		% Total	0,8%	3,9%	9,4%	0,8%	0,0%	14,8%
	26-35 anos	Freq	8	15	18	4	3	48
		% Idade	16,7%	31,2%	37,5%	8,3%	6,2%	100,0%
		% Total	6,2%	11,7%	14,1%	3,1%	2,3%	37,5%
	36-45 anos	Freq	3	17	12	0	1	33
		% Idade	9,1%	51,5%	36,4%	0,0%	3,0%	100,0%
		% Total	2,3%	13,3%	9,4%	0,0%	0,8%	25,8%
	46-55 anos	Freq	3	6	3	1	0	13
		% Idade	23,1%	46,2%	23,1%	7,7%	0,0%	100,0%
		% Total	2,3%	4,7%	2,3%	0,8%	0,0%	10,2%
	56-65 anos	Freq	1	11	2	1	0	15
		% Idade	6,7%	73,3%	13,3%	6,7%	0,0%	100,0%
		% Total	0,8%	8,6%	1,6%	0,8%	0,0%	11,7%
Total		Freq	16	54	47	7	4	128
		% Total	12,5%	42,2%	36,7%	5,5%	3,1%	100,0%

Na 1ª categoria: *aceder/obter informação relevante para a saúde*, parece ser mais fácil encontrar informação nas faixas 26-35 (16,7%) e 46-55 anos (23,1%). Por outro lado, se for feito o somatório desta resposta (muito fácil) com a resposta "fácil", parece existir uma maior capacidade de obter informação à medida que a faixa etária vai avançando, com a faixa mais jovem a obter o valor mais baixo - 31,6% e a faixa mais velha a obter o valor mais alto - 80%. Isso pode traduzir que as pessoas conhecem as diferentes vias disponíveis, contudo isso não significa que sejam capazes de compreenderem e usarem informação na promoção da sua saúde, tornando-se crítica para o "empowerment" pessoal.

## Relação compreender a informação relevante para a saúde e Q38

			38. "... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?"					Total
			Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não sabe/não responde	
Classes de idades	18-25 anos	Freq	0	5	8	6	0	19
		% Idade	0,0%	26,3%	42,1%	31,6%	0,0%	100,0%
		% Total	0,0%	3,9%	6,2%	4,7%	0,0%	14,8%
	26-35 anos	Freq	8	12	11	15	2	48
		% Idade	16,7%	25,0%	22,9%	31,2%	4,2%	100,0%
		% Total	6,2%	9,4%	8,6%	11,7%	1,6%	37,5%
	36-45 anos	Freq	2	11	18	2	0	33
		% Idade	6,1%	33,3%	54,5%	6,1%	0,0%	100,0%
		% Total	1,6%	8,6%	14,1%	1,6%	0,0%	25,8%
	46-55 anos	Freq	2	5	1	4	1	13
		% Idade	15,4%	38,5%	7,7%	30,8%	7,7%	100,0%
		% Total	1,6%	3,9%	0,8%	3,1%	0,8%	10,2%
	56-65 anos	Freq	2	7	3	2	1	15
		% Idade	13,3%	46,7%	20,0%	13,3%	6,7%	100,0%
		% Total	1,6%	5,5%	2,3%	1,6%	0,8%	11,7%
Total	Freq	14	40	41	29	4	128	
	% Total	10,9%	31,2%	32,0%	22,7%	3,1%	100,0%	

Passando a segunda categoria: *compreender a informação relevante para a saúde*, parece acontecer o mesmo que na categoria anterior, uma vez que ambas estão interrelacionadas. Pela análise efetuada, no somatório entre resposta “fácil” e “muito fácil”, as faixas 26-35 e 36-45 anos, com valores muito próximos, 41,7% e 39,4% respetivamente, estão invertidas e contrariam a ideia da compreensão da informação se tornar mais fácil com o aumento da idade.

Em relação à categoria anterior, conseguimos também perceber que é mais difícil em todas as faixas etárias compreender que encontrar informação, o que se pode considerar expectável pelo grau de complexidade de ambas.



## Relação processar/avaliar a informação relevante para a saúde e Q28

			28."... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)"					Total
			Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não sabe/não responde	
Classes de idades	18-25 anos	Freq	0	5	12	2	0	19
		% Idade	0,0%	26,3%	63,2%	10,5%	0,0%	100,0%
		% Total	0,0%	3,9%	9,4%	1,6%	0,0%	14,8%
	26-35 anos	Freq	6	9	23	8	2	48
		% Idade	12,5%	18,8%	47,9%	16,7%	4,2%	100,0%
		% Total	4,7%	7,0%	18,0%	6,2%	1,6%	37,5%
	36-45 anos	Freq	2	11	13	7	0	33
		% Idade	6,1%	33,3%	39,4%	21,2%	0,0%	100,0%
		% Total	1,6%	8,6%	10,2%	5,5%	0,0%	25,8%
	46-55 anos	Freq	2	4	6	1	0	13
		% Idade	15,4%	30,8%	46,2%	7,7%	0,0%	100,0%
		% Total	1,6%	3,1%	4,7%	0,8%	0,0%	10,2%
	56-65 anos	Freq	1	5	7	1	1	15
		% Idade	6,7%	33,3%	46,7%	6,7%	6,7%	100,0%
		% Total	0,8%	3,9%	5,5%	0,8%	0,8%	11,7%
Total		Freq	11	34	61	19	3	128
		% Total	8,6%	26,6%	47,7%	14,8%	2,3%	100,0%

No que respeita à categoria *processar/avaliar a informação relevante para a saúde*, parece haver uma maior capacidade por parte das faixas etárias mais avançadas. Embora haja uma maior percentagem de respostas “*muito fácil*” nas faixas 26-35 e 46-55 anos, quando somamos estes com os que responderam “*fácil*” parece que a partir dos 36 anos, os participantes apresentam uma maior capacidade de avaliar a informação, com relevância para a faixa 45-55 anos, em que 46,2% dos participantes consideraram fácil ou muito fácil avaliar a informação.

Os resultados apresentados podem permitir a interpretação de que as pessoas mais novas poderão não possuir os conhecimentos suficientes para interpretar a informação disponível.

## Relação aplicar/utilizar informação relevante para a saúde e Q31

			31. "... decidir como se pode proteger da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)"					Total
			Muito Fácil	Fácil	Difícil	Muito Difícil	Não sabe/não responde	
Classes de idades	18-25 anos	Freq	0	3	15	1	0	19
		% Idade	0,0%	15,8%	78,9%	5,3%	0,0%	100,0%
		% Total	0,0%	2,3%	11,7%	0,8%	0,0%	14,8%
	26-35 anos	Freq	4	14	22	5	3	48
		% Idade	8,3%	29,2%	45,8%	10,4%	6,2%	100,0%
		% Total	3,1%	10,9%	17,2%	3,9%	2,3%	37,5%
	36-45 anos	Freq	2	11	18	2	0	33
		% Idade	6,1%	33,3%	54,5%	6,1%	0,0%	100,0%
		% Total	1,6%	8,6%	14,1%	1,6%	0,0%	25,8%
	46-55 anos	Freq	3	3	2	5	0	13
		% Idade	23,1%	23,1%	15,4%	38,5%	0,0%	100,0%
		% Total	2,3%	2,3%	1,6%	3,9%	0,0%	10,2%
	56-65 anos	Freq	0	6	7	1	1	15
		% Idade	0,0%	40,0%	46,7%	6,7%	6,7%	100,0%
		% Total	0,0%	4,7%	5,5%	0,8%	0,8%	11,7%
Total	Freq	9	37	64	14	4	128	
	% Total	7,0%	28,9%	50,0%	10,9%	3,1%	100,0%	

Finalmente, *aplicar/utilizar a informação relevante para a saúde*, mais uma vez parece ser mais fácil com o avançar da idade, embora não haja não seja um aumento constante. É a faixa etária 45-54 que apresenta maior facilidade (46,2%), com as duas respostas (fácil e muito fácil) a serem dadas pelo mesmo número de participantes. A resposta "muito fácil" tem, inclusivamente, uma expressão, nesta faixa etária, mais do dobro do que acontece nas restantes faixas etárias, sendo que na faixa mais jovem e na mais velha não houve qualquer resposta nesta opção.

Curioso nesta parte da análise, será o facto da faixa etária 36-45 anos apresentar exatamente a mesma percentagem (39,4%) de soma entre as respostas "fácil" e "muito fácil" em três das categorias, à exceção do encontrar informação que obtém um resultado mais elevado (60,6%).

## ALIMENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RÓTULOS

Para a compreensão dos rótulos foram feitas quatro questões, que importa analisarmos de forma mais concreta.

Assim, a primeira questão é: **“Quantas calorias (kcal) vai ingerir, se comer todo o gelado contido na embalagem?”** As respostas obtidas revelam que 70,3% dos participantes conseguem identificar no rótulo a resposta correta (1000Kcal ou 1000 calorias). Dos restantes, 21 participantes (16,4%) não sabem ou não respondem e 17 (13,3%) referem qualquer outra resposta. Podemos concluir que 29,7%, quase um terço dos participantes, não sabe a resposta ou não compreende a questão que foi colocada.

Transformando as respostas possíveis em variáveis numéricas, podemos calcular a média, moda, mediana e desvio padrão. Assim, para esta avaliação ser possível as respostas têm as seguintes equivalências: 1.000 kcal – 1; 1.000 calorias – 2; qualquer outra resposta – 3; não sabe/não responde – 4.

Média	1,83
Mediana	1,00
Moda	1
Desvio Padrão	1,185

A segunda questão é: **“Se for aconselhado/a a comer no máximo 60 gramas de hidratos de carbono como sobremesa, qual é a quantidade máxima de gelado que pode consumir?”**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
1 - Duas porções (ou até 2 porções)	57	44,5	44,5	44,5
2 - Metade da embalagem (ou qualquer quantidade até à metade da embalagem)	14	10,9	10,9	55,5
3 - 200ml (ou qualquer valor até 200ml)	11	8,6	8,6	64,1
4 - qualquer outra resposta	15	11,7	11,7	75,8
5 - não sabe/não responde	31	24,2	24,2	100,0
Total	128	100,0	100,0	

Os participantes que não identificaram nenhuma das respostas corretas possíveis correspondem a 35,9% da amostra. Destes, 24,2% referiram não saber ou não responder.

Para o cálculo das medidas descritivas, foram feitas as equivalências referidas na tabela de frequências.

Média	2,60
Mediana	2,00
Moda	1
Desvio Padrão	1,685

Como terceira questão a ser colocada sobre a leitura de um rótulo temos: **“Imagine que o seu médico o/a aconselha a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua alimentação. Geralmente consome 42g de gordura saturada por dia, alguns dos quais vêm de uma porção de gelado. Se parar de comer gelado, quantos gramas de gordura saturada comeria por dia?”**

É uma questão que exige uma maior compreensão do que é perguntado, pelo que, após a análise da Literacia para a Saúde, em termos desta característica, justifica que pouco mais de metade, 55,5% tenham respondido de forma acertada – 33g. Dos restantes, 21 (16,4%) responderam qualquer outra resposta e 36 não sabe/não responde.

Para as medidas descritivas, foi utilizada a escala 1,2 e 3, para cada resposta acima apresentada, respetivamente, 33g, qualquer outra resposta e não sabe/não responde.

Média	1,73
Mediana	1,00
Moda	1
Desvio Padrão	,876

A quarta questão é a seguinte: **“Se costuma ingerir alimentos que fornecem 2500 calorias por dia, qual a percentagem do seu consumo diário de calorias (kcal) que consome numa porção de gelado?”**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
1 - 1/10 (um décimo)	24	18,8	18,8	18,8
2 - 10,0%	47	36,7	36,7	55,5
3 - qualquer outra resposta	14	10,9	10,9	66,4
4 - não sabe/não responde	43	33,6	33,6	100,0
Total	128	100,0	100,0	

Média	2,59
Mediana	2,00
Moda	2
Desvio Padrão	1,139

O número de pessoas que respondeu 1/10 ou 10% a esta questão coincide com as respostas certas anteriores. No entanto, a pergunta era que percentagem, pelo que se pode considerar que 36,7%, ou seja, 47 participantes foram os que leram e interpretaram a pergunta de forma correta. Quando falamos das outras opções de resposta, obtivemos uma maior percentagem, 33,6%, de participantes a não saber ou não responder.

Finalmente, a quinta questão é: **“Imagine que é alérgico/a às seguintes substâncias: penicilina, amendoim, luvas de látex e picadas de abelha. É seguro para si comer este gelado?”**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
1 - Sim	11	8,6	8,6	8,6
2 - Não	98	76,6	76,6	85,2
3 - não sabe/não responde	19	14,8	14,8	100,0
Total	128	100,0	100,0	

Média	2,06
Mediana	2,00
Moda	2
Desvio Padrão	,482

A esta questão 98 participantes (76,6%) responderam acertadamente que não é seguro comer o gelado, 11 (8,6%) consideram seguro comer o gelado, mesmo estando descrito nos ingredientes que o gelado contém óleo de amendoim.

Comparando com os resultados de Literacia para a Saúde podemos estar na presença de falta de compreensão e/ou interpretação, mas também a dificuldade inicial em obter informação, uma vez que a resposta se encontra no enunciado.

### **Relação entre graduação académica e compreensão dos rótulos**

De forma a conseguir caracterizar de forma mais concreta a relação entre a graduação académica e a compreensão dos rótulos, foi feito um cruzamento entre a

primeira variável e uma das questões referentes à compreensão da informação nutricional.

			Imagine que o seu médico o/a aconselha a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua alimentação. Geralmente consome 42g de gordura saturada por dia, alguns dos quais vêm de uma porção de gelado. se parar de comer gelado, quantos gramas de gordura saturada comeria por dia?			Total
			33g	não sabe/não responde	qualquer outra resposta	
Nível de graduação académica	Nível 1	Freq	2	11	1	14
		% Nível Grad	14,3%	78,6%	7,1%	100,0%
		% Total	1,6%	8,6%	0,8%	10,9%
	Nível 2	Freq	3	8	2	13
		% Nível Grad	23,1%	61,5%	15,4%	100,0%
		% Total	2,3%	6,2%	1,6%	10,2%
	Nível 3	Freq	33	11	8	52
		% Nível Grad	63,5%	21,2%	15,4%	100,0%
		% Total	25,8%	8,6%	6,2%	40,6%
	Nível 4	Freq	4	1	3	8
		% Nível Grad	50,0%	12,5%	37,5%	100,0%
		% Total	3,1%	0,8%	2,3%	6,2%
	Nível 5	Freq	16	4	5	25
		% Nível Grad	64,0%	16,0%	20,0%	100,0%
% Total		12,5%	3,1%	3,9%	19,5%	
Nível 6	Freq	11	1	2	14	
	% Nível Grad	78,6%	7,1%	14,3%	100,0%	
	% Total	8,6%	0,8%	1,6%	10,9%	
não responde	Freq	2	0	0	2	
	% Nível Grad	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% Total	1,6%	0,0%	0,0%	1,6%	
Total	Freq	71	36	21	128	
	% Total	55,5%	28,1%	16,4%	100,0%	

Neste quadro, podemos verificar que à medida que a graduação académica vai aumentando, maior o número de respostas corretas e menor o número de respostas não sabe/não responde. Isto poder-nos-á levar a pensar que os participantes com menor nível de graduação académica, têm dificuldade não apenas em responder à questão, mas em compreender o que é questionado.

Em qualquer uma das relações entre variáveis efectuadas, foi feito o cálculo do teste de Pearson, ou qui-quadrado. No entanto, nenhum desses testes é considerado válido por haver pontos de relação com menos de 5% dos participantes.

## **Apêndice 6 – Planos de sessão das ações educativas**

## Plano de sessão da ação educativa sobre Atividade Física

**População-alvo:** Utentes que se dirigem à USF para realizarem consulta de Enfermagem

**Local:** No gabinete de Enfermagem do piso 3

**Data:** Janeiro e Fevereiro 2018

**Duração:** 30 minutos

**Formador:** Enfermeira mestranda

**Objetivo geral:** Compreender a importância de uma prática adequada de atividade física.

### Objetivos específicos:

- Que, pelo menos 70% dos utentes mencionados na intervenção, refiram 3 benefícios da prática da atividade física para a promoção da saúde;
- Que, pelo menos 70% dos utentes que participam na intervenção, identifiquem 3 exemplos de atividade física que podem realizar no seu dia-a-dia;
- Que, pelo menos 70% dos utentes referidos na intervenção, identifiquem 3 estratégias que contribuam para a prática da atividade física no dia-a-dia.

Etapas	Conteúdos	Métodos	Duração	Técnica
Apresentação	Apresentação do tema; Identificação do padrão de atividade física do utente.	Interrogativo Expositivo	5 min	Entrevista; Exposição de filme em computador
Desenvolvimento	Importância da atividade física para a promoção da saúde e prevenção da doença.	Expositivo	15 min	Exposição de filme em computador
Conclusão	Apresentação de estratégias para que o utente possa aumentar a atividade física que realiza no seu dia-a-dia.	Ativo/Participativo	5 min	Exposição de filme em computador; Diálogo
Avaliação	Avaliação dos objetivos específicos.	Interrogativo	5 min	Preenchimento de questionário



## Plano de sessão da ação educativa sobre Alimentação Saudável

**População-alvo:** Utentes que se dirigem à USF para realizarem consulta de Enfermagem

**Local:** No gabinete de Enfermagem do piso 3

**Data:** Janeiro e Fevereiro 2018

**Duração:** 30 minutos

**Formador:** Enfermeira mestranda

**Objetivo geral:** Compreender a importância de uma alimentação saudável

### Objetivos específicos:

- Que, pelo menos 70% dos utentes visados na intervenção, consigam identificar 3 aspetos menos saudáveis da sua alimentação;
- Que, pelo menos 70% dos utentes visados na intervenção, identifiquem 3 benefícios da adoção da alimentação saudável para a promoção da saúde;
- Que, pelo menos 70% dos utentes envolvidos na intervenção consigam identificar 3 aspetos que pode melhorar na sua alimentação.

Etapas	Conteúdos	Métodos	Duração	Técnica
Apresentação	Identificação do padrão alimentar do utente; Apresentação do tema.	Interrogativo Expositivo	5 min	Entrevista; Exposição de filme em computador
Desenvolvimento	Dieta mediterrânica; Estratégias de alimentação saudável	Expositivo	15 min	Exposição de filme em computador
Conclusão	Apresentação de aspetos alimentares, para que o utente identifique os que considera importantes para a sua saúde.	Ativo/Participativo	5 min	Exposição de filme em computador; Diálogo
Avaliação	Avaliação dos objetivos específicos.	Interrogativo	5 min	Preenchimento de questionário

## **Apêndice 7 – Questionários de avaliação das ações educativas**

# Questionário de avaliação da ação educativa sobre Atividade Física

## Dados sociodemográficos

1. Sexo: M  F

2. Idade: \_\_\_ anos.

3. Estado Civil: Solteira(o).....   
Casada(o).....   
Separada(o)/Divorciada(o).....   
Viúva(o).....   
Outros (Qual: \_\_\_\_\_).....

4. Situação face a profissão:  
Trabalhador por conta própria.....   
Trabalhador por conta de outrem.....   
Desempregado.....   
Reformado.....   
Estudante.....   
Outros (Qual: \_\_\_\_\_).....

5. Habilitações literárias:  
1º Ciclo.....   
2º Ciclo.....   
3º Ciclo.....   
Ensino Secundário.....   
Licenciatura.....   
Ensino pós-graduado.....

## Questionário de avaliação

1. Refira 3 benefícios da prática da atividade física para a promoção da saúde:

---

---

---

2. Identifique 3 exemplos de atividade física que pode realizar no seu dia-a-dia:

---

---

---

3. Identifique 3 estratégias que contribuam para a prática da atividade física no dia-a-dia

---

---

---

**Obrigada pela participação!**

# Questionário de avaliação da ação educativa sobre Alimentação Saudável

## Dados sociodemográficos

6. Sexo: M  F

7. Idade: \_\_\_ anos.

8. Estado Civil: Solteira(o).....   
Casada(o).....   
Separada(o)/Divorciada(o).....   
Viúva(o).....   
Outros (Qual: \_\_\_\_\_).....

9. Situação face a profissão:  
Trabalhador por conta própria.....   
Trabalhador por conta de outrem.....   
Desempregado.....   
Reformado.....   
Estudante.....   
Outros (Qual: \_\_\_\_\_).....

10. Habilitações literárias:  
1º Ciclo.....   
2º Ciclo.....   
3º Ciclo.....   
Ensino Secundário.....   
Licenciatura.....   
Ensino pós-graduado.....

## Questionário de avaliação

4. Refira 3 aspetos menos saudáveis da sua alimentação:

---

---

---

5. Identifique 3 benefícios da adoção da alimentação saudável para a promoção da saúde:

---

---

---

6. Identifique 3 aspetos que pode melhorar na sua alimentação:

---

---

---

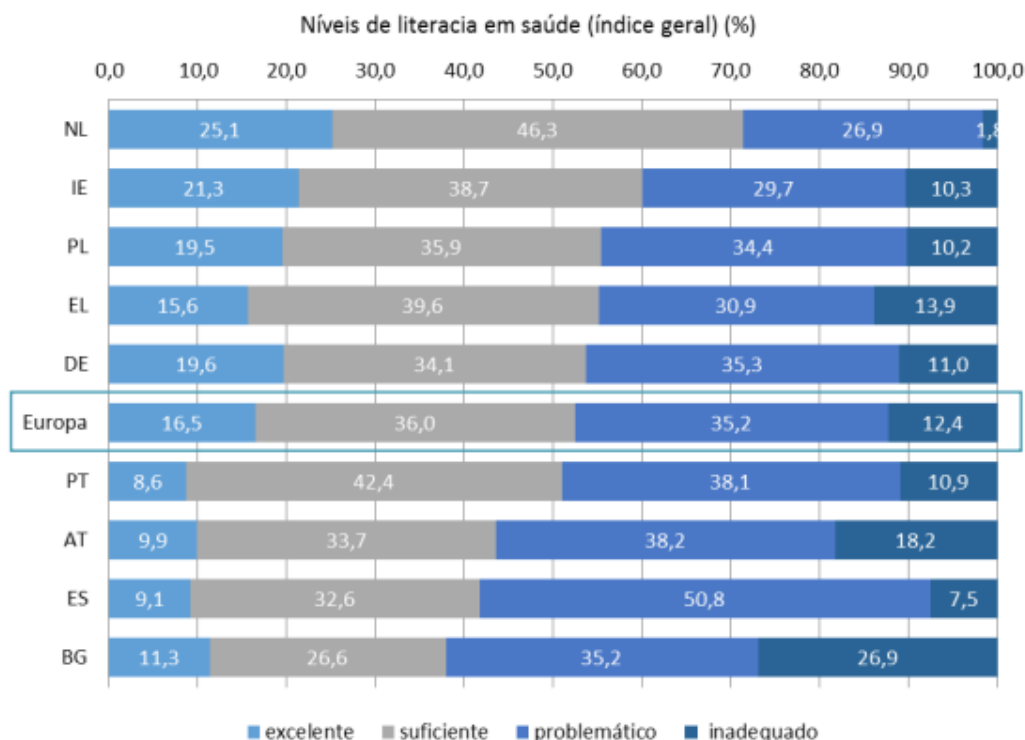
**Obrigada pela participação!**

**ANEXOS**

## **Anexo 1 – Índices Nacionais de Literacia para a Saúde**



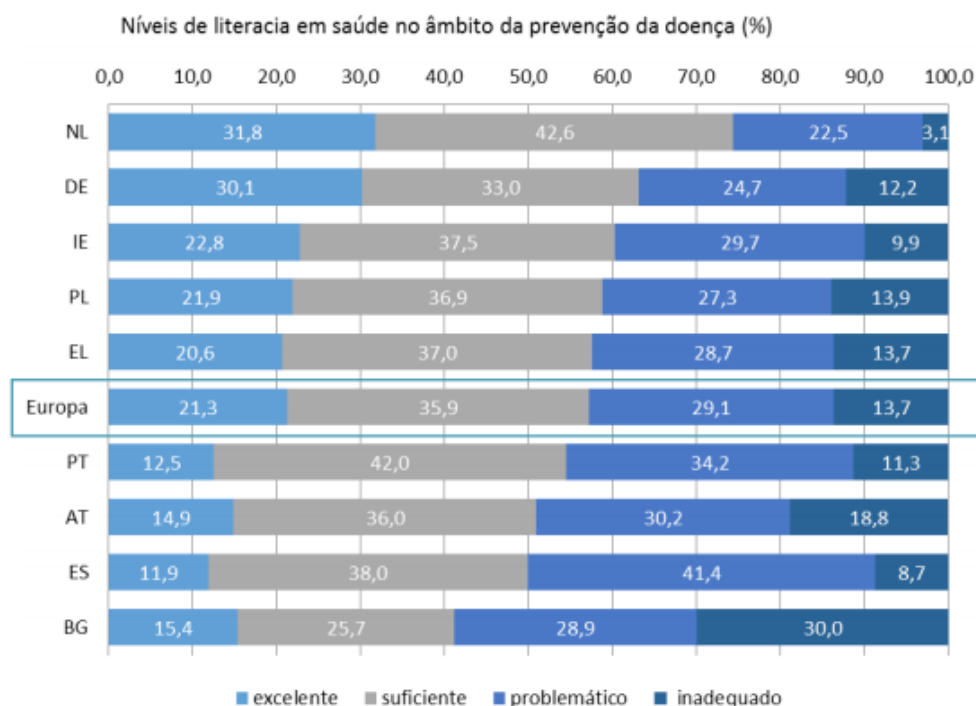
## Índice de Literacia para a Saúde geral



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

Legenda: NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria; ES - Espanha; BG - Bulgária

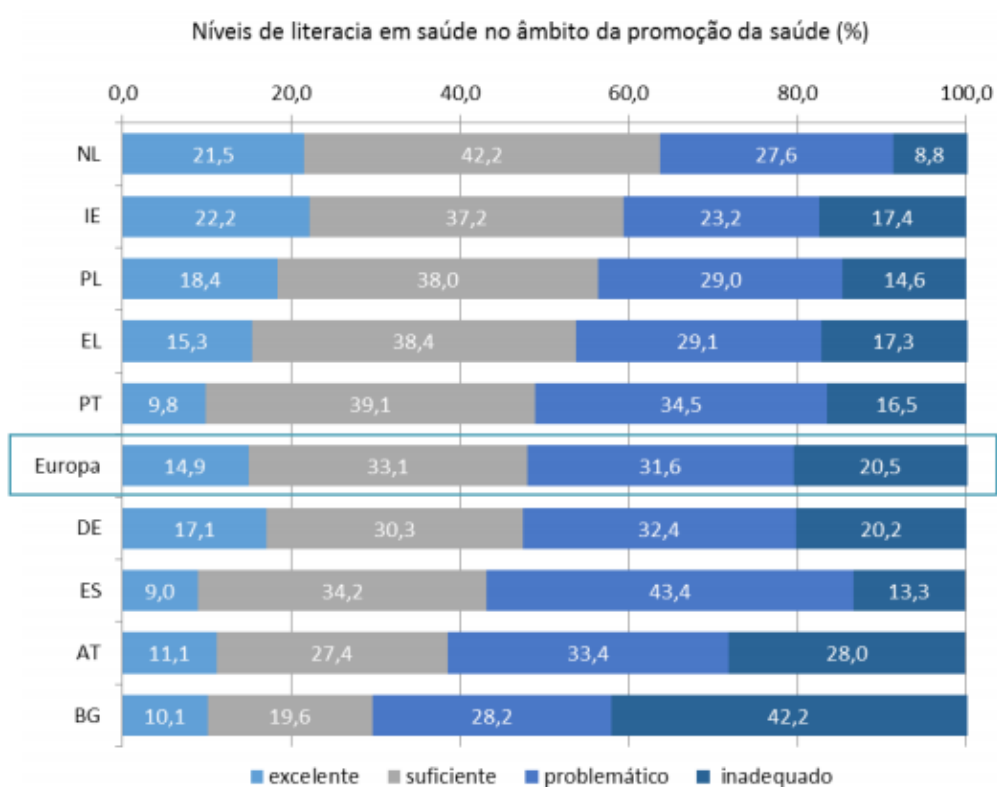
## Índice de Literacia para a Saúde no âmbito da prevenção da doença



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

Legenda: NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria; ES - Espanha; BG - Bulgária

## Índice de Literacia para a Saúde no âmbito da promoção da saúde

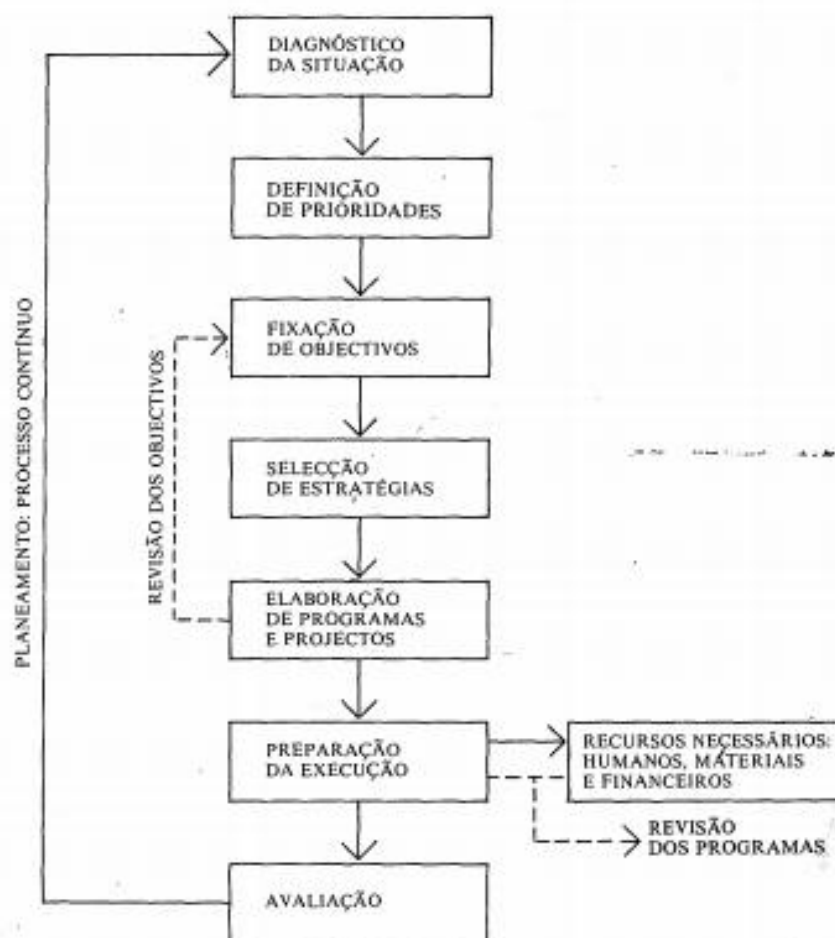


Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

Legenda: NL - Holanda; IE - Irlanda; PL - Polónia; EL - Grécia; DE - Alemanha; PT - Portugal; AT - Áustria; ES - Espanha; BG - Bulgária

## **Anexo 2 – Fases do Processo de Planeamento em Saúde**

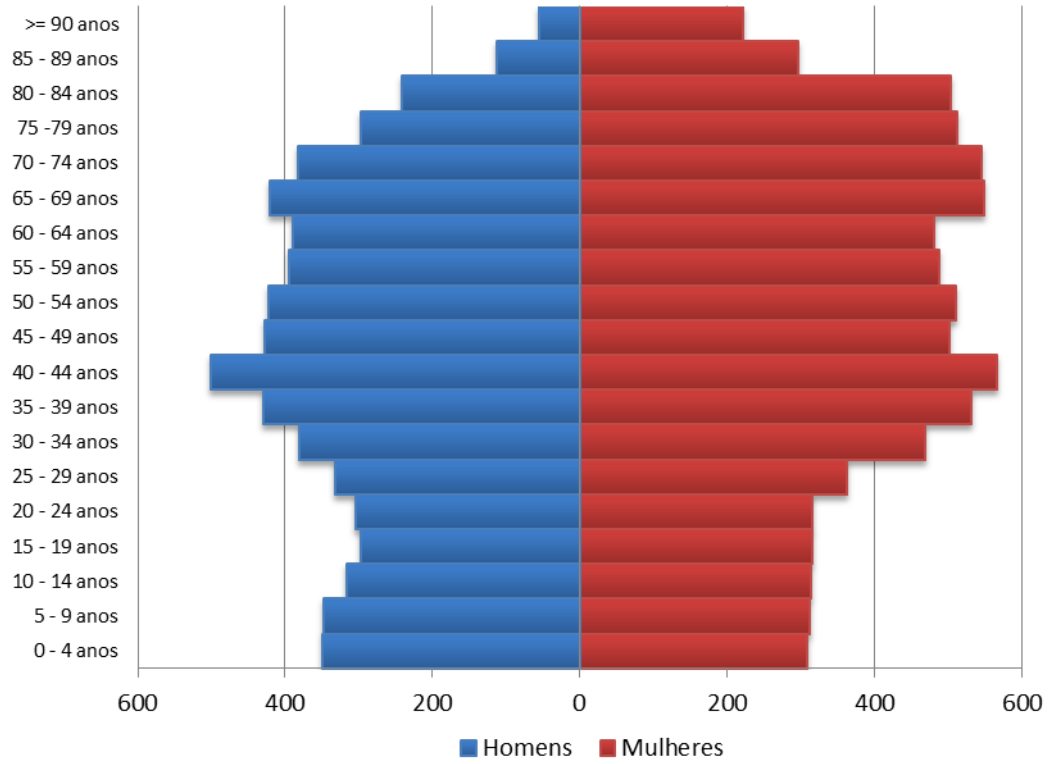
## Fases do Processo de Planeamento em Saúde, segundo Imperatori e Giraldes



Fonte: Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993, p. 10)

**Anexo 3 – Pirâmide etária da USF Oriente**

### Pirâmide Etária da USF Oriente, referente a 31/12/2017



Fonte: USF Oriente (2018, p. 19)

**Anexo 4 – Questionário HLS-EU-PT**



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

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

©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen, 2013 ENSP-UNL *Uso e direitos reservados.*

©Saboga Nunes, 2013 ENSP-UNL . versão portuguesa validada para uma amostra de 983 indivíduos.  $\alpha_C = 0.97$  (47) ;  $r = 0.78$   
 $\alpha_C 0.93$  (16) hlhc02 hlhc04 hlhc05 hlhc08 hlhc11 hlhc13 hlhc16 hldp18 hldp21 hldp23 hldp28 hldp31 hlhp33 hlhp37 hlhp39 hlhp43  
in <http://www.literacia-saude.info>

*ao citar este documento devem ser associadas as seguintes referências:*

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

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



# www.literacia-saude.info

## Guião do entrevistador

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

*Obrigado pela sua colaboração.*

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

As suas respostas são confidenciais.

Registrar hora em que iniciou o inquérito   .   h

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

## Mostrar a escala VAS

o número que expressa a opinião do entrevistado a cada uma das seguintes perguntas. Os números ① e ④ são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do n.º ① corresponde ao que a pessoa pensa, seleccione-o com uma . Se o texto que se encontra perto do n.º ④ corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma . **Se pensar diferentemente seleccione o número que melhor expresse os sentimentos da pessoa.** Considere uma só resposta a cada pergunta

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



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

34" ... encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer)"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
35" ... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc)"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
36" ... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha?"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
37" ... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos?"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
38" ... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
39" ... compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável?" (por ex. Internet, jornais, revistas)"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
40" ... compreender a informação que visa manter a sua mente saudável?"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
41" ... avaliar até que ponto a zona onde vive afeta a sua saúde e bem-estar?" (por ex. a sua comunidade, o seu bairro)	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
42" ... avaliar o modo como as suas condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável?"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
43" ... avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc.)"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
44" ... tomar decisões para melhorar a sua saúde?"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
45" ... integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
46" ... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc.)"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
47" ... tomar parte nas atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?"	① ② ③ ④ ⑤ não sabe/não responde
<b>Fim dos itens da Escala Europeia de Literacia para a Saúde</b>	
Qop* a	Sente-se confiante na vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis? muito frequentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ muito raramente ou nunca
b	Sente-se confiante na vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida? muito frequentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ muito raramente ou nunca
c	Sente-se confiante na vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse? muito frequentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ muito raramente ou nunca
Q	2 Como está a sua saúde em geral? (ler e atribuir uma resposta por pergunta) <input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> Muito má <input type="checkbox"/> não sabe/não responde



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

12 Nos últimos 30 dias, quantas vezes bebeu bebidas alcoólicas? [Uma bebida = 1 copo de vinho (15 cl) ou 1 lata / garrafa de cerveja ou cidra (33cl) ou espirituosa 4cl] (mostar AVS)

- Diariamente     4 - 5 vezes por semana     2 - 3 vezes por semana     uma vez por semana  
 2 - 3 vezes por mês     uma vez     não me lembro/não responde

13 Num dia em que bebe bebidas alcoólicas, quantas costuma beber? (mostar AVS)

- menos de 1 bebida     1-2 bebidas     3-4 bebidas     5-6 bebidas     7-9 bebidas  
 10 ou mais bebidas     depende da altura (é espontâneo)     não me lembro/ não responde

Q 14 Quantas vezes, no último mês, praticou atividade física durante 30 minutos ou mais, por exemplo, corrida, caminhada, ciclismo?

- quase todos os dias     algumas vezes por semana     algumas vezes este mês     nunca     não tenho sido capaz

15 Tem alguém da família ou um amigo para o acompanhar a uma consulta médica?

- Sim     não     não sabe/não responde

16 Está envolvido/a ativamente na sua comunidade, por exemplo, fazendo voluntariado ou participando em atividades locais?

- quase todos os dias     algumas vezes por semana     algumas vezes por mês     algumas vezes por ano  
 de modo nenhum     não sabe/não responde

Instruções: entregar o rótulo e dar 1 minuto para o entrevistado se familiarizar com o mesmo.

Ler:

Considere a título de exemplo o rótulo a seguir apresentado, existente nas embalagens dos alimentos. Este rótulo dá-lhe o tipo de informação que pode encontrar na parte de trás de uma embalagem de gelado. Por favor, faça uma boa leitura das informações que este rótulo contém. As respostas a todas as questões que se seguem podem ser encontradas neste rótulo. Não se preocupe se não pode responder a todas as perguntas. Algumas delas foram planeadas com alguma complexidade e podem ser difíceis e nem todos os inquiridos lhes respondem. Se o entrevistado parecer hesitar perguntar "quer que explique de novo?" Se persistir a dificuldade responder "tudo bem, não se preocupe, algumas perguntas são mais complicadas do que outras. Vejamos a seguinte. Por favor, dedique o tempo que precisar para responder a cada pergunta". Os participantes podem voltar atrás e corrigir alguma resposta se entretanto se aperceberam que se enganaram (mas não diga isto até ele entender que o deve fazer).

Descrição do Produto: **Gelado**  
 Tamanho da porção: **100ml**  
 Porções em cada embalagem: **4**



**Informação Nutricional**

**Valores de referência**

**Por 100ml**

<b>Energy</b>	<b>/ Valor energético</b>	<b>1050 kJ</b>
		<b>250 kcal (calories)</b>
<b>Protein</b>	<b>/ Proteína</b>	<b>4 g</b>
<b>Carbohydrate</b>	<b>/ Hidratos de Carbono (g)</b>	<b>30 g</b>
of which sugars	/ dos quais açúcares (g)	23 g
<b>Fat/Lípidos</b>		<b>13 g</b>
of which saturates	/ dos quais saturados	9 g
of which monounsaturates	/ dos quais monosaturados	0 g
of which polyunsaturates	/ dos quais poliinsaturados	3 g
of which trans fats	/ dos quais insaturados	1 g
<b>Fibre</b>	<b>/ Fibra</b>	<b>0 g</b>
<b>Sodium</b>	<b>/ Sódio (g)</b>	<b>0.05 g</b>

Ingredientes:

Creme, leite desnatado, açúcar, ovo completo, estabilizadores (goma de guar), óleo de amendoim, extracto de baunilha (0.05%)

Q 17 Quantas calorias (kcal) vai ingerir, se comer toda o gelado contido na embalagem?

- 1.000 kcal     1.000 calorias     qualquer outra resposta     não sabe/não responde

18 Se for aconselhado/a a comer no máximo 60 gramas de hidratos de carbono como sobremesa, qual é a quantidade máxima de gelado que pode consumir?

- Duas porções (ou até 2 porções)     Metade da embalagem (ou qualquer quantidade até à metade da embalagem)  
 200 ml (ou qualquer valor até 200 ml)     Qualquer outra resposta     não sabe/não responde

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



10 Como descreve a sua condição principal actual perante o trabalho? (mostrar AVS)

- Tem um emprego ou profissão, incluindo trabalho não remunerado para uma empresa familiar ou sociedade gestora de participações sociais (SGPS), incluindo um estágio de aprendizagem paga, etc
- De tempo integral  Incapacidade permanente
- De part time /tempo parcial  Militares ou serviço comunitário
- Desempregado  Dona de casa (tempo integral) pai ou cuidador
- Estudante, experiência de trabalho não remunerado  Inativo
- Na reforma, reforma antecipada ou desistiu de negócios  outros
- não responde

11 Tem formação ou já trabalhou em alguma profissão de saúde, por exemplo em enfermagem, medicina, farmácia?

- Sim  Não  não sabe/não responde

12 Consegue comprar com facilidade os seus medicamentos a fim de cuidar de si e da sua saúde?

- ① Muito fácil, ② fácil, ③ difícil ④ Muito difícil  
⑤ não sabe/não responde

13 Tem facilidade em aceder ao seu médico assistente? (Atendendo ao tempo de que dispõe, condições do tipo de seguro ou subsistema, custo de deslocações e transportes)

- ① Muito fácil, ② fácil, ③ difícil ④ Muito difícil  
⑤ não sabe/não responde

14 Durante os últimos doze meses, diria que teve dificuldades em pagar as suas contas no final do mês? (mostrar AVS)

- ① a maior parte das vezes  
② de vez em quando  
③ quase nunca  
④ nunca  
⑤ não sabe/não responde

15 Na escala seguinte, o nível ① “corresponde ao mais baixo na sociedade” e nível ⑩ ao mais elevado na sociedade”. Poderia dizer em que nível se colocaria a si mesmo? (mostrar AVS)

nível mais baixo na sociedade ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ O nível mais alto na sociedade  
não sabe/não responde

16 Qual é o rendimento líquido do seu agregado familiar por mês? (mostrar AVS)

- Menos de € 500  entre € 500 e € 800  entre € 800 e € 1.350  entre € 1.350 e € 1.850  
 entre € 1850 e € 2.400  entre € 2.400 e € 2.950  entre € 2950 e € 3.600  entre € 3600 e € 4.400  
 entre € 4400 e € 5.250  entre € 5250 e € 6.450  6450 € ou mais  não sabe/não responde

**Obrigado pela sua participação!**

P1 Data em que realizou o inquérito (dia, mês, ano) -- P2 Registrar hora em que iniciou o inquérito . (código 24h)

P3 Hora em que terminou o inquérito .h Registrar tempo em minutos da entrevista  P6 Local: \_\_\_\_\_

P7 Região: \_\_\_\_\_ P8 Código Postal: \_\_\_\_\_ P9 Identificativo amostra: \_\_\_\_\_

P10 Nº da entrevista: \_\_\_\_\_

\*Sugestão do estudo da validação para o português no contexto da validade convergente do constructo HLS-EU-PT sentido de coerência; saúde e utilização de serviços 2-6, hábitos e estilos de vida 7-16, NVS Literacia Funcional 17-23, variáveis sociodemográficas D1 - D16

Contacto:

Questionário Europeu de literacia para a Saúde . Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT) ©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen, 2013 ENSP-UNL

Uso e direitos reservados. Citação - ao citar este documento devem ser associadas as seguintes referências:

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

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

Escala validada. Para qualquer utilização queira contactar [www.literacia-saude.info](http://www.literacia-saude.info)

Luis A. Saboga Nunes - Grupo de Disciplinas de Estratégias de Acção em Saúde / Secção de Saúde Pública e Comunidade .  
Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa  
telm 91 47 47 066 Email [saboga@prosalus.com](mailto:saboga@prosalus.com)



**Anexo 5 – Autorização Utilização HLS-EU-PT**

# Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®



Todas as dimensões e versões do HLS-EU-PT® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®)\* estão registadas (copyright) e só podem ser usadas com permissão do autor. Uma base de dados de utilizadores registados é mantida para garantir que os direitos de autor não são violados. Para usar a HLS-EU-PT será necessário obter uma licença.

All sections and versions of the HLS-EU-PT® (Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT®)\* are copyright and may only be used with permission from the author. A database of registered users is maintained to ensure that copyright is not breached. To be able to use the HLS-EU-PT you will need to obtain a license.

Para obter um contrato de licença HLS-EU-PT, por favor preencha este formulário e devolva-o a:

Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: [saboga@prosalus.com](mailto:saboga@prosalus.com)

To obtain a HLS-EU-PT license agreement, please complete this form and return it to:

Professor Luis Saboga Nunes Phone: +351 91 4747 066 Email: [saboga@prosalus.com](mailto:saboga@prosalus.com)

Após a receção de um contrato de licenciamento específico para o seu estudo, projeto ou programa, como utilizador licenciado deve respeitar as condições desta licença.

Upon receipt of an executed license agreement specific to your study, project or program you will be a licensed user and you must abide by the conditions of this license.

Como utilizador licenciado HLS-EU-PT receberá também um apoio limitado, incluindo aconselhamento em questões de investigação que envolvam a HLS-EU-PT e qualquer uma das três dimensões HLS-EU-PT que seleccionar usar.

As a licensed HLS-EU-PT user you will also receive limited support including advice on research questions involving HLS-EU-PT and which of the three HLS-EU-PT domains that you might be best to use.

#### Aviso importante:

- A licença para usar a HLS-EU-PT dá-lhe direito a usar o instrumento em sua forma completa. As condições de direitos de autor proíbem a modificação de qualquer uma das perguntas HLS-EU-PT, estrutura ou respostas dos itens. Em situações em que o contexto de aplicação exija alterações circunstâncias, estas poderão ser autorizadas pelo autor de modo a salvaguardar essas circunstâncias específicas. Neste formulário em "anotações especiais (7)" deverá ser especificado o contexto e as mudanças de alteração pretendidas. A omissão de qualquer uma das perguntas ou dimensões da HLS-EU-PT inviabiliza que possa alegar que usou a escala HLS-EU-PT. A Escala HLS-EU-PT deve ser tratada de acordo com as recomendações prescritas para garantir interpretações de dados fidedignos, consistentes com os estudos de validação. Ao se registar concorda em cumprir com esses requisitos.

#### Important notice:

A license to use the HLS-EU-PT entitles you to use the instrument in its complete form. The Copyright conditions prohibit modification of any of the HLS-EU-PT questions, item stems or item responses. In situations where the context requires changes to the instrument, they may be allowed by the author so as to safeguard these specific circumstances. In this form under "special notations (7)" should be specified the context and changes that are required. The omission of any of the HLS-EU-PT questions within a scale means that you cannot claim that you have used a HLS-EU-PT scale. HLS-EU-PT scales must be scored as prescribed to ensure interpretations of the data are trustworthy and consistent with the validation studies. By registering you agree to abide by these requirement.

Esta exigência procura garantir que os resultados de diferentes estudos são diretamente comparáveis, e que os leitores de relatórios ou artigos possam estar seguros de que os resultados apresentados são de questionários padronizados, validados e válidos.

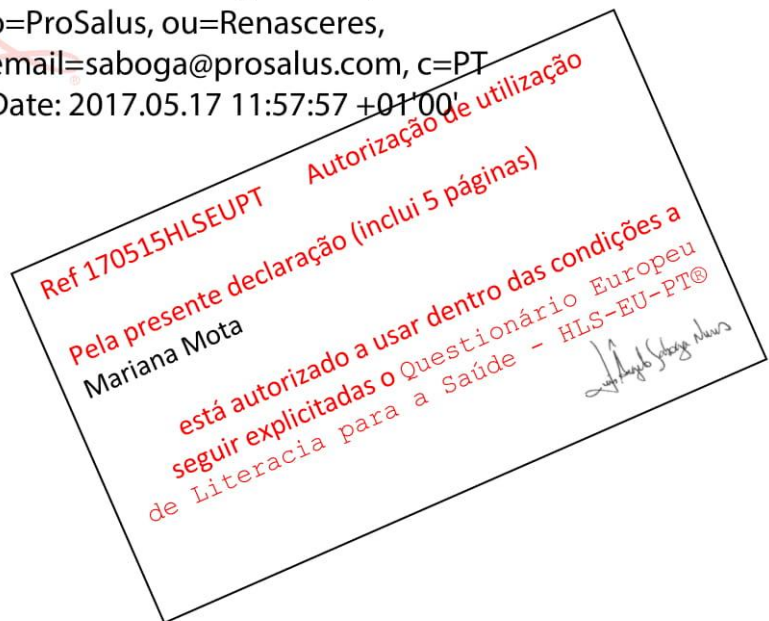
This requirement is to ensure that results from different studies are directly comparable, and that readers of reports or articles can be assured the reported results are from standardized and valid questionnaires.



deferimento do pedido de licença

accepted license request

Digitally signed by Luis Saboga Nunes  
DN: cn=Luis Saboga Nunes,  
o=ProSalus, ou=Renasceres,  
email=saboga@prosalus.com, c=PT  
Date: 2017.05.17 11:57:57 +01'00'



### 1. Organização/Organisation

Nome da organização /Name of organisation:

USF Oriente/ESEL

Pessoa de contato / Contact person:

Mariana Mota

Email /Email address: marianapgmota@esel.pt

Telm / Phone number: 963843222

Endereço / Address: Av. Afonso III, lote 16

Cidade / Town / City: Lisboa

Estado / State: Lisboa

País / Country: Portugal

Endereço WebWebsite: USF sem site/www.esel.pt

### 2. Tipo de organização / Type of organisation:

- Hospital / Serviços de saúde / Hospital/Medical Practice
- Organização Comunitária de Saúde / Community Health organisation
- organização não-governamental/Non-Government organisation (e.g. Diabetes Foundation)
- organização académica/Academic organization (e.g. University or Student)
- Serviço Nacional de Saúde / SNS / SUS / NHS / Primary Care Trust / Commissioning
- outro (especifique) Other (please specify): \_\_\_\_\_

### 3. Nome do Projeto / Name of Project / Program: Literacia em Saúde na promoção de estilos de vida saudáveis

Resumo / Summary of your project: Projeto de intervenção comunitária realizado no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Será realizado na USF Oriente e tem como finalidade contribuir para uma melhor literacia em saúde e compreensão das instruções em saúde dos utentes. Para tal será utilizada a metodologia

de Planeamento em Saúde, em que a aplicação do questionário servirá, após o tratamento dos dados, para a formulação do diagnóstico de situação.

**4. Lista dos investigadores principais / List principal investigators: (title, first name, and surname)**

Enf<sup>a</sup> Mariana Mota \_\_\_\_\_

Professora Doutora Lourdes Varandas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Características do programa / Characteristics of your program:**

5.1 datas de início e fim / start and finish dates

Início / Start date: Março 2017 Fim / End date: Março 2018

5.2 Projeto ou programa financiado? / Is your study, project or program funded?

- Não.
- Sim, para uso comercial (produto ou serviço) / Yes, for commercial use, of a product or service
- Sim, para a pesquisa / Yes, for research proposes

Se é financiado por favor especificar o valor do financiamento / If it is funded please specify the size of funding:

- <€50,000
- €50,000 - €199,999
- €200,000 or greater

5.3 Número de entrevistados que se espera completem a HLS -EU- PT / Number of respondents completing the HLS-EU-PT (e.g. 60 participantes / participants): 50-100

5.4 Número de vezes HLS -EU- PT será administrada a cada participante / Number of times HLS-EU-PT will be administered to each participant: 1

5.6 Características dos inquiridos / Characteristics of respondents:

- Grupo etário / Specific age group (age range) Adultos
- Pessoas com alguma patologia particular / People with a particular disease (especifique / specify)
- \_\_\_\_\_

5.6 Método de distribuição da HLS-EU-PT / Method of delivery of the HLS-EU-PT:

- correio / Mail
- telephone/ Telephone
- entrevista / Interview / oral
- por alguém próximo / Filled in by proxy (e.g. doctor, partner, parent, or caregiver)
- na internet, de base computacional / Web / computer-based
- outro (especifique) Other (please specify): \_\_\_\_\_

**6. Proteção dos dados / Privacy Disclosure**

6.1 Disponibiliza os detalhes que forneceu neste formulário para que estejam disponíveis a outras organizações ou pesquisadores que trabalham em áreas semelhantes? / Are you willing to have the details you have provided on this form made available to other organizations or researchers working in similar fields?

- Sim / Yes
- Não / No

6.2 Prosseguimos com investigação focada na sensibilidade, validade e fidedignidade da HLS -EU- PT cujo objetivo é fornecer parâmetros de referência da HLS-EU-PT para auxiliar pesquisadores e organizações na compreensão dos resultados . Está disposto a disponibilizar os seus dados (sem identificação) para apoiar este processo? / We are conducting research into the sensitivity, validity and reliability of the HLS-EU-PT and aim to provide benchmarks for HLS-EU-PT to assist researchers and organisations in understanding of the results. Are you willing to make your data available in de-identified format to support this?

- Sim / Yes
- Não / No

7. (anotações especiais) Considera que a aplicação do questionário carece de adaptações específicas ao seu contexto de investigação? / (special notations) Do you consider that the survey needs specific changes that are required in order to adjust to the specific social context of your research?

- Sim / Yes
- Não / No

No caso de ter respondido “sim” registre a seguir as anotações especiais: (especifique aqui o contexto e as alterações pretendidas do questionário no caso de estas se revelarem necessárias para que o seu estudo tenha em conta algum aspeto específico da sua utilização) / If you have answered "yes" register in the following lines your change request: ( specify here the context of the questionnaire application and required changes if these are necessary so that your study will better respond to any particular aspect)

---

Obrigado por preencher este formulário de inscrição e enviá-lo para

**Thank you for completing this registration form and send it to**



Luis A. SABOGA NUNES, MPH, PhD . Professor . Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde (ProLiSa) [www.literacia-saude.info](http://www.literacia-saude.info)  
Email [saboga@prosalus.com](mailto:saboga@prosalus.com) Telm. (+ 351) 91 47 47 066

\* Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - HLS-EU-PT (ou Questionário Europeu de Literacia em Saúde, Escala Europeia de Literacia para a Saúde, Escala Europeia de Literacia em Saúde) IGAC direção de serviços de propriedade intelectual Registo n.º 4140/2014 Ref: SIIGAC/2014/7098



[www.literacia-saude.info](http://www.literacia-saude.info)  
Health Literacy Survey HLS•EU•PT  
estudo europeu da literacia para a saúde (vertente portuguesa)

**Participating Institutions:**

- Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde, IP Viseu
- Escola Superior de Saúde de Viseu
- eSEC ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO
- Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Triângulo Mineiro
- Universidade Federal do Triângulo Mineiro
- U.FUMM
- Universität Bielefeld
- University Maastricht
- UNIVERSIDADE DE LISBOA
- UNIVERSIDADE DE LISBOA
- UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA Escola Nacional de Saúde Pública
- IPS Instituto Politécnico de Setúbal
- Universidade do Minho Instituto de Educação Centro de investigação em Estudos da Criança
- Escola Secundária du Bocage
- USF-AN UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ASSOCIAÇÃO NACIONAL
- GIPEC anijai
- Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Grupo Interdepartamental e Interinstitucional de Pesquisa em Ensino de Ciências

**Anexo 6 – Autorizações do Contexto: ACeS e USF**



Exma. Sra. Diretora Executiva  
Do ACeS Lisboa Central  
Dra. Vera Almeida

**Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de mestrado na USF Oriente**

O meu nome é Mariana Mota, portadora do CC nº 12687514, mestranda do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O tema do meu projeto de mestrado, que se realiza entre Março de 2017 e Março de 2018, na USF Oriente, é Literacia em Saúde na promoção de estilos de vida saudáveis, sob orientação pedagógica da Professora Doutora M<sup>a</sup> Lourdes Varandas e orientação clínica do Enfermeiro Rogério Dinis.

O trabalho será orientado pela metodologia do Planeamento em Saúde, em que nesta primeira fase deve ser feito o diagnóstico de situação da população.

Deste modo, venho por este meio solicitar autorização para colher dados através da aplicação do Questionário Europeu de literacia em Saúde - Versão Portuguesa (HLS-EU-PT), junto de adultos saudáveis inscritos na lista do Dr. André Tavares, na Unidade de Saúde Familiar Oriente. Pretendo também utilizar esses dados no projeto de intervenção e relatório de intervenção comunitária.

Declaro que o anonimato, confidencialidade da informação e respeito pelos utentes será garantido. Existe um consentimento informado livre e esclarecido por parte dos utentes, para que os dados possam ser utilizados, nas fases de tratamento de dados e divulgação de resultados.

Peço, também, autorização para fazer referência no projeto e relatório de intervenção, quando for oportuno, o ACeS Lisboa Central e USF Oriente.

Aguardo deferimento.

Grata pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Mariana Mota

*Autorizo.  
Deve ser solicitada parecer e  
autorização à Comissão de Ética da  
ARSUL.*

*Vera Almeida  
16/01/2017*





**UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR ORIENTE**  
**AV. AFONSO III, LOTE 16**  
**1900-046 LISBOA**  
**TELEFONE : 218101010 Fax: 218122196**

### DECLARAÇÃO

Declaro que esta Unidade de Saúde Familiar Oriente está disponível para a realização do projecto de mestrado de Mariana Mota, mestranda do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, existindo condições estruturais e logísticas para a sua realização em condições éticas adequadas, de acordo com o projecto de intervenção.

A Coordenadora da USF Oriente

Dra. M<sup>a</sup> José Valente  
Coordenadora da USF Oriente

Autorizo

(Dr<sup>a</sup> Maria José Valente)

Lisboa, 06 de Junho de 2017

**Anexo 7 – Parecer da CES da ARSLVT**

Exma. Senhora

Dr. <sup>a</sup> Mariana Mota

[marianapgmota@esel.pt](mailto:marianapgmota@esel.pt)

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		6808/CES/2017	12.06.2017

**Assunto: Literacia em Saúde na promoção de Estilos de vida saudáveis.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 09.06.2017, tendo sido emitido um parecer favorável condicionado.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende autorizar a concretização deste estudo, desde que resolvidas as condições mencionadas no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

  
LUÍS PISCO  
Vice-Presidente do Conselho Directivo  
ARSLVT, I.P.

## Parecer

**Proc.037/CES/INV/2017**

**Título:** Literacia em Saúde na promoção de Estilos de vida saudáveis

**Âmbito do estudo:** Académico

**Enquadramento institucional do proponente** USF Oriente/ Aces Lisboa Central Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Investigador (es):** Mariana Pimentel Gonçalves Mota

**Orientador(es):** Lourdes Varandas

**Financiamento :** sem financiamento externo

### **Fundamentação do estudo:**

*Os níveis de literacia em saúde, em Portugal, são muito baixos, como podemos constatar diariamente na prática. Ainda mais, se estivermos a falar da literacia relacionada com a Promoção da Saúde, razão pela qual decidi abordar esta temática.*

*Para justificar a pertinência desta temática é importante clarificar o conceito de literacia em saúde e perceber como se encontra a literacia em saúde em Portugal, fazendo uma comparação a nível europeu. Literacia em Saúde inclui as “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” (WHO, 1998, p.10). Em 2011, foi realizado o primeiro Inquérito Europeu à Literacia em Saúde (HLS-EU — European Health Literacy Survey), no qual participaram 8 países e que permitiu fazer uma comparação do grau de literacia em saúde nos vários países incluídos no estudo.*

*Portugal juntou-se a este Inquérito, em 2015, havendo já o primeiro relatório sobre esta temática, publicado em 2016. (Espanha, Ávila e Mendes, 2016). O questionário em português (HLS-EU-PT) foi traduzido e validado para a população portuguesa através de uma amostra de 983 indivíduos.*

*Os resultados deste inquérito revelam que Portugal tem um nível de literacia em saúde mais baixo que na maioria dos restantes países europeus. Para poder ser feita uma comparação dos vários países integrantes do Inquérito Europeu, foi feita uma avaliação da literacia em saúde em 4 grandes áreas, segundo (Espanha, Ávila e Mendes, 2016):*

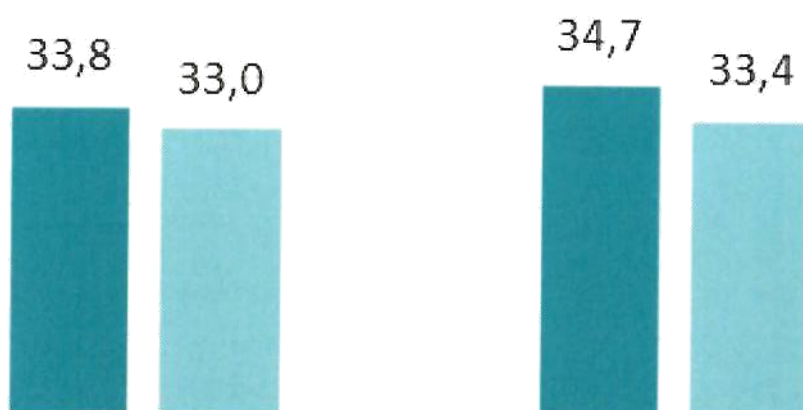
- Índice geral de literacia em saúde;
- Literacia em Cuidados de Saúde;
- Literacia sobre Prevenção de Doenças;
- Literacia sobre Promoção de Saúde.

*Para justificar o trabalho de Investigação que pretendo realizar, considero importante apresentar o índice geral de literacia em saúde, que justifica a relevância da investigação sobre a temática e a literacia sobre a promoção da saúde e 7 promoção da doença, como forma de justificar o presente trabalho de Investigação, que inclui Intervenção Comunitária.*

*Assim, na figura 1, pode ser vista a comparação entre os níveis de literacia em Portugal e a média europeia.*



Figura 1: Níveis de Literacia em Saúde em Portugal e na Europa



Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

Podemos constatar, tal como referido anteriormente que, no geral, os níveis de Literacia em Saúde são muito baixos, sendo ainda mais baixos em Portugal, pelo que é essencial os profissionais de saúde centrarem a sua atenção, no aumento desses níveis e, desse modo, capacitar a população no que respeita à sua saúde.

Assim, a questão que se pretende ver respondida neste trabalho de Investigação é: Que estratégias o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária pode desenvolver para que os utentes sejam capazes de melhorar a Literacia em Saúde.

A nossa revisão bibliográfica assenta numa Revisão da Literatura com a metodologia Scoping Review, utilizando a Mnemónica Pessoa; Conceito; Contexto (PCC). Para esta revisão da literatura partimos da questão: De que forma a literacia em saúde é utilizada, em Cuidados de Saúde Primários, para a promoção da saúde na adoção de estilos de vida saudáveis, na população adulta.

Para a realização desta revisão foram utilizados como critérios de inclusão: estudos dirigidos à população adulta saudável; estudos realizados a partir do ano 2000; estudos em língua portuguesa ou inglesa. Foram excluídos os estudos dirigidos a utentes com doenças não comunicáveis relacionadas com estilos de vida (ex: diabetes; HTA; HIV).

### **Apreciação:**

Trata-se de um estudo com potencial interesse científico e valor social procura caracterizar os níveis de literacia da população adulta utilizadora de uma Unidade de Saúde Familiar (USF Oriente).

Trata-se de um projecto de intervenção que aparenta ter um delineamento sistemático e que procura um novo conhecimento, ainda que de âmbito local.

Trata-se assim de um estudo com as seguintes características:

- 1.- envolve profissionais de Saúde da ARSLVT
- 2.- que ainda não foi realizado (?)
- 3.- é uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento ainda que de âmbito local;
- 4.- É um estudo que envolve seres humanos;
- 5.- Implica a interacção com os dados de saúde dos participantes;
- 6.- Tendo em conta os pressupostos anteriores cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética

A metodologia é apropriada aos objectivos do estudo, sendo necessário clarificar alguns aspectos, nomeadamente:

- 1.- Explicitar se a colheita de dados já foi iniciada.
- 2.- Plano de análise estatística

### **Custos, Financiamento e Recursos Humanos**

A estimativa de custos é um passo importante para a valorização de uma investigação.

Não é possível realizar um trabalho de investigação sem que se dispendam recursos humanos e materiais que representam um valor não só financeiro mas também um valor de investimento dos próprios investigadores e da sociedade, em geral. Estimar é, neste contexto, valorizar.

Estimar e explicitar custos na investigação clínica é portanto um imperativo ético e representa uma forma de dignificar o trabalho desenvolvido pelos investigadores.

### **Apreciação Ética**

#### **Respeito pela dignidade da pessoa humana**

##### **Autonomia**

##### **Modalidade de obtenção do consentimento informado**

Não explicita.

##### **Da folha de informação ao participante e do formulário de consentimento**

O consentimento deverá ser revisto no que concerne à sua sintaxe, nomeadamente no que respeita aos eu conteúdo.

Deveria ponderar-se a necessidade de :

- 1.- Iniciar a folha de informação por um convite ao potencial participante (... “gostaríamos de o convidar a participar num estudo...”);
- 2.- O tempo previsto para o preenchimento do questionário é manifestamente insuficiente, responder a 86 perguntas, em 10 minutos é parece-nos uma estimativa muito conservadora
- 2.- voluntariedade da participação e que a recusa ou a retirada do consentimento não terá prejuízo ou perda de benefícios;
- 3- Ao acesso aos dados pessoais e garantia de preservar a confidencialidade e a protecção dos dados pessoais mediante procedimento específico e afirmação de cumprimento da norma legal aplicável;

4.- As datas previstas no formulário não são compatíveis com a prévia apreciação do protocolo por Comissão de Ética ( ver declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo e normas de submissão da CES da ARSLVT);

#### **Privacidade e Confidencialidade de Dados**

Não é imediatamente perceptível a forma como será garantida a anonimização dos dados dos dados, o seu arquivo, armazenamento e destruição. Seria de clarificar.

#### **Beneficência**

*Os potenciais benefícios do estudo face aos seus riscos permitem-nos afirmar que os potenciais benefícios superam os riscos que este estudo pode acarretar.*

#### **Justiça**

*No que concerne ao cumprimento do princípio da justiça nas suas duas dimensões, discriminação e exploração, diríamos que não se identificam nenhum procedimento que possa "obrigar" ou coagir os utentes a envolverem-se no estudo*

#### **Não maleficência**

Os riscos previsíveis de um estudo desta natureza poderão ser menores que os mínimos.

**Cronograma:** *Necessita actualização*

**CV dos Investigadores:** Presente e adequado

**Declaração dos Orientadores Pedagógicos :** Presente

**Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde:** presente

**Caderno de Recolha de Dados :** presente

**Comissão Nacional de Protecção de Dados :** presente

**Monitorização da investigação :** Não prevista

**Previsão de custos financeiros para os ACES:** Não estimados

**Divulgação dos resultados:** Explícita

**Propriedade dos dados:** Explícito

**Compromisso de entrega de relatório final :** Explícito

#### **Comentário final:**

Trata-se de um estudo com potencial interesse científico e valor social que procura caracterizar os níveis de literacia da população adulta utilizadora de uma Unidade de Saúde Familiar (USF Oriente).

O estudo cumpre satisfatoriamente critérios de idoneidade científica e de valor social. O estudo procura respeitar os princípios éticos inerentes à investigação com seres humanos.

Existem alguns aspectos que mereceriam melhor clarificação pelo investigador. Dado que serão facilmente resolúveis propomos a emissão de um parecer favorável condicionado.

09 de Junho de 2017

Relator: António Faria Vaz

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar



Exma. Senhora

Dr.ª Mariana Mota

[marianapgmota@esel.pt](mailto:marianapgmota@esel.pt)

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		7906/CES/2017	11.07.2017

**Assunto: Literacia em Saúde na promoção de Estilos de vida saudáveis.**


A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 7.07.2017, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende autorizar a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

  
Luis Pisco

**Anexo 8 – Formulário e aprovação da autorização da CNPD**

**ATENÇÃO - O Formulário foi submetido com sucesso.  
Deverá fazer o pagamento de 150 € à CNPD**

por transferência bancária, através do banco eletrónico ou diretamente no balcão de agência

Deve enviar o comprovativo da transferência com a referência para o endereço email:

**NIB: 078101120112001400338**      **pagamentos@cnpd.pt**  
**IBAN: PT50078101120112001400338**      **BIC: IGCPTPL**

Por cheque à ordem de I.G.C.P. (Instituto de Gestão e Crédito Público)

ou em numerário entregue nas nossas instalações

utilizando **obrigatoriamente** o seguinte código na descrição de pagamento:**19.915.940****Se não fizer o pagamento no prazo de 3 dias úteis, o formulário será automaticamente eliminado**

Imprimir Formulário

Formulário submetido em 2017-05-27 18:46:05

**Notificação de Investigação clínica** 1ª Notificação     Alteração de Notificação anterior já autorizada     Substituição de Notificação ainda não autorizada**1. Responsável pelo Tratamento** Pessoa Coletiva     Pessoa Singular

a) Denominação/\*  
nome      Mariana Pimentel Gonçalves Mota

b) NIPC/NIF \*      241121019

c) Atividade Desenvolvida \*      Projeto de Intervenção Comunitária

d) Morada \*      Rua Sport Grupo Sacavenense n.º20 -4ºD

e) Código Postal \*      2685    011    Sacavem

f) Telefone \*      963843222

g) Email \*      marianapgmota@esel.pt

h) País \*       Portugal     União Europeia     Fora da União Europeia

i) Nome comercial      \_\_\_\_\_

j) Pessoa de contacto\*      Mariana Pimentel Gonçalves Mota

k) Telefone \*      963843222

l) Email \*      marianapgmota@esel.pt

**Processamento da Informação**Serviço externo encarregado do processamento da informação    Sim     Não **2. Finalidade do tratamento**

Indique o tipo de estudo (apenas um) e, de seguida, identifique-o com o nome e, caso tenha, o número de protocolo\*

- Ensaio Clínico
- Estudo Clínico com Intervenção
- Estudo Clínico sem Intervenção
- Estudo Clínico de Dispositivo Médico
- Estudo Clínico de Produtos Cosméticos e Higiene Corporal

Indique o nome do estudo \*

Literacia em Saúde na Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

N.º do protocolo

### 3. Categorias de dados pessoais tratados

- Dados Demográficos
- Idade/data de nascimento
  - Género
  - Raça/Etnia (se assinalar este campo, deve ter uma justificação específica validada pela CEC)
  - Dados antropométricos
  - Sinais vitais
  - Composição do agregado familiar (dados agregados)
- Dados da História Clínica
- Dados de Exame Físico
- Dados de Exames Complementares de Diagnóstico
- Dados de Medicação Prévia e Concomitante
- Dados de Farmacocinética
- Dados Genéticos
- Dados relativos à Vida Sexual
- Dados relativos a cuidadores/acompanhantes (apenas os dados relacionados com as necessidades do participante)
- Dados de Qualidade de Vida/Efeitos Psicológicos
- Dados relativos à Atividade Profissional com conexão com a Investigação
- Dados Comportamentais, Psicológicos ou Volitivos com conexão com a Investigação (assinalando estes dados, deve ter justificação específica)
- Eventos Adversos

### 4. Características do tratamento de dados decorrentes do estudo

O participante é identificado por código especificamente criado para este estudo \*    Sim     Não

Há consentimento do participante ou do seu representante legal \*    Sim     Não

Estudo Multicêntrico \*    Sim     Não

Será criado um biobanco \*    Sim     Não

### 5. Recolha de Dados

**Recolha direta**

- presencial     por impresso
- telefone
- internet    URL:
- Outra

**Recolha indireta**

- processo clínico
- Outra

### 6. Comunicação de Dados Pessoais a terceiros

**Existe comunicação de dados pessoais a terceiros (assinale esta opção apenas se comunicar dados identificados, isto é, não codificados) \***

Sim     Não

### 7. Interconexões

**Interconexões de tratamentos (assinale esta opção apenas se os dados interconectados não estiverem codificados) \***

Sim     Não

### 8. Fluxos de dados pessoais

**Existem fluxos transfronteiriços para fora da UE/EEE (assinale esta opção apenas se os dados transmitidos não estiverem codificados) \***

Sim  Não

## 9. Exercício do Direito de Acesso

**Junto dos investigadores no centro de ensaio / estudo clínico respetivo.**

**De que forma é exercido o direito de acesso**

Presencial  Escrita

Outra:

## 10. Medidas de segurança a implementar

No momento do início do tratamento, estarão implementadas as medidas de segurança previstas nos artigos 14.º e 15.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, e as especificamente decorrentes da Deliberação n.º 1704/2015 da CNPD\*

Sim  Não

## 11. Declaração

O presente tratamento de dados pessoais cumpre os limites e condições estabelecidos na Deliberação n.º 1704/2015, da CNPD, aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de estudos de investigação clínica\*

Sim  Não

CNPD receção de formulário ref: 14.644.630



pagamentos <pagamentos@cnpd.pt>

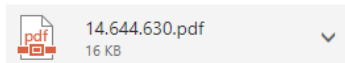
ter 01-08-2017, 22:06

Mariana Pimentel Gonçalves Mota ✕



Responder a todos | ▾

A receber



Transferir Guardar no OneDrive - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Proc. nº 13009/2017

Data: 01-08-2017

O formulário submetido foi aceite e o respetivo recibo encontra-se em anexo.

Com os melhores cumprimentos.

A Secretária da **CNPD**

Isabel Cristina Cruz