



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
6º CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II

Promoção da Literacia em Saúde: Leitura dos Rótulos Alimentares

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária

Sandra Esteves

Orientadora:

Professora Alcinda Reis

Co-orientadora:

Professora Celeste Godinho

Santarém, setembro 2017

Pensamento

Que os esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem
foram conquistadas do que parecia impossível.
Charles Chaplin

Agradecimentos

O meu obrigada a todos que me acompanharam neste percurso.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ACESL- Agrupamentos de Centros de Saúde da Lezíria
ARSLVT – Administração Regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AT - Assistentes Técnicas
AVC – Acidente Vascular Cerebral
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGS – Direção-Geral da Saúde
DJ – Declaração de Jacarta.
DNTs - Doenças Não Transmissíveis
DR– Diário da República
EEECSP – Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.
EC- Enfermagem Comunitária
EpS - Educação Para a Saúde
GBD - Global Burden of Diseases
HPM - Health Promotion Model
HT - Hipertensão
MPS – Modelo de Promoção da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
OE - Ordem dos Enfermeiros
PA - Plano de Ação
PAUSPL - Plano de Ação da Unidade de Saúde Pública lezíria
PBE – Prática Baseada na Evidência
PeS – Perfil de Saúde
PHNE - Public Health Nutrition and Epidemiology
PLSL - Plano Local de Saúde da Lezíria
PNPAS- Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNPCDC - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares
PNS – Plano Nacional de Saúde
PS - Promoção da Saúde
PSL - Perfil de Saúde Local
PSLL – Perfil de Saúde Local Lezíria
SP - Saúde Pública
UE - União Europeia
USP – Unidade de Saúde Pública
USPL - Unidade de Saúde Pública Lezíria
WHO - World Health Organization

RESUMO

Foi desenvolvido o diagnóstico de situação, mediante o Perfil e o Plano local de Saúde da Unidade de Saúde Pública do ACES Lezíria, que alertam para uma prevalência de determinantes de risco de tumores do cólon do reto e doenças cerebrovasculares associados com a alimentação e baixa literacia em saúde.

Com a USP foi desenvolvido um projeto denominado “Promoção da literacia em Saúde – Leitura dos rótulos alimentares”, junto das ajudantes de lar de idosos, grupo alvo com o qual esta unidade já se encontrava a intervir.

O objetivo do projeto foi capacitar para a leitura do rótulo alimentar, mediante intervenções de educação para a saúde, com o contributo do Modelo de Promoção da Saúde de Pender e o recurso à metodologia do Planeamento em Saúde.

A revisão sistemática da literatura através da metodologia PI[C]O evidenciou a importância da intervenção por parte dos profissionais de saúde, através de programas de promoção da saúde e da literacia na área da nutrição, considerando essencial fornecer ferramentas às pessoas ao nível da rotulagem e do marketing social.

Palavras-chave: literacia; rótulo alimentar; pessoas.

ABSTRACT

The situation diagnosis was developed according to the Local Public Health Unit (USP) of ACES Lezíria Local Profile and Plan. These alert towards a prevalence of risk factors like colon and rectum tumours and cerebrovascular diseases associated with eating habits and low health literacy.

A project called “Promotion of Health Literacy – Reading Food Labels” was developed along with the USP, aiming towards the elderly home helpers, the target group in which this unit was already working with.

The aim of this project was to enable the target group to read food labels, through health education interventions, with the Pender’s framework for Health Promotion and the use of the Health Planning methodology.

The systematic review of literature through the PI[C]O method highlighted the importance of the health professionals’ intervention. Made through health promotion programmes and literacy in the nutrition domain, considering essential to provide tools to people on the labelling and social marketing domains

Keywords: literacy, food label, people.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO USP LEZÍRIA	16
2 – LITERACIA EM SAÚDE: LEITURA DO RÓTULO ALIMENTAR	19
3 - O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA COMO PROMOTOR DE SAÚDE.	37
3.1 - A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DESENVOLVIDA	42
4 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	45
4.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	47
4.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES, FIXAÇÃO DE OBJETIVOS E SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	50
4.3– SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	51
4.4 – EXECUÇÃO: PROJETO LITERACIA EM SAÚDE- LEITURA DO RÓTULO ALIMENTAR. ..	52
5 – AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO E IMPLICAÇÃO PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	59
6 - CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO	76
ANEXO II – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	97
ANEXO III – PROJETO DA USPL	99
ANEXO IV – COMPROMISSO CONTRATUALIZADO / INDICADORES REGIONAIS A CONTRATUALIZAR COM AS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA 2016	102
ANEXO V – CURSO ONLINE “COMA MELHOR, POUPE MAIS”	105
ANEXO VI – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	107
ANEXO VII – ARTIGO CIENTÍFICO SELECIONADO	131
ANEXO VIII – GUIA ORIENTADOR DA ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA / TRANSCRIÇÃO / MATRIZ	143
ANEXO IX – DIAGRAMA DA TEORIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	153
ANEXO X – PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AO GRUPO ALVO	155
ANEXO XI – QUESTIONÁRIO APLICADO AO GRUPO ALVO´	158
ANEXO XII – DIAPOSITIVOS DE APRESENTAÇÃO AO GRUPO ALVO	162
ANEXO XIII – DESCODIFICADOR DE RÓTULO ALIMENTAR	172
ANEXO XIV – FOLHETOS	174
ANEXO XV – CERTIFICADOS	177
ANEXO XVI – DIAPOSITIVOS – APRESENTAÇÃO DO PROJETO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USPL	179
ANEXO XVII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO AO GRUPO ALVO	187

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 -Critérios utilizados para a formulação da pergunta em formato PICO	43
Quadro 2 - Elaboração do diagnóstico de enfermagem em linguagem CIPE Versão Beta 2.....	49
Quadro 3 – Objetivos, indicadores e metas.....	51
Quadro 4 - Objetivos, indicadores e metas alcançadas	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição etária do grupo alvo	54
Gráfico 2 – Habilitações literárias do grupo alvo.....	54
Gráfico 3 – Respostas ao questionário antes da realização da sessão de educação para a saúde ao grupo alvo.....	55
Gráfico 4 – Respostas ao questionário após a realização da sessão de educação para a saúde ao grupo alvo.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Indicações obrigatórias a consignar no rótulo alimentar	34
Figura 2 - Rótulo Alimentar – Advertência: contem ingredientes alergênicos	34
Figura 3 - Lista de Ingredientes: Declaração Nutricional.....	35

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo por base o seu percurso de formação especializada, deve adquirir competências que lhe permitam participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Regulamento nº 128/2011,p.8667). Em virtude do seu conhecimento e experiência clínica, assume assim um entendimento profundo inerente às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde bem como uma elevada capacidade para dar resposta de uma forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando deste modo efetivos ganhos em saúde.

O presente relatório surge no âmbito da realização do curso de mestrado de índole profissional na área de Enfermagem Comunitária, orientado para a intervenção na comunidade. Este foi elaborado de forma a demonstrar o trabalho realizado e fazer uma reflexão acerca da prática profissional, tendo em conta os resultados da operacionalização da intervenção de âmbito comunitário de enfermagem, desenvolvida no âmbito do estágio II. Este estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública Lezíria (USPL), no período de 31 de maio a 25 de novembro de 2016, e teve como principal objetivo o desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP). Assim, este relatório tem presentes os resultados da identificação das necessidades da população /grupo alvo da área de abrangência do ACES Lezíria e a implementação do Projeto Individual de Intervenção Comunitária (anexo I) que teve como finalidade promover a literacia em saúde na leitura dos rótulos alimentares ao grupo alvo definido sendo que a temática foi elaborada de acordo com os objetivos da USPL.

Devido à necessidade de desenvolver competências no âmbito da Especialização em Enfermagem Comunitária, foi necessário adquirir conhecimentos que permitissem interligar a teoria com a prática e assim obter respostas por forma a adequar os mesmos a novas situações (anexo II). Deste modo, e de acordo com as necessidades identificadas pelos profissionais de saúde da USPL e o Perfil de Saúde Local do ACES Lezíria, foram identificados como problemas de saúde as doenças cerebrovasculares e os tumores do cólon e do reto. Sendo que o Plano Local de Saúde da Lezíria (PLSL) 2014/2016 (2015); referia que se encontravam em desenvolvimento cerca de quatro projetos entre os quais o “Projeto de promoção da literacia para a saúde – “Leitura do Rótulo “(anexo III), tendo sido este o ponto de partida para a elaboração do projeto individual “Promoção da Literacia em Saúde – Leitura dos Rótulos Alimentares”. O referido projeto individual foi então integrado no projeto “Prevenção de Doenças Alimentares em Lares de Idosos, correspondendo este ao indicador

regional número dez”, cujo indicador regional é um dos doze a contratualizar com a Unidade de Saúde Pública do ACES Lezíria no ano 2016; na sua Carta de Compromisso 2015 (anexo IV).

Consultado o Plano Local de Saúde da Lezíria (PLSL, 2015) os determinantes de risco para ambos os problemas estão relacionados com a alimentação., estes possuem determinantes de risco e proteção comuns. Desta forma, tendo em conta as necessidades identificadas pelos profissionais da USPL, e de acordo com a consulta dos referidos documentos, foram realizadas duas intervenções de educação para a saúde a um grupo de quinze pessoas, neste caso mulheres, sendo estas ajudantes de lar da Santa Casa da Misericórdia de Coruche e da Chamusca tendo sido este o grupo alvo a que a formanda teve acesso durante as atividades inerentes à USPL.

De acordo com as enfermeiras da USPL consideradas peritas pela sua área de especialização em Enfermagem de Saúde Pública e a quem foi atribuído o estatuto de informante chave (Nunes, 2016) o grupo alvo apresentava baixo nível de escolaridade e também baixa literacia ao nível da leitura do rótulo alimentar. Sendo então importante intervir de forma a promover a literacia em saúde mediante a leitura do rótulo alimentar, assim como perceber os conhecimentos já existentes previamente e posteriormente à realização da intervenção de educação para a saúde. Para este efeito foi aplicado um questionário acerca dos temas e conceitos abordados durante estas intervenções.

No âmbito do tema do projeto, a formanda participou num curso online denominado “Coma melhor, poupe mais” o qual foi desenvolvido pela Universidade do Porto em parceria com a Direção – Geral da Saúde (DGS), fazendo esta parte de um programa prioritário da DGS que se intitula “Alimentação Saudável”. Este curso decorreu no período de 20/6/2016 a 07/7/2016 (anexo V), o qual deu contributos, enfatizando-se os contributos do mesmo na aquisição de conhecimentos relativos à leitura do rótulo alimentar, de extrema utilidade para a operacionalização das intervenções no âmbito da EpS ao grupo alvo.

Sendo que os enfermeiros de saúde comunitária trabalham diretamente na promoção de uma saúde ótima e considerando a educação para a saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do homem enquanto indivíduo e parte integrante de um ecossistema complexo então, de acordo com Amorim (2000, citado em Carvalho & Carvalho, 2006, p.3) “... a atuação do enfermeiro nesta área não pode consistir numa mera transmissão de informação científica e técnica...” mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos”. Assim, a EpS requer um processo de planeamento prévio de forma a facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis, que deem resposta às necessidades educativas do doente/utente, família e/ou comunidade a que se destina, que defina com clareza onde se quer chegar e que se preveja os recursos e metodologias mais adequadas para conseguir atingir esses objetivos (Carvalho & Carvalho, 2006)

O Despacho nº 1916/2004 da DGS informa que, as doenças crónicas não transmissíveis tais como as doenças cardiovasculares, cancro entre outras doenças constituem hoje, uma principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, sendo estas doenças as principais responsáveis por situações de incapacidade, perda de qualidade de vida. Tendo a sua etiologia um conjunto de fatores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida de carácter

individual. Os erros alimentares, o consumo excessivo de álcool entre outros está identificado como sendo os principais fatores de origem das referidas doenças. Desta forma intervir nos determinantes de saúde é considerada uma estratégia de saúde fundamental por forma a permitir ganhos significativos em termos de redução da prevalência das doenças, bem como dos custos económicos individuais e sociais que lhes estão associados.

O Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020, propõe “Uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (Plano Nacional de Saúde (PNS - DGS, 2015, p14), também mais um motivo pelo qual o projeto individual incidiu no âmbito da promoção da literacia em saúde na leitura do rótulo alimentar. Assim, as ações desenvolvidas e dirigidas ao grupo alvo da área de abrangência do ACES Lezíria tiveram em conta que as ajudantes de lar de idosos se encontram mais perto das pessoas nesta fase da vida e que estas por vezes confeccionam e adquirem alimentos. Além disso, poderão reportar os conhecimentos adquiridos para o seu dia a dia, como, por exemplo, alertando quem compra os alimentos assim como a família dos idosos, podendo todos lucrar com estes conhecimentos. Sendo assim, as ajudantes de lar de idosos podem ser consideradas “um veículo” importante de informação promotor de saúde.

O Despacho Nº3618-A/2016 refere que “existe hoje considerável evidência de que a educação, a literacia e o autocuidado são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população, mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, constituindo por isso, um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde” (SNS). Assim, a Educação para a Saúde (EpS) contribui para o processo de autoformação e autoeducação, sendo considerada um processo de construção ao longo da vida. Tal implica ter como objetivo o ser-se o mais justo, mais verdadeiro e feliz o que por sua vez implica a procura do bem-estar por parte de todas as pessoas, visto que não existe ninguém feliz sem saúde (Carvalho e Carvalho, 2006).

A literacia em saúde, que envolve a habilidade de procurar e interpretar informações de saúde, é assim crucial para os esforços de prevenção primária por isso, é essencial proceder-se à realização de pesquisas sobre os aspetos de prevenção aos quais os indivíduos prestam atenção bem como quais são os fatores, incluindo a literacia em saúde, que afetam a sua decisão. (Hernandez & Landi, 2011). Também, de acordo com Hernandez e Landi, a saúde e o bem-estar não são primariamente determinados pelo sistema de cuidados de saúde, porém, é neste que se encontra a maioria dos custos. O cancro e as doenças cardíacas, entre outras doenças, implicam custos elevados no seu tratamento. No entanto podem ser prevenidos a partir de intervenções custo-eficácia, incluindo a comunicação eficiente.

Foi também efetuada a revisão sistemática da literatura (anexo VI) mediante a pergunta PICO: “Como é que os enfermeiros podem promover nas pessoas adultas a literacia em saúde na leitura do rótulo alimentar?”. Sendo assim, e após seleção prévia de alguns artigos, foi selecionado um artigo qualitativo denominado “*Nutricion labelling and choices logo in Israel: Positions and Perceptions of Leading health policy makers*” (anexo VII); este refere que a temática inerente ao

rótulo alimentar deve fazer parte de um sistema geral de marketing social, sugerindo também o desenvolvimento de programas que visem promover a alfabetização inerente à nutrição da população em geral, assim como a intervenção dos profissionais de saúde de modo a melhorar a comunicação destas informações às pessoas.

Assim, ao longo do período do estágio foi elaborado e operacionalizado o já referido projeto individual cujo objetivo foi consciencializar as pessoas, grupos e comunidade para a existência do rótulo alimentar, capacitando-as para a leitura do mesmo, já que este poderá ser um indicador da existência de certos nutrientes nos alimentos que poderão ser nocivos ou saudáveis para a saúde, de acordo com as quantidades existentes nos mesmos. Neste âmbito poder-se-á proceder à prevenção das doenças atrás mencionadas.

O Guia do Instituto do Consumidor (2002) adverte que é essencial informar e educar o consumidor, pois estes são meios eficazes para ajudar a realizar escolhas conscientes e saudáveis. Este guia refere que o rótulo permite ao consumidor obter melhor conhecimento sobre o produto, alegando que as referências aí contidas de leitura obrigatória ou adicional, são indispensáveis para uma escolha adequada dos alimentos, a qual contribui para a promoção da saúde e prevenção da doença. O mesmo guia refere ainda que a garantia de uma escolha alimentar saudável exige por parte do consumidor não apenas um olhar atento relativamente à informação contida no rótulo alimentar, mas também de um conjunto de atitudes e comportamentos tais como ler cuidadosamente a informação nutricional sempre que esta conste no rótulo isto é: Verificar a quantidade de lípidos (gorduras), quantidade de sódio (Na) e cloreto de sódio (NaCl), quantidade de fibras alimentares e a quantidade de glícidos entre outros constituintes nutricionais.

Nesta sequência, a identificação de diagnósticos de enfermagem a este nível é uma mais valia, tendo este como objetivo uma intervenção para capacitar para a leitura dos rótulos alimentares a literacia em saúde do grupo alvo ao nível da interpretação dos rótulos alimentares. Desta forma, é importante investir na promoção de uma alimentação saudável junto das pessoas, informando-as relativamente aos hábitos alimentares considerados mais saudáveis, bem como alertá-las para a existência do rótulo alimentar que visa promover escolhas alimentares mais saudáveis mediante a aquisição de produtos alimentares, contribuindo desta forma para melhorar a saúde dos indivíduos e da população em geral, bem como prevenir as doenças crónicas não transmissíveis.

Para a intervenção inerente ao projeto individual, recorreu-se à metodologia do Planeamento em Saúde coadjuvada com a utilização de técnicas como a entrevista a peritos e o recurso à revisão sistemática da literatura já mencionada.

Ao longo do presente relatório serão mobilizados excertos de uma entrevista semi-diretiva (anexo VIII) realizada a uma Enfermeira, à qual foi atribuído o estatuto de perita, enfatizando-se os seus contributos na reflexão sobre a prática clínica desenvolvida em contexto de estágio. Esta contribuiu assim para o desenvolvimento das etapas do Planeamento em Saúde; bem como para a clarificação do tema abordado. Sempre que for feita alusão à entrevista será referido o código ("E. L"), no excerto mobilizado.

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (anexo IX) serviu de referencial teórico para o suporte da intervenção, este identifica fatores de fundo que influenciam o comportamento da

saúde, sendo que o enfermeiro pode intervir colaborativamente com os clientes (pessoas) por forma a ajudá-los na mudança dos seus comportamentos e para que estes possam alcançar estilos de vida saudáveis (Pender, 2011).

Sendo assim os objetivos definidos para este relatório são:

- ✓ Analisar as atividades desenvolvidas no estágio com base na metodologia do Planeamento em Saúde
- ✓ Enquadrar a Prática Clínica Baseada na Evidência com recurso à metodologia científica.
- ✓ Inventariar os recursos mobilizados para a ação de enfermagem baseada na evidência.
- ✓ Analisar as competências desenvolvidas no âmbito da enfermagem comunitária.

O presente relatório, pretende sistematizar as principais conclusões inerentes ao projeto desenvolvido, desta forma é essencial analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio e os contributos do mesmo, tendo em conta a área de especialização de enfermagem comunitária. Sendo apresentada inicialmente a caracterização do contexto de estágio, seguidamente foi feita uma abordagem inerente ao tema literacia em saúde e leitura do rótulo alimentar sendo implícito o modelo de promoção da saúde de Pender. Enfatizou-se a intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária (EEEC) como promotor de saúde, recorreu-se também à revisão sistemática da literatura de forma a enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica. Posteriormente foi descrita a operacionalização do planeamento em saúde realizada a avaliação dos resultados do projeto e sua respetiva conclusão. Por fim as referências bibliográficas e anexos.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO USP LEZÍRIA

O ACES LEZÍRIA foi criado em novembro de 2012, no âmbito da reorganização dos agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES) integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), IP. Tendo o ACES Lezíria resultado da fusão dos Centros de saúde do Cartaxo, da Golegã, de Rio Maior e de Santarém do ACES Lezíria I-Ribatejo, com os centros de saúde de Almeirim, Alpiarça, Chamusca, Coruche e de Salvaterra de Magos do ACES da Lezíria II, passando assim a Unidade de Saúde Pública (USP) do ACES Lezíria a abranger a respetiva área geodemográfica, denominando-se USP Lezíria (USPL), perfazendo um total de nove concelhos, com uma área de 3490,9 km² insere-se na região da lezíria do Tejo, distrito de Santarém, no centro de Portugal.

A estrutura etária da população da área de abrangência ACES Lezíria aproxima-se do verificado para Portugal, exceto no que respeita à percentagem da população de 65 ou mais anos que se revela superior à da população do mesmo grupo etário em Portugal. A sua área de influência abrange uma população residente de 196.620 habitantes. No entanto verifica-se que o grande grupo populacional se encontra na faixa dos 25-65 anos, segundo o Plano Local de Saúde da Lezíria 2015.

A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, isto significa que a mesma, “deverá organizar e assegurar as atividades de identificação de necessidades de saúde e agregar toda a informação disponível para o diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência do ACES” (Plano de Ação da USP Lezíria, 2013-2015) que segundo referem Imperatori e Giraldes (1993) a identificação dos principais problemas e necessidades de saúde de uma dada comunidade orientam para o conhecimento da sua situação de saúde – diagnóstico de saúde. Esta unidade tem como missão, contribuir para o estado de saúde da população, da área geográfica que abrange e intervém, visando deste modo a obtenção de ganhos em saúde, bem como de um modo direto cumprir a missão do ACES em que se integra.

Cada ACES tem uma USP, a qual abrange toda a área geodemografia do ACES em que se insere. Sendo que a sua área de abrangência apresenta uma vasta dispersão geográfica.

Em cada concelho existe um Pólo da USP, situando-se a sede na Rua António Bastos, 2, em Santarém. Estes Polos permitem desta forma uma maior proximidade com as populações e os serviços locais, contemplando uma equipa de profissionais com competências específicas em epidemiologia, planeamento e administração da saúde, intervenção comunitária, saúde ambiental e comunicação em saúde, sendo a mesma constituída neste momento por: quatro médicos de saúde pública, três enfermeiras de SP, três técnicos de Saúde Ambiental (TSA), três Higienistas Orais (HO) e duas Assistentes Técnicas (AT), que constituem ferramentas que utilizam para planear e agir sobre os problemas de saúde de uma dada população e os determinantes que lhe estão associados.

A intervenção da USP é dirigida à comunidade, exige o envolvimento desta, dos seus líderes e organizações. A intervenção, assenta num trabalho multidisciplinar e interinstitucional, implicando a articulação e participação das restantes Unidades Funcionais do ACES. O documento base que dirige as atividades a desenvolver pela USP ao longo do ano é o seu Plano de Ação (2013) onde explicita os objetivos, os indicadores de execução e metas a atingir em cada uma das atividades, assim como os recursos necessários para realizar estas ações. Este contém o Planeamento em Saúde onde é construído o Perfil Local de Saúde, que é o primeiro passo neste processo de planeamento. Também é parte integrante do planeamento em saúde o Plano Local de Saúde no qual são definidos os principais problemas de saúde que afetam a população abrangida pelo ACES Lezíria. Sendo que os objetivos da USPL são:

- ✓ Elaborar informação e planos em domínio da saúde pública.
- ✓ Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes
- ✓ Desenvolver as diversas atividades de planeamento em saúde; incluindo a identificação das necessidades de saúde da população, propor e/ou implementar as necessárias intervenções e proceder à avaliação do impacto em saúde das mesmas.
- ✓ promover a investigação e a vigilância epidemiológica,
- ✓ avaliar o impacto das várias intervenções de saúde;
- ✓ gerir programas e projetos nas áreas de defesa,
- ✓ proteção e promoção da saúde da população,
- ✓ participar na execução de atividades dos programas existentes,
- ✓ promover e participar na formação pré-graduada e pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que a integram.

No âmbito da USP Lezíria e de acordo com o Plano Local de Saúde da Lezíria (PLSL) 2014 - 2016 (2015); referindo este que já se encontravam em desenvolvimento cerca de quatro projetos entre os quais o “Projeto de promoção da literacia para a saúde - Leitura do Rótulo” (Anexo III). Sendo o projeto mencionado selecionado como o ponto de partida para a elaboração do projeto individual “Promoção da Literacia em Saúde – Leitura dos Rótulos Alimentares”. O projeto individual permitiu a implementação de estratégias e intervenções de educação para a saúde (EpS) por parte da formanda ao grupo alvo da área de abrangência do ACESL - quinze ajudantes de lar da Santa Casa da Misericórdia de Coruche e da Chamusca - mediante a transmissão de conhecimentos e ferramentas. Estas ações foram orientadas de forma a capacitar o grupo alvo para a leitura do rótulo alimentar e apelar à sua tomada de consciência acerca da importância e impacto do mesmo no seu dia a dia. Isto traduz-se na capacidade do mesmo para ler e interpretar o rótulo alimentar, fazendo escolhas e decisões conscientes não só acerca da sua alimentação, mas também da dos que deles dependem. A transmissão de conhecimentos sobre a leitura do rótulo alimentar, tem como consequência a prevenção de doenças crónicas não transmissíveis, neste caso, as doenças cardiovasculares e os tumores do cólon e reto considerados pela USPL como principais problemas detetados e prioritários no que diz respeito à intervenção por parte desta unidade, mediante a

utilização da estratégia de intervenção de EpS, promotoras da literacia em saúde ao grupo alvo mediante a leitura do rótulo alimentar.

2 – LITERACIA EM SAÚDE: LEITURA DO RÓTULO ALIMENTAR

Cabe ao enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública, estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados, contribuir, promover e capacitar grupos e comunidades. Uma vez que a saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros, deve ser capaz de tomar decisões e assumir o controlo sobre as circunstâncias da sua própria vida (Regulamento nº128/2011).

Segundo a carta de Ottawa (1986) a saúde é considerada como um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas dos indivíduos. Sendo que segundo a Promoção da Saúde (PS) a saúde é considerada como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. Consequentemente a PS, não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois esta necessita de estilos de vida saudáveis visando deste modo atingir o bem-estar das pessoas. Esta é assim, considerada como o processo que objetiva aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades por forma a controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A promoção da saúde pretende também reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações assegurando a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde. De acordo com o seu objetivo, torna-se necessária uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. Esta carta também refere que a PS se desenvolve mediante a intervenção concreta e efetiva na comunidade, definindo – se prioridades, tomando decisões, planeando estratégias executando-as, tendo assim como objetivo, atingir a melhor saúde.

O regulamento (EU) nº1169/2011 sobre a prestação de informação aos consumidores sobre os géneros alimentícios aprovado pelo Parlamento Europeu e Conselho Europeu em 2011 entrou em vigor a 13 de dezembro de 2014, onde estão estabelecidos os novos requisitos de rotulagem de alimentos, garantindo desta forma que os cidadãos recebam informação mais clara, completa e precisa sobre o conteúdo dos alimentos. Esta normativa consolida e atualiza dois campos da legislação no que diz respeito à rotulagem. Os rótulos gerais dos alimentos, regulamentado pela diretiva 2000/13/CEE e da rotulagem nutricional obrigatória, objetivo da diretiva 90/496/CEE. Também é referido que a rotulagem é definida como “todas as indicações, menções, marcas de fabrico ou comerciais, imagens ou símbolos referentes a um género alimentício que figurem em qualquer embalagem, documento, aviso, rótulo, anel ou gargantilha que acompanhem ou se refiram a esse género alimentício”, segundo o (Regulamento (EU) nº 1169/2011, p.25).

O objetivo do regulamento é permitir um alto nível de proteção de saúde dos consumidores, garantindo desta forma o seu direito à informação para que estes tomem decisões conscientes com conhecimento de causa. Pretendendo-se assim informar de uma forma simples e rápida os consumidores quanto ao conteúdo de cada alimento, por forma a que qualquer pessoa mesmo sem grandes conhecimentos, consiga perceber se determinados alimentos são ou não saudáveis. A informação existente nos rótulos dos alimentos auxilia os consumidores na escolha de produtos mais acertados, permitindo comparar e escolher a melhor opção entre diversas marcas existentes no mercado. Sendo que os rótulos são elementos essenciais, de comunicação, também foi referido pela perita entrevistada relativamente ao rótulo alimentar que “ neste” ... estão todas as informações necessárias” (E. L16) do “ ...produtor para o consumidor ...” (E L159, L160). Este influencia a escolha deste último na hora de adquirir determinado produto alimentar. É” ... um fator protetor para os cidadãos...” (E L160, L161, p.4) permitindo” tomar decisões conscientes...” (E. L15) -” ... saber usar esta mesma informação no seu dia a dia...” (E. L33) -” ... tomar decisões saudáveis ...” (E. L43) -” ... fazer escolhas(...) responsáveis...” (E. L49, L50)

Por isso é importante que as informações sejam exatas legíveis (incluindo o tipo de letra, a cor e o contraste) e de fácil compreensão - “...as pessoas passam a ter acesso a uma informação essencial...” (E. L14, L15).

Segundo Gesser - Edelsburg, Endevelt e Tirosh-Kamienchick (2013), o rótulo não pode “estar só”, devendo este fazer parte do sistema geral de Marketing Social de saúde e nutrição. Este refere a importância inerente ao desenvolvimento de programas mediante a intervenção e apoio dos profissionais de saúde, promovendo a literacia inerente à nutrição, bem como dar a conhecer informações inerentes destes produtos à população de forma a conferir-lhe suporte relacionado com os comportamentos que esta deve ter mediante a aquisição de bens alimentares. -” ... desenvolver projetos de intervenção na saúde...” (E. L76) - ...” desenvolver sessões de educação para a saúde...” (E. L78).

Sendo que a saúde pública segundo Winslow (1920, citado em Hernandez & Landi 2011, p.7), é entendida como a “ciência e a arte de prevenir a doença, prolongando a vida e promovendo a saúde e eficácia física”, garantindo a todos os indivíduos da comunidade um modelo de vida adequado à manutenção da sua saúde. Também segundo Rattzan (2000, citado em Hernandez & Landi, 2011, p.7) entendem que a saúde, não se define apenas pelos cuidados de saúde, mas também é moldada pelo que os indivíduos fazem no seu dia-a-dia fora deste sistema.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2011) sobre Determinantes da Saúde, os fatores que influenciam, ou seja, que afetam ou determinam a saúde dos cidadãos são em regra designados determinantes de saúde. Estes de acordo com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida – Despacho nº1916/2004 têm, como etiologia comum, um conjunto de fatores fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais e a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, mediante opções individuais expressas no que poderemos entender como “estilo de vida”, constituindo assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e coletiva.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2008) as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), são um dos maiores problemas de Saúde Pública, e responsáveis por aproximadamente 60% do total de mortes no mundo. Sendo que as modificações no padrão alimentar da população evidenciadas pelo consumo de dietas com alta densidade energética, ricas em gordura (em especial as de origem animal) e o baixo teor de fibras, e também associadas ao sedentarismo, abuso de álcool e tabagismo, são considerados os principais fatores de risco para a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (Cavada, Paiva, Helbig e Borges, 2012). O consumo alimentar é considerado como um determinante da saúde, cujo caráter positivo ou negativo depende de informações adequadas, sendo de fundamental importância as intervenções de educação nutricional que auxiliem a população na escolha de alimentos mais saudáveis (Souza, Lima, Miranda e Cavalcanti, 2011). Esta é uma estratégia fundamental das políticas de saúde de abrangência mundial, que pode contribuir para a redução da obesidade e das enfermidades crônicas não transmissíveis.

Também o Instituto do Consumidor (IC, 2002) informa que devido ao facto de se promoverem e lançarem diariamente, novos produtos alimentares num mercado cada vez mais globalizante, é importante informar e educar o consumidor, por forma a melhorar a sua capacidade de fazer escolhas conscientes, porque estes são meios eficazes para escolher saudavelmente.

Então a promoção de uma boa nutrição e hábitos alimentares saudáveis é essencial para uma boa saúde, bem como a qualidade da nutrição que é uma influência importante na prevenção da doença. Daí a necessidade de educar a população em geral o mais precocemente possível por forma a concretizar estes objetivos. Devido ao aumento do consumo de alimentos processados e industrializados, os rótulos assumiram o papel de permitir a comparação entre os produtos, possibilitando escolher alimentos mais saudáveis, Souza et al. (2011)

O rótulo tem a função de orientar o consumidor quanto aos constituintes dos alimentos, promovendo assim escolhas alimentares saudáveis. Porém, isto não significa que os consumidores o utilizem como uma ferramenta na escolha dos alimentos que deverão compor a sua dieta e deste modo reduzir os excessos alimentares e os malefícios para a sua saúde, Cavada et al. (2012) "... o rótulo alimentar é uma ferramenta..." (E. L14).

O PNS revisão e extensão 2020 (DGS, 2015) propõe uma cultura de cidadania que objetiva a promoção da literacia e também a capacitação dos cidadãos, com o intuito de que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde bem como da saúde de quem deles depende. Refere ainda que capacitar os cidadãos "... desenvolver o empowerment às pessoas..." (E. L67), mediante ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e pelo seu papel, mais interventivo no funcionamento do sistema de saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment). Sendo que esta capacitação os torna mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços.

O empoderamento - "*empowerment*", de acordo com, Laverack e Labonte, (2000) pode ser definido assim como: o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controlo sobre as decisões que afetam as suas vidas; ou como mudanças na direção a uma maior igualdade nas relações sociais

de poder (por exemplo, nas relações com quem detém recursos, legitimidade, autoridade e ou influência).

O Regulamento (EU) nº1169/2011(2011, p.19) informa que a estratégia comunitária utilizada em matéria de Política de Consumidores para 2007- 2013, pretende: responsabilizar o consumidor, melhorando o seu bem-estar, tendo em vista protegê-lo de forma eficaz.

O PNS extensão revisão a 2020 refere que “a saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade.”, (DGS, 2015, p.18).

Também segundo Sanmartí (1985, citado em Carvalho & Carvalho, 2006, p.11) referem que, “mais importante do que filosofar sobre o conceito de saúde, é analisar os determinantes de saúde e da doença nos indivíduos e comunidades. Para isso é necessário analisar os principais problemas de saúde e os seus fatores causais”. Referem ainda a importância dos estilos de vida como determinantes de saúde e o efeito prejudicial dos comportamentos não saudáveis, medidos em termos de morte prematuras, e o efeito benéfico para a saúde dos estilos de vida saudáveis.

Ainda de acordo com Sanmarti (1985, citado em Carvalho & Carvalho, 2006, p.14) referem a existência de “estudos que sugerem que estilos de vida saudáveis, além de prevenirem mortes prematuras, contribuem de uma forma importante para uma boa saúde e conseqüentemente para uma boa qualidade de vida”. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1985 refere que é essencial ocorrer uma evolução para que possamos melhor compreender como estilos de vida específicos afetam a saúde dos elementos da comunidade. Existem muitos estilos de vida que favoravelmente influenciam a saúde tanto no seu nível físico como mental. Pelo contrário também encontramos muitos estilos que prejudicam esses mesmos níveis de saúde física e mental, Carvalho e Carvalho (2006, p.14).

Mais tarde, a OMS, define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas como por exemplo – “... perceber se estamos perante um alimento saudável ou não saudável... (E. L17) ...” riscos que aquele alimento poderá trazer para a sua saúde...” (E. L28, L29) - e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de forma que promovam e mantenham boa saúde (OMS, 1998); esta é então a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político. Possibilita assim o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades. A literacia em saúde é considerada uma constelação de competências que um indivíduo precisa para funcionar eficazmente no ambiente de cuidados de saúde e agir adequadamente sobre as informações de saúde. A educação para capacitar e apoiar a autonomia permite que os clientes atinjam os seus objetivos de saúde. Como um recurso principal, a enfermeira pode melhorar o sucesso do cliente por forma a fortalece-lo através da aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias “... o enfermeiro de saúde comunitária tem todas (...) competências desenvolvidas para poder também desenvolver no outro, estas mesmas competências...” (E. L87, L88).

Segundo Renkert e Nutbeam (2001, citando em Laverak, 2014, p.81) a literacia em saúde é mais do que apenas a transmissão de informação e está centrada no desenvolvimento de competências, de modo a ajudar os outros a tomar decisões informadas que lhes permitam exercer um maior controlo sobre as suas vidas e saúde. Também de acordo com o autor existem três níveis de literacia em saúde. Esta está muitas vezes dependente do nível de alfabetização básica da comunidade, isto é: a capacidade de ler e escrever na vida do quotidiano e o que isso vai permitir às pessoas saber como agir. "... é a pessoa ter esta capacidade de saber ler..." (E. L33) e "... treinarem com vários rótulos..." (E. L109).

Os diferentes níveis de literacia de acordo com Nutbeam, (2000, citado em Laverack, 2014, p.82), têm em conta os diferentes níveis de capacidade de uma comunidade tais como:

- 1- **Literacia básica/funcional:** consideradas como as habilidades básicas suficientes na leitura e escrita que permitem ser - se capaz - de funcionar eficazmente em situações do quotidiano.
- 2- **Literacia/interativo:** são as habilidades cognitivas e de alfabetização mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser usadas para participar ativamente nas atividades do quotidiano, extrair informações e retirar o significado das diferentes formas de comunicação, aplicando essas novas informações às circunstâncias em mudança.
- 3- **Literacia crítica:** são as habilidades cognitivas mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar criticamente as informações usando essa informação para exercer maior controle sobre eventos e situações de vida.

O desafio é usar métodos avançados de educação em saúde destinados a alcançar a literacia crítica em matéria de saúde, em vez de literacia básica ou funcional. Segundo Goodman et al(1998, citado em Laverack, 2014, p.88), "a consciência crítica pode ser descrita como a capacidade de refletir sobre as suposições subjacentes às nossas ações e para contemplar melhores formas de vida".

Hernandez e Landi (2011) referem que o uso preventivo dos serviços de saúde melhora a saúde e previne despesas elevadas em cuidados de saúde e que segundo vários estudos realizados; descobriram que a literacia em saúde faz a diferença na dimensão em que as populações utilizam os serviços de saúde ao nível da prevenção. Assim segundo estas autoras, mediante a análise das necessidades e desejos do "público" é possível identificar múltiplas oportunidades para o progresso da literacia em saúde.

Também, Gesser – Edelsburg et a.l (2013) referem que os profissionais de saúde são vistos pelo "público" como fontes de informação muito credíveis, sentido estes a necessidade da integração de um programa da promoção da nutrição incluindo a utilização do marketing social que recomende mudanças e ajustes na rotulagem de embalagens alimentares com o objetivo de promover o consumo de alimentos mais saudáveis. Referindo ainda que do ponto de vista da saúde

as informações inerentes à rotulagem dos alimentos a sua composição e benefícios para a saúde são particularmente importantes. Tendo em conta que é difícil para o “público” descodificar os diversos nutrientes mesmo quando olham para os ingredientes. O Regulamento (UE) Nº1169/2011(2011, p.21) refere que “a indicação obrigatória de informação nutricional na embalagem deverá facilitar as medidas nutricionais integradas em políticas de saúde pública que, poderão envolver o fornecimento de recomendações científicas para a educação nutricional do público em geral, e contribuir para uma escolha informada de géneros alimentícios”.

De acordo com Hernandez e Landi (2011). a literacia em saúde está no centro da criação de uma melhor comunicação e educação com vista ao aumento da eficácia dos esforços de prevenção primária e no que diz respeito às ações projetadas para evitar a doença e permanecer saudável. As pessoas necessitam de instruções simples acerca do que precisam de fazer para permanecerem saudáveis e assim evitarem a doença.

O Regulamento Nº 1169/ 2011 testemunha que a correlação entre alimentação e saúde e a escolha de uma alimentação adequada às necessidades individuais são temas de interesse para o público em geral.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2014) as pessoas e comunidades devem ser fortalecidas e envolvidas na prevenção e tratamento da desnutrição e doenças não transmissíveis (DNTs) relacionadas com a dieta, inclusive através de políticas que visem criar ambientes alimentares saudáveis e garantir a proteção dos direitos do consumidor. Deve também ser dada especial atenção às abordagens participativas, visto que envolvem o público, influenciando o seu apoio à ação nestas questões. A partir de alguns objetivos estabelecidos, a WHO pretende promover, através da liderança do governo, reformulação de produtos, melhorias na qualidade nutricional da oferta de alimentos, uso simples e fácil de compreender ou interpretativo, consumidor amigável e rotulagem na frente de embalagens.

Gesser - Edelsburg et al. (2013), referem que o público em geral necessita de apoio profissional para descodificar os rótulos nutricionais, vistos que as pessoas não são intuitivas necessitando de adquirir conhecimentos, “... as pessoas (...) estão pouco informadas sobre o rótulo...” (E. L68, L69). Neste âmbito Pender (2011) vê a enfermagem como sendo a colaboração com indivíduos, famílias e comunidades para criar as condições mais favoráveis para a expressão de saúde ideal e de alto nível de bem-estar. Nesta perspetiva é possível verificar a íntima relação de enfermagem com a prevenção de doenças não transmissíveis a partir de uma colaboração com a comunidade e as pessoas “... os cidadãos têm uma relação muito próxima com os enfermeiros...” (E. L85).

Sendo que a dieta evolui ao longo do tempo, influenciada por muitos fatores e interações complexas. O rendimento, os preços dos alimentos (que afetará a disponibilidade e acessibilidade de alimentos saudáveis), preferências individuais e crenças, tradições culturais, bem como geográfica, ambiental, fatores sociais e económicos todos interagem de forma complexa para moldar os padrões dietéticos individuais. Assim, a promoção de um ambiente alimentar saudável, incluindo os sistemas alimentares que promovam uma dieta diversificada, equilibrada e saudável,

requer a participação em vários sectores e partes interessadas, incluindo o governo e o sector público e privado (WHO, 2014).

Segundo Peres (1997) a alimentação é um dos fatores ambientais com maior repercussão no estado de saúde e longevidade. De facto, a alimentação influencia diretamente o ritmo de envelhecimento e desenvolvimento intelectual e psicoafectivo; as capacidades e as aptidões para aprendizagem e realização de trabalho; imunidade e as resistências a infeções; vulnerabilidades para doenças metabólicas degenerativas. É então necessário fazer uma breve abordagem relativamente à temática referente à alimentação e carcinogénese, bem como à alimentação e doenças cerebrovasculares respetivamente.

Os principais fatores de risco das doenças cardiovasculares podem ser modificados por mudanças no estilo de vida, incluindo os hábitos alimentares. Os tumores do cólon e reto são considerados a terceira prevalência mais comuns em ambos os sexos, devido ao consumo elevado de carnes vermelhas ou processadas e ao consumo insuficiente de vegetais e frutas. A redução destes fatores de risco reduzirá a incidência das doenças. O papel do profissional de saúde é também de educador, devendo criar condições para que as pessoas possam desenvolver as suas capacidades. Segundo Carvalho e Carvalho (2006) a educação é considerada uma das melhores formas para elevar a qualidade de vida assim como o nível de saúde das pessoas do mesmo modo “o homem é agente da sua saúde, já que deve desenvolver a sua capacidade de criar bem-estar e defender a sua saúde”. O homem é o agente da sua própria educação através da interação permanente da sua reflexão e das suas ações” (Gonzalez ,1998 e Dias, 1982 citado em Carvalho e Carvalho, 2006, p.15). Sendo assim e segundo alguns estudos “realizados pelo Center for Disease Control, um estilo de vida saudável, além de prevenir mortes prematuras, contribui de forma importante para uma boa saúde e conseqüentemente uma boa qualidade de vida”, (Sanmarti,1985 citado em Carvalho & Carvalho, p.14).

Desta forma os profissionais de saúde podem informar a população relativamente aos riscos, sinais e sintomas da doença e das oportunidades de rastreio relativamente às mesmas. O fator de base para melhorar a saúde dos indivíduos ao nível da sua saúde é a educação.

Segundo Pender (2011) tendo em conta o indivíduo, a saúde é definida como um potencial inerente ao ser humano e que pode ser adquirido através de um comportamento direcionado a objetivos, a um autocuidado competente e ao relacionamento satisfatório com o outro. A saúde é assim, uma experiência de vida em evolução.

Está demonstrado que uma dieta equilibrada reduz o risco de desenvolver tumores (Fonseca e Bélen, 2013.) A frequência do cancro do colo retal aumentou muito nos últimos anos, superando em frequência o cancro do pulmão, devido à mudança de hábitos alimentares nos países desenvolvidos e associado a dietas hipercalóricas, elevado consumo de gorduras animais, obstipação, escassa atividade física e obesidade. Os processos que dão origem ao desenvolvimento de tumores ocorrem mediante um processo contínuo. Uma série de mudanças celulares podem originar cancro e para isso basta a exposição durante mais de dez anos a carcinogénese, entre os quais se incluem certos alimentos. Ou seja, uma transgressão dietética, um único alimento em excesso, não origina o tumor, mas uma dieta inadequada mantida continuamente no tempo, sim.

Os tumores do colón e reto estão relacionados com dietas hipercalóricas, ricas em carne, açúcares refinados e gorduras saturadas. O Código Europeu Contra o Cancro - WHO (2016) incide nas medidas que os cidadãos podem tomar individualmente para contribuir para a prevenção do cancro. Entre outras medidas, refere estas relativamente à alimentação e consumo de álcool: tenha uma dieta saudável; coma bastantes cereais integrais, leguminosas, vegetais frutas; limite os alimentos muito calóricos (com muito açúcar ou gordura) e evite as bebidas açucaradas; evite as carnes processadas (enchidos, carnes fumadas, etc.); as carnes vermelhas e os alimentos com elevado teor de sal, e se consumir álcool, limite o seu consumo. Não consumir bebidas alcoólicas é benéfico para a prevenção do cancro.

Também o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (DGS, 2006 - Circular Normativa nº03/DSPCP) refere que as doenças cardiovasculares com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências negativas e diretas para o cidadão e sociedade bem como para o sistema de saúde, indica que as mesmas sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de Saúde Pública que é urgente diminuir, o que justifica uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, mediante um Programa Nacional que além de tentar evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas permita dar mais anos à vida. Estas doenças são a principal causa de mortalidade em Portugal em ambos os sexos. No entanto as taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares verificam-se menos pronunciadas em Portugal, que é o país da União Europeia onde existe maior consumo de calorias por dia e com menor exercício físico. A estes fatos acresce também a tendência crescente do consumo de álcool, os quais contribuem para o aumento da morbilidade e mortalidade precoce. Verifica-se ainda que grande parte da população continua a recusar fazer correções alimentares tais como, reduzir o consumo de sal e gorduras, as calorias e o álcool. Neste contexto cabe a todos os agentes informativos e educativos da população informá-la, esclarece-la por forma a que cada pessoa possa escolher, adaptar e assumir as opções mais saudáveis e desejáveis mediante o seu próprio estilo de vida. Sendo que a prevenção primordial ou primária, que se considera ser mais abrangente e integrada, multidisciplinar e intersectorial, é uma importante aliada na prevenção cardiovascular devendo ser também antecedida pela mobilização geral da sociedade expressa nas diversas políticas intersectoriais, fomentando uma luta pela promoção e preservação da saúde. Esta luta deve tentar evitar, a maioria dos fatores de risco comuns às prevalentes doenças não transmissíveis, mediante uma sensibilização permanente para a adoção de hábitos de vida saudáveis e para a prevenção originária dos fatores, atitudes e comportamentos de risco cardiovascular, como já foi referido anteriormente (por exemplo os erros alimentares).

Consegue-se mediante o uso de uma “estratégia populacional”, preservar a saúde, reduzir a incidência das doenças cardiovasculares entre outras. Esta estratégia implica um conjunto de medidas destinadas à população em geral ou a grupos sociais específicos e tem como objetivo para além de diminuir a prevalência de determinados fatores de risco, aumentar a prevalência dos fatores de proteção de estilos de vida mais saudáveis e redução de comportamentos de risco. Devendo ter-se em consideração que quer as cidades e os locais de trabalho, deverão ser sempre considerados

como locais privilegiados para a sensibilização de adoção de estilos de vida mais saudáveis e redução de comportamentos de risco.

A elevada prevalência nacional dos fatores de risco das doenças cardiovasculares obriga a que se tenha especial atenção à sua efetiva prevenção, deteção e correção, tendo em atenção que o conceito subjacente reúne não apenas as ações que evitam a perda da saúde, mas também, todos os cuidados que promovem a sua recuperação (DGS,2006 - Circular Normativa nº03/DSPCP). Levando também à adoção de medidas integradas e complementares que potenciem, na população portuguesa, a redução dos riscos de contrair estas doenças, a concretização do seu rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas que reduzem a sua recorrência a qual corresponde à deteção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes por forma a uma aplicação imediata de medidas apropriadas, com vista ao rápido restabelecimento da saúde, esperando-se que haja diminuição da prevalência da doença, essencialmente pela diminuição da duração da mesma. As doenças são descritas como “eventos discretos durante todo o período de vida de curta (agudo) ou de longa (crônica) duração o que poderá dificultar ou por outro lado facilitar a continuação de procura da saúde” (Pender, 2011, p.3).

Portugal é ainda o país da União Europeia com a mais elevada taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) favorecida pela alta prevalência da Hipertensão Arterial (HT), insuficientemente diagnosticada e tratada, e pela desacreditação da nossa tradicional dieta mediterrânica. A crescente tendência de aumento do abuso de álcool e da ingestão de calorias alimentares, que agravam o excesso de peso, favorecendo a diabetes tipo 2, os quais por sua vez, contribuem para o aumento da morbilidade cardiovascular e mortalidade precoce (DGS, 2006 - Circular Normativa nº03/DSPCP).

A estratégia de prevenir as doenças cerebrovasculares segundo o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – Orientações Programáticas da DGS (2012b) dever-se-á basear em dois componentes fundamentais. Por um lado, a adoção de estilos de vida saudáveis, evitando os denominados comportamentos de risco e incluindo componentes como o combate ao sedentarismo (exercício físico), o equilíbrio da dieta e o combate à obesidade. Por outro lado, a correção dos denominados fatores de risco modificáveis, como por exemplo a HT, a dislipidemia ou a diabetes. Desta forma segundo o Despacho n.º 3618-A/2016 - Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, alega que literacia em saúde é a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde no quotidiano e também no que diz respeito ao desenvolvimento do sistema de saúde visto conter elementos essenciais ao processo educativo proporcionando desta forma capacidades indispensáveis para o autocuidado. Este conceito de literacia está associado ao de promoção da saúde que segundo Damásio e Tannahill (2003, citado em Loureiro & Miranda, 2010, p.35) propõe efetuar “mudanças envolvendo as componentes afetiva, cognitiva e de motivação”. É de referir que “uma comunidade com um bom nível de literacia sabe como equilibrar autonomia com a procura de resposta às suas necessidades, colaborando com os profissionais de saúde; com quem estabelece interações relevantes para a sua saúde” (Loureiro & Miranda, 2010, p.137). Desta forma os indivíduos devem ser incentivados pelos profissionais de saúde a adquirir um maior controlo no seu quotidiano, bem como, os cuidados de saúde devem ter em conta as

necessidades e valores dos mesmos, por forma a poderem-se adequar às suas preferências e antecipar as suas necessidades.

O Despacho nº 007/2012 aprovado pelo Decreto-lei nº 124/2011, tem em conta o procedimento relativo ao reforço das competências respeitantes aos programas verticais de saúde de doenças cardiovasculares e doenças oncológicas entre outras. Sendo assim o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável tem o intuito de promover, implementar e dinamizar; mediante o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências, promover práticas alimentares saudáveis mediante informação e capacitação para a compra de alimentos saudáveis e de boa qualidade nutricional, desenvolver estratégias que melhorem a qualificação e o modo de atuação dos profissionais de saúde que pela sua atividade possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar, tendo o objetivo de melhorar o estado nutricional e saúde da população. Tudo isto poderá prevenir a morte prematura proveniente das doenças crónicas de base alimentar provenientes de dietas desequilibradas.

O Regulamento (EU) Nº1169/2011, infere que, os conhecimentos dos princípios básicos da nutrição, assim como as informações adequadas quanto às características nutritivas dos géneros alimentícios, ajudam de uma forma significativa o consumidor a fazer escolhas conscientes.

A WHO (2014) informa que os governos têm um papel central na criação de um ambiente alimentar saudável, proporcionando a que as pessoas adotem e mantenham práticas dietéticas saudáveis. Refere que as ações eficazes dos decisores políticos para criar um ambiente alimentar saudável incluem:

- A criação de congruência nas políticas nacionais e planos de investimento, incluindo as políticas de comércio, alimentação e agricultura para promover uma dieta saudável e proteger a saúde pública:
- Aumentar os incentivos para os produtores e comerciantes a crescer, usar e vender frutas e legumes frescos;
- A redução dos incentivos à indústria alimentar para continuar ou aumentar a produção de alimentos transformados com gorduras saturadas e açúcares gratuitos;
- Encorajar a reformulação dos produtos alimentares para reduzir o teor de sal, gorduras (ou seja, gorduras saturadas e gorduras trans) e açúcares gratuitos;
- Efetivar as recomendações da OMS sobre a comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas para as crianças;
- Estipular normas promover práticas dietéticas saudáveis mediante a garantia da disponibilidade de alimentos saudáveis, seguros e acessíveis nas escolas, outras instituições públicas e no local de trabalho;
- Pesquisar instrumentos regulatórios e voluntários, como políticas de marketing e rotulagem de alimentos, incentivos económicos ou desincentivos (ou seja, tributação, subsídios), para promover uma dieta saudável;

- Encorajar os serviços alimentares transnacionais, nacionais e locais e os estabelecimentos de catering para melhorar a qualidade nutricional dos seus alimentos; garantir a disponibilidade e a acessibilidade das escolhas saudáveis e analisar o tamanho e o preço das parcelas.

Em 2013 Gesser - Edelsburg et al., referem que os consumidores são indivíduos que sentem dificuldade em compreender os diferentes componentes de nutrição inerentes ao rótulo alimentar, preferindo focar-se em componentes específicos tais como: gordura ou calorias. Os mesmos referem que os gráficos de rotulagem não servem as diferentes subpopulações. Especialmente aquelas com mais dificuldades como os idosos ou os consumidores menos capacitados.

O Conselho C393/01 (2012) define “a literacia como algo que engloba competências de leitura e competências de escrita para compreender, utilizar e avaliar com espírito crítico as diversas formas de informação, incluindo as imagens e textos escritos, impressos e eletrónicos”. Esta abrange a *literacia de base* entendida pelo conhecer letras, palavras e estruturas de texto necessárias para ler e escrever a um nível que proporcione autoconfiança e motivação para prosseguir a aprendizagem. A *literacia funcional* é definida como a capacidade de ler e escrever a um nível que permita evoluir e funcionar em sociedade, em casa, na escola e no trabalho. A *literacia múltipla* é referida como a capacidade de fazer uso das competências de leitura e de escrita para produzir, compreender, interpretar e avaliar com espírito crítico informações escritas. É uma base para poder-se participar no mundo digital e para efetuar escolhas com conhecimento de causa em matéria de finanças e na saúde. O mesmo documento refere que um baixo nível de literacia trava o crescimento económico e reduz a sua sustentabilidade, porque a literacia é a porta de entrada para a continuação de toda e qualquer aprendizagem e não é unicamente uma questão educativa. É também uma questão de cariz pessoal, económico, cultural e social. Assim, e para assegurar uma ampla autonomização, é necessário envolver toda uma gama de intervenientes sociais – incluindo as empresas, os meios de comunicação social, as organizações não governamentais (ONG) os parceiros sociais, os responsáveis pelo ensino não formal, as instituições culturais, bem como os serviços sociais, de emprego e de saúde a nível local – em quaisquer iniciativas destinadas a melhorar os níveis de literacia.

Também o Regulamento nº348/2015 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) refere que, a comunicação para a saúde é considerada como, uma estratégia chave destinada a informar a população sobre os assuntos relacionados com a saúde, e que a utilização dos meios de comunicação e multimédia e outras inovações tecnológicas para transmitir a informação de saúde entre a população, aumenta a consciência sobre aspetos específicos tanto de saúde individual como coletiva e sobre a importância da saúde no desenvolvimento. A comunicação para a saúde tem como objetivo melhorar a literacia em saúde e, por conseguinte, o estado de saúde dos indivíduos e populações.

Nunes (2013) refere que para muitos consumidores, as embalagens dos alimentos são um mistério difícil de resolver, isto porque tudo o que encontram são informações nutricionais

complexas, que entre números e palavras estranhas, não conseguem descodificar” porque “... há rótulos que são mais simples e há rótulos que são mais complexos...” (E. L30).

No entanto, é este “ser” chamado rótulo que pode ser um grande amigo no supermercado. Também Gesser - Edelsburg et al (2013) referem que existem muitos rótulos e modelos diferentes de nutrição, e que os consumidores como indivíduos acham difícil compreender os diferentes componentes da nutrição inerentes à rotulagem preferindo focar-se nos componentes específicos, tais como a gordura ou as calorias. Os gráficos do rótulo nutricional não servem as diferentes subpopulações, tais como idosos e consumidores menos literados. No entanto o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) - (DGSa,2012, p.4) considera entre alguns dos seus objetivos “melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais de saúde que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar” por forma a que os mesmos possam efetivar um dos indicadores de impacto que o mesmo contempla sendo este; aumentar em 5% o número de consumidores que utilizam a rotulagem nutricional antes da aquisição de produtos alimentares. Então Informar devidamente todos os cidadãos, levando à ascensão dos seus conhecimentos visando estes à adoção de escolhas promotoras de vida saudável, são “cascatas” que não se devem ignorar, num processo de literacia permanente que tem que ser incitado. Então, saber comprar, escolhendo as opções mais económicas e sem perder a qualidade nutricional das nossas escolhas alimentares, deve ser considerado como objetivo de qualquer consumidor. (George, 2012, citado em Gregório, Santos, Ferreira & Graça, 2012).

O Conselho C 393/01(2012) da União Europeia infere que, a literacia é uma competência crucial para a vida, que permite habilitar os cidadãos desenvolverem capacidades de reflexão, expressão oral, espírito crítico e empatia, incitando-os também à evolução pessoal, à autoconfiança, a um sentido de identidade e também a plena participação numa economia e sociedade digital e do conhecimento.

Também Ratzan (2010, citado em Hernandez & Landi, 2011) afirma, que existem três domínios nos quais os esforços devem ser concentrados por forma a melhorar a literacia em saúde sendo estes: o sistema de saúde porque este pode auxiliar o desenvolvimento individual e a literacia em saúde da população a partir da criação de informação de saúde que seja facilmente compreendida, treinando os prestadores de cuidados para trabalhar com populações de baixa literacia em saúde, tornando o sistema de saúde mais fácil de utilizar; o sistema educacional que pode contribuir para uma população com maior nível de literacia em saúde a partir do aumento das suas capacidades tendo em conta todos os níveis do sistema de educação e trabalhar com os indivíduos com literacia limitada, ajudando a capacitar as comunidades com estratégias de autocuidados preparando desta forma uma força de trabalho letrada; os media e a tecnologia são consideradas úteis para alcançar as pessoas com mensagens credíveis e compreensíveis.

E porque atualmente é necessário fazer muitas escolhas de alimentos num curto espaço de tempo, o facto de saber ler rótulos é importante para tomar as melhores decisões. É a pensar nesta necessidade que o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável da DGS (PNPAS, DGS, 2016b) sugere um cartão sendo este denominado por descodificador de rótulos que pode ser

facilmente transportado e consultado no momento de ir às compras "... utilizar no seu dia a dia na compra dos seus alimentos..." - (E. L59, L60) e assim as pessoas "... *conseguirem* relacionar o preço produto e a sua qualidade..." (E. L80, L81).

Segundo Hernandez e Landi (2011) várias sondagens têm demonstrado que a literacia em saúde faz a diferença na medida em que as populações utilizam os serviços preventivos de saúde. Tendo em conta que a mesma envolve a capacidade de procurar e interpretar informações de saúde; é considerada crucial para os esforços de prevenção primária e secundária, sendo que os seus propósitos são transmitir informações de saúde às pessoas incluindo ajudá-las a prestar atenção às recomendações, ensinando-as desta forma sobre fatores de risco tornando-as mais recetivas a algumas medidas preventivas.

Pender (2011) refere que os indivíduos envolvem -se em ações para alcançar metas que são percebidas como possíveis e que resultam em resultados valorizados. Tendo em conta os pensamentos, comportamentos e ambiente onde interagem. No entanto para as pessoas alterarem a forma como se comportam, devem alterar a forma como pensam.

Hernandez e Landi (2011) referem que a literacia em saúde é aquela que permite criar uma melhor comunicação e educação assim como aumentar os esforços da eficácia na prevenção primária ajudando as pessoas a compreender os riscos e benefícios, compreender as ações que têm de tomar e, potencialmente, aumentar a sua motivação. Assim os esforços de literacia em saúde podem ajudar as pessoas a evitar complicações. Portanto, a necessidade de uma atenção especial à literacia em saúde é maior podendo exigir um tipo de ferramentas de decisão interativas nas quais as informações apresentadas são personalizadas para o risco individual. As pessoas precisam de instruções inerentes ao que precisam fazer para manterem-se saudáveis e evitar doenças, precisam de formas de medir ou avaliar o quanto fazem bem.

Os sistemas de saúde devem simplificar as exigências e complexidade daqueles que se encontram envolvidos em atividades de prevenção os dois desafios principais são: dar às pessoas as habilidades básicas necessárias para navegar num sistema de saúde complexo e trabalhar com o sistema de saúde para torná-lo mais navegável (Ratzan, 2010, citado em Hernandez e Landi, 2011). Estes autores referem que, criar um público alfabetizado em saúde será um esforço multifacetado. Também Pender, Murdaught e Parsons (2015) afirmam que as mensagens precisam refletir a idade, a linguagem, o nível de alfabetização e a diversidade cultural do indivíduo ou grupo alvo. Estas devem ser relevantes para as principais crenças, atitudes e valores do grupo, usando linguagem e imagens familiares e aceitáveis. A forma como a mensagem é transmitida, mais do que o conteúdo comportamental, tem maior impacto na motivação para a alteração do comportamento. A construção da mensagem envolve a alteração da informação para promover comportamentos de saúde. A linguagem simples é uma estratégia para tornar as informações mais fáceis de entender os seus principais elementos que incluem: apresentar as informações mais importantes primeiro; quebrando informações complexas em pedaços pequenos e compreensíveis usando linguagem simples e definindo termos técnicos; usando voz ativa.

Stanhope e Lancaster (2011) referem que a promoção de uma nutrição saudável e hábitos alimentares saudáveis é essencial para a saúde. Sendo que a qualidade da nutrição tem sido

amplamente aceite como uma influência importante no crescimento e desenvolvimento encontrando-se reconhecida como tendo um papel preponderante na prevenção da doença.

Também Roquete (2015) refere que, todos os produtos que encontramos hoje no supermercado têm um rótulo com informações preciosas sobre eles, como tal saber interpretá-los pode fazer a diferença entre comprar um alimento que pode influenciar a nossa saúde de uma forma positiva ou negativa. Isto porque segundo.

Nunes (2013, p.29) informa que “os avanços na área da alimentação e nutrição permitiram nas últimas décadas, revelar a importância que a alimentação equilibrada tem como uma das melhores vias de promoção da saúde e do bem-estar-físico e emocional”. Refere ainda que “os consumidores querem alimentar-se de forma saudável, racional, mas na maioria das vezes têm dificuldade em fazê-lo”. E porquê? Porque ficam confusos sobre o significado do que é exatamente uma escolha saudável na altura da aquisição dos produtos alimentares, sentindo-se inseguros face à diversidade de ofertas, devido à falta de informações simples e apropriadas nas quais possam confiar. Então a importância que a alimentação tem na saúde bem como as escolhas inerentes à seleção dos alimentos que diariamente se fazem contribuem de forma decisiva para a manutenção de um bom estado de saúde. É então importante ter a noção de como e em que quantidade devem ser consumidos determinados alimentos. Então podemos afirmar que a nutrição saudável só é possível mediante a ingestão de uma variedade de alimentos que ofereçam o equilíbrio necessário dos alimentos. Isto porque as substâncias nutritivas não se encontram distribuídas de forma homogênea nos alimentos, porque em cada um predomina um ou outro nutriente.

O Regulamento nº348/2015 refere que os avanços nos meios de comunicação, principalmente a multimédia e as novas tecnologias de informação, permitem melhorar o acesso à informação para a saúde, sendo que a comunicação em saúde se converte num elemento cada vez mais importante na aquisição de um maior empoderamento para a saúde dos indivíduos e das comunidades. Pender et al (2015) inferem que a alfabetização em saúde é uma componente chave da comunicação efetiva entre indivíduos e profissionais de saúde; e que habilidades de comunicação culturalmente competentes constroem relações de confiança com diversos clientes. A confiança é assim necessária para obter informações válidas para desenvolver intervenções ou gerir questões de interesse

De acordo com Gregório et al (2012) a alimentação equilibrada é, concomitantemente com a promoção do exercício físico, um requisito determinante na melhoria da saúde dos cidadãos, das famílias e da coletividade no seu conjunto. Também, Nunes (2013) alega que a ingestão de calorias adequadas, menos açúcar, menos gorduras (especialmente as de origem industrial), e menos sal são receitas aparentemente simples, mas de elevada complexidade na prática do dia-a-dia. O que significa então a expressão “Dieta equilibrada”? Significa dizer que uma alimentação equilibrada inclui uma variedade suficiente de alimentos, com quantidades adequadas, em função das necessidades ou de determinadas características individuais, tais como a idade, a gravidez, o género, a composição corporal, e o estilo de vida (se ativo ou sedentário). Assim sendo, é muito importante ter conhecimento sobre os alimentos que se ingerem, neste caso os nutrientes, uma vez que os mesmos desempenham várias funções, tais como fornecer energia para a realização das

funções vitais: ao nível do coração, pulmões, manutenção da temperatura corporal etc., bem como nas atividades em geral; formação e manutenção dos órgãos e tecidos e também do sistema imunitário segundo.

O Instituto do Consumidor (2002) refere que a informação nutricional dos rótulos alimentares identifica a composição média em termos de nutrientes e valor energético de modo a permitir, de forma fácil e rápida, uma apreciação e comparação dos produtos alimentares e assim permitir a escolha de alimentos que, pelas suas vantagens nutricionais, podem ser importantes para a prevenção de doenças. - "... estão todas as informações necessárias..." (E. L16)" ... *todos os nutrientes constituintes daquele alimento. (...) os que são benéficos e os maléficos...*" (E. L26, L27)" ... vai-nos dar os hidratos de carbono o nível de gordura, sal..." (L29, p.1)" ... nomeadamente a questão dos aditivos..." (E. L31)

Posto isto, o PNPAS (DGS, 2016 b) descreve a informação que se encontra contida no rótulo alimentar e que tem por base as recomendações do Departamento da Saúde/Ministério da Saúde do Reino Unido. Este aconselha que se compare a informação constante no rótulo do alimento ou bebida por 100g ou 100ml, respetivamente, com a informação disponibilizada neste cartão (gordura, gordura saturada, açúcares e sal) e propõe que se opte por alimentos e bebidas com nutrientes maioritariamente na categoria verde, que se modere aqueles com um ou mais nutrientes na categoria amarela e se evite aqueles com um ou mais nutrientes na categoria vermelha." ... classificar nos alimentos vermelhos, nos alimentos amarelos nos alimentos verdes..." (E. L113, L114)

Segundo o Regulamento (EU) Nº 1169/2011 e também de acordo com o curso online "Coma melhor poupe mais" da DGS (2016a) que começou por questionar sobre, "o que estipulam as novas regras? "refere informações inerentes ao regulamento anteriormente referido advertindo que "uma das regras mais importante da rotulagem alimentar é que o consumidor não seja induzido em erro". Refere também que a obrigação de cumprir os novos requisitos legais seria obrigatória no ano de 2016. Informa ainda que as informações fornecidas no rótulo devem ser de fácil entendimento pelo consumidor, ser claramente legíveis e não encontrarem dissimulações de forma alguma. Existindo Valores Diários Recomendados (VDR) ou Dose Diária Recomendada (DDR) que ajudam o consumidor a perceber se determinado alimento tem uma quantidade baixa, moderada ou alta dos designados nutrientes de risco, ou seja; gordura, gorduras saturadas, açúcares e sal. Estes valores de referência, aos quais se associa um sistema de cores e se designa habitualmente por "Descodificador de Rótulos" (anexo XIII) sendo este da autoria da DGS (DGS, 2016b). Alguns alimentos já apresentam este sistema de código de cores associado ao rótulo nutricional, com o objetivo de ajudar a interpretar a informação nutricional que muitas vezes é difícil de descodificar. Nos alimentos em que este código de cores está presente, devem preferir -se os produtos que têm maior número de nutrientes assinalados a verde. Na ausência do código de cores, pode-se recorrer aos valores diários recomendados, presentes neste descodificador de rótulos para saber se os alimentos e as bebidas que se estão a analisar contêm baixa, moderada ou elevada quantidade de gordura, gordura saturada, açúcar e sal. A rotulagem alimentar deve basear-se em dados cientificamente válidos (comprovativos de que o consumidor médio compreende as formas de

expressão e apresentação). Informa ainda que os produtos alimentares, incluindo a importação de alimentos vendidos em Portugal devem ser rotulados em português. Então o que deve aparecer na rotulagem alimentar?

Os rótulos estão nas embalagens dos produtos com a principal função de informar o cliente quando este vai adquirir determinado produto, ou seja, as suas principais características e propriedades nutricionais, relativamente ao mesmo. Devendo assim incluir-se nas indicações obrigatórias gerais, dependentes do género alimentício em causa, as seguintes informações:

- Denominação de venda (nome do produto alimentar) devendo mencionar se o produto alimentar foi sujeito a processamento: fumado, pasteurizado, congelado, etc.
- Lista de ingredientes ou das categorias de ingredientes que integram o produto;
- A indicação de todos os ingredientes:
- A quantidade de determinados ingredientes ou categorias de ingredientes;
- Quantidade líquida contida na embalagem; *
- Data de durabilidade mínima (DDM)/data limite de consumo (DLM)* - prazo de validade);
- Condições especiais de conservação e/ou as condições de utilização;
- Nome e morada da entidade que lança o produto no mercado;
- País de origem ou de proveniência;
- Instruções de utilização;
- Referência ao teor alcoométrico volúmico adquirido [para valores > 1,2 %
- Uma declaração nutricional;

Por no
rótulo

***Estas indicações devem aparecer no mesmo campo visual**

Figura 1 – Indicações obrigatórias a consignar no rótulo alimentar. DGS (2016). Curso online “Coma Melhor Poupe Mais”. Nutrimento / Regulamento N°1169/2011.

O **nome da substância ou do produto** inerente que possa provocar alergias bem como intolerâncias alimentares, quando constar na lista de ingredientes deverá ser realçado mediante uma grafia que a **distinga claramente da restante lista de ingredientes**, como por exemplo: mediante caracteres, do estilo ou da cor de fundo.

Rotulagem alimentar dos pré-embalados Ingredientes

Estes fazem parte das **menções obrigatórias** de **rotulagem** e devendo encontrar-se **em português** devem estar inscritas num local de relevo, **visível**, por forma a ser **claramente legível e indelével** (sempre que adequado).

Sendo que as menções referidas devem ser indicadas mediante palavras e números e também pictogramas ou símbolos.

1) **lista de ingredientes**

- I. Esta deve incluir ou ser precedida de um **cabeçalho adequado**, sendo este **constituído pelo termo “ingredientes “**, ou que o inclua;

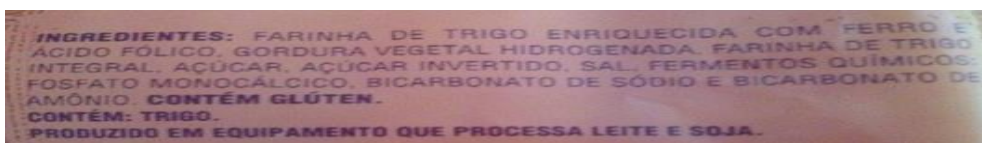


Figura 2 - Rótulo Alimentar – Advertência: contem ingredientes alergénicos. Slide share (2017). Imagens de Rótulos Alimentares.Slideshare. Google.

- II. Deve enumerar todos os ingredientes do género alimentício, por ordem **decrecente de peso, tal como se encontra registado no momento da sua utilização para fabrico do mesmo;**

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	POR 100g DE PRODUTO	POR PORÇÃO (29g = 2 BOLACHAS)	%DR*	DR*
ENERGIA	2025kJ 483kcal	587kJ 140kcal	7	8400 kJ 2000kcal
LÍPIDOS	21g	6,1g	9	70g
DOS QUAIS: ÁCIDOS GORDOS SATURADOS	10g	2,9g	15	20g
HIDRATOS DE CARBONO	66g	19g	7	260g
DOS QUAIS: AÇÚCARES	18g	5,2g	6	90g
FIBRA	3,0g	0,9g		
PROTEÍNAS	6,0g	1,7g	3	50g
SAL	1,6g	0,46g	8	6g

* DOSE DE REFERÊNCIA (DR) - DOSES DE REFERÊNCIA PARA UM ADULTO MÉDIO (8 400 KJ / 2 000 KCAL)

Figura 3 – Lista de ingredientes: Declaração Nutricional Slide share (2017). Imagens de Rótulos Alimentares.Slideshare. Google.

- 2) **Deve constar a quantidade de determinados ingredientes ou categoria de determinados ingredientes;**

A indicação da quantidade de um ingrediente ou de uma categoria de ingredientes que foi utilizada no fabrico ou na preparação de um género alimentício é obrigatória se:

- I. Integrados na denominação do género alimentício ou se forem habitualmente associados à denominação pelo consumidor (ex. bolo de amêndoa)
- II. Sejam relevantes no rótulo por palavras;
- III. Quando existe a necessidade de caracterizar um género alimentício bem como para distingui-lo de outros produtos com os quais possa ser confundido devido à sua denominação ou aspeto.

- 3) **A Indicação de todos os ingredientes ou auxiliares tecnológicos que provoquem alergias ou intolerâncias.**

Têm de estar perfeitamente identificados tal como:

- I. Deve ser indicado na lista de ingredientes com uma referência clara ao nome da substância ou do produto;
- II. Deve **ser realçado através de uma grafia** que a distinga claramente da restante lista de ingredientes.
- III. Sendo que se aconselha a indicação dos alergénios a **bold**. Porém os operadores podem utilizar outras formas de destaque, como maiúsculas, sublinhado, estilo de letra diferente, entre outras.

O Healthy People (2020, citado em Hernandez e Landi 2011) informam que, a alfabetização em saúde tem sido uma prioridade no movimento de Pessoas Saudáveis mediante a comunicação em saúde e o Marketing. Estes autores também referem que o marketing social se concentra no lugar, preço, produto e promoção, quando se utiliza o marketing social para melhorar a saúde. O foco não é apenas na comunicação, mas também na alteração do ambiente para levar a melhores resultados de saúde. Estas estratégias alinham-se num modelo sócio ecológico da saúde que não aborda apenas a saúde Individual, mas também considera famílias, comunidades, escolas e locais de trabalho, bem como influências da media e políticas de saúde. Estratégias para fornecer

informações compreensíveis sobre opções realistas e realizáveis para obter a saúde ideal podem ser implementadas em casa, no trabalho e na comunidade que requerem suportes práticos ao nível individual e comunitário para superar as barreiras. Então a literacia em saúde pode ser promovida pelos seus benefícios da mesma forma que uma alimentação saudável. De forma a promover a saúde o EEECSPP tem um papel privilegiado "na liderança de processos comunitários que contribuam para a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde "(Regulamento nº128/2011).

3 - O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA COMO PROMOTOR DE SAÚDE.

A Declaração de Jacarta (DJ) 1997 refere que, a saúde é um direito fundamental do ser humano e também um fator indispensável para o desenvolvimento económico. Paralelamente a promoção da saúde tem vindo a ser considerada, cada vez mais como um elemento essencial para conseguir ganhos em saúde. Este é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua saúde. A mesma declaração salienta que quando se investe e intervém na promoção da saúde, está-se a agir sobre as determinantes da saúde e a contribuir para ganhos em saúde, redução de desigualdades sociais, promoção dos direitos fundamentais do ser humano e para o desenvolvimento social. Reforça que a promoção da saúde tem uma grande importância porque mediante as suas estratégias pode desenvolver e mudar estilos de vida, as condições sociais e económicas que a determinam e o ambiente que determinam a saúde, constituindo uma forma que permite obter mais equidade em matéria de saúde. Por forma a atingir os objetivos mencionados anteriormente a DJ refere que existem cinco estratégias: estabelecer políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências sociais e reorientar os serviços de saúde. Sendo o PNS (DGS, 2010) um instrumento estratégico que tem por objetivo a maximização de ganhos em saúde para a população envolve vários intervenientes, direta e indiretamente na promoção da saúde que contribuem para a evolução do estado de saúde da população, este refere que os fatores que determinam e influenciam o estado de saúde da população “são dinâmicos, sistémicos e complexos”. No entanto estes aspetos, aliados à melhoria das condições sociais de saúde, bem como o desenvolvimento técnico-científico e uma maior literacia em saúde, criam novas expectativas e novas metas de desenvolvimento.

A Enfermagem Comunitária (EC), constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde quer à pessoa, como também à comunidade. No Regulamento 348/2015 da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde.

O enfermeiro segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2005) é responsável perante a comunidade, sendo esta responsabilidade expressa na “promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem”. Assim o enfermeiro assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido, por forma a dar resposta às necessidades desta. Também a World Health Organization (WHO,2004, p.16) define comunidade “como um grupo de pessoas, que vivem numa área geográfica definida, compartilhando uma cultura comum, valores e normas, organizados numa estrutura social de acordo com as relações que a comunidade desenvolveu ao longo de um período de tempo”. Sendo que os membros de uma comunidade ganham a sua identidade pessoal e social compartilhando crenças, valores e normas comuns que foram desenvolvidos pela comunidade no passado e podendo ser modificados no futuro. Estes mostram alguma consciência da sua identidade enquanto grupo, partilhando necessidades comuns e um compromisso para colmatá-las.

O Modelo de Promoção da Saúde de Pender (2015, citado em Pender et al., 2015) é considerado um modelo de competência, porque ao contrário dos modelos de promoção exclui o “medo” ou “ameaça” como fonte de motivação para o comportamento em saúde. Aplicável a qualquer comportamento de saúde. A sua base é uma tentativa de descrever a natureza multidimensional das pessoas ao interagirem com os seus ambientes interpessoais e físicos à medida que procuram a saúde. Este modelo inclui construções da teoria da expectativa - valor e da teoria cognitiva social, dentro de uma perspetiva de enfermagem do funcionamento holístico humano. Segundo Pender (2011) a enfermagem constitui -se numa colaboração entre indivíduos famílias e comunidades para criar as condições mais favoráveis, para a expressão de uma saúde otimizada e um alto nível de bem-estar.

Também, Stanhope e Lancaster (2011) consideram que os enfermeiros se encontram muito bem equipados para lidar com estas questões tendo em conta a sua perspetiva ampla e holística da saúde intervindo mediante uma abordagem multidisciplinar. Estas autoras, referem que a “epidemiologia é considerada o núcleo da saúde pública sendo descrita como uma constelação de disciplinas que têm uma missão comum, que visa otimizar a saúde para toda a comunidade. “... é importante (...) integrar em equipas multidisciplinares e que haja um trabalho de parceria” ... (E. L128,)

A ação comunitária para a saúde é definida como: os esforços coletivos de saúde pelas comunidades direcionadas para o aumento do controlo da comunidade sobre os determinantes da saúde e, assim, melhorar a saúde.

Stanhope e Lancaster (2011) referem que o objetivo da enfermagem orientado para a comunidade é a criação de parcerias com os indivíduos, famílias grupos e comunidades para a promoção da sua saúde. Referem também que os cuidados de promoção da saúde incluem, similarmente, o encorajamento dos indivíduos para adotarem estilos de vida saudáveis, ajudando-os a tomar consciência do seu próprio poder para o conseguirem.

O Regulamento nº128/2011 (OE, 2011:8667), refere que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) « (...) intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados,

nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas (...). Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários (...).».

O PNPAS (DGS, 2012) tem como objetivo a melhoria do estado nutricional e a promoção da saúde da população, “isto apesar da alimentação inadequada em Portugal ser considerada, em relatórios internacionais, responsável por 11,96% do total de anos de vida prematuramente perdidos” porém, “e “para ambos os sexos, os hábitos alimentares inadequados constituem o primeiro fator de risco de perda de anos” (Graça et al. , 2016, p.7).O PNPAS (DGS, 2012) tem o objetivo de melhorar o estado nutricional da população incentivando a disponibilidade física e económica dos 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.

Esta nova estratégia para uma política na área da alimentação e nutrição considera a necessidade de modificar os determinantes do consumo alimentar que se situam muito para além do conhecimento e da vontade de mudança do cidadão.

Neste sentido, a modificação dos determinantes do consumo alimentar exige o envolvimento dos diferentes setores da sociedade na procura de soluções para a melhoria do consumo e oferta alimentares. Um consumo alimentar adequado e a conseqüente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade, etc.). Privilegiando-se o primeiro destes objetivos a recolha e agregação de indicadores do estado nutricional, do consumo alimentar e seus determinantes ao longo do ciclo de vida, a avaliação das situações de insegurança alimentar e, a avaliação, monitorização e divulgação de boas práticas, bem como atividades de promoção da literacia alimentar e nutricional e a capacitação dos cidadãos de diferentes estratos socioeconómicos e etários.

A promoção de práticas alimentares saudáveis ao longo do ciclo de vida deve englobar a divulgação de informação aos cidadãos e a sua capacitação para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis. Esta capacitação é considerada um dos aspetos centrais para a modificação de atitudes e comportamentos face aos alimentos, uma vez que o cidadão deve ser um sujeito ativo, capaz de interferir nos processos de decisão. Torna-se assim essencial que os cidadãos adquiram competências necessárias para que possam fazer escolhas alimentares saudáveis. Para se atingir estes objetivos o PNPAS - (DGS, 2016a) desenvolveu várias estratégias entre elas realça-se a construção de três plataformas digitais: dois sítios (“alimentação inteligente” e “alimentação saudável”) e um blogue (“Nutrimento”) com o objetivo de alcançar diferentes públicos adequando a mensagem. Cabe ao EEECSF gerir a informação em saúde, demonstrando conhecimentos adequados, de forma a mobilizar e promover a participação das comunidades (regulamento 128/2011).

Sendo que a literacia em saúde, é entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, no quotidiano e igualmente no que diz respeito ao desenvolvimento do

sistema de saúde, visto que tem em conta elementos indispensáveis ao processo educativo proporcionando, capacidades indispensáveis para o autocuidado.(Despacho nº 3618 - A/2016) Assim a capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços. A World Health Organization (WHO,1998) adotou um conjunto de metas a atingir no ano 2000, tendo estas como finalidade última promover a todos os cidadãos do mundo inteiro um nível de saúde, que lhes permitisse uma vida social e economicamente produtiva, mediante várias estratégias, entre as quais a educação para a saúde. Também Dias (1993, citado em Carvalho e Carvalho, 2006, p.15), referem que “o conceito de educação parece envolver a ideia de um processo de desenvolvimento, de algum modo natural e espontâneo e que se deseja global e harmónico, estruturado e hierarquizado, das capacidades do homem”. Isto significa que a educação envolve as capacidades do homem, sendo que o próprio processo educativo conduz à saúde do ser humano, inserindo-se desta forma no seu próprio projeto de vida (processo de autoformação). A educação é então uma das melhores formas para elevar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas. Assim o papel do educador é, dar e criar condições para que as pessoas possam desenvolver as suas capacidades. Os enfermeiros têm o papel chave na PS, visto que a sua prática é complementar à de outros profissionais de saúde e parceiros comunitários. Estes responsabilizam-se também por identificar as necessidades dos indivíduos, famílias, e grupos de determinadas áreas geográficas, por forma a desenvolver estratégias de promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e a prevenção da doença, sempre com a perspetiva de melhoria da qualidade de vida, ocupando deste modo, um lugar considerado como relevante pelas suas características polivalentes. (Gonzalez 1998, Latter 1998, Correia, 2001, citado em Carvalho e Carvalho 2006)

A OMS definiu na carta de Ottawa (OMS,1986) que a PS é um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos em que se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam. Sendo que a EpS é numa conceptualização mais atual, considerada como toda a atividade intencional que conduz aos conhecimentos associados à saúde e à doença, suscitando mudanças no conhecimento e também na compreensão e na maneira de pensar dos indivíduos. Esta pode também influenciar ou clarificar valores individuais, pode promover mudanças nas suas crenças e atitudes; pode ainda facilitar a obtenção de competências, levando a mudanças de comportamentos e estilos de vida (Tone e Tilford, 1994 citado em Carvalho e Carvalho, 2006).Sendo assim é importante investir na promoção de uma alimentação saudável junto da população, informando-a relativamente aos hábitos alimentares considerados mais saudáveis bem como alertar para a existência do rótulo alimentar que visa promover escolhas mais saudáveis na aquisição de produtos alimentares, visto que desta forma se poderá contribuir para melhorar a saúde dos indivíduos e da população em geral.

A DGS (2012, p.5) – PNPAS, refere que um dos seus objetivos é melhorar a literacia alimentar e nutricional e também a capacitação dos cidadãos dos diferentes estratos socioeconómicos e etários, dando uma atenção particular aos grupos mais desfavorecidos, no que diz respeito às escolhas e práticas alimentares saudáveis, bem como incentivar boas práticas inerentes à rotulagem, publicidade e marketing relacionadas com os produtos alimentares. Também

segundo Santos et al. (2011) o conceito de Marketing Social introduzido por Kotler e Zaltman em 1971, é bastante recente e na sua perspetiva pode constituir uma preciosa ferramenta para potenciar a eficácia do trabalho em prol da sociedade. Este conceito só existe porque existe a liberdade de escolha por parte de cidadãos livres sendo por isso uma ferramenta ao nosso dispor para intervir de forma socialmente ativa e eficaz nas comunidades que nos estão mais próximas, defendendo o que consideramos ser o bem comum para uma intervenção social mais eficaz. O marketing não é um fim em si mesmo, mas um meio para chegar ao consumidor e por isso uma nova relação social que se alarga a vários domínios. Este pode ser usado para se aplicar aos problemas sociais, para influenciar as pessoas a mudarem certos comportamentos prejudiciais no âmbito da ótica de uma mudança racional, ponderada, planificada, voluntária e sem violência, visando a melhoria de vida das pessoas. Então a aquisição de conhecimentos e a compreensão do que os processos educativos proporcionam, tornam-se essenciais para a gestão da mudança, sendo que a educação pressupõe vontade, disponibilidade e empenho por parte dos destinatários. A sua participação e envolvimento proporciona o sucesso de uma campanha de Marketing porque conduzirá a uma maior apropriação de mudança por parte destes. Uma campanha de marketing deve centrar-se no grupo alvo, sendo que o agente de mudança deve ser responsável por promover o movimento para a ação coletiva. Também a pesquisa demonstra com base nos seus resultados que mediante a compreensão das necessidades, comportamentos, crenças, desejos e a atitudes específicas do grupo alvo se conduzirá à execução satisfatória dos programas e campanhas de mudança comportamental.

Segundo Correia, Dias, Coelho, Page e Vitorino (2001), os problemas de saúde comunitários tal como a evolução da prestação dos cuidados de saúde exigem hoje a reorganização das instituições e dos métodos de trabalho, reforçando a necessidade de se construírem equipas multidisciplinares que maximizem as respostas às necessidades da população isto porque os enfermeiros estão conscientes dos problemas efetivos de saúde pública e comunitária objetivando desenvolver programas e projetos a dar resposta aos mesmos. O papel do EEECSPP permitirá promover a autonomia, criar oportunidades, reforçando crenças e competências, respeitando desta forma as decisões e os ritmos de aprendizagem das pessoas, no decurso do seu crescimento e desenvolvimento ao longo da vida (Lash,1990, citado em Carvalho e Carvalho, 2006). Também de acordo com as recomendações da OMS, o PNS (2015) dá indicações precisas quanto à valorização de uma política de cuidados de saúde dirigidos à prevenção da doença assim como da promoção da saúde, evidenciando o papel das estratégias de EpS (Carvalho e Carvalho 2006). Nesta perspetiva, o foco de atenção da enfermagem deverá estar na promoção da saúde e prevenção da doença, na pessoa vista como um todo, inserida na família e comunidade. Assim, a enfermagem na área da saúde é a profissão que, centrando-se no ser humano independentemente da sua condição de saúde, física ou social, procura soluções para que este mantenha, melhore e recupere a sua saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rápida quanto possível (OE 2015, p.99).

Sendo que, o papel do educador é considerado maioritariamente como o de facilitador, que procura que cada elemento da comunidade reflita individualmente sobre a situação do seu contexto

de vida, de forma crítica qualquer que seja o seu contexto, (cognitivo, afetivo ou emocional), permitindo-lhes assim reconstruir o seu pensamento, independentemente desse mesmo contexto

Para ser possível atingir este objetivo é necessário um trabalho antecipado de identificação e consciencialização sobre o modelo de organização das comunidades, para dar suporte às ações de Promoção da Saúde, tendo sempre em atenção a evolução da maturidade das comunidades nestas áreas, devido às ações de promoção (Piaget, 1967 citado em Loureiro e Miranda, 2010, p.50).

O profissional de Enfermagem é responsável pela promoção da saúde da comunidade em que está inserido, zelando pelo bem-estar de todos os elementos que a compõe. É ainda responsável por dar resposta adequada às necessidades em cuidados de Enfermagem diagnosticados nessa mesma comunidade. Assim deve conhecer as necessidades da população e da comunidade onde se encontra inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados colaborando assim com outros profissionais em programas que respondam às necessidades dessa da comunidade (OE, 2005, p.85)

3.1 - A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA DESENVOLVIDA

Segundo a Honor Society of Nursing Sigma Theta Tau Internaciona (2005, Stanhope & Lancaster (2011, p.291) a enfermagem baseada na evidência foi definida como: “a integração da melhor evidência disponível, da mestria em enfermagem e dos valores e preferências dos indivíduos, famílias e comunidades com que trabalhamos”. Referem ainda que a prática baseada na evidência – PBE (Anexo VI) aplicada à enfermagem “inclui a melhor evidência disponível proveniente de uma série de fontes, incluindo estudos de investigação, evidência decorrente da experiência e perícia em enfermagem e líderes da comunidade” Jennings and Loan, (2001, citado em Stanhope & Lancaster, 2011:291) a PBE inclui os clientes e as comunidades nas decisões, apresentando-lhes os factos de forma compreensível, informando quanto às vantagens e desvantagens de uma dada intervenção e fundamentando as decisões da prática nos valores dos clientes. Estas autoras alegam ainda que a utilização da investigação é o processo de transformação do conhecimento proveniente da pesquisa em prática, para assim orientar a prática clínica (Stetler, 2001, Estabrooks, Winther and Derksen, 2004, citado em Stanhope e Lancaster, 2011)

De acordo com o Regulamento nº122/2011 a pesquisa com recurso à evidência científica, “permitiu identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação”.

Então pode-se afirmar que a PBE vai ao encontro do Regulamento nº 128/2011, p.8667) no que diz respeito às competências específicas do EEECSF sendo que, a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, deste modo e tendo em conta o resultado dos seus conhecimentos e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, assim como uma elevada capacidade para dar resposta de uma forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando - lhes efetivos ganhos em saúde.

Desta forma e após escolhida e fundamentada a temática bem como a pertinência da mesma e seu aprofundamento, foi tido como mapa orientador o protocolo Joanna Brings Institute para a revisão sistemática da literatura (RSL) procurando realizar o processo de reflexão sobre a prática mediante a formulação de uma questão de acordo com a metodologia **PICo**, a definição de termos ou palavras chave, a estratégia de busca, a definição das bases de dados e outras fontes de informação a serem pesquisadas. Relativamente a este trabalho foi analisado um artigo, com o intuito de sustentar com validade científica o trabalho realizado em contexto de estágio, tendo o mesmo tido em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e posteriormente apresentados.

Foi formulada a pergunta em formato PICo:

Como é que os enfermeiros podem promover (I) nas pessoas adultas (P) a literacia em saúde na leitura do rótulo alimentar (O)?

Seguidamente, foi efetuado o mapa conceptual que permitiu realizar o resumo dos conhecimentos adquiridos e relacionados com o que se pretendeu pesquisar, sendo que a mesma permite evidenciar a seleção dos conceitos mais evidenciados os quais suportam a escolha das palavras chave para a pesquisa a realizar.

Quadro 1 – critérios utilizados para a formulação da pergunta em formato PICo

População (p)	Pessoas
Intervenções (i)	Promoção da literacia em saúde na leitura do rótulo alimentar
Outcomes (Co)	Literacia em saúde das pessoas adultas na leitura do rótulo alimentar

Palavras Chave: literacia em saúde (health literacy); rótulo alimentar (food labeling); Pessoas (people).

Após a formulação da pergunta em formato PICo as palavras-chave foram validadas na plataforma Mesh Browser e sendo todas consideradas como descritores. Para a pesquisa foram utilizadas bases de dados científicas nomeadamente, PubMed e a plataforma EBSCO onde se incluiu a CINAHL Complete; MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection. As pesquisas foram realizadas no cartaxo a 16/7/2016.

Após a aplicação do Prisma Flow Chart e tendo em conta o referido anteriormente e a metodologia aplicada, obteve-se após leitura dos títulos e dos resumos dos artigos, um único denominado *Nutricion labelling and choices logo in Israel: Positions and Perceptions of Leading health policy maKers* (anexo VII) sendo este considerado um estudo qualitativo que permite a interpretação de um fenómeno que foi avaliado. De acordo com a orientação qualitativa do estudo em causa, foi utilizado o instrumento QARI para a extração dos dados mediante a avaliação da qualidade metodológica. Com a análise do artigo conclui-se que o rótulo não pode estar só, tem de fazer parte do sistema geral de marketing social, de saúde e de nutrição sugerindo o desenvolvimento de programas que visem promover a alfabetização relativamente à nutrição da população e conhecimento sobre nutrição e suporte no comportamento na compra de alimentos.

Também enfatiza a importância da criação de um programa de integração da promoção de saúde nutricional, servindo-se do marketing social para recomendar mudanças e ajustes na rotulagem nutricional, como parte de um conhecimento geral em nutrição e comportamento, bem como a intervenção e suporte dos profissionais de forma a melhorar a comunicação destas informações às pessoas. Desta forma o artigo permitiu desenvolver as atividades durante o estágio visto que o mesmo orientou a formanda no sentido de desenvolver atividades suportadas em evidência científica atualizada, por forma a obter informações atualizadas que permitissem desenvolver as atividades e intervenções inerentes ao tema no grupo alvo de intervenção do ACESL.

4 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde consiste na "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 sócios económicos..." (Imperatori e Giraldes, 1993, p.23).

O presente relatório tem por base metodológica o planeamento em saúde que segundo as competências específicas do EEECS, compete a este estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do planeamento em saúde, bem como a avaliação do estado de saúde da população, contribuindo desta forma para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Este Integra - se também na coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário assim como, na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, efetivando e cooperando, na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico “. Decreto nº 128/2011(2011, p.8667)”

O mesmo decreto lei refere que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública procede à elaboração do diagnóstico de saúde estabelece prioridades, formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas, estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas, avalia esses mesmos programas e projetos por forma à resolução dos problemas identificados contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Foram inicialmente consultados documentos inerentes à USPL, tais como: O Regulamento Interno, o Perfil de Saúde local, o Plano Local de Saúde, o Plano Regional de Saúde assim como a sua Carta de Compromisso da sua área de abrangência.

Desta forma foi possível adquirir conhecimentos sobre a organização da referida unidade, sua articulação com os outros sectores da saúde, seus programas, sua intervenção, os principais problemas de saúde, as determinantes de risco assim como as determinantes protetoras por forma à implementação do projeto já mencionado bem como à implementação do Planeamento em Saúde inerente à temática abordada neste relatório.

Nunes (2016, p.16) refere que “o planeamento prevê o caminho a seguir entre a posição inicial e a posição final, a velocidade com que esse caminho deve ser percorrido, quais as regras a respeitar, quais os recursos necessários para tal caminhada qual a proveniência desses recursos e qual a melhor forma de os utilizar”. O mesmo autor infere que, o planeamento é um processo dinâmico na arte de decidir sobre o que se quer decidir, sobre o que fazer no presente para se conseguir chegar ao futuro desejado. Então o planeamento não diz respeito apenas às decisões futuras, mas também no que diz respeito às implicações futuras das decisões presentes (Peter

Drucker, 2016, citado em Nunes, 2016, p.17). Este, é construído passo a passo, por forma a ultrapassar cada uma das suas etapas antes de se passar à seguinte, isto porque é um processo metodológico que assenta numa lógica racional (Nunes, 2016).

O planeamento efetuado teve contributos da Teoria da Promoção da Saúde de Pender, visto que este modelo assenta na prevenção da doença, orienta as pessoas a pensar nas suas ações e a forma como tomam decisões sobre a sua própria saúde, com o intuito de prevenir a doença. Pender (2016) define a saúde como um estado dinâmico positivo que é oposto da simples ausência de doença. Pender et al. (2015) inferem que o comportamento anterior tem efeitos diretos e indiretos sobre a probabilidade de as pessoas envolverem-se em comportamentos de promoção de saúde no presente. Sendo que as enfermeiras podem ajudar os indivíduos a concentrarem-se nos benefícios de um comportamento, ensinando os mesmos a superar obstáculos tendo em vista a realização e promoção de comportamentos de saúde.

Pender (2011) faz uma abordagem holística dos indivíduos, tendo em conta todas as características da pessoa, desde as suas crenças anteriores como às atuais. Descreve a pessoa, como um organismo biopsicossocial que é parcialmente moldada pelo ambiente, no entanto esta procura criar um ambiente no qual o seu potencial humano que lhe é inerente e adquirido possa ser totalmente expresso. Assim, a relação entre a pessoa e o ambiente é recíproca. Isto é, as características individuais assim como as experiências de vida levam a comportamentos, incluindo os relacionados com a saúde.

O modelo de promoção da saúde, Pender (2015, citado em Pender et al., 2015) identifica os fatores cognitivos e perceptivos como principais determinantes do comportamento de promoção da saúde, sendo estes encarados como mecanismos primários de motivação. Desta forma, os sentimentos positivos geram motivação para dar continuidade à adoção de comportamentos saudáveis.

Imperatori e Giraldes (1993, p.21) referem que “o planeamento da saúde é indissociável dos fatores que condicionam a mesma como os: biológicos, endógenos, ambiente, hábitos de vida e o sistema de cuidados”. No caso concreto da saúde é importante o reconhecimento dos fatores determinantes da saúde. Já se reconheceu que é muito importante e desejável passar de um nível de saúde para um nível elevado de saúde sendo o fator mais facilmente controlável nesta passagem a da intervenção dos serviços de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Segundo Nunes (2016) o planeamento é fundamental para não se fazer uma caminhada cega, na tentativa de alcançar os objetivos necessários e às transformações a operar. Infere ainda que um plano é entendido “como um guia necessário à obtenção e aplicação de recursos imprescindíveis à concretização dos objetivos”, como tal, o planeamento é considerado uma atividade necessária, por forma a permitir intervir ao nível das causas dos problemas, sendo que a intervenção na origem dos mesmos evitará a sua recidiva. Desta forma o planeamento em saúde comunitária tendo como foco a população/grupos segundo o Plano de Ação da USPL (2013:13) consiste em identificar as suas necessidades de saúde partindo do diagnóstico de situação, monitorizar os indicadores do seu estado de saúde e seus determinantes, podendo assim gerir programas e projetos que têm como objetivo: prevenir as doenças, a proteção e promoção da saúde

dos mesmos. Desta forma e de acordo com o referido anteriormente o diagnóstico de saúde foi inicialmente realizado pela USPL e por forma a ir ao encontro dos seus objetivos relacionados com os problemas de saúde detetados pela mesma. Neste caso pretendeu-se promover a literacia na leitura do rótulo alimentar aumentando a literacia na área alimentar do grupo alvo (ajudantes de lar da área de abrangência do ACES Lezíria) de acordo com o diagnóstico de situação da USPL, no qual é essencial intervir.

4.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

É o considerado como, o ponto a partir do qual mediremos o avanço obtido, com as nossas atividades e assim acompanhar e avaliar os seus resultados (Imperatori Giraldes,1993).

O enfermeiro especialista em saúde comunitária procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, sendo que para isso integra conhecimentos sobre os determinantes de saúde na conceção do diagnóstico de saúde identificando os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou comunidade, identificando as suas necessidades de saúde, utilizando os indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde, definindo assim o perfil de saúde da comunidade (Decreto 128/2011).

O diagnóstico em saúde pretende caracterizar tanto o nível de saúde da população como medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim “um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.47)

Tendo em conta os critérios previamente estabelecidos pela USP do ACES Lezíria e também de acordo com alguns dos documentos inerentes a esta unidade como o Perfil de Saúde Local (2013) e o Plano Local de Saúde da Lezíria (2015) e de acordo com a informação informal das enfermeiras da USP às quais foi atribuído o estatuto de informantes chave bem como consideradas peritas na área, sendo o grupo alvo considerado como um grupo de pessoas com baixo nível de instrução, foi possível obter informações relacionadas com as características da população e seus problemas de saúde tendo sido assim definido o tipo de intervenção a realizar. Esta foi planeada pela equipa de enfermagem da referida unidade, em anuência com a formanda. O grupo alvo foi objeto de intervenção comunitária tendo sido efetuada a intervenção junto das ajudantes de lares de idosos da santa Casa da Misericórdia da Chamusca e de Coruche.

Procurou-se que o diagnóstico elaborado fosse suficientemente profundo para explicar as causas dos problemas de saúde, sucinto e claro para ser facilmente compreendido por todos e definir quais os principais problemas de saúde a serem resolvidos utilizando critérios de vária ordem do problema / vulnerabilidade (Imperatori e Giraldes,1993, p.44). Procurou-se que o diagnóstico respeitasse a qualidade e a perfeição atingidas a elaboração do mesmo irá determinar em grande parte a escolha de prioridades.

Segundo o Perfil de Saúde Local (2013) e o Plano Local de Saúde (2015) da área de abrangência do ACES Lezíria, foram identificadas como problemas as doenças cerebrovasculares (Taxa de mortalidade de 87,9% na Lezíria do Tejo relativamente a 80,1% no Continente) e os

tumores malignos do cólon e do reto (Taxa de mortalidade de 23,1% na Lezíria do Tejo relativamente a 21.3% no Continente), segundo o Plano Local de Saúde (2015).

No decurso da pesquisa bibliográfica efetuada, identificou-se que os determinantes de risco para ambos os problemas estão relacionados com a alimentação. Os tumores malignos do reto são influenciados pela dieta pobre ao nível do consumo de legumes, fibras e frutas bem como o facto de ser rica em carnes vermelhas e gorduras. As doenças cerebrovasculares estão associadas ao excesso de sal e gorduras. Por sua vez, foram definidos como determinantes protetores para ambos os problemas, a dieta equilibrada e a literacia em Saúde.

No despacho Nº 7516-A/2016 indica que o XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde refere que “estabelece como prioridade, defender o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e promover a saúde dos portugueses”. No mesmo documento defende-se ainda que a obtenção de ganhos em saúde resulta da intervenção nos vários determinantes de forma sistémica e integrada, salientando-se como fundamental a política de promoção de uma alimentação saudável. Refere ainda que segundo alguns estudos realizados os alimentos com excesso de calorias e em particular com altos teores de sal, de açúcar e de gorduras *trans*, processadas a nível industrial, representam os maiores riscos para o estado de saúde das populações. O mesmo documento informa que devido à existência de uma relação entre uma alimentação desadequada, por carência ou por excesso, e o aparecimento de doenças crónicas não transmissíveis, é essencial que se desenvolva uma política alimentar e nutricional que envolva todos os intervenientes com o intuito de criar condições para que os cidadãos possam de uma forma responsável viver com saúde.

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos que advêm das respostas dos indivíduos, famílias ou da comunidade inerentes aos problemas de saúde, processos de vida vigentes ou potenciais. Estes diagnósticos fornecem os alicerces para determinar as intervenções de enfermagem as quais visam a obtenção de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 1990, citada em Carpenito - Moyet, 2006, p.25). Assim partindo deste “pressuposto”, e com base nos dados obtidos da USPL, foi elaborado o seguinte diagnóstico de enfermagem segundo a CIPE versão Beta 2 (2003).

Quadro nº2-Elaboração do diagnóstico de enfermagem em linguagem CIPE versão Beta 2

Cliente	Problema	Dados que fundamentam o problema	Diagnóstico de enfermagem comunitária
Grupo alvo de ajudantes de lar da área de abrangência do ACES Lezíria Chamusca e Coruche	Ajudantes de lar com baixa literacia em saúde relativamente à leitura do rótulo alimentar no ACES Lezíria	<p>Valorizam-se os seguintes dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risco de desenvolvimento e doenças cerebrovasculares e tumores do cólon e reto. - Poucos conhecimentos para melhoria dos estilos de vida. - Relação entre poucos conhecimentos e a aquisição de produtos alimentares saudáveis. - Decisão da USPL de intervir no grupo alvo das ajudantes de lar pela baixa literacia. - Tendo em consideração de que o grupo alvo seria acessível na continuidade do projeto da USPL. 	Deficit de conhecimento (cipe versão 2, 1A.1.1.2.1.1.2.1.2) relativamente à leitura do rótulo alimentar.

A elaboração de um guião de entrevista semi-diretiva (anexo VIII) que foi aplicado a uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária como informante chave e considerada como perita na área de saúde comunitária, por forma a que evidenciasse a problemática inerente ao tema abordado, permitiu mediante os seus contributos, bem como os dados reunidos, enriquecer o tema por si mesmo. O guião desta entrevista foi construído tendo por base, os objetivos, a revisão bibliográfica bem como outros estudos consultados. Tendo-se optado pela entrevista semi-diretiva visto que a mesma permite ao investigador, segundo Quivy e Campenhoudt (2003:) retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados. O método da entrevista caracteriza-se por um contacto direto entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca diretividade por parte daquele. Instaura-se assim uma verdadeira troca na qual o interlocutor do

investigador exprime as suas perceções, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que o investigador facilita essa expressão permitindo que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade. ...

É de referir que previamente à mesma e para a obtenção dos dados, foi solicitado de uma forma informal o consentimento informado à enfermeira, por forma a salvaguardar os interesses da mesma, por forma a garantir o seu respeito e confidencialidade inerente aos dados recolhidos mediante a gravação dos dados recolhidos e mediante a gravação dos dados abordados durante a aplicação do guião de entrevista. Sendo que o mesmo foi obtido após ter sido informada acerca dos objetivos do trabalho a desenvolver.

A recolha de dados foi realizada em contexto laboral tendo tido aproximadamente a duração de 45 minutos. Foi feita análise de conteúdo temática da entrevista, que de acordo com Bardin (2016:33) “a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Do mesmo modo Bardin (2006:142) alega que “a análise de conteúdo é utilizada como um instrumento de diagnóstico, de modo a que se possam levar a cabo inferências específicas ou interpretações causais sobre dado aspeto da orientação comportamental do locutor”, também refere que a análise qualitativa é caracterizada “pela inferência - sempre que é realizada – ser fundada na presença de um índice (tema, palavra etc.) e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual”. Foi elaborada uma matriz (anexo VIII) inerente ao processo de categorização, cujas unidades de expressão ou registos foram utilizadas ao longo do presente relatório.

4.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES, FIXAÇÃO DE OBJETIVOS E SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

De acordo com o referido anteriormente o diagnóstico de saúde inerente ao projeto de intervenção comunitária da formanda, foi realizado a partir de um objetivo já traçado pela USPL.

Tendo em conta os dados atrás identificados definiu-se como prioridade a promoção da literacia na leitura do rótulo alimentar (ajudantes de lar da área de abrangência do ACES Lezíria).

Assim, foram traçados os objetivos, indicadores e metas a alcançar, num determinado período de tempo.

Quadro 3 – Objetivos, Indicadores e metas

Objetivos	Indicadores	Metas alcançadas
Capacitar para a leitura dos rótulos alimentares a literacia em saúde do grupo alvo ao nível da interpretação dos rótulos alimentares (ajudantes de lar de idosos na população residente na área de abrangência da USPL).	<p>Nº total de sessões EpS realizadas /Nº total de sessões EpS planeadas x100%</p> <p>Nº de panfletos entregues/ Nº de panfletos planeados a entregar 100%</p> <p>Nº de descodificadores de rótulos entregues/Nº de descodificadores de rótulos planeados entregar x100%.</p> <p>Nº de questionários entregues /Nº de questionários respondidos x 100%</p>	<p>Realizar 50% de sessões junho / julho 2016</p> <p>Entregar 100% dos panfletos às ajudantes de lar que assistiram às sessões junho / julho 2016</p> <p>Entregar 100% dos descodificadores de rótulos junho /julho 2016</p> <p>Obter 100% dos questionários preenchidos após a avaliação da sessão. Junho /julho 2016</p>

Entendeu-se como objetivo operacional ou meta o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade, sendo que este é realizado num curto espaço de tempo (avaliação anual), Imperatori e Giraldes (1993).

Objetivo Geral – Capacitar para a leitura dos rótulos alimentares a literacia em saúde do grupo alvo ao nível da interpretação dos rótulos alimentares (ajudantes de lar de idosos na população residente da área de abrangência da USPL).

Objetivos Específicos:

- ✓ Sensibilizar o grupo alvo para a existência da prevalência das doenças cerebrovasculares e tumor maligno do cólon e do reto da área de abrangência da Lezíria e da sua associação com a ingestão inadequada de alimentos.
- ✓ Informar sobre os determinantes de risco/protetores relativamente às doenças com maior incidência no ACESL.
- ✓ Sensibilizar o grupo alvo que a pertinência da leitura do rótulo no momento da compra alimentar promove a aquisição de uma alimentação saudável
- ✓ Capacitar o grupo alvo para intervir de forma preventiva na escolha de alimentos saudáveis para a sua saúde e para a saúde dos idosos/famílias com interagem.
- ✓ Avaliar o conhecimento das ajudantes de lar da área de abrangência do ACES Lezíria.
- ✓ Capacitar as ajudantes de lar para a leitura do rótulo alimentar.

4.3– SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta etapa do planeamento em saúde, corresponde à seleção de estratégias e consiste em elaborar um processo baseado num conjunto de técnicas específicas organizadas com a finalidade de alcançar um objetivo pré-fixado, reduzindo desta forma os problemas de saúde

prioritários. A estratégia utilizada para intervir no mesmo foi a deslocação da formanda, com a própria equipa da USPL que já se encontrava a intervir no grupo alvo. Tendo sido assim este o grupo acessível dentro do Plano de Ação da USPL (2013 – 2015). Também o facto de a formanda ter realizado uma formação online no âmbito do tema do projeto denominado “Coma melhor, poupe mais” o qual foi desenvolvido pela Universidade do Porto em parceria com a DGS, e fazendo parte de um programa prioritário da DGS que se intitula “Alimentação Saudável”, tendo decorrido no período de 20/6/2016 a 07/7/2016 e sendo composto por quatro módulos : I (Princípio da Roda dos Alimentos), II (Gestão do dia a dia alimentar) e o III (cinco conceitos chave para uma alimentação saudável e económica) e o IV módulo (Considerações finais e mitos alimentares). O curso utilizou: vídeos, textos de apoio, leituras complementares e animações, um conjunto de conceitos e ideias práticas com o objetivo de demonstrar que é possível comer de forma saudável e ao mesmo tempo económica. Este curso permitiu que a mestranda obtivesse conhecimentos / ferramentas que pôde implementar aquando o planeamento das intervenções nas sessões de educação para a saúde ao grupo alvo a que teve acesso durante o estágio na USPL bem como na elaboração de pesquisa do tema abordado.

Tendo sido definidas como estratégias a articulação com as diretoras técnicas dos lares de idosos da abrangência do ACESL (Chamusca e Coruche). Assim, e mediante o contacto telefónico realizado pela enfermeira de saúde pública, por forma a agendar a data para se proceder à realização das duas sessões de educação para a saúde nas respetivas Santa Casa da Misericórdia da Chamusca e Coruche visto que o projeto individual se encontra integrado na USPL no projeto denominado “Prevenção de Doenças Alimentares em Lares de Idosos” o qual corresponde ao Indicador Regional Nº10 na sua Carta de Compromisso (2015, p.3) e que se compromete a implementar um projeto estruturado de prevenção das doenças de origem alimentar, em lares de idosos.

O PLSL 2014/2016 (2015) refere que se encontravam em desenvolvimento cerca de quatro projetos entre os quais se o “Projeto de promoção da literacia para a saúde – “Leitura do Rótulo “. Tendo sido assim o ponto de partida para a elaboração do referido projeto individual.

4.4 – EXECUÇÃO: PROJETO LITERACIA EM SAÚDE– LEITURA DO RÓTULO ALIMENTAR.

Após o diagnóstico de situação identificado foram planeadas as sessões de educação para a saúde (anexo X) deste modo o questionário foi aplicado (Anexo XI) presencialmente e em tempos diferentes, o primeiro questionário foi aplicado no dia 30 de junho de 2016 e o segundo no dia 7 de julho de 2016 às ajudantes de lar da Santa Casa da Chamusca e de Coruche respetivamente, sendo estas consideradas o grupo alvo a intervir perfazendo no total quinze pessoas. Sendo que a apresentação formal é muito importante. Relativamente ao tema, o mesmo foi apresentado de forma clara e simples e com instruções claras e precisas. A técnica escolhida relativamente ao preenchimento foi a do autopreenchimento voluntário e anónimo. Tendo sido aplicado o mesmo questionário antes e após a apresentação do tema, com o intuito de perceber os conhecimentos antes e após a realização da intervenção.

Constituindo-se requisito essencial para a obtenção dos dados, o consentimento informado por parte das pessoas consideradas como grupo alvo, por forma a salvaguardar os interesses do mesmo e garantindo o respeito pelos direitos humanos e dignidade da pessoa, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais segundo o Regulamento nº122/2011 (2011, p.8650). Assim o consentimento foi obtido de forma informal após ser feita a apresentação da interveniente do estudo, fornecida informação acerca do mesmo bem como os objetivos do trabalho a desenvolver. Foram também dadas as informações de que seriam respondidas todas as questões que quisessem colocar e providenciados todos os esclarecimentos acerca dos aspetos que considerassem importantes.

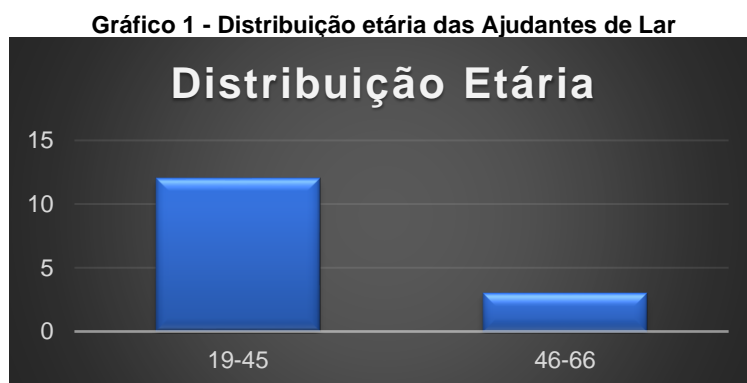
Os grupos alvo de intervenção eram pequenos (cerca de quinze pessoas). Tendo sido colocados em mesas com a forma de “U” por forma a que pudessem visualizar a tela, bem como, permitir um melhor contacto e interação durante a realização desta intervenção. As planificações das sessões tiveram por base a teoria de promoção da saúde de Nola Pender, tendo em conta que a promoção da saúde se direciona para o aumento de nível de bem-estar das pessoas (clientes). Este modelo descreve a natureza multidimensional das pessoas e como elas interagem no seu ambiente para manter a sua saúde sendo que o comportamento de promoção da saúde é finalmente direcionado para alcançar resultados positivos de saúde nas pessoas (Pender et al.2015). Com as áreas prioritárias definidas recorreu-se à utilização de diapositivos que serviram de apoio à apresentação realizada em “power point”, por forma a dar suporte visual ao que foi transmitido (anexo XII) nas sessões de educação para a saúde realizadas e denominadas Literacia em Saúde: Leitura do rótulo alimentar. Foram transmitidos os conceitos inerentes aos determinantes de risco e de proteção dos tumores do cólon e reto e das doenças cerebrovasculares de acordo com o Perfil de saúde da USP do ACES Lezíria (2013). Também foi abordado o tema literacia em saúde de acordo com o PNS 2012-2016, bem como a Leitura do rótulo alimentar como se preconiza no programa PNPAS da DGS em 2012. Fez - se referência aos alimentos menos saudáveis para a saúde e sua denominação, bem como os considerados mais saudáveis. Foram apresentados diapositivos com informações que devem constar no rótulo alimentar e sua legislação em Portugal tais como: a denominação de venda, a lista de ingredientes que compõem o produto e sua ordem, prazo de validade, lote de validade, nome da entidade que lança o produto no mercado e suas condições de conservação. Também se interveio no sentido da leitura e interpretação inerente ao mesmo, advertindo-as relativamente aos nutrientes menos saudáveis tais como, açúcares, hidratos de carbono a energia expressa em Kcal a dose de referência (%DR), gorduras (trans, saturadas), o sal a energia recomendada para um adulto de acordo com a necessidade de cada pessoa. Também se alertou para a existência da necessidade de fibras, vitaminas e proteínas.

O planeamento destas sessões de educação para a saúde, teve o intuito de envolver as ajudantes de lar de idosos, por forma a sensibilizar e capacitar a mesmas para a promoção de estilos de vida saudáveis e a importância de uma alimentação saudável na prevenção das doenças já referidas entre outras. E de acordo com o anteriormente referido procurou-se evidenciar a importância da leitura de um rótulo alimentar e alertando para a necessidade de as mesmas prestarem atenção às quantidades de sal, açúcar, gorduras e aditivos sendo que os mesmos podem

ter outra denominação nas embalagens alimentares. De forma a capacitar o grupo alvo para a leitura do rótulo alimentar a intervenção de educação para a saúde decorreu mediante atitudes interativas, utilizando embalagens de alimentos de forma a que este entrasse em contacto com alguns rótulos alimentares, partindo do manuseamento dos mesmos, assim como que o tema lhes suscitasse interesse e fosse o mais didático possível. Promoveu-se assim um diálogo aberto para o esclarecimento de dúvidas no término das sessões de educação para a saúde. Após o término da sessão de educação para a saúde foram distribuídos Descodificadores de Rótulos (anexo XIII) da DGS (2016) relativos ao tema abordado, panfletos (anexo XIV) e respetivos certificados de presença (anexo XV)

Estas sessões de educação para a saúde foram planeadas no sentido de decorrerem num período de cerca de 20 minutos para a apresentação dos diapositivos que serviram de apoio às mesmas e cerca de 20 minutos ou por vezes mais para esclarecimento de dúvidas e entrega dos respetivos questionários (antes e após a intervenção da sessão de educação para a saúde).

Tendo em vista a avaliação de processo desenvolvida, aplicaram-se questionários antes e pós sessões de educação para a saúde ao grupo alvo, procedeu-se à sua análise. Das participantes, 12 tinham idades compreendidas entre os 19 e os 45 anos, sendo esta considerada a faixa etária em maioria, logo seguida pela faixa etária dos 46 aos 66 anos com 3 participantes como se pode verificar no seguinte gráfico:



Segundo o gráfico nº 2 referente às habilitações literárias verifica-se que a maioria tem o 1º ciclo (4), seguindo-se o 3º ciclo (4), com a secundária (4), seguidamente com o 2º ciclo (2) e por último com licenciatura (1).



Podendo-se depreender que a maioria do grupo alvo apresenta baixas habilitações literárias. Podendo assim a pertinência da adequação da intervenção do EEECS no âmbito da intervenção de EpS no grupo alvo por forma a promover a literacia na leitura do rótulo alimentar e assim aumentar a literacia na área da alimentação.

Gráfico nº 3 – Respostas ao questionário aplicados antes das sessões de educação para a saúde.

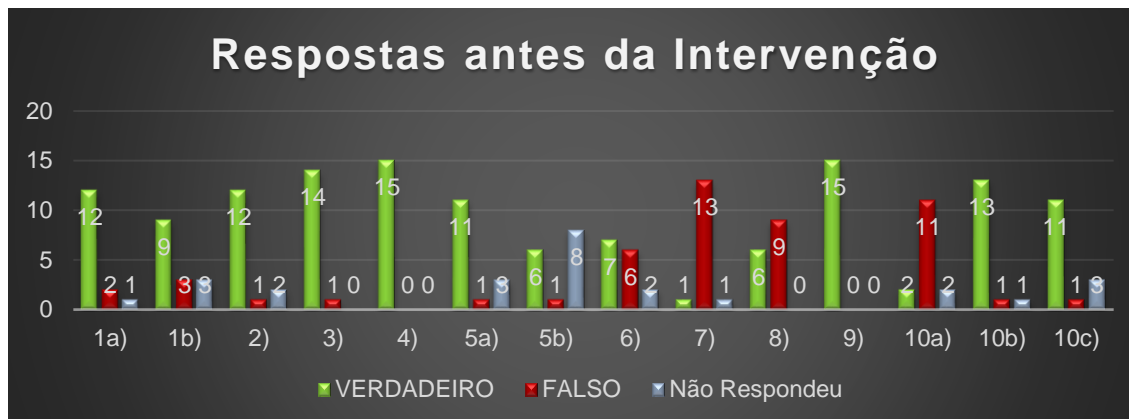
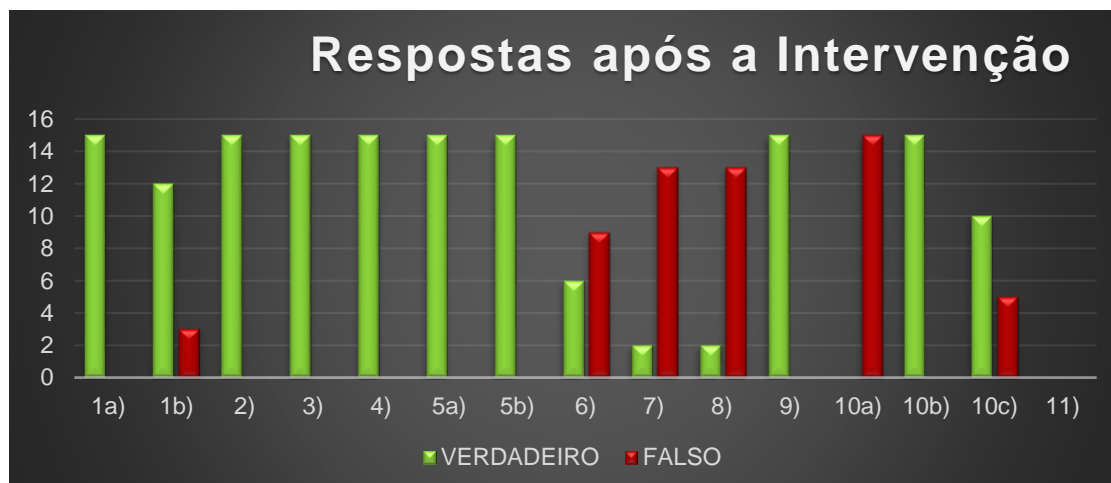


Gráfico nº 4 – Respostas ao questionário aplicados após as sessões de educação para a saúde



No questionário aplicado ao grupo alvo foi solicitado que respondessem às diversas questões com verdadeiro [v] ou falso [f]. As questões bem como a respetiva análise das respostas é a que a seguir se descrevem:

Questão nº1: *as causas de risco do cancro do cólon e reto são devidas a uma alimentação:*

a) *baixa em fibras e frutas [v] e b) rica em carnes vermelhas e gorduras. [f]*

Relativamente à opção a) antes da sessão 12 responderam verdadeiro 2 falso, 1 pessoa não respondeu. Após a intervenção 15 responderam verdadeiro para a opção que era a considerada certa, depreendendo-se uma melhora aquisição de conhecimentos após a mesma.

Relativamente à opção b) antes da sessão 9 responderam verdadeiro e 3 responderam falso. 3 pessoas não responderam. Após a intervenção 12 responderam verdadeiro e 3 falso. Verificando-se que a mensagem foi passada, mas não apreendida por todas como era desejável.

Questão nº 2: *Um dos comportamentos protetores das doenças cerebrovasculares é a dieta equilibrada [v]*

Antes da intervenção de EpS 12 responderam verdadeiro 1 falso e 2 não responderam. Após a intervenção 15 responderam verdadeiro.

Questão nº 3: *O rótulo alimentar é o bilhete de identidade de um produto? [v]*

Antes da intervenção 14 responderam verdadeiro e 1 falso. Após a intervenção de EpS 15 responderam verdadeiro.

Questão nº4: *O rótulo alimentar serve para fornecer informação nutricional orientada para uma alimentação saudável?*

Antes da intervenção 14 responderam verdadeiro e 1 falso. Após a intervenção 15 responderam à resposta considerada verdadeira.

Questão nº 5: *A apresentação da informação nutricional pode ser de duas formas:*

a) *Simplex (proteínas, glícidos e lípidos)* e b) *completa* – sendo que a) e b) são ambas [v].

Antes da intervenção de EpS 11 responderam verdadeiro para a) e 1 falso, verificando-se que 3 pessoas não responderam. Após a intervenção de EpS obtiveram-se 15 respostas afirmativas.

Relativamente à alínea b) antes da intervenção de EpS 6 responderam verdadeiro 1 falso 8 pessoas não responderam. Após intervenção de EpS 15 responderam verdadeiro para a resposta considerada verdadeira.

Questão nº6: *A lista de ingredientes é sempre colocada da menor quantidade do alimento para a maior [f]*

Antes da intervenção de EpS 7 responderam verdadeiro, 6 falso e 2 não responderam após a intervenção de EpS 6 responderam verdadeiro e 9 respondeu falso, verificando-se uma melhor apreensão, mas não na sua totalidade.

Questão nº 7: *os aditivos (E) são saudáveis para a saúde [f]*

Antes intervenção de EpS 1 respondeu verdadeiro e 13 falso verificando-se que 1 não respondeu. Após a intervenção 2 responderam verdadeiro e 13 responderam falso. Sendo esta última considerada a resposta certa. No entanto é de realçar que as pessoas já têm uma noção relativamente ao significado de aditivos.

Questão nº8: *as quantidades de sal, lípidos, glícidos e colesterol são necessárias para uma alimentação saudável [f].*

Antes da intervenção de EpS 6 responderam verdadeiro e 9 responderam falso. Após a intervenção de EpS 2 responderam verdadeiro e 13 falso sendo esta considerada a resposta correta. Verifica-se que as pessoas ainda não se encontram muito despertas para o significado destes ingredientes tão prejudiciais para a saúde.

Questão nº 9: *devemos ter especial atenção à quantidade de fibras alimentares [v].* Antes e após a intervenção de EpS as 15 pessoas responderam verdadeiro,

Questão nº 10: *no rótulo do semáforo:*

a) *O Vermelho informa que devemos comer alimentos diariamente [f]*

Antes da intervenção de EpS 2 responderam verdadeiro 11 falso, 2 pessoas não responderam. Após a intervenção verificaram-se 15 respostas verdadeiras à opção correta.

b) *o verde que se deve comer alimentos diariamente [v]*

Antes da intervenção de EpS 13 responderam verdadeiro 1 falso, e 1 pessoa não respondeu após a intervenção de EpS 15 responderam verdadeiro à opção considerada correta.

c) *o amarelo que devemos comer alimentos só duas vezes / semana* [v].

Antes da intervenção de EpS 11 responderam verdadeiro e 1 falso. 3 pessoas não responderam. Após a intervenção de EpS 10 responderam verdadeiro e 5 falso.

Depreende-se que a informação não foi ainda corretamente apreendida. No entanto a questão da utilização de cores para representar os alimentos, parece ser uma forma útil de as pessoas associarem as respetivas cores aos alimentos benéficos (verde) e menos saudáveis (vermelho) para a saúde, no que diz respeito ao significado do “amarelo” denota-se ainda um défice de conhecimento ou dúvida relativamente ao seu significado.

Assim foi possível mobilizar os conhecimentos da comunidade mediante os serviços de saúde com base na intervenção de EpS realizada e baseada na leitura do rótulo alimentar.

O projeto anteriormente referido, também foi apresentado aos profissionais de saúde da USP Lezíria na reunião mensal e foi também apresentado no Conselho Técnico do ACESL na reunião mensal do mesmo, visto que o EEECSPP segundo o Regulamento 128/2011, refere que este “disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos “e também “procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”. Em ambos os casos, uma apresentação informal no aplicativo PowerPoint por forma a dar a conhecer o projeto e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância deste tema (Anexo XVI). Sendo que a missão da USPL segundo o seu Regulamento Interno 2013 é guiada pelos seguintes valores: a melhoria continua do estado de saúde da população, tendo em vista o seu elevado nível de saúde e garantindo assim a proteção da saúde da mesma mediante a equidade em saúde. O dever e cooperação interprofissional, transdisciplinar e interinstitucional, em prol da promoção da saúde, integridade na defesa do interesse público e a humanização dos serviços prestados entre outras. Foram entregues panfletos e descodificadores de rótulo relacionados com a intervenção. Assim e de acordo com o mesmo regulamento o EEECSPP que refere que este “demonstra conhecimentos e técnicas de comunicação e marketing em saúde”. Também foi cedido o PowerPoint à Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico do ACESL, por forma a que este seja aprovado para ser colocado e apresentado nos meios audiovisuais dos respetivos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar e no Portal do ACESL, de forma a despertar a atenção da população em geral para a importância da leitura do rótulo alimentar quando esta se encontra nas salas de espera, sendo que o EEECSPP e de acordo com o Regulamento 128/2011 “utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades”. Importa referir que durante esta fase de desenvolvimento das sessões foram respeitados os itens definidos no plano das mesmas, a sequencia didática, os objetivos, conteúdos programáticos, as metodologias e técnicas pedagógicas, recursos didáticos bem como o tempo previsto.

Procedeu-se à elaboração, em tempos distintos, de duas sessões de educação para a saúde às ajudantes de lar da área de abrangência do ACESL (Lar da Santa Casa da Misericórdia da Chamusca e de Coruche) por forma a promover a literacia em saúde mediante a leitura do rótulo

alimentar de forma a prevenir as doenças crónicas não transmissíveis já anteriormente mencionadas.

5 – AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO E IMPLICAÇÃO PARA A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A última etapa do planeamento em saúde é a avaliação. Esta deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter. A avaliação deve ser um processo contínuo onde se participe, comunique e analise livremente a informação nos diferentes níveis operacionais, transferência de casos, coordenação e continuidade dos cuidados. E por último a avaliação dos resultados (satisfação do cliente, consequências para a saúde). Sendo que segundo o artigo 4º do regulamento 128/2011 compete ao EEECS, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades bem como, avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. E ainda proceder à avaliação do processo e resultados das atividades de formação.

Mediante os dados obtidos verifica-se que uma parte do grupo alvo já evidencia conhecimentos sobre o tema. Verificou-se que antes da intervenção algumas pessoas não responderam a certas questões, o que poderá significar o desconhecimento relativamente ao tema em si. No entanto verificou-se que o mesmo não aconteceu após a intervenção, o que demonstra que existe a real necessidade de passar informação neste âmbito abrangendo um maior número de pessoas na comunidade.

Existiu o cuidado de respeitar cada pessoa com as suas características individuais, tendo por base a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender que segundo (Pender, Murdaught e Parsons, 2015) referem que cada pessoa tem características e experiências únicas que afetam as ações subsequentes pessoais e únicas. As variáveis para a aquisição de um conhecimento específico têm assim um importante significado motivacional. Estas variáveis podem ser modificadas por meio de ações de enfermagem e mediante a promoção de um comportamento de saúde desejado. Sendo que estes comportamentos devem resultar na melhoria da saúde, melhorar a qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento. No entanto as solicitações comportamentais finais também são influenciadas pelo imediato, competindo com as preferências que podem inviabilizar as ações destinadas à promoção da saúde.

O EEECS segundo o regulamento 128/2011 também analisa, interpreta e esclarece o impacto das suas intervenções com os diferentes atores implicados na execução dos programas de saúde. Assim, mediante estes resultados verifica-se a pertinência das sessões de educação para a saúde, visto que o grupo alvo ainda não se encontra convenientemente esclarecido, relativamente ao tema.

Nesta etapa foram aplicados questionários de satisfação (Anexo XVII) ao grupo alvo das respetivas instituições e foram esclarecidas dúvidas. Mediante a análise dos resultados obtidos neste questionário, verificou-se que em primeiro lugar que de todas as respostas obtidas obteve-se

unanimidade na noção sobre a importância da sessão e do tema. Era claro para todas as participantes que este tipo de formação e informação era muito importante quer para a sua atividade profissional, assim como para o seu quotidiano. Desta avaliação obtiveram-se algumas frases de algumas das participantes; que indicam claramente a necessidade existente deste tipo de formação:

Frases proveniente do questionário de avaliação aplicado ao grupo alvo

- ✓ “Cada vez mais há a necessidade de saber interpretar os rótulos para que se possa fazer uma escolha consciente”.
- ✓ “Sim fiquei esclarecida sobre os alimentos”.
- ✓ “Fiquei com mais conhecimentos”
- ✓ “Porque assim podemos protegemo-nos a nós e aos outros de alimentos altamente perigosos comidos em exagero”
- ✓ “Fiquei a saber coisas que desconhecia”
- ✓ “Sim muito, porque é muito importante conhecer os alimentos”
- ✓ “Para sabermos o que os produtos contêm “

No quadro seguinte encontram-se os objetivos, indicadores e metas alcançados pela formanda após a sessão de educação para a saúde realizada ao grupo alvo.

Quadro 4 – Objetivos, indicadores e metas alcançadas

Objetivos	Indicadores	Metas alcançadas
Capacitar para a leitura dos rótulos alimentares a literacia em saúde do grupo alvo ao nível da interpretação dos rótulos alimentares (ajudantes de lar de idosos na população residente da área de abrangência da USPL).	<p>Nº total de sessões EpS realizadas /Nº total de sessões EpS planeadas x100%</p> <p>Nº de panfletos entregues/ Nº de panfletos planeados a entregar 100%</p> <p>Nº de descodificadores de rótulos entregues/Nº de descodificadores de rótulos planeados entregar x100%.</p> <p>Nº de questionários entregues /Nº de questionários respondidos x 100%</p>	<p>Realizar junho / julho 2016 = 2/4x 100% = 50%</p> <p>Entregar 100% dos panfletos às ajudantes de lar que assistiram às sessões junho / julho 2016 15/15x 100% = 100%</p> <p>Entregar 100% dos descodificadores de rótulos junho /julho 2016 15/15x 100% = 100%</p> <p>Obter 100% dos questionários preenchidos após a avaliação da sessão. Junho /julho 2016 15/15 x100% = 100%</p>

Conclui-se que no que diz respeito aos determinantes protetores de saúde: literacia em saúde e dieta equilibrada; é necessário ler o rótulo e perceber quais os nutrientes que são saudáveis (evitar ou não), bem como a percentagens destes. Revela a importância de se oferecer o descodificador de rótulos. Iniciou - se sessões de EpS numa “pequena parcela “da população da área de abrangência do ACESL que à posteriori será alargada a um grupo alvo maior da comunidade.

6 - CONCLUSÃO

O percurso desenvolvido durante a realização deste relatório revelou-se muito gratificante para a formanda ao nível do seu enriquecimento pessoal como pessoa e especialmente no que diz respeito ao âmbito profissional da mesma. Isto deveu-se ao facto de, com o mesmo, lhe ter sido possível refletir acerca da ação sobre a prática, assim como no desenvolvimento das suas competências profissionais como enfermeira e profissional de saúde. Simultaneamente reforçou a potencialidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, enquanto detentores de competências específicas para aumentar os ganhos em saúde em Portugal.

No que concerne à utilização da metodologia do planeamento em saúde esta constituiu um grande desafio, visto que a mesma permite ao enfermeiro envolver-se neste processo permitindo-lhe prestar cuidados eficazes às populações ou grupos na comunidade. Os enfermeiros que trabalham na comunidade podem utilizar esta metodologia como um guia na elaboração do seu plano de ação, por forma a viabilizar a sua intervenção ao nível das causas dos problemas, de modo a evitar a sua recidiva.

O estágio desenvolvido na USPL, proporcionou que a formanda desenvolvesse novas competências e aprofundasse conhecimentos prévios visto que, com este, se apercebeu de um “mundo” totalmente diferente do da sua prática quotidiana, tendo em conta que exerce funções numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente numa Equipa de Cuidados na Comunidade. Antes desta experiência a prática quotidiana era um ato tão intrínseco e rotineiro que se executava sem parar, pensar e refletir acerca da mesma, isto é, fazer porque se faz. O planeamento das atividades e intervenções de saúde, de uma forma refletida permitem aos profissionais ter uma ideia mais clara de todas as etapas pelas quais têm de passar antes de chegar ao resultado que pretendem alcançar com a sua intervenção. Este é assim uma mais valia na organização da prestação de cuidados na comunidade. Atualmente, a formanda pode afirmar que passou a realizar as suas ações, na prática, de uma forma mais consciente e refletida, nomeadamente no que se refere ao planeamento das suas intervenções, durante o seu exercício profissional.

A forma como a formanda foi recebida na USPL pela equipa multidisciplinar foi muito importante para o desenvolvimento do estágio em si, bem como para o desenvolvimento do diagnóstico de situação, o qual foi realizado de acordo com as atividades planeadas da referida unidade com a qual foi possível a implementação do projeto individual desenvolvido e denominado “Promoção da literacia em saúde – Leitura dos rótulos alimentares”. Durante o estágio foi disponibilizada toda a documentação inerente à respetiva unidade, a qual foi essencial para a compreensão do seu funcionamento e por conseguinte à execução do referido projeto de intervenção de âmbito comunitário.

Após a leitura dos referidos documentos disponibilizados pela unidade, entre outros, foi possível perceber que esta é responsável pela saúde da população da área de abrangência em que se integra, atuando como um observatório de saúde, devendo agregar toda a informação disponível inerente às necessidades de saúde da área da sua abrangência, e assim proceder ao diagnóstico de situação sendo sua missão contribuir no estado de saúde da população da sua área geodemografia abrangente, por forma a intervir visando obter ganhos em saúde.

As informações fornecidas pelas enfermeiras peritas na área de saúde pública, possibilitaram a elaboração do diagnóstico de situação, junto das quinze ajudantes de lar de idosos da Santa casa da Misericórdia da Chamusca e de Coruche, grupo alvo no qual esta unidade já se encontrava a intervir. Visto que o EEECSPP deve ter um entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde de uma comunidade. Assim, e tendo em conta a missão da USPL, o diagnóstico de situação foi desenvolvido mediante o Perfil e o Plano Local de Saúde da USP do ACES Lezíria, os quais permitiram dar a conhecer os determinantes dos problemas de saúde. Os documentos alertaram para uma prevalência de determinantes de risco de tumores do cólon do reto e doenças cerebrovasculares (doenças crónicas não transmissíveis) associados com a alimentação e baixa literacia em saúde. O projeto individual teve como objetivo a capacitação do grupo alvo, para a leitura e interpretação do rótulo alimentar, mediante intervenções de educação para a saúde implementadas e planeadas pela formanda tendo estas como base a metodologia do Planeamento em Saúde, o contributo do Modelo de Promoção da Saúde de Pender que tem como finalidade auxiliar os enfermeiros na compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde, sendo uma base de aconselhamento comportamental para promover estilos de vida saudáveis às pessoas, e consequentemente a prevenção de doenças crónicas não transmissíveis.

O recurso à pesquisa bibliográfica, o curso online realizado pela formanda com o qual obteve contributos para a elaboração da intervenção de EpS, a entrevista semi-diretiva realizada que permitiu a clarificação do tema abordado e a revisão sistemática da literatura através da metodologia PI[C]O que evidenciou a importância da intervenção por parte dos profissionais de saúde, através de programas de promoção da saúde e da literacia na área da nutrição, considerando essencial fornecer ferramentas às pessoas ao nível da rotulagem e do marketing social, deram os seus contributos na reflexão sobre a prática clínica desenvolvida em contexto de estágio e os alicerces, que serviram de fundamentação para a execução do projeto individual e na realização deste relatório.

A evidência refere que os fatores que afetam ou determinam a saúde dos cidadãos são denominados por determinantes de saúde (DGS,2011).Tendo em conta que as doenças crónicas não transmissíveis têm como etiologia comum, um conjunto de fatores ligados aos estilos de vida individuais e consideradas como a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas sendo os principais responsáveis por situações de incapacidade, perda de qualidade de vida, expressando - se esta no consumo dos serviços de saúde. Assim o EEECSPP deve ter um entendimento profundo sobre os determinantes de saúde de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde das mesmas. Este deve intervir nestes ao longo do ciclo de vida

dos indivíduos, mediante a implementação de estratégias de promoção da saúde multisectoriais e multidisciplinares, por forma a reduzir a prevalência dos seus fatores de risco, aumentando a prevalência dos fatores de proteção, relacionados com estilos de vida saudáveis, mediante uma abordagem integrada e intersectorial, tais como: reduzir o consumo de sal reduzir a obesidade, aumentar o consumo adequado de frutas, legumes e vegetais; reduzir o consumo excessivo de gorduras saturadas e de gorduras *trans*, a redução excessiva de álcool e açúcares.

De acordo com a Carta de Ottawa (OMS, 1986), estas estratégias sistematizam-se em cinco setores entre eles: a definição de políticas, legislação e regulamentação, educação para a saúde e capacitação individual e coletiva (empoderamento). Sendo consideradas como uma estratégia de saúde fundamental, por forma a obter ganhos em saúde, na redução da prevalência das referidas doenças, dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associadas. Sendo utilizadas diferentes abordagens para a implementação das mesmas, tais como o recurso informação com recurso às novas tecnologias de informação, e de capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis envolvendo os meios de comunicação social, a formação de profissionais nos domínios da saúde e da educação, cooperando assim com outros setores por forma a se criar ambientes físicos, organizacionais e sociais mais saudáveis bem como o envolvimento dos próprios cidadãos na prevenção da doença e na promoção da saúde mediante o aumento da literacia e a capacidade dos cidadãos participarem na sua saúde (Despacho nº1916/2004). O PNPAS (DGS, 2012) tem a finalidade de melhorar o estado da nutrição mediante um consumo adequado, visando a melhoria do estado nutricional dos cidadãos porque esta tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis e prevalentes a nível nacional (cardiovasculares, oncológicas entre outras). Assim, este programa tem como objetivo aumentar o conhecimento da população sobre os consumos alimentares da população portuguesa e seus determinantes de saúde, sendo a estratégia o aumento da literacia alimentar e nutricional e a capacitação dos cidadãos, para as escolhas e práticas alimentares saudáveis e o incentivo de boas práticas sobre rotulagem, publicidade e marketing a produtos alimentares e melhoria da formação, qualificação e modo de atuação dos profissionais que pela sua atuação possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar nomeadamente ao nível da saúde, entre outros, sendo um dos seus indicadores aumentar em 5% o número de consumidores que utilizam a rotulagem nutricional antes de adquirir produtos alimentares.

Também o regulamento (EU) Nº 1169/2011 refere que é fundamental garantir uma informação adequada aos consumidores sobre os alimentos que consomem, com o objetivo de se atingir um elevado nível de proteção da saúde, isto porque os mesmos podem ser influenciados nas suas escolhas alimentares. Este documento serve os interesses dos cidadãos, ao prever a obrigatoriedade dos rótulos claros, compreensíveis e legíveis para os alimentos.

O Governo Português criou, mediante o Despacho nº 3618- A/2016, o programa nacional para a Saúde; literacia e autocuidados tendo este como objetivo contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, de forma a que as pessoas se tornem mais autónomas e responsáveis pela sua saúde e da que deles dependem e conseqüentemente à da sua comunidade. Neste sentido a educação e a

promoção para a saúde assumem um papel muito importante como processo através do qual os indivíduos/grupos/comunidades procuram melhorar o controlo dos seus determinantes pessoais e ambientais da saúde assim, o enfermeiro EEECSF ao desenvolver uma prática globalizante centrada na comunidade assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas nos seus processos de vida, seus problemas de saúde, assim como a sua elevada capacidade para responder de forma adequada às diferentes necessidades das pessoas, grupos ou comunidade deve evidenciar a sua atividade mediante o desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Este deve assim intervir de forma a promover a literacia em saúde nas pessoas, grupos ou comunidade, para que as mesmas tenham a capacidade de tomar decisões informadas sobre a saúde, no seu quotidiano e também no que diz respeito ao desenvolvimento do sistema de saúde, visto que contém os elementos essenciais inerentes ao processo educativo proporcionando capacidades indispensáveis para o autocuidado. Tendo sido este o objetivo do projeto “Promoção da Literacia em saúde – Leitura dos rótulos alimentares” mediante as prioridades de intervenção da USPL nas quais foi premente intervir foi possível à formanda estabelecer o diagnóstico de situação do grupo alvo inerente ao défice de conhecimento na leitura do rótulo alimentar. A formanda utilizou como estratégia intervir no grupo alvo no qual a USPL já se encontrava a intervir, mediante duas intervenções de educação para a saúde, tendo sido aplicado um questionário presencial previamente e posteriormente à intervenção de EpS. Tendo-se recorrido ao apoio de diapositivos alusivos ao tema denominado “Literacia em saúde – Leitura do rótulo”. Mediante estas intervenções foi possível, sensibilizar o grupo alvo para a existência da prevalência das doenças da área de abrangência da Lezíria, informar sobre os determinantes de risco (alimentação desequilibrada e a baixa literacia na leitura do rótulo) e os protetores inerentes a estas (a dieta equilibrada e o aumento da literacia em saúde), sensibilizar para a pertinência da leitura e interpretação inerente ao rótulo alimentar, visto que este é essencial para a aquisição e escolha de alimentos mais saudáveis para a sua saúde. Tendo desta forma sido possível avaliar os conhecimentos prévios e posteriores à intervenção de EpS. Assim e como abordagem ativa, a EpS, assume particular relevo, visando promover atitudes e comportamentos positivos da saúde, estando implícita no seu processo de conceção, a importância do EEECSF. A EpS dirigida a grupos exige dos profissionais um amplo e conjunto de competências, no sentido de estabelecer as melhores estratégias para proporcionar as respostas adequadas às reais necessidades, tendo em vista a consecução de um melhor nível de saúde para o grupo alvo.

Tendo em conta que a comunicação para a saúde visa melhorar a literacia em saúde e consequentemente, o estado de saúde dos indivíduos e da população e a missão da USP, o projeto também foi apresentado aos profissionais de saúde da USP Lezíria, com o intuito de sensibilizá-los para a importância deste tema.

O (regulamento N°348/2015) refere que “a responsabilidade social para a saúde é refletida nas ações dos responsáveis de tomada de decisão tanto do setor público como do privado, para estabelecer políticas práticas que promovam e protejam a saúde”. Devido à pertinência do tema

abordado pretende-se que, apesar de se terem realizado ou iniciado sessões de EpS numa “pequena parcela”, que à posteriori estas sejam alargadas a um grupo alvo maior da comunidade.

A utilização do marketing social é considerada relevante na comunicação da saúde, sendo este uma forma de comunicação em massa dentro das organizações de saúde. Tendo isto em conta, foi cedido o PowerPoint à Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico do ACESL, por forma a que este seja aprovado para ser colocado e apresentado nos meios audiovisuais dos respetivos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar e no Portal do ACESL, de forma a despertar a atenção da população em geral quando esta se encontra nas salas de espera, para a importância da leitura e interpretação do rótulo alimentar.

Relativamente ao estágio o mesmo constituiu uma enorme motivação para o desempenho das atividades relacionadas com o mesmo, o reconhecimento da importância da investigação e que as aprendizagens deste processo contribuíram para desenvolver a sua atuação como enfermeira especialista em enfermagem comunitária, procurando o mais alto nível de saúde da população em geral e também para a valorização da enfermagem, assim como das suas valiosas intervenções como refere a OE (2015). Sendo que os conhecimentos científicos atuais contribuem e permitem aos enfermeiros condições ótimas para a promoção em saúde na prevenção da doença, de estilos de vida saudáveis, todos estes conhecimentos entre outros deverão ser colocados ao dispor das pessoas, dos grupos e comunidades, por forma a que os enfermeiros cumpram a sua função como agentes de saúde que são. Assim, a formanda considera ter atingido as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública:

G1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. O planeamento das atividades a desenvolver em ambas as intervenções foi efetuado não só de acordo com o diagnóstico de situação, mas também com os objetivos estratégicos do PNS (2012-2016) dos determinantes de saúde relacionados com estilos de vida, tumores malignos do cólon e reto e doenças cerebrovasculares, o processo de planeamento em saúde a literacia em saúde e com o PNPAS no que se refere à alimentação saudável, estilos de vida saudáveis e rótulo alimentar.

G2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades: Relativamente às intervenções realizadas, interveio contribuindo no processo de capacitação de grupos, ao conceber um projeto no âmbito da prevenção e promoção da saúde, tendo tido em conta o diagnóstico realizado, ao implementar disciplinas de: enfermagem e educação, ao mobilizar algumas teorias referentes à promoção e educação da saúde como por exemplo o Modelo de Promoção de Saúde de Pender entre outros autores referidos nas atividades realizadas. Foi gerida a informação disponibilizada nas sessões de educação para a saúde de acordo com as características do grupo alvo (ajudantes de lar de idosos) e profissionais de saúde. Tendo desta forma, atingido a competência específica.

G3 – Integra a coordenação dos Programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução de objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde. Mediante a aplicação de um questionário antes e após cada intervenção de EpS ao grupo alvo e também o recurso à RSL da literatura com obtenção às melhores evidências científicas inerentes ao projeto.

G4 – Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico. Consciente da importância da vigilância epidemiológica, como instrumento para a análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde - doença, cooperando na vigilância epidemiológica do grupo abrangido mediante a intervenção realizada e identificação de fatores de risco relacionados com os estilos de vida, tendo atingido assim este objetivo.

Ao finalizar este relatório a formanda considera que os objetivos traçados e respetivos indicadores foram atingidos, as prioridades determinadas, as estratégias selecionadas, assim como a metodologia utilizada foram adequados ao sucesso do estágio e das competências enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2013). *Perfil de Saúde Local Área de Abrangência do ACES Lezíria*. ACES lezíria unidade de saúde pública. Lisboa e vale do tejo.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2013). *Regulamento Interno da Unidade de Saúde Pública Lezíria 2013*. Unidade de saúde pública. Santarém.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2013 – 2016). *Plano regional de saúde. 2013-2016*. Lisboa e vale do tejo.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I. P (2015). *Carta de compromisso*. Unidade de Saúde Pública.

Disponível em

http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/2374/US_PUBLICA.pdf

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2013 - 2015). *Plano de ação da Unidade de Saúde Pública Lezíria 2013 – 2015*.

Agrupamentos de Centros Saúde da Lezíria (2015) Plano Local De Saúde da Lezíria (2014-2016). Dez.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edição revista e atualizada. Lisboa. Edições 70, Lda.

Briggs, J. (2011). *Reviewers Manual*. The university of Adelaide.

Disponível em

<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>

Carpenito -Moyet, L J.da. (2006). *Manual de diagnósticos de enfermagem* (10 ed). Porto Alegre. Artmed.

Carta de Ottawa (1998). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. 1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde Ottawa, Canadá, 17 – 21 novembro de 1986.

<http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>

Carvalho, A.&Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures. Lusociência.

Cavada, G., Paiva, F., Helbig, E., & Borges, L. (2012, maio). *Rotulagem Nutricional: você sabe o que está comendo?* Brasil. *Brazilian Journal of Thecnology*, 84-88.

Disponível em

http://www.scielo.br/pdf/bjft/v15nspe/aop_bjft_15e0115.pdf

Circular normativa nº03/DSPCS (2006). Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Direção – Geral da Saúde (6 – 2 - 2006). Ministério da Saúde.

Disponível em

<https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>

Conselho Internacional de Enfermeiros (2003 out). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP*. Versão Beta 2 (2ª ed). IGIF e APE.

Conselho C 393/01. (2012). Informações das instituições, órgãos e organismos da união europeia. Conclusões do conselho, de 26 de novembro sobre a literacia. *Jornal oficial da união europeia* (19 - 12 - 2012), 393/1 -393/4.

Disponível em

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:393:0001:0004:PT:PDF>

Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. *Revista Portuguesa de Saude Pública*. *Enfermagem*, (2), 75 – 82.

Disponível em

<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>

Declaração de Jacarta (1997). *A Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI*. Adotado na Quarta Conferência Internacional. República de Indonésia. Sobre Promoção da Saúde.

Disponível em

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf

Despacho nº1916/2004. (2004). *Programa nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida saudáveis*. *Diário da República* 2ª Série N°23 (28 - 1 -2004), 1492.

Disponível em

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>

Despacho nº007/2012. Aprovado pelo Decreto Lei nº124/2011 de 29 de dezembro, Direção geral de Saúde. Ministério da Saúde.

Disponível em

https://www.bing.com/search?q=despacho+n%C2%BA+007%2F2012&form=EDGTCT&qS=HS&cvid=99f13b395aa1437eaa4e7ffb0c6bb1d3&cc=US&setlang=en-US&elv=AXXfrEiqqD9r3GuelwApulreb97wopouCAoi97aqEebZUY3XRRm9itSX*R%21091WmD9hC%21MJrRxdoOt0xeaT7B5SCbBCFjYmAO2aSbUDw8%21Pt

Despacho n.º 3618-A/2016(2016). Programa nacional para a saúde, literacia e autocuidados. Diário da República 2ª Série.Nº49(10- 3 - 2016), .8660 – 8660.

Disponível em

<http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4BDA6E5F-7D29-42D7-ACA0-B50BC852A3B3/0/73833787.pdf>

Despacho n.º 7516-A/2016 (2016).1ºSuplemento. Diário da República 2ª Série. Nº108 (6 - 6 - 2016),18034

Disponível em

https://dre.pt/home/-/dre/74604818/details/maximized?serie=II&print_preview=print-preview&day=2016-06-06&date=2016-06-01&dreId=74604813

Direção - Geral da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde. *Natureza e objetivos dos PNV*. Serviço Nacional de Saúde. Direção Geral de Saúde.

Disponível em

<http://pns.dgs.pt/planeamento-saude/natureza-e-objectivos-dos-planos-nacionais-de-saude/>

Direção - Geral da saúde (2011). *Sobre determinantes da saúde*. Francisco George. Serviço Nacional de Saúde Lisboa, setembro [publicado a 11 de março de 2014, em www.dgs.pt

<https://www.dgs.pt/director-geral/francisco-george/publicacoes-de-francisco-george.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012 - 2016* Serviço Nacional de Saúde

Disponível em

<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.

Direção-Geral da Saúde (2012a). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável – Orientações programáticas*.

Disponível em

<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-promocao-da-alimentacao-saudavel-pdf.aspx>

Direção - Geral da Saúde (2012b). *Programa nacional para as doenças cérebro- vasculares. Orientações programáticas*. Ministério da Saúde.

Disponível em

<http://www.dgs.pt/em-destaque/programas-de-saude-prioritarios-orientacoes-programaticas.aspx>

DGS (2015). Plano Nacional de Saúde. *Revisão e extensão 2020.Cidadania em saúde*.

Disponível em

<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2016). *Direção geral de saúde sugere descodificador de rótulos*. Serviço nacional de saúde. Nutrimento.

Disponível em

<https://www.dgs.pt/em-destaque/dgs-lanca-descodificador-de-rotulos.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2016).” *Curso “Coma melhor, poupe mais”*. Nutrimento. Blog do PNPAS: Programa nacional de promoção da alimentação saudável”. Acedido em 20 de junho de 2016 em

<http://nutrimento.pt/noticias/curso-coma-melhor-poupe-mais/>

Direção - Geral da Saúde. (2016). *Descodificador de rótulos*. Nutrimento. Blog do PNPAS: Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Acedido em 8 de julho de 2016 em

<http://nutrimento.pt/noticias/descodificador-de-rotulos/>

Fonseca, P.J., & Bélen, A. (2013). Comer para vencer o Cancro. Alfragide, lua de Papel.

Gesser - Edelsburg A., Endevelt, R., & Tirosh-Kamienchick, Y. (2013). *Nutrition labelling and the choices logo in israel: positions and perceptions of leading health policy makers*. Journal of Human Nutrition and Dietetics.27. pp.58 – 68.

Graça, P., Sousa, S., Correia, A, Salvador, C., Filipe, J., Carriço, J.&Gregório, M. (2015). *Alimentação saudável em números*. Programa nacional para a promoção da alimentação saudável. República Portuguesa. Portugal. Disponível em

<https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-2015.aspx>

Gregório, M., Santos, M., Ferreira, S., & Graça, P. (2012). *Alimentação inteligente coma melhor, poupe mais*. Direção – Geral da Saúde.Edenread Portugal.

Hernández, L., & Landi, S. (2011). *Promoting health literacy to encourage prevention and wellness: Workshop Summary* Rapporteurs; Roundtable on Health Literacy. Institute of Medicine.

Imperatori, E., & Giraldes, M. R (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde.

Instituto do Consumidor (2002). *Guia para uma escolha alimentar saudável – A leitura do rótulo*. (2ª ed). Faculdade de Ciências da Nutrição e da Alimentação da Universidade do Porto. Lisboa.

Internacional Coucil of Nurses (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem, versão 2*. Associação portuguesa de Enfermeiros. Lisboa.

Laverack, G., & Labonte, R. (2000). *A planning framework for community empowerment goals within health promotion*. Health Policy and Planning 15 (3), 255-262.Oxford.

Disponível em

<https://academic.oup.com/heapol/article/15/3/255/573300/A-planning-framework-for-community-empowerment>

Laverack, G. (2014). *The pocket guide to health promotion*. Open University Press.USA: McGrawHill.

Loureiro, I.; & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina

Nunes, P. (2013). *Uma especialista em nutrição no supermercado*. (2ªed.). Lisboa. A Esfera dos Livros.

Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. (1ªed.). Lisboa. Chiado Editora.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Acedido em 02 de outubro de 2016 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*.Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Pender, N (2011). *Health promotion model manual*. University of Michigan. Disponível em https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf

Pender, N. (2012). *Nursing theories a companion to nursing theories and models*. Health promotion model proposed by Nola Pender.

Disponível em

http://www.currentnursing.com/nursing_theory/application_nursing_theories.html

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health promotion model in nursing practice*. 7ª ed. New Jersey. Parsons Education.

Peres, E. (1997). *Saber comer para melhor viver*. Versão atualizada de Alimentação Saudável. (3ªed). Lisboa, Caminho.

Quivy, R.& Canpenhout, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*(3ªed). Lisboa. Gradiva.

Regulamento nº 122/ 2011 (2011). *Ordem dos enfermeiros regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República 2ª Série.Nº35 (18 - 02 -2011), 8648 - 8653.

Disponível em

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Regulamento_122_2011.pdf

Regulamento Nº128/2011(2011). *Ordem dos enfermeiros. regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde Pública*. Diário da República 2ªSérie.Nº35 (18 - 2 - 2011),8667 – 8669.

Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Regulamento (UE) Nº1169/2011 (2011). *Do parlamento europeu e do conselho. Jornal oficial da união europeia* (22 - 11 - 2011),304 -

Disponível em

[http://www.cvrdao.pt/images/documentos/Regulamento%20\(UE\)%201169-2011%20-%20de%2025%20de%20Outubro.pdf](http://www.cvrdao.pt/images/documentos/Regulamento%20(UE)%201169-2011%20-%20de%2025%20de%20Outubro.pdf)

Regulamento nº348/2015 (2015). *Ordem dos enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde Pública*. Diário da República: 2ª Série.Nº118. (19 - 6 - 2015), 16481 – 16486.

Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf acedido em 02/10/2016

Roquete, A. (2015). *As regras de ouro da nutricionista: como emagrecer sem privar-se de nada*. (19ª ed.). Lisboa. A Esfera dos Livros.

Santos, C., Simões, A., Atalaia, J., Maranga, A., Gil, C., & Ribeiro, S. (2011). *Melhorar a vida - Um guia de marketing social. Portugal. Fundação CEBI*.

Slidshare. (2017) *Figuras de Rótulos alimentares*. Google.

Disponível em

<https://www.google.pt/search?q=rotulos+de+alimentos+tamanho+pequeno+sem+publicidade+de+alimentos&tbm=isch&imgil=eLOMijPi8zg14M%253A%253BunjqoJjexA8NCM%253Bhttps%25253A%25252F%25252Fpt.slideshare.net%25252Ffernandafsampaio%25252Fmanual-consumidor->

Souza, S., Lima, K., Miranda, H. & Cavalcanti, F. (2011). *Utilização da informação nutricional de rótulos por consumidores de Natal*. Brasil. Rev Panam Salud Publica,29 (5), pp.337 – 43.

<https://www.passeidireto.com/arquivo/19468480/utilizacao-da-informacaoutilizacao-da-informacao-nutricional-de-rotulos>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ª ed). Loures: Lusodidacta.

Tomey, A., & Alligood, M. (2004) *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª ed). Loures: Lusociência.

World Health Organization (1998). *The world health report. Life in de 1st century*. A vision for all. Switzerland.

Disponível em

http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf

World Health Organization (1998). *The World health report. Life in the 21st century*. A vision for all.

Disponível em

http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf

World Health Organization (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. WHO Centre for Health Development. Ageing and Health Technical Report Volume 5.

Disponível em

http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

World Health Organization (2008). *Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2008 – 2013*.

Disponível em

http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf

World Health Organization (2014). *European food and nutrition action – plan 2015 - 2020 Regional committee for europe 64TH session*. Copenhagen, Denmark. September. Europe.

Disponível em

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf

World Health Organization (2016). *Código europeu contra o cancro. International agency for research cancer*.

Disponível em

<http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pt/>

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
6º CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II

Projeto de Intervenção Individual



Promoção da Literacia em Saúde:
A interpretação dos rótulos alimentares

Mestranda
Sandra Esteves nº
100431001

Professora orientadora
Alcinda Reis

Enfermeira cooperante
Verónica Tavares

Santarém, junho de
2016

Pensamento

“Sê a mudança que desejas ver no mundo”

Mahatma Gandhi

ABREVIATURAS E SIGLAS

USPL- Unidade de Saúde Pública da Lezíria

S.N.S -Sistema Nacional de Saúde

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACESL- Agrupamentos de Centros de Saúde da Lezíria

PNPAS – Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO - World Health Organization

IARC - Agência Internacional de Pesquisa Sobre Câncer

Índice

Introdução.....	82
Objetivo geral:	84
Objetivos específicos:	84
1 - Contextualização	85
2 – Plano de Intervenção	90
3 – Considerações Finais	95
4 - Plano de atividades/Cronograma.....	96

Introdução

A realização deste projeto surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio II e Relatório do curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém e tem como objetivo a programação das atividades a desenvolver.

O estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública Lezíria (USPL), pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) - Lezíria, no período de 31 de maio de 2016 a 25 de novembro de 2016.

Cada ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) tem uma USP (Unidade de Saúde Pública), a qual abrange toda a área geodemográfica do ACES em que se insere e dispõe de profissionais com competências específicas em epidemiologia, planeamento e administração da saúde, intervenção comunitária, saúde ambiental e comunicação em saúde, que constituem ferramentas que utilizam para planear e agir sobre os problemas de saúde de uma dada população e os determinantes que lhe estão associados.

O ACES Lezíria engloba nove concelhos: Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém.

A intervenção da USP é dirigida à comunidade, exige o envolvimento desta, dos seus líderes e organizações. A intervenção, assenta num trabalho multidisciplinar e interinstitucional, implicando a articulação e participação das restantes Unidades Funcionais do ACES.

O documento base que dirige as atividades a desenvolver pela USP ao longo do ano é o seu Plano de Ação (USP,2013) onde explicita os objetivos, os indicadores de execução e metas a atingir em cada uma das atividades, assim como os recursos necessários para realizar estas ações. Este integra um capítulo denominado Planeamento em Saúde do qual emergiu o Perfil de Saúde (USP; 2013) e posteriormente o Plano Local de Saúde da Lezíria 2014/2016 (USP, 2015), no qual são definidos os principais problemas de saúde que afetam a população abrangida pelo ACES Lezíria.

Segundo o Perfil de Saúde Local do ACES Lezíria, foram identificadas como problemas as doenças cerebrovasculares (Taxa de mortalidade de 87,9% na Lezíria do Tejo relativamente a 80,1% no Continente) e os tumores malignos do cólon e do reto (Taxa de mortalidade de 23,1% na Lezíria do Tejo relativamente a 21.3% no Continente), segundo o Plano Local de Saúde (USP, 2015).

Os determinantes de risco para ambos os problemas estão relacionados com a alimentação. Para os tumores malignos do cólon e reto influencia a dieta pobre ao nível do consumo de legumes, fibras e frutas bem como o facto de ser rica em carnes vermelhas e gorduras. As doenças cerebrovasculares estão associadas ao excesso de sal e gorduras. Por sua vez, foram definidos como determinantes protetores para ambos os problemas, a dieta equilibrada e a literacia em

Saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) “Há uma forte e crescente evidência de que um consumo suficiente de frutas e verduras ajuda a prevenir muitas doenças e promove a boa saúde, mas uma grande parte da população mundial consome muito pouco”. Por outro lado, também refere que:” estima-se que o baixo consumo de frutas e verduras cause cerca de 31% das isquemias cardíacas e 11% dos acidentes cardiovasculares em todo o mundo. A Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC) da OMS estima que a proporção de cancro prevenível devido ao baixo consumo de frutas e verduras é de 5-12% para todos os casos de cancro e entre 20-30% nos casos de cancro gastrointestinal.”
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/releases/pr84/en/>

O PNS (DGS, 2015, p. 14) propõe “... uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende.” pelo que o presente projeto incidirá no âmbito da Literacia em Saúde

O PNS (DGS, 2015, p.21) refere ainda que “Capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment). A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços.”

Assim, é importante investir na promoção de uma alimentação saudável junto da população, informando-a relativamente aos hábitos alimentares considerados mais saudáveis bem como alertar para a existência do rótulo alimentar que visa, promover escolhas mais saudáveis na aquisição de produtos alimentares, visto que desta forma se poderá contribuir para melhorar a saúde dos indivíduos e da população em geral.

O rotulo alimentar fornece informação nutricional orientando para uma alimentação mais saudável, evitando os ingredientes prejudiciais à saúde.

Nesta base o enfermeiro especialista em saúde comunitária tem um papel preponderante pois a ele cabe, segundo o regulamento nº 128/2011, estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade, formular objetivos e estratégias face á priorização das necessidades em saúde estabelecidas, estabelecer programas e projetos de intervenção com vista á resolução dos problemas identificados entre outros
http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Este projeto, tem como objetivos

Objetivo geral:

- ✓ Aumentar a literacia em saúde da população ao nível da interpretação dos rótulos alimentares.

Objetivos específicos:

- ✓ Desenvolver sessões de educação para a saúde no âmbito da interpretação dos rótulos alimentares.
- ✓ Construir material de apoio ao nível da educação para a saúde no âmbito da interpretação dos rótulos alimentares.
- ✓ Sensibilizar os profissionais de saúde do ACES Lezíria para a promoção da saúde ao nível da rotulagem alimentar.
- ✓ Contribuir para a prática baseada na evidência através da Revisão Sistemática da Literatura
Pretende-se seguir a linha orientadora do modelo de promoção da saúde de Nola Pender, que segundo (Sakraida,2004) tem como finalidade o comportamento de promoção da saúde como “fim ou resultado de ação orientada no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos tais como o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva”, adequa-se a este projeto, visto que o mesmo será dirigido a um grupo de pessoas, por forma a promover estilos de vida saudáveis.

1 - Contextualização

Já em 1986, a carta de OTTAWA, referia que a promoção da saúde é o nome dado ao processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar (...) capacitar o acesso à informação, estilos de vida saudáveis e oportunidades que permitem opções saudáveis (...). A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as visto a atingir a melhor saúde.

Mais tarde, a OMS (Organização Mundial de Saúde) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de forma que promovam e mantenham boa saúde (OMS, 1998); é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades

<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>

Segundo o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, publicado no Diário da República, 2ª série -Nº40-10 de março de 2016, literacia em saúde é a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde no quotidiano e também no que diz respeito ao desenvolvimento do sistema de saúde visto conter elementos essenciais ao processo educativo proporcionando desta forma capacidades indispensáveis para o autocuidado (DR - Despacho n.º 3618-A/2016). Este conceito de literacia está associado ao de promoção da saúde, que propõe efetuar mudanças envolvendo as componentes cognitiva e de motivação (Damásio e Tannahill, 2003). É de referir que "...uma comunidade com um bom nível de literacia sabe como equilibrar autonomia com a procura de resposta às suas necessidades, colaborando com os profissionais de saúde (...) com quem estabelece interações relevantes para a sua saúde" (Loureiro e Miranda, 2010). Desta forma os indivíduos devem ser incentivados pelos profissionais de saúde a adquirir um maior controlo no seu quotidiano, bem como, os cuidados de saúde devem ter em conta as necessidades e valores dos mesmos, por forma a poderem-se adequar às suas preferências e antecipar as suas necessidades.

O Programa Nacional de Saúde, contempla o desenvolvimento de um programa nacional de educação para a saúde no âmbito da literacia e autocuidado. De acordo com este programa existem estudos recentes que revelam a existência de baixos níveis de literacia em Portugal. É de referir que para existir uma efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde é crucial que a literacia e o autocuidado tenham uma grande importância para a promoção e proteção da saúde da população, constituindo por isso, um fator relevante para a sustentabilidade do SNS.

Este programa visa também reforçar o papel do cidadão no SNS português, permitindo que mediante a informação do conhecimento e da decisão informada os mesmos sejam veículos privilegiados desse reforço (Programa Nacional SNS - <https://www.sns.gov.pt/programa-nacional-educacao-literacia-e-autocuidados/programa-nacional/>).

Poderemos então afirmar que a literacia no âmbito da interpretação do rótulo alimentar passa por um conhecimento mais aprofundado da população, relativamente à composição dos (nutrientes) alimentos adquiridos no ato da sua compra, bem como compreender o impacto das suas escolhas alimentares sobre a sua saúde, o meio ambiente e a nossa economia. Escolhas alimentares saudáveis têm um grande impacto na diminuição do aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis como as relacionadas com os tumores malignos do cólon e reto e as doenças cerebrovasculares entre outras. Acreditando que ao sermos consciencializados relativamente à escolha dos nossos alimentos, capacitar-nos-emos a proceder a escolhas informadas.

A literacia ao nível da interpretação do rótulo alimentar a longo prazo é emergente, visto que um conjunto de vários conhecimentos, habilidades e comportamentos são necessários para planear, gerir, preparar e comer alimentos para atender às necessidades e determinar o seu consumo de forma consciente.

Segundo a Direção Geral de Saúde os fatores que influenciam, ou seja, que afetam ou determinam a saúde dos cidadãos são em regra designados determinantes de saúde. A promoção de uma boa nutrição e hábitos alimentares saudáveis é essencial para uma boa saúde, bem como a qualidade da nutrição que é uma influencia importante na prevenção da doença, daí a necessidade de educar a população em geral o mais precocemente possível por forma a concretizar estes objetivos.

Os principais fatores de risco das doenças cardiovasculares podem ser modificados por mudanças no estilo de vida, incluindo os hábitos alimentares. Os tumores do cólon e reto são considerados a terceira prevalência mais comuns em ambos os sexos, devido ao consumo elevado de carnes vermelhas ou processadas e ao consumo insuficiente de vegetais e frutas. A redução destes fatores de risco reduzirá a incidência das doenças. O papel do profissional de saúde é também de educador, devendo criar condições para que as pessoas possam desenvolver as suas capacidades. Segundo Carvalho (2006: p.15). A educação é considerada uma das melhores formas para elevar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas Gonzalez (1998) citando Dias (1982) do mesmo modo “o homem é agente da sua saúde, já que deve desenvolver a sua capacidade de

criar bem-estar e defender a sua saúde. O homem é o agente da sua própria educação através da interação permanente da sua reflexão e das suas ações”. Sendo assim e segundo alguns estudos um estilo de vida saudável, além de prevenir mortes prematuras, contribui de forma importante para uma boa saúde e conseqüentemente uma boa qualidade de vida. Desta forma os profissionais de saúde podem informar a população relativamente aos riscos, sinais e sintomas da doença e das oportunidades de rastreio relativamente às mesmas. O fator de base para melhorar a saúde dos indivíduos ao nível da sua saúde é a educação.

O Programa Nacional para a Promoção de uma Alimentação Saudável (PNPAS, despacho nº 007/2012, Decreto-lei nº 124/2011 de 29 de dezembro), tem em conta o procedimento relativo ao reforço das competências respeitantes aos programas verticais de saúde de doenças cardiovasculares e doenças oncológicas entre outras. Este programa tem o intuito de dar conhecimento sobre consumo alimentar da população portuguesa, seus determinantes e conseqüências, promover práticas alimentares saudáveis mediante informação e capacitação para a compra de alimentos saudáveis e de boa qualidade nutricional, desenvolver estratégias que melhorem a qualificação e o modo de atuação dos profissionais de saúde que pela sua atividade possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar, tendo o objetivo de melhorar o estado nutricional e saúde da população. Tudo isto poderá prevenir a morte prematura proveniente das doenças crónicas de base alimentar provenientes de dietas desequilibradas.

Segundo a DGS (A saúde dos Portugueses. Perspetivas 2015), foi utilizada uma medida denominada DALY (Disability Adjusted Life Lost) à carga da doença, representando esta um indicador referente aos anos perdidos de vida saudável devido a doença, lesão ou fator de risco, resultando este da soma de dois indicadores diferentes:

- Anos de vida perdidos (YLL-Years of Lived with Disability) que mede a mortalidade prematura.
- Anos vividos com incapacidade (YLD- Years Lived with Disability)

Resumindo assim: $DALY=YLL+YLD$. A carga global da doença não se resume somente á mortalidade prematura, visto que a morbilidade e a incapacidade podem representar uma importante parcela dos anos de vida saudável perdidos.

De acordo com a evidência científica mais recente, pelo menos um terço dos tipos mais recentes e comuns de cancro pode ser prevenido mediante a adoção de comportamentos saudáveis de alimentação. O consumo moderado de carne e o aumento de frutos e hortícolas no dia a dia

podem ter um papel determinante. A sua eficácia será tanto maior quanto mais precocemente se inicie, de preferência na infância.

Portugal é um país que tem na sua gastronomia uma dieta mediterrânica, isto é: a gordura de eleição é o azeite, as carnes brancas são consumidas em maior quantidade, cereais sempre presentes, bem como o peixe, queijo e manteiga, vegetais e fruta sendo esta considerada a dieta mais saudável (<https://plus.google.com/+giselapereiravieira>).

Desde dezembro de 2014 que entrou em vigor uma norma que estabelece os novos requisitos de rotulagem de alimentos, aprovada pelo Parlamento Europeu e o Conselho Europeu em 2011, garantindo desta forma que os cidadãos recebam informação mais clara, completa e precisa sobre o conteúdo dos alimentos. Este regulamento (UE) nº 1169/2011, passou a ser aplicado desde 13 de dezembro de 2010. Esta normativa consolida e atualiza dois campos da legislação no que diz respeito à rotulagem: os rótulos gerais dos alimentos, regulamentado pela diretiva 2000/13/CEE, e da rotulagem nutricional obrigatória, objetivo da diretiva 90/496/CEE.

O objetivo do regulamento é permitir um alto nível de proteção de saúde dos consumidores, garantindo desta forma o seu direito à informação para que estes tomem decisões com conhecimento de causa e conscientes.

Mediante estas regras a informação ao consumidor pode melhorar tornando-a mais clara e precisa, legível e esclarecedora, permitindo-lhe fazer escolhas mais conscientes. Pretende-se assim informar de uma forma simples e rápida os consumidores quanto ao conteúdo de cada alimento, por forma a que qualquer pessoa mesmo sem grandes conhecimentos, consiga perceber se determinados alimentos são ou não saudáveis.

A informação existente nos rótulos dos alimentos auxilia os consumidores na escolha de produtos mais acertados, permitindo comparar e escolher a melhor opção entre diversas marcas existentes no mercado.

Os rótulos são elementos essenciais, de comunicação entre o produtor e consumidor. Este influencia a escolha deste último na hora de adquirir determinado produto alimentar. Por isso é importante que as informações sejam legíveis e de fácil compreensão.

Por outro lado segundo o Diário da Republica, 2ª série-Nº 35-18 de fevereiro de 2011, cabe ao enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública, estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados, contribuir, promover e capacitar grupos e comunidades. Uma vez que a saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros, deve ser capaz de tomar decisões e assumir o controlo sobre as circunstâncias da sua própria vida.

Na perspectiva de desenvolver competências na área desta especialização, elabora-se este projeto, que se enquadra nas atribuições da USP que constam no seu Regulamento Interno (USP,2013), nomeadamente:

- Gerir programas e projetos nas áreas de proteção e promoção da saúde da população;
- Participar na execução das atividades no que diz respeito aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente.

O projeto de intervenção denomina-se “Promoção da Literacia em Saúde: A interpretação dos rótulos alimentares”, com enfoque na prevenção primária e destinado à população em geral, (Stanhope e Lancaster,2011) referem que a prevenção primária, não é somente promover a saúde, mas também proteger contra as ameaças á saúde. Promove a resiliência bem como os fatores protetores ou reduz a suscetibilidade e a exposição a fatores de risco destinando -se essencialmente á promoção de fatores protetores de saúde.

Tendo subjacente, o modelo de Nola Pender (Sakraida,2004) pretende-se desenvolver um compromisso de plano de ação, que desencadeie um comportamento de promoção de saúde. Sendo importante identificar os principais conceitos deste modelo, como as barreiras, benefícios e autoeficácia percebida.

Estratégias

Aproveitar a oportunidade das intervenções já programadas nos Lares de idosos, para se realizar sessões de educação para a saúde dirigidas às ajudantes de lares de idosos no âmbito do programa de promoção da segurança alimentar nomeadamente no que diz respeito à interpretação do rotulo alimentar.

Articulação com nutricionista que desenvolve projeto da ARSLVT sobre a Dieta Mediterrânica nas escolas, para validação dos conteúdos do material de apoio.

Realização de Revisão Sistemática da Literatura.

Elaboração de material de apoio, nomeadamente: apresentação para sessões e dinamização de salas de espera e folheto.

Apresentação do material de apoio na reunião com os concelhos técnicos das USF/UCSP e UCC e portal do ACES Lezíria.

2 – Plano de Intervenção

Competências	Objetivos Específicos	Atividades	ONDE	Horizonte Temporal	Indicador de Avaliação
<p>1) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade G1</p> <p>Formula objetivos e estratégias face à</p>	<p>1) Conhecer o Plano de Ação, Perfil de Saúde Local da área de abrangência do ACES Lezíria e o Plano Local de Saúde da Lezíria.</p>	<p>Reunião com Enfermeira Cooperante da Unidade de Saúde Pública do ACES Lezíria.</p>	<p>USP de Santarém</p>	<p>01 junho 2016</p>	
	<p>1.1) Integrar a equipa de Enfermagem da USP e colaborar num projeto dentro do âmbito do estágio.</p> <p>2) identificar as prioridades de intervenção na comunidade</p>	<p>Enfermeira cooperante da USP.</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica no âmbito da temática a abordar</p>	<p>Unidade Saúde Pública Lezíria</p>	<p>Ao longo do estágio</p>	

<p>priorização das necessidades em saúde estabelecidas G1.3.</p>					
<p>Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade G1.2</p>	<p>Definir área de intervenção e estratégias</p>	<p>Colaboração em projetos de implementação, dentro do âmbito do estágio</p>	<p>A aluna</p>	<p>Ao longo do estágio</p>	<p>Participar na divulgação do projeto</p>
<p>Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>	<p>Elaborar projeto</p>	<p>Participação na reunião mensal com os outros membros da equipa multidisciplinar</p>	<p>Sede da USP</p>	<p>1ª apresentação em data a designar</p>	
		<p>Apresentação do projeto aos</p>	<p>USP</p>		

<p>G1.4</p> <p>Estabelece programas e projetos de intervenção com vista á resolução</p>	<p>Articular com nutricionista da ARSLV na elaboração do material de apoio, nomeadamente o panfleto.</p>	<p>profissionais de saúde da USP.</p> <p>Construir material de apoio ao nível da educação para a saúde no âmbito da interpretação dos rótulos alimentares.</p>	<p>USP/Aces Lezíria</p>	<p>Julho de 2016</p> <p>Ao longo do estágio</p>	
---	---	--	--------------------------------	---	--

<p>dos problemas identificados G1.4</p> <p>Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades G2</p>	<p>Promover a auto capacitação no âmbito da interpretação dos rótulos alimentares ás ajudantes de lar de idosos.</p>	<p>Desenvolver sessões de educação para a saúde no âmbito da interpretação dos rótulos alimentares.</p> <p>Reunião com o responsável da formação/informação</p>	<p>Lares de idosos da Lezíria.</p> <p>Elaboração de material de apoio, nomeadamente: apresentação para sessões e dinamização de</p>	<p>Ao longo do estágio.</p> <p>Ao longo do estágio</p>	<p>Nº de sessões programadas _____x</p> <p>100</p> <p>Nº de sessões efetuadas</p>
--	--	---	---	--	---

	<p>Sensibilizar e informar os profissionais de saúde para a promoção da saúde ao nível da rotulagem alimentar.</p>	<p>do ACES Lezíria para divulgação da informação no Portal do ACES.</p> <p>Apresentação do projeto implementado Reunião do Conselho Técnico</p>	<p>salas de espera e folheto.</p> <p>Médicos e Enfermeiros</p>	<p>Aces Lezíria</p> <p>Outubro de 2016</p>	<p>Abranger pelo menos 90% dos profissionais na reunião de conselhos técnicos</p>
--	---	---	--	--	--

3 – Considerações Finais

Este projeto permitir-me-á conhecer o trabalho realizado em contexto da Unidade de Saúde Pública do ACES Lezíria, o que é uma mais valia visto não estar dentro deste contexto de trabalho no meu dia a dia, não só terei oportunidade de adquirir competências em outras áreas como contribuir para um projeto que a USP considera ser uma importante e urgente área de intervenção.

O projeto de estágio, permite transmitir o que se pretende realizar ao longo do estágio, servindo como uma linha orientadora e flexível para esse mesmo percurso.

Visto que a literacia em saúde alimentar bem como a leitura do rotulo alimentar, são temas pouco abordados, este projeto será um auxílio importante no aprofundar dos meus conhecimentos sobre a temática que é de extrema importância, já que são temas diretamente ligados à população que influenciam e contribuem para promover os estilos de vida saudáveis. De maior importância é a possibilidade de intervenção com auxílio dos profissionais de saúde a quem apresentarei o projeto, sendo estes o melhor veículo de aporte de informação para os cidadãos.

Pretende-se também que o trabalho realizado possa ter impacto na saúde da comunidade, contribuindo para um incremento da literacia e da capacidade da interpretação do rótulo alimentar quer pelos diversos materiais produzidos, bem como pelas ações desenvolvidas.

4 - Plano de atividades/Cronograma

Meses	Maio/junho					Julho				Agosto					Setembro				Outubro				Novembro														
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª	23ª	24ª	25ª	26ª											
Atividades	30 03	06 10	13 17	20 24	27 01	04 08	11 15	18 22	25 29	01 05	08 12	15 19	22 26	29 02	05 09	12 16	19 23	26 30	03 07	10 14	17 21	24 28	31 04	07 11	14 18	21 25											
Integração no local de estágio unidade de saúde pública Aces Lezíria. Elaboração do projeto de estágio										Férias de Verão																											
Consulta de documentação e bibliografia de apoio à execução das ações propostas.																																					
Consulta do Plano de Ação da USP e outros documentos.																																					
Identificação dos Projetos em curso na USP																																					
Apresentação do projeto em desenvolvimento e da temática em estudo à USP																																					
Revisão sistemática da Literatura em bases de dados científicas																																					
Elaboração de um folheto orientador relacionado com a leitura da rotulagem alimentar																																					
Informação relativamente á temática no portal do ACES																																					
Divulgação do projeto ao grupo de médicos e enfermeiros representantes do conselho técnico.																																					
Articular com nutricionistas da ARSLVT																																					
Elaboração do relatório																																					
Revisão Sistemática da Literatura																																					

ANEXO II – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ANEXO V - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES							
Meses	2016						
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Revisão Bibliográfica. Conhecer a organização, funcionamento, estratégia, carteira básica da USPL e outros documentos inerente à USP							
Reuniões com a professora Orientadora e enfermeira Cooperante no sentido da definição do projeto de estágio.							
Curso online “Coma Melhor Poupe Mais” Direção Geral De Saúde e composto por Três Módulos. Decorreu de 20 de junho a 7 de julho de 2016							
Elaboração do Projeto de Estágio							
Contactos com diretora técnicas dos lares da Santa Casa da Misericórdia da Chamusca e Coruche							
Elaboração dos diapositivos para realização das sessões, elaboração de Panfletos, impressão de Descodificadores de Rótulos e Certificados de Presença							
Realização de Sessões de Educação para a Saúde no lar de idosos da Stª Casa da Misericórdia da Chamusca e de Coruche respetivamente							
Apresentação do Projeto aos profissionais de saúde da USP Lezíria							
Seminários na Escola Superior de Saúde							
Apresentação dos resultados do Projeto aos profissionais de saúde do concelho clínico do ACES Lezíria							
Elaboração do relatório de estágio							
Discussão do Relatório Final de Estágio							

ANEXO III – PROJETO DA USPL

IX. PROJECTOS

Actualmente encontram-se a em desenvolvimento os seguintes projectos:

Promoção da Alimentação Saudável

- Projecto de **promoção da “dieta mediterrânica”** envolvendo as mulheres e mães, enquanto promotoras da alimentação saudável no seio da família;
- Projecto de **promoção da literacia para a saúde - “Leitura do Rótulo”**;
- Projecto de **vigilância das condições de higiene e segurança das cantinas escolares.**
- Programa de **vigilância e prevenção de doenças de origem alimentar em lares de idosos.**

Unidade de Saúde Pública

FICHA DE PROGRAMA

PROGRAMA/PROJECTO: SAÚDE AMBIENTAL - Vigilância de Estabelecimentos de Apoio Social
 GESTOR: Dr.ª Luisa Portugal
 EQUIPA COORDENADORA: Élia Viegas, Rosa Nascimento, Catarina Heitor

ENQUADRAMENTO/ CARACTERIZAÇÃO:

Este programa integra as instituições de apoio a idosos do ACES Lezíria com as seguintes tipologias:
 - lares, casas de repouso, residências assistidas;
 A integração destes estabelecimentos num Programa de Vigilância tem como finalidade evitar situações de grave risco para a saúde pública, decorrentes das condições higio-sanitárias, saúde e de funcionamento neste grupo específico de instituições.

Legislação aplicada:

- Dec-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março - define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social.
- Dec-Lei n.º 99/2011 de 28 de Setembro - Alteração ao Dec-lei 64/2007 de 14 de Março.
- Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março - define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas.

Objectivo Geral

Proceder à avaliação global das condições higio-sanitárias e de saúde nos estabelecimentos de apoio a pessoas idosas identificados e contribuir para a sua melhoria.

Objectivos Especificos

1. Avaliar as condições de higiene e segurança e de saúde dos estabelecimentos incluídos neste programa;
2. Promover a melhoria das condições observadas, mediante a proposta das necessárias medidas correctivas;
3. Classificar os estabelecimentos com as atribuições de "Mau", "Satisfatório" ou "Bom", através da utilização de grelha de avaliação uniformizada;
4. Auxiliar e acompanhar a implementação das medidas, de acordo com as solicitações apresentadas;
5. Efectuar uma monitorização específica dos locais com classificação "Mau";

ACTIVIDADES A DESENVOLVER:

1. Apresentação de lista com os estabelecimentos de apoio a pessoas idosas identificados pelo Aces Lezíria (nossa listagem 46 lares)
2. Actualizar a listagem de estabelecimentos existentes;
3. Visitar 50% dos estabelecimentos identificados. (23 lares)
4. Elaborar uma lista de verificação, de acordo com a legislação existente e normas de boas práticas aplicáveis;
5. Qualificar os estabelecimentos, de forma a permitir a sua classificação em "Mau", "Satisfatório" ou "Bom";
6. Visitar os estabelecimentos referenciados para verificação das condições de saúde, higio-sanitárias e de funcionamento, juntamente com a técnica de serviços da segurança social e enfermagem;
7. Elaborar e enviar um relatório com as propostas de melhorias e Indicação de um prazo para a sua execução;
8. Monitorizar a implementação das medidas, com especial incidência nos estabelecimentos com classificação "Mau" e/ou com parâmetros indicativos de elevado risco de insalubridade;
9. Elaborar relatório anual de avaliação dos estabelecimentos integrados no programa.
10. Programar Formação local aos cuidadores de idosos;
11. Golegã: sensibilização para a importância da implementação dos Planos de emergência interna - Programa local;
12. Elaborar o relatório anual de avaliação do programa.

**ANEXO IV – COMPROMISSO CONTRATUALIZADO / INDICADORES REGIONAIS A
CONTRATUALIZAR COM AS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA 2016**

Handwritten initials/signature

ANEXO II – COMPROMISSO CONTRATUALIZADO

INDICADORES REGIONAIS

Programas	Indicador	Meta
Planeamento em Saúde	Apresentação de um tableau de bord de monitorização e avaliação do Plano Local de Saúde, até 31.12.2015	1
	Apresentação do Plano de Contingência Local para a Doença por Vírus Ébola até 30.06.2015	1
	Apresentação do Relatório referente à implementação do Plano de Contingência Local para as Infeções Respiratórias e Gripe (Época 2014/2015) até 30.06.2015	1
Vigilância epidemiológica	% Notificações de tosse convulsa corretamente validadas em SINAVE	90%
Vacinação	PNV Cumprido aos 14 Anos	95%
	Taxa de cobertura vacinal da vacina DTPa (PNV cumprido) aos 2 anos	95%
	Taxa de Cobertura Vacinal da VSPRII aos 7 Anos	95%
Tabagismo	Implementação de projeto estruturado de prevenção do tabagismo de âmbito populacional, em Estabelecimentos de Educação e Ensino que lecionem o 2º e 3º Ciclo	60% (3º Ciclo) 25% (2º Ciclo)
Programa de Saúde Escolar	Implementação de projeto estruturado de âmbito populacional, em Agrupamentos de Escolas em, pelo menos, três das cinco áreas abaixo definidas* (uma das áreas deverá ser a educação sexual)	- Prevenção do Consumo Alcool - Promoção da Alimentação Saudável e Exercício Físico - Educação Sexual 50%
Saúde Ambiental - Planeamento em Emergências em Saúde Pública	Apresentação dos Relatórios de Avaliação do Plano de Contingência para as Temperaturas Extremas Adversas: Módulo Frio (até 30.05.2015) e Módulo Calor (até ao dia 15.10.2015)	2 Documentos
Programa de Promoção da Segurança Alimentar	Implementação de projeto estruturado de prevenção das doenças de origem alimentar, em lares de idosos	10 Lares
Programa de Vigilância Ambiental de riscos microbiológicos na água	Mapeamento e caracterização de torres de arrefecimento no âmbito da Prevenção da Doença dos Legionários	1

INDICADORES REGIONAIS A CONTRIBUIZAR COM UNIDADES SAÚDE PÚBLICA 2016		Programa	Propósito do Indicador	Evidência	Fonte Informação	Obrigações Regionais	NOTAS
2016-R1	Planeamento em Saúde	Apresentação de Plano de Contingência para as Temperaturas Extremas Adversas: Médio Calor (até ao dia 30/4/2016) e Médio Frio (até 30/9/2016)	Relatório (2 documentos)	USP/ACES	2 por ACES	Documentos sujeitos a novas orientações da DGS para planos de contingência.	
2016-R2	Vigilância epidemiológica	Proporção de notificações de Coerência dos legionários corretamente validadas em SINAVE		SINAVE	≥ 90%		
2016-R3		PNV Cumpriro aos 14 Anos		SINUS VACINAÇÃO	≥ 95%	Contribui para o QUAR 2016 ARSLVT	
2016-R4	Vacinação	Taxa de cobertura vacinal da vacina DTPa (PNV cumpriro) aos 2 anos		SINUS VACINAÇÃO	≥ 95%	Contribui para o QUAR 2016 ARSLVT	
2016-R5		Taxa de Cobertura Vacinal da VASPR II aos 7 Anos		SINUS VACINAÇÃO	≥ 95%	Contribui para o QUAR 2016 ARSLVT	
2016-R6		Taxa de cobertura vacinal contra a gripe sazonal em idosos institucionalizados		USP/USP	90%	Contribui para o QUAR 2016 ARSLVT	
2016-R7		Tabagismo	Implementação de projeto estruturado de prevenção do tabagismo de âmbito populacional, em Estabelecimentos de Educação e Desporto que funcionem o 2º e 3º Ciclo		USP	Abanagar 7, 85% dos estabelecimentos que tenham o 3º ciclo e 5, 25% dos estabelecimentos que tenham o 2º ciclo	Contribui para o QUAR 2016 ARSLVT
2016-R8		Avaliação de projeto estruturado de âmbito populacional, em Agrupamentos de Escolas nas 3 áreas abrangidas no ano letivo 2015/2016	Relatório final do ano letivo 2015/2016 até 30.07.2016 (3 documentos)	USP	Abanagar 5, 50% dos Agrupamentos de Escolas		
2016-R9	Programa de Saúde Escolar	Implementação de projeto estruturado de âmbito populacional, em Agrupamentos de Escolas na área educação sexual e numa das quatro áreas abaixo definidas*	Projeto apresentado sob a forma escrita até 31.07.2016 (2 documentos)	USP	Abanagar 5, 50% dos Agrupamentos de Escolas	Se selecionada a Área de promoção da alimentação saudável, o indicador contribui para o QUAR 2016 de ARSLVT	
2016-R10	Programa de Promoção da Segurança Alimentar	Implementação de projeto estruturado de prevenção das doenças de origem alimentar, em áreas de idosos*	Projeto apresentado sob a forma escrita até 30.06.2016	USP	Abanagar, pelo menos, 20% das áreas de intervenção de saúde pública que não tenham sido abrangidos no ano anterior.	O modelo-tipo de projeto DSP, e adaptar localmente.	
2016-R11		Reavaliação das áreas de idosos analisadas em 2015, para verificação das melhorias no âmbito do Projeto.	Relatório final do projeto até 31.12.2016	USP	1, relatório síntese global por ACES		
2016-R12	Programa de Saúde Oral	Taxa de utilização global de cheques dentista e referências para a Higienista Oral (7, 10 e 13 anos)		USP/ DSP (SSO)	≥ 65%	Contribui para o QUAR 2016 ARSLVT	

Área de promoção da alimentação saudável e atividade física
 Área de promoção da saúde mental
 Área de prevenção do consumo de álcool
 Área de promoção de ambientes seguros e saudáveis

ANEXO V – CURSO ONLINE “COMA MELHOR, POUPE MAIS”

nutrimento



Curso “Coma melhor, poupe mais”

Em tempos de crise, manter uma alimentação com qualidade pode tornar-se mais difícil. Nestes momentos, o conhecimento é fundamental para se comer de forma saudável, equilibrada e segura, gastando menos do que se pensa. No dia 20 de junho 2016 é lançado o Curso on-line “[Coma melhor, poupe mais](#)”.

Este tipo de curso (MOOC) foi desenvolvido pela U.Porto, em parceria com a Direção-Geral de Saúde e a unidade de Tecnologias Educativas da UPdigital. É dirigido à população em geral, utiliza uma linguagem muito simples e acessível, é gratuito e tem a duração de 4 semanas. Conta entre outros convidados com a colaboração do prestigiado Chef, Hernâni Ervinda e pode ser acompanhado em qualquer parte do país ou em qualquer outro local desde que tenha acesso à internet.

O MOOC irá apresentar, através de uma série de materiais (vídeos, textos de apoio, leituras, [animações](#), [vídeos](#) e [animações](#)), um conjunto de conceitos e ideias, práticas com o objetivo de demonstrar que é possível comer de forma saudável e ao mesmo tempo económica.

[Direção-Geral de Saúde](#), [inscrições são gratuitas, e podem ser feitas na página do curso na Mirada X.](#)

Alameda Afonso Henriques, 45
1049-015 Lisboa

Tel.: 218 430 500

<https://www.youtube.com/watch?v=r7QWd3PIJk0>

Email: prosa@dgs.pt

ANEXO VI – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



COMUNITÁRIA

6º CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II

Promoção da Literacia em saúde: Leitura dos rótulos alimentares.

Santarém, junho de 2016

Mestranda

Sandra Esteves n.º
100431001

Professora orientadora

Alcinda Reis

Enfermeira cooperante

Verónica Tavares

ABREVIATURAS E SIGLAS

PNS -Plano Nacional de Saúde

SP- Saúde Pública.

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

Pág. – Página

INTRODUÇÃO

NO âmbito da unidade Curricular Estágio II e Relatório de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Este documento emerge, visto ter sido proposto à aluna a realização de um trabalho de Revisão Sistemática da Literatura (RSL), tendo como documento orientador o protocolo do Joanna Brings Institute. Procurando realizar o processo de reflexão sobre a prática, mediante a formulação de uma questão de acordo com a metodologia PICO (população, intervenção, contexto) - Como é que os enfermeiros podem promover (I) nas pessoas adultas (p) a literacia em saúde na leitura do rótulo alimentar (o)? Após a formulação da questão, emergiram as palavras-chave Health literacy, Food labeling, People que delinearão a pesquisa. De seguida verificaram-se, se as palavras chaves eram descritoras na Mesh Browser. Verificando-se que todas as palavras eram Descritores Mesh,

Seguiu-se a pesquisa das palavras chaves nas bases de dados, PubMed, e na plataforma EBSCO, da qual foram obtidos 31 artigos, que foram avaliados com recurso ao PRISMA Flow Diagram do qual resultou um artigo. Atendendo à natureza do estudo do artigo, foi selecionado o instrumento de avaliação QARI, que foi aplicado por um revisor.

Title

Promoção da Literacia em saúde: Leitura dos rótulos alimentares.

Sandra Esteves

ESSS- Instituto Politécnico de Santarém - Portugal

Corresponding author:

Sandra Esteves

Email:sandraxanoca@sapo.pt

Review question/objective

Como é que os enfermeiros podem promover **(I)** nas pessoas adultas **(P)** a literacia em saúde na leitura do rótulo alimentar **(O)** ?

Background

O Programa Nacional de Saúde (PNS, 2016), promovido pelo Governo Português, tem em vista promover a saúde mediante uma nova ambição para a Saúde Pública (SP), com o desenvolvimento de um programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados.

Este programa define Literacia em Saúde como sendo a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida diária dos cidadãos, dizendo também respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, visto que contém elementos essenciais ao processo educativo, proporcionando capacidades indispensáveis para o autocuidado na comunidade a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2003) denomina comunidade como, “ um tipo de grupo com características específicas : o fenómeno de enfermagem é possuído por um grupo de seres humanos ligados entre si por partilharem uma área geográfica e situações ou interesses comuns.”

O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados é um dos métodos do Governo Português para estimular o papel ativo dos cidadãos no sistema de saúde português, através da informação, do conhecimento e da decisão informada, tornando-os veículos privilegiados desse reforço.

O conceito de literacia encontra-se associado ao de Promoção da Saúde, que propõe efetuar mudanças envolvendo as componentes cognitivas e de motivação (Damásio e Tannahill, 2003). É de Referir que “...uma comunidade com um bom nível de literacia sabe como equilibrar autonomia com a procura de resposta às suas necessidades, colaborando com os profissionais de saúde (...) com quem estabelece interações relevantes para a sua saúde “(loureiro e Miranda ,2010). Segundo Carvalho e Carvalho, 2006) “tanto a saúde como a doença são influenciadas, consideravelmente pelos fatores sociais e ambientais (...) a perda de saúde e as mortes prematuras estão ligadas aos estilos de vida, isto é, devido à adoção por parte dos indivíduos, grupos e comunidades de comportamentos saudáveis. As causas de morte referidas anteriormente recaem em dois grandes grupos: doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, sendo que ambas estão muito relacionadas com o estilo de vida.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2011) saber ler rótulos alimentares é importante para tomar melhores decisões em relação à escolha de alimentos, sugerindo um descodificador de rótulos, o qual consiste num cartão que pode ser facilmente transportado e consultado no momento de ir às compras. A DGS contempla um blogue, denominado *Nutrimento*, o qual contém o descodificador de rótulos, anteriormente referido, que é direcionado para alimentos e bebidas, contendo um “semáforo alimentar” referente ao teor em gorduras, gorduras saturadas, açúcar e sal.

Segundo o *Guia Para Uma Escolha Alimentar Saudável* (2002) é essencial informar e educar o consumidor, pois estes são meios eficazes para realizar escolhas saudáveis. Este refere que o rótulo alimentar permite ao consumidor obter melhor conhecimento do produto, referindo que quer as referências aí contidas, tenham leitura obrigatória ou adicional, são indispensáveis para uma escolha adequada dos alimentos, a qual contribui para uma melhor saúde.

O mesmo guia refere que a garantia da escolha alimentar saudável exige, por parte do consumidor, não apenas um olhar atento relativamente à informação contida no mesmo, mas também de um conjunto de atitudes e comportamentos.

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS, 2012) tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, referindo que um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem grande impacto e importância na prevenção e controlo das doenças mais dominantes a nível nacional, tais como as doenças do foro cardiovascular, oncológico, entre outras. Refere ainda que o aumento da literacia alimentar e nutricional e a capacitação dos cidadãos para escolhas e práticas alimentares saudáveis e o incentivo para as boas práticas sobre a rotulagem promovem uma adoção de um padrão alimentar mediterrânico, influenciando os mesmos a promover consumos alimentares de hortícolas frescos, sazonais, nacionais, pretendendo aumentar em 5% o número de consumidores que recorrem à rotulagem nutricional antes da aquisição de produtos alimentares.

Segundo (Stanhope e Lancaster, 2011) “A essência da perspetiva da Enfermagem orientada para a comunidade é a capacidade de observar a comunidade na sua globalidade , ao mesmo tempo que se aborda cada um dos seus componentes , de forma a perceber as necessidades totais da promoção da saúde, proteção da saúde, prevenção/enfermidade (...).Deste modo as autoras afirmam que é esta relação integrada entre todos os níveis anteriormente descritos, que faz a distinção da enfermagem orientada para a comunidade, bem como a promoção da saúde incluir o encorajamento dos indivíduos para adotarem estilos de vida saudáveis. Também Pender, Murdaught e Parsons (2011), diferenciam que os comportamentos de proteção da saúde, são comportamentos que diminuem a probabilidade de adoecer; enquanto que a promoção da saúde segundo as mesmas se refere a comportamentos promotores do bem-estar dos indivíduos ou grupos embora ambas sejam complementares entre si.

Citando Pender, Murdaught e Parsons (2011) define que promoção da saúde e saúde, pertencem ao paradigma da saúde, deste modo a promoção da saúde e a saúde da população são consistentes com os objetivos da enfermagem direcionada para a comunidade, para Loureiro e Miranda (2010) uma comunidade com um bom nível de literacia está mais apta a saber como equilibrar autonomia com a procura de resposta às suas necessidades, colaborando assim com os profissionais de saúde com quem estabelece interações relevantes para a sua saúde. Então as comunidades e os indivíduos deverão ser incentivados, apoiados para adquirirem um maior controlo nas suas vidas.

Keywords

Health Literacy (1)

Food Labeling (2)

People (3)

Inclusion criteria

Types of participants

Pessoas

Types of intervention of interest

Promoção da literacia em saúde na leitura do rótulo alimentar.

Types of outcomes

Promover a literacia em saúde das pessoas na leitura dos rótulos alimentares

Types of studies

Esta Revisão RSL assenta numa meta - síntese, enquadrando-se no paradigma interpretativo procurando a evidência qualitativa dos estudos.

Search strategy

As palavras chave foram validadas na plataforma Mesh Browser e sendo todas consideradas como descritores. Para a pesquisa foram utilizadas bases de dados científicas nomeadamente, PubMed e a plataforma EBSCO onde se incluí a CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing&Allied Health Collection: Comprehensive. e MedicLatina As pesquisas foram realizadas no Cartaxo a 16/07/2016

Pesquisa de Artigos nas Bases de Dados

Base de Dados Palavras Chave	PUBMED	Plataforma EBSCO			
		CINAHL Complete	Medline Complete	MedicLatina	Nursing Allied Health Collection: Comprehensive
Health Literacy (1)	3461	655	2	65	2,081
Food Labeling (2)	1495	51		17	258
People (3)	14607	20,898	130	3,552	71,057
1+2	26	3		3	8
1+3	2769	3		3	1,601
2+3	603	32	1		177
1+2+3	20	1		3	7

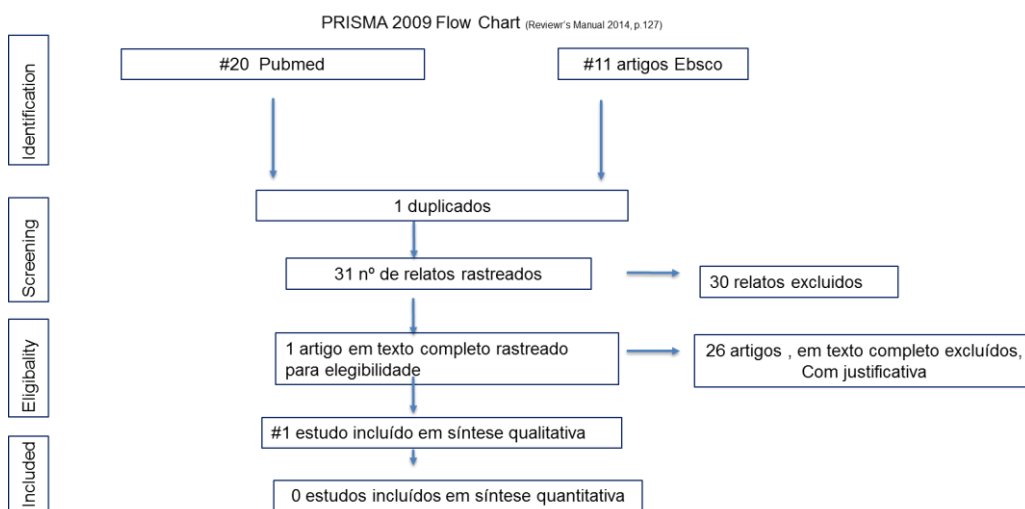
LIMITADORES UTILIZADOS NA PESQUISA DAS BASES DE DADOS

BASE DE DADOS	LIMITADORES DE PESQUISA
PubMed	5 anos; humanos; texto completo.
EBSCO	Booleano Pesquisa texto completo dos artigos 5 anos (julho 2011 a julho 2016) humano; texto completo em PDF língua Inglesa e Portuguesa; idade: mais 19-44.

PESQUISA MODOS E EXPANSORES / LIMITAR RESULTADOS

Pesquisar modos e expansores /limitar resultados	Booleano Pesquisa texto completo dos artigos 5 anos (julho 2011 a julho 2016)
Limitadores especiais para CINAHL Complete	Humano Língua inglesa texto completo em PDF Qualquer autor é enfermeiro. Idade: + 19 – 44
Limitadores especiais para MEDLINE Complete	Humano Idade: + 19 – 44 Português Língua inglesa
Limitadores especiais para Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo em PDF
Limitadores especiais para MedicLatina	Texto completo em PDF

Assessment of methodological quality



Após a aplicação do Prisma 2009 flow Chart e tendo em conta os critérios de exclusão de artigos encontrados, estudos cujo friso cronológico fosse inferior a 19 A e superior a 44 anos, artigos no âmbito de doenças específicas sem interesse para o estudo. No entanto, tendo como critérios de inclusão, temas relacionados com literacia e promoção da saúde na leitura do rótulo alimentar às pessoas, bem como qualquer autor ser enfermeiro. É de realçar que se recorreu a outras bases de dados por forma a abranger várias idades nos adultos.

A metodologia que foi aplicada, originou mediante seleção prévia um artigo intitulado: *Nutrition labelling and the choices logo in Israel: Positions and Perceptions of leading Health policy makers.*

Este artigo é um estudo qualitativo que permite a interpretação de um fenómeno que foi avaliado.

Tendo sido utilizada o instrumento de QARI para a extração dos dados mediante a avaliação da qualidade metodológica.



Título Public Health Nutrition and Epidemiology Nutrition Labeling and the Choices logo in Israel: positions and perceptions of leading health policy makers.

Revisor Sandra Esteves

QARI						COMMENTS		
Criteria		y	n	unc	na			
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	y						
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	y						
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	y						
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	y						
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	y						
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	y						
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.	y						
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	y						
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	y						
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	y						
Absolut Value		10						

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Inequivoco [] **Credível** [] **Indefinido** []

Fundamentação: O artigo enfatiza a importância da criação de um programa de integração da promoção da saúde nutricional bem como a mediação ativa e apoio de profissionais em comunicar isso para o público

comunicar isso para o público

Dimensões	Descrição das características
Método	Qualitativo
Fenómeno de interesse	Rotulo nutricional e o logotipo escolhas em Israel: posições e perceções dos principais fabricantes de política de saúde
Contexto de cuidados	O estudo envolveu em profundidade face a face e telefone entrevistas com 15 nutricionistas seniores e funcionários do Ministério da Saúde, foram usando protocolos semiestruturados incluindo perguntas sobre rotulagem nutricional e o logotipo escolhas.
Origem geográfica	Israel
Origem cultural	Israel
Participantes	Líderes de opinião em Israel, Dietistas: posição de gestão, anos de mandato, a adesão à Associação Dietética Israel (IDA) representação relativa de nutricionistas de hospitais, da comunidade e da indústria. Funcionários do Ministério da Saúde: Gestores seniores nas áreas de nutrição, promoção da saúde e do porta-voz do ministério. Grupos focais com consumidores.
Conclusões dos autores	É importante promover o diálogo entre a indústria da comissão científica e os principais profissionais para realizar o objetivo da saúde pública: Promovendo a prevenção de nutrição da obesidade e doenças crónicas em Israel. Enfatiza a importância da criação de um programa de integração da promoção da saúde nutricional utilizando o social de mercado para recomendar mudanças e ajustes na rotulagem nutricional como parte de um conhecimento geral em nutrição e comportamento, bem como a mediação ativa e apoio de profissionais em comunicar isso para o público :
Comentários do revisor	Estudo qualitativo de entrevistas. As conclusões decorrem dos achados das entrevistas. O estudo cumpriu as normas éticas

Identificação das categorias

Nome	Literacia em saúde	
Descrição Ilustração no texto	<p>Primeiro vamos especificar as falhas relativas aos painéis de factos nutricionais tanto em termos de conteúdo, clareza e alfabetização da subpopulação de Israel e do aspeto visual (gráficos, o tamanho, idioma e local) pág. 64</p> <p>Três entrevistados do Ministério da Saúde foram a exceção, quando opinou que a rotulagem nutricional tal como está hoje é relativamente eficaz .um</p>	<p>first we will specify the shortcomings concerning the nutrition facts panels both in terms of contents, clarity and the literacy of different sub population in Israel and from the visual aspect (Graphics, size, language and location) pag 64</p> <p>Three health Ministry interviewees were the exception, when they opined that nutrition labelling as it stands today is relatively effective .one stressed that even if the</p>

	<p>salientou que, mesmo que a visibilidade da rotulagem seja problemática, a solução não é mudar a rotulagem, mas a educação para sensibilizar o público para usar a rotulagem nutricional pág. 64</p> <p>Alguns dos entrevistados argumentaram que, embora o objetivo do rotulo seja fornecer um índice credível para diferentes populações, requer um alto nível de alfabetização pág. 64</p> <p>O painel de informações nutricionais por trás do pacote não serve determinadas subpopulações em Israel e na verdade serve como obstáculos para as populações mais frágeis, como os imigrantes e os idosos pág. 64</p> <p>É difícil para o público decifrar o painel de informações nutricionais, mesmo se eles olharem para os ingredientes do produto pág. 64</p> <p>Uma nutricionista disse que o público em geral precisa de apoio profissional para descodificar os rótulos nutricionais como eles estão hoje porque eles não são do conhecimento intuitivo, mas de conhecimento adquirido pág. 64</p> <p>A indústria será obrigada a melhorar os seus produtos. A maioria dos entrevistados notou que por causa do gráfico existe uma necessidade de uma rotulagem julgamento integrativo, tal como as escolhas do logotipo que deve ser baseado em critérios científicos e ser capaz de simplificar o consumidor a escolher um melhor produto da categoria e criar acessibilidade psicológica e economizar tempo. Pág. 65</p>	<p>visibility of the labelling is problematic, the solution is not to change the labelling but education to raise public awareness of using nutrition labelling pag 64</p> <p>Some of de interviewees argued that, even though de purpose of the chart is to provide a credible index for different populations, it requires a high level of literacy pag 64</p> <p>The nutrition facts panel of de back of de package do not serve certain subpopulations in Israel and in fact serve as obstacles for weaker populations, such as immigrants and the elderly pag 64</p> <p>It is difficult for the public to decode the nutrition facts panel even if they look at the ingredients' pag 64</p> <p>Many consumers do not know that the higher ingredient appears on the list of ingredients, the higher its percentage in the product. pag64</p> <p>One dietitian said that general public needs professional support to decode nutrition labels as they stand today</p> <p>because they are not intuitive knowledge but acquired knowledge 64</p> <p>The industry will be forced to improve its products. Most of the interviewees noted that because of the chart there is a need for an integrative judgmental labelling such as the choices logo, which should be based on scientific criteria and be able to simplify the choice for the consumer to choose a better product from the category create psychological accessibility and save time. Pag 65</p> <p>Claimed that the location of the chart and the small letters it uses undermine the publics ability to find it on the package and find the information they are looking for. (...) I Want simple and legible information. It is very difficult to read small print. I usually do not</p>
--	--	--

	<p>Afirmou que a localização do gráfico e as letras pequenas que utilizam debilitam a capacidade do público para encontrá-lo na embalagem e encontrar a informação que estão á procura. (...)eu quero informação simples e legível. É muito difícil de ler letras pequenas. Eu normalmente não levo os meus óculos ou lente de aumento para o supermercado. Pág. 64</p> <p>Uma única rotulagem regulamentada para evitar a confusão dos consumidores ", porque o público não vai saber a diferença entre um rótulo e outro.pag 65</p> <p>A indústria será obrigada a melhorar os seus produtos.pag 65</p> <p>O consumidor israelense tem um problema de alfabetização com o gráfico, existe a necessidade de uma rotulagem com julgamento integrativa, como o logotipo escolhas, que deve ser baseada em critérios científicos e ser capaz de simplificar a escolha do consumidor para escolher um melhor produto da categoria e criar acessibilidade psicológica e economizar tempo. Pág. 65</p>	<p>bring my glasses or magnifying glass to the supermarket. Pag 64</p> <p>A single regulatory labelling to prevent consumer confusion</p> <p>“because the public will not know the difference between one label and another 65</p> <p>The industry will be forced to improve its products 65</p> <p>The Israeli consumer is literacy problem with the chart there is need for an integrative judgmental labelling such as the Choices logo, which should be based on scientific criteria and be able to simplify the choice for the consumer to choose a better product from the category create psychological accessibility and save time. Pag 65</p>
<p>Nome</p>	<p>Rótulo Alimentar</p>	
<p>Descrição Ilustração no txt</p>	<p>Etiquetas ao lado de declarações comerciais na parte da frente do pacote minam a credibilidade pág. 65</p> <p>Sete entrevistados apontaram que os gráficos de análise nutricional por 100 g, em vez de por porção são problemáticos para a maioria dos consumidores, porque é difícil e problemático para a maioria dos consumidores, porque é difícil para as pessoas calcular quantidades em gramas. pág. 64</p>	<p>Labels alongside commercial statements on the front of the package undermine credibility pag 65</p> <p>Seven interviewees pointed out that charts nutritional analysis per 100 g rather than per portion are problematic for most consumers because it is difficult for most consumers because it is difficult for people to calculate quantities by grams. pag 64</p> <p>Also noted the inconsistency by which labels sometimes go by</p>

	<p>A porção padrão na caixa de flocos de milho faz com que um tamanho da porção irrealista induza em erro os consumidores a pensar que comem menos calorias.</p> <p>O exemplo dos flocos de milho (...) ninguém come 30g (comem duas vezes mais). a porção também tem que ser realista e verdadeira.</p> <p>Três entrevistas do Ministério da Saúde foram a exceção, quando opinou que a rotulagem nutricional, tal como está hoje, é relativamente eficaz pág. 64. (...)</p> <p>As principais conclusões sobre a rotulagem na frente-do pacote nutricional em causa a sua integração, juntamente com as desvantagens de uma falta de quantificação e profusão de rótulos, bem como sua proximidade com declarações de marketing que poderiam minar sua credibilidade. As principais conclusões são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integração do gráfico de nutrição: convertendo o rótulo em significado. <p>Referido, na frente do pacote-dos rótulos nutricionais - foi a simplificação dos gráficos de nutrição, o que permitiria poupar tempo e energia a diferentes tipos de público.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salva o leigo de fazer a escolha claramente muito mais fácil do que calcular e dizer quantas calorias tem em 100g. É como se alguém fez o trabalho para si e lhe disse o que comprar e o que não comprar pág. 64 (...) <p>afirmou que uma vez que se fornece uma rotulagem que não especifica quantidades, esta permite que o consumidor coma</p>	<p>portion and sometimes by 100g pag 64</p> <p>The standard portion on box of cornflakes that makes an unrealistic portion size to mislead the consumers into thinking they eat fewer calories.</p> <p>The example of cornflakes (...) nobody eats 30g (they eats twice).so the portion also has to be realistic and true.</p> <p>today is relatively effective pag 64. (...) Three Health ministry interviews were the exception, when they opined that nutrition labelling as it stands</p> <p>The main findings on the front-of – pack nutrition labelling concerned its integration, along with the disadvantages of a lack of quantification and profusion of labels, as well as its proximity to marketing statements that could undermine its credibility. The main findings are:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integration of the nutrition chart: converting the label into meaning. _cited concerning front-of -pack nutrition labels were simplification of the nutrition charts, which would save the time and energy to different kinds of audiences. -it saves the layman making the choice .it is clearly much easier than calculating and saying how many calories it has in 100g.It is as if someone else did the work for you and told you what to buy and what not to. <p>pag 64 (...) claimed that once you provide a labelling that does not specify quantities, it allows the consumer to eat as much as they want of the “healthy” product. (...) check mark makes no indication of quality.... you could think if you eat one check mark that is good, so two are probably better, or maybe even three or more, and we know that</p>
--	--	---

	<p>tanto quanto quer do produto "saudável". (...) a marca de verificação não faz nenhuma indicação de qualidade poderia pensar, que se comer uma marca de verificação é bom, então duas é provavelmente melhor, ou talvez até mesmo três ou mais, e nós sabemos que na nutrição geralmente não é verdade. pág. 64</p> <p>a perfusão de etiquetas de diferentes empresas na parte frontal do pacote pode criar uma sobrecarga de N informação e em vez de salvar os consumidores poderiam confundi-los. página 64/65</p> <p>Você olha para o pacote e é carregado (...)</p> <p>Etiquetas ao lado de declarações comerciais na parte frontal do pacote minam a credibilidade. pág. 65</p> <p>A relatividade da rotulagem é a consequência de estar a ser iniciada pela indústria. pag 65</p> <p>Os produtos que recebem a rotulagem não são os produtos mais saudáveis nutricionalmente, mas produtos que atendem aos critérios em relação a outros produtos.</p> <p>A marca de verificação sobre os produtos que receberam o logotipo escolhas iria induzir o público a pensar que indica um produto absolutamente saudável, em vez de um melhor produto da mesma categoria.</p> <p>Eles consideraram que existem categorias de alimentos que não devem receber a etiqueta em tudo.</p> <p>Tem de haver um padrão de ouro de critérios estabelecidos por profissionais, em vez de critérios relativos de acordo com a decisão dos mais altos na</p>	<p>nutrition that usually not true. pag 64</p> <p>An overload of labels creates a flooding of information (...) the profusion of labels of different companies on the front of the package can create a n overload of information and instead of saving the consumers could confuse them. Pag 64/65</p> <p>You look of the package and it is loaded. Pag 65</p> <p>Labels alongside commercial statements on the front of package undermine credibility. Pag 65</p> <p>The relativity of the labelling as a consequence of its being initiated by the industry. pag 65</p> <p>The products that receive the labelling are not the healthiest products nutritionally but products that meet the criteria relative to other products.</p> <p>The checkmark on products that received the choices logo would mislead the public into thinking it indicates an absolutely healthy product, rather than a better product from the same category. They considered there are food categories that should not receive the label at all.</p> <p>There has to be a gold standard of criteria set by professionals rather than relative criteria according to the highest deciles in the category. Each company would want to create its own labelling, creating greater confusion.</p> <p>The choices logo is voluntary rather than coming from the regulators creates bias in terms of products, companies and consumers.</p> <p>Payment for the labelling could create: bias against small companies who cannot afford label, where this bias can mislead the consumer to think that the company did not receive the label because its products did not meet the standards</p>
--	---	--

	<p>categoria. Cada empresa gostaria de criar a sua própria rotulagem, criando uma maior confusão. O logotipo escolhas é voluntária em vez de vir dos reguladores cria polarização em termos de produtos, empresas e consumidores. O pagamento da rotulagem poderia criar: preconceito contra as pequenas empresas que não podem pagar o rótulo, onde esse viés pode induzir em erro o consumidor a pensar que a empresa não recebeu o rótulo porque os seus produtos não cumpriam as normas A etiqueta iria tirar a responsabilidade do consumidor e libertá-lo de olhar para a rotulagem nutricional e fazer escolhas sobre como compor uma dieta. Saudável e correta pág. 65</p>	<p>The label would take off the responsibility from the consumer and release him from looking at the nutrition labelling and making choices about composing a healthy and correct diet. pag 65</p>
<p>Nome</p>	<p>Pessoas</p>	
<p>Descrição Ilustração no txt</p>	<p>As pessoas precisam de fazer um doutoramento apenas para ir ao supermercado, quando tudo o que queriam fazer era ir comprar comida. elas devem divertir-se é preciso haver uma alegria de fazer compras, nós não queremos – fazer-lhes um teste .de alfabetização pág. 65 A maioria dos entrevistados observou que é difícil para o público decifrar o painel de informações nutricionais mesmo a olhar para os ingredientes. Alguns mencionaram que muitos consumidores não sabem que, quanto maior um ingrediente aparece na lista de ingredientes, é maior a sua percentagem no produto. pág. 65 Reivindicou que a maioria das pessoas "lê" o produto saudável através do prisma de</p>	<p>People need to do a PhD just to go to the supermarket, when all they wanted to do was buy food. they should enjoy themselves. There needs to be a joy of shopping, we don't want to make them do a literacy test.pag 65 Most of interviewees noted that is difficult for the public to decode the nutrition facts panel even if they look at the ingredients. Several mentioned that many consumers do not know that the higher an ingredient appears on the list of ingredients, the higher its percentage in the product. pag 65 (...) claimed most people “read” the health product through the prism of calories and fat percentages, reducing nutritional value to a single element, without seeing the broader nutritional picture. pag 65 (...) it is difficult for people to calculate quantities by grams pag 65</p>

	<p>calorias e percentagem de gordura, reduzindo o valor nutricional a um único elemento, sem ver a imagem nutricional da frente. pág. 65 é difícil para as pessoas calcular as quantidades de gramas pág. 65 Será que o rótulo opções voluntária vai levar os consumidores a pensar. O preconceito contra os produtos que são tão saudáveis ou até mais do que os produtos que receberam a rotulagem, porque o fato de que o rótulo é voluntário levará os consumidores a pensar que um produto que não recebera o rótulo é menos saudável do que outro produto que recebeu o rótulo. pág. 65</p> <p>O componente de saúde nas escolhas logotipo, tira a responsabilidade do consumidor Tira a responsabilidade das pessoas que deveriam saber que é apenas mais uma ferramenta na sua leitura de nutrição.pag 65/66 Há tantos rótulos que o público simplesmente ignora-os. Pág. 65</p>	<p>will That the choices label is voluntary lead consumers to think Bias against products that are just as healthy or even more than the products that received the labelling because the fact that the label is voluntary will lead consumers to think that a product that did not receive the label is less healthy than another product did receive the label. pag 65</p> <p>The health component in choices logo, takes off the responsibility from the consumer</p> <p>Takes of the responsibility of people who ought to know that it is only one more tool in their nutrition reading 65/66</p> <p>There are so many labels that the public just ignores them. Pag 65</p>
--	--	--

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p>We found that the label cannot “stand alone “but has be part of general support system of social marketing and health and nutrition promoting programmer to promote the population nutrition literacy and nutrition knowledge and food purchasing behavior pag 66</p> <p>The nutrition labelling facts panels are not adjusted to different subpopulations, specially one with greater difficulty such as elderly or less educated consumers. Pag 66</p> <p>Analyses of the findings of present study reveals the complexity of nutrition labelling, in both content and form pag 66</p> <p>It is important to promote dialogue between the industry the scientific committee and leading professionals to realize the goal of public health: promoting the nutrition prevention of obesity and chronic disease in Israel 67</p> <p>The present study emphasizes the importance of creating an integrative programme of health nutrition promotion using social marketing to recommend changes and adjustments in nutrition labelling as part of a general knowledge in nutrition and behavior as well as the active meditation and support of professionals in communicating this to the public pag 67</p>	<p>Literacia em Saúde</p>	<p>Descobrimos que o rótulo não pode "estar só", mas tem de fazer parte do sistema geral de marketing social e de saúde e nutrição promovendo programas para promover a alfabetização de nutrição da população e conhecimento sobre nutrição e suporte no comportamento na compra de alimentos pág. 66</p> <p>Na verdade, os rótulos nutricionais não são ajustados a diferentes subpopulações, especialmente ás com maior dificuldade, como os consumidores idosos ou menos instruídos. Pág. 66</p> <p>A análise dos resultados do estudo demonstra a complexidade da rotulagem nutricional, na capacidade e no formulário pág. 66</p> <p>É importante promover o diálogo entre a indústria da comissão científica e os principais profissionais para realizar o objetivo da saúde pública: promover a prevenção da nutrição da obesidade e doenças crônicas em Israel 67</p> <p>O presente estudo enfatiza a importância da criação de um programa de integração da promoção da saúde nutricional usando marketing social para recomendar mudanças e ajustes na rotulagem nutricional, como parte de um conhecimento geral em nutrição e comportamento, bem como a mediação ativa e o apoio de profissionais para comunicar isso para o público pág. 67</p>

<p>These findings are supported by studies of consumers, which show that nutrition labelling can be a source of confusion, difficulty and deception pag 66</p> <p>There are many different labels and models of nutrition labelling in the world that are the initiatives of various private and public -sector parties including retailers, food manufacturers, governments and nongovernment organizations. Pag 66</p>	<p>Rótulo Alimentar</p>	<p>Estas conclusões são apoiadas por estudos de consumidores, que mostram que a rotulagem nutricional pode ser uma fonte de confusão, dificuldade e decepção pág. 66</p> <p>Há muitos rótulos diferentes e modelos de rotulagem nutricional no mundo que são as iniciativas de vários partidos -sector público e privado, incluindo varejistas, fabricantes de alimentos, governos e organizações não-governamentais. Pág. 66</p>
<p>Given the various barriers, especially the consumers lack of time and psychological availability to process information at points of purchase, there is a real need to simplify the chart by an integrative judgmental labelling on front of the package. Pag 66</p>	<p>Pessoas</p>	<p>Dadas as várias barreiras, especialmente os consumidores carecem de tempo e disponibilidade psicológica para processar a informação em pontos de compra, existe uma real necessidade de simplificar o quadro através de uma rotulagem julgamento integrativa na frente da embalagem. Pág. 66</p>

Conclusão

Mediante a RSL foi-me possível aprofundar os meus conhecimentos, resultando os mesmos num processo de análise e reflexão.

Permitiu-me mediante os instrumentos de avaliação de Joanna Brings Institute, conhecer, bem como operacionalizar a análise metodológica, que por sua vez me permitiu mediante os seus contributos, aprofundar conhecimentos relacionadas com o promover a literacia em saúde mediante a leitura do Rótulo alimentar às pessoas.

O artigo selecionado responde á minha questão, bem como aos objetivos. Para promover a literacia em saúde às pessoas, e mediante a análise do artigo selecionado o rótulo não pode estar só, tem de fazer parte do sistema geral de marketing social e de saúde e nutrição promovendo programas para promover a alfabetização de nutrição da população e conhecimento sobre nutrição e suporte no comportamento na compra de alimentos.

O presente estudo, enfatiza a importância da criação de um programa de integração da promoção da saúde nutricional usando marketing social para recomendar mudanças e ajustes na rotulagem nutricional, como parte de um conhecimento geral em nutrição e comportamento, bem como a mediação ativa e suporte de profissionais em comunicar essa informação às pessoas.

References

Carvalho, A; Carvalho, G. (Ed) (2006). Educação para a Saúde. Camarate: Lusociência.

Direção Geral de Saúde (2011). DGS sugere descodificador de rótulos <https://www.dgs.pt/em-destaque/dgs-lanca-descodificador-de-rotulos.aspx> - acedido em 8 de julho de 2016.

DGS (2012). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas. www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas - acedido em 8 de julho de 2016.

Instituto do Consumidor (2002). Guia Para Uma Escolha Alimentar Saudável – A Leitura do Rótulo. 2ª ed, Lisboa: Instituto do Consumidor

Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2003) – Associação Portuguesa de Enfermeiros. Classificação Internacional Para A Prática de Enfermagem CIPE/INCP. (2ªed). Lisboa: Associação portuguesa de Enfermeiros. <http://www.sns.gov.pt/programa-nacional-educacao-literacia-e-autocuidados/programa-nacional> - acedido em 8 de julho de 2016.

Loureiro, I; Miranda, N. (2010). Promover a Saúde dos Fundamentos à ação. (Ed.) Coimbra: Almedina

N, Pender.,. Murdaugh, C., Parsons. (2011). Health Promotion Model. (6ª ed).

Nutrimento (2015). Descodificador de rótulos <http://nutrimento.pt/noticias/descodificador-de-rotulos/> - acedido em 8 de julho de 2016.

SNS (2016). Programa Nacional Educação para a Literacia, Saúde e Autocuidados Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). Enfermagem de saúde pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na população. 7ª ed, Loures: lusodidacta.

ANEXO VII – ARTIGO CIENTÍFICO SELECIONADO

PUBLIC HEALTH NUTRITION AND EPIDEMIOLOGY

Nutrition labelling and the choices logo in Israel: positions and perceptions of leading health policy makers

A. Gesser-Edelsburg,* R. Endevelt*† & Y. Tirosh-Kamienchick*

*School of Public Health, University of Haifa, Haifa, Israel

†Health Promotion and Preventive Medicine, Maccabi Healthcare Services, Tel Aviv, Israel

Keywords

Choices logo, leading Israeli health policy makers, nutrition labelling, positions and perceptions, qualitative methods.

Correspondence

A. Gesser-Edelsburg, School of Public Health, University of Haifa, Mount Carmel, Haifa 31905, Israel.

Tel.: +972 4 8288671

Fax: +972 4 8288637

E-mail: ageser@univ.haifa.ac.il

How to cite this article

Gesser-Edelsburg A., Endevelt R. & Tirosh-Kamienchick Y. (2014) Nutrition labelling and the Choices logo in Israel: positions and perceptions of leading health policy makers. *J Hum Nutr Diet.* **27**, 58–68
 doi:10.1111/jhn.12050

Abstract

Background: Based on the Social Marketing approach and Diffusion of Innovations Theory that indicates the importance of opinion leaders with respect to the spreading of new ideas, concepts or practices within a community, the present study aimed to examine positions and perceptions of Israeli leading dietitians and health officials regarding nutrition labelling and the Choices logo, before it was launched in Israel in February 2011, as well as how they would communicate it to the public as agents of influence.

Methods: The study involved in-depth face-to-face and telephone interviews with 15 senior dietitians and Health Ministry officials using semi-structured protocols including questions about nutrition labelling and the Choices logo.

Results: The respondents considered that the nutrition facts panels usually found on the backs of packages are too complicated for the average consumer. Similarly, fronts of packages are cluttered with advertisements and health claims, causing confusion. The study participants would like to see an integrative label on the front of the package to facilitate consumers' decisions. However, the Choices logo raises ethical and social questions about the conflict between corporate interests and public health: (i) the label's relativity versus objectivity; (ii) the consumer's responsibility to create a balanced diet; (iii) the label's credibility; and (iv) bias against companies, products and audiences.

Conclusions: The results of the present study highlight the importance of a need for an integrated programme of nutrition promotion, including the use of social marketing based on a cooperative effort between the food industry, regulators and professionals, to recommend changes and adjustments in nutritional front of package labelling with the aim of promoting healthier nutrition consumption.

Introduction

Nutritional scientists and regulators have found that, to influence the industry to make healthier products and to encourage consumers to buy healthier prepared foods, nutritional information must be provided on the product. Therefore, from a health perspective, the information on the food labelling about the nutritional composition and health benefits of the food is particularly important (Hawkes, 2004; Navarro, 2009). In

many countries, government regulates food labelling, although, in most countries, it is voluntary. However, there is a growing trend to make nutrition labelling compulsory subject to legal regulations (Hawkes, 2004; Navarro, 2009). In 1993, Israel adopted legal regulations for nutrition labelling to be part of the European market. However, as opposed to some other countries, health claims are restricted in Israel (Israel Ministry of Health, 1993; The Standards Institution of Israel, 2002; Navarro, 2009).

Most nutrition labelling programmes include cooperation between regulators, scientists and the food industry on a voluntary basis¹ as part of a trend of encouraging self-regulation of the private sector with minimal government oversight (Maloni & Brown, 2006; Danone, 2007; He & MacGregor, 2009; Wilde, 2009; McCool & McCool, 2011) and the food industry's strategy of corporate social responsibility (Maloni & Brown, 2006; Danone, 2007; McCool & McCool, 2011).

The Choices label

The Choices Programme is a global, front-of-pack food information initiative designed to help consumers to easily select healthy food and beverage options. It was introduced in The Netherlands in 2006 as a response to the World Health Organisation's call for food industry to take an active role in helping to tackle the growing problem of obesity and diet-related diseases around the world². The Choices logo is assigned to products with relatively low levels of saturated fatty acids, trans fatty acids, sodium and added sugar within their product category (Vyth *et al.*, 2009). As opposed to other nutrition labelling programmes based on self-regulation by the industry, the Choices logo is guided by an objective scientific committee (Dotsch-Klerk & Jansen, 2008; Roodenburg *et al.*, 2011). This committee has introduced a nutrient profile model for classifying foods to define their relative nutrient quality in the same food group, based on their composition. The nutrient content is profiled according to nutritional criteria (Vyth *et al.*, 2009, 2010a,b; Roodenburg *et al.*, 2011), which is based on WHO recommendations (WHO/FAO, 2003; WHO, 2004), applies to all food groups³ and adjusted to consumers eating habits.⁴

The formative study of the launch of the Choices logo campaign in Israel

Israel joined the choices scientific committee and criteria were adapted to the Israeli market and nutritional habits. The Choices logo campaign was launched in Israel in February

2011 'silently,' the products were placed on the shelves and the label was exposed to key opinion leaders and media professionals through a press conference and public relations coverage. In early July 2011, a month-long media campaign for the general public began. Before the launch, only three food corporations joined the programme: Unilever Israel, Angel Bakery and 'Shemen' Industries (oil products).

Our research team, including health communication, social marketing experts and clinical dietitians who specialise in health promotion, conducted a formative study (funded by Choices Israel Organization) of the Choices label campaign in Israel.

The study was based on the Social Marketing approach (Kotler *et al.*, 2002; Kotler & Lee, 2008) and the Diffusion of Innovations Theory (Rogers, 2003), which indicates the importance of opinion leaders who serves as an Innovators Group, in spreading new ideas, concepts or practices within a community because innovators usually decide much faster than any other subgroup on whether to adopt new ideas, concepts or practices (Beal & Rogers, 1960). Studies about dissemination of information show that scientists, public health professionals (dietitians, doctors) and nonprofit organisations are perceived by the public as the most credible sources of information (Worsley, 1989; Van Dillen *et al.*, 2004).

Therefore, the decision in the present study was to turn to opinion leaders in Israel because they are perceived by the public as experts on health and nutrition, and consequently function as agents of change in disseminating the new 'label' to the public. Another reason for the decision to approach policy makers and dietitians was that most of the studies in the literature about nutritional labelling, including studies about the Choices label (Dotsch-Klerk & Jansen, 2008; Roodenburg *et al.*, 2009), studied the literacy and influence of the label vis-à-vis the consumer public rather than opinion leaders. Therefore, to use leading dietitians and public health officials as innovators and opinion leaders, we should first become familiar with their positions toward nutrition labelling.

The overall study included in-depth personal interviews with opinion leaders, dietitians and senior health ministry officials and in-depth interviews and focus groups with consumers. In addition, the study of the public included personal interviews with heads of families ranging in age from their 40s to 70s, as well as 11 focus groups with representatives of populations with differing socioeconomic features, from low, medium and high socioeconomic groups, and a telephone survey before the Choices label was launched in Israel and after the campaign was revealed to the public.

The telephone survey among representative sample of the Jewish population of Israel (500 respondents), before launching the campaign, found that 77% of respondents

¹In some countries, such as Finland, it is mandatory.

²For more information, see <http://www.choicesprogramme.org/what-choices>.

³For more information regarding the Choices logo and product criteria, see <http://www.choicesprogramme.org/what-choices/science-research/product-criteria>.

⁴E.g. in Israel, chick-peas are eaten in large amounts as a protein substitute compared to other counties in Europe; therefore, the Israeli scientific committee was stricter on the fat amount of the chick-peas required to obtain a logo.

considered it important to receive information about products that contained less harmful substances. It also found that, although the public believes health is very important, most people do not read nutritional labelling charts carefully. Thus, there is a gap between the importance that people attached to health components and their actual examination. Of those who consider health to be very important, only 52% check the table of ingredients of all or most products carefully or fairly carefully. Of those who think the subject is fairly important, the respective value is 19%.

These findings are in accordance with other studies reporting that, even though consumers consider the use of nutrition labelling to be important, they may also be the source of consumer confusion (Feunekes *et al.*, 2008; Vyth *et al.*, 2009).

The telephone survey found that the solution of an integrative-judgmental nutritional label on the front of the package summarising the main nutritional information is perceived as a positive solution. Eighty-five percent of survey respondents said they would check whether the product had a health label and 50% would avoid buying familiar products (ones that they presently buy) if they did not have such a label.

The aim of the present study is to report the way that senior leading dietitians and public health officials in Israel perceive the complexity of nutrition labelling and its communication to the public, at the same time as revealing the public health officials' dilemmas and ambivalence towards supporting a judgemental labelling initiative by independent volunteering nutrition scientists and financed by the industry, such as the Choices logo.

Materials and methods

Study objectives

The present study examined the positions and perceptions of professionals including dietitians, nutritionists, health promoters and Health Ministry spokespeople on nutrition labelling in general and the Choices logo in particular, aiming: (i) to achieve an in-depth study of health professionals' views on nutrition labelling and (ii) to explore how professionals perceive the Choices logo, an industry initiative led by an independent scientific committee.

Study design

The methodological tool that was selected was conducting in-depth interviews with senior dietitians and senior health ministry officials. The choice of the qualitative rather than the quantitative tool allowed deep discussions with opinion leaders about issues and challenges of nutri-

tional labelling in general, as well as an in-depth discussion of the pros and cons of an evaluative integrative label initiated by the industry. Individual rather than group interviews were chosen to allow each interviewee to express their opinion openly, free of the consideration or influence of colleagues that might have inhibited the interviewees from voicing their opinion of the Choices label candidly. Tape-recorded semi-structured interviews were carried out and the resulting data were analysed according to Strauss & Corbin's (1998) framework for qualitative data analysis.

Selection and recruitment of study population

The study focused on opinion leaders in Israel and that is why the sample selected to participate in it was limited by definition: the number of people in senior positions in the Israeli health ministry who deal with nutrition is small, as is the number of senior dietitians in managerial positions. Moreover, the data aggregation indicated a point of saturation in which additional interviews would not add anything because there were repetitions and redundancies of themes between the interviews and there was no need to continue interviewing more people (Shkedi, 2003).

The criteria for selecting health ministry officials and dietitians were:

- Dietitians: senior management position, years of tenure, membership in the Israel Dietetic Association (IDA) relative representation of dietitians from hospitals, community and industry.
- Health ministry officials: senior managers in the areas of nutrition, health promotion and the ministry spokesman's office.

These criteria guarantee that the people included in the study would be a representative sample of nutritional policy makers and influencers in Israel.

We conducted nine interviews with dietitians who represented: four community health services dietitians (two of them have practiced in the food industry), three hospital dietitians (one of them has practiced in the food industry and one holds a senior position in IDA-Israel Dietetic Association) and two industry dietitians.

The senior dietitians were identified from a list that was obtained from the Israel Dietetic Association. All of the participants provided their consent before entering the study. The six health ministry officials included three dietitians who were the senior officials in the nutrition department and two senior officials in the health ministry's health promotion department who are in charge of promoting nutritional issues among the general public, as well as the health ministry's senior spokesperson, to garner his perception of the centrality of nutritional labelling and the health ministry's cooperation with

industry in this area. None of the interviewees declined the interview; however, the Health Ministry officials gave their consent only after they have given approval to take part in the study by the Deputy Director General for information & International Relations, in the Ministry of Health.

Data gathering

Fifteen in-depth personal interviews were held, including eight face-to-face interviews at the interviewees' places of work or home, at the interviewee's request and at a time convenient to them. Seven interviews were held by telephone because of the interviewee's time constraints. Telephone meetings were scheduled at convenient times for the interviewees. Both the face-to-face interviews and the telephone interviews lasted between 1 h and 90 min. The interviews were recorded and transcribed. Semi-structured protocols were constructed for the interviews on nutrition and nutrition labelling in general and the Choices logo in particular. The questionnaire protocols had three parts: (i) the Israeli consumer and his considerations in choosing products; (ii) nutrition labelling on the front and back of the package and the design of the nutrition labelling; (iii) knowledge and perceptions about the Choices logo (Table 1). The protocol for the Health Ministry officials and protocol for the senior dietitians were identical, except for questions about regulation and the ministry's position on labels initiated by the industry in general and the Choices logo in particular (Health Ministry officials), and questions about patients and food industry (senior dietitians).

Ethical considerations

Application was made to the Faculty of Social Welfare & Health Sciences Ethics Committee for research with human subjects at Haifa University and full ethical approval (no. 098/11) was granted.

Data analysis

The audiotape was transcribed verbatim as soon as possible after each interview. The transcripts were then checked against the tape recordings to ensure accurate reporting. All of the interviewee's names were kept anonymous. The analysis was conducted throughout the data collection process and focused both on issues as they relate to each of the specific research questions (Krueger & Casey, 2000) and a thematic analysis within and across the personal interviews. This enabled identifying issues shared across

the personal interviews and those that emerged as prominent (Strauss & Corbin, 1998; Charmaz, 2000).

The analysis was made by a research team that included a research assistant who conducted the interviews and two researchers. The initial analysis of the interviews was conducted by the research assistant. In the second stage, each researcher analysed the interviews separately. Later, the research team integrated all of the analyses together and agreed on how to present the findings. Several stages of analysis were conducted until the final integration:

The themes of the generic subjects that appeared in the semi-structured protocols were analysed. Each interview was analysed separately when identifying key themes and sub-themes. The themes raised by each of the two types of audiences (senior dietitians and Health Ministry officials) were analysed. In the third stage, a comparison was made between the two groups, seeking similar and different trends that emerged from the interviews with the ministry officials and the dietitians. The findings presented in the article are an integration of the issues that emerged in all of the interviews with both research audiences and specific findings raised by the officials.

The limitations of the study

The present study is a selective study of opinion leaders. The research population was not selected randomly and therefore it does not represent the entire target population. The positions of the entire dietitian population in Israel cannot be inferred from it. However, the study did elicit a repetition of themes and key issues raised in most of the personal interviews, indicating that the key issues were covered. Another limitation of the study is that dietitians are only exposed to certain consumers in the Israeli public who go to them for counselling when they have specific health needs. The health ministry interviewees who represent the regulator are also exposed to a particular public that chooses to speak out. Therefore, the interviewees' perceptions about the literacy of the Israeli consumer in the context of nutritional labelling are not necessarily an indication of all of the Israeli consumers.

Another limitation of the study concerns the research being funded by the Choices Israel Association, which has interest in disseminating the label. However, the research was headed by an independent chief researcher and its findings indicate the complexity of senior policy makers with respect to accepting a nutritional label and implementing it in Israel.

Table 1 Pre-prepared interview questions

Question no.	Subject	Question	Comments
1	Characteristics of the Israeli consumer	What do you think are the prominent characteristics of the Israeli consumer who buys food products at the supermarket?	
2		What do you think are the main considerations of the Israeli consumer in choosing food products?	
3		Do you think Israeli consumers choose healthy food products?	
4		What do you think would help the Israeli consumer choose healthier food products?	
5	Nutritional labelling	What is your opinion on back of package nutritional labelling as it appears nowadays on Israeli food products (facts panel, ingredients, logo)?	
6		Do you think consumers look at nutritional information? What do most people look at?	
7		Do you as a consumer look at nutritional labelling? What are your personal priorities for buying food products (taste, price, health, sales, known product, fat, calories, quality, etc.)?	
8		Do you think that your colleagues look at nutrition labelling or do they simply behave like ordinary customers and buy food products out of other considerations?	
9		Have you had a chance to talk with your patients about the way they choose and buy food products? (Do you direct them by giving tips? What kind of tips?)	Dietitians only
10		What is your opinion about front-of-pack nutritional labelling? (advantages, disadvantages?)	
11		Are you familiar with nutritional labelling logos that assist in choosing healthy food products? (what kind of logo? what does this logo mean?)	
12	Choices logo	Have you heard of the Choices logo?	
13		What is the first thing that comes to your mind when you hear about the Choices logo?	
14		Do you think that there is a need in Israel for the Choices logo?	
15		What is the policy of the Israeli Ministry of Health, regarding the Choices logo?	Ministry of Health only
16		What do you think are the possible advantages of the Choices logo? What are its disadvantages?	
17		What do you think is the attitude of most of the Ministry of Health professionals towards the Choices logo?	Ministry of Health only
18		What do you think is the attitude of most of dietitians towards the Choices logo?	
19		What do you think opinion might influence dietitians to perceive the Choices logo as a sign of credibility/quality?	Dietitians only
20		What do you think might influence the general public to perceive the Choices logo as a sign of credibility/quality?	
21		What do you think might influence the Ministry of Health to cooperate with the Choices Israel Organization?	Ministry of Health only
22		If you needed to convince the public to use the Choices logo, how would you present it?	Ministry of Health only
23	If you would need to convince your patients to use the Choices logo, how would you present it?	Dietitians only	
24	Industry dietitians only	What do you think are the attitude of most of the food companies towards the Choices logo? Why?	
25		What do you think might influence companies to join the Choices logo?	Dietitians only
26		What is the important information that is needed to be given about the Choices logo? What kind of information?	
27		Would you like to hear more about the Choices logo? What are you particularly interested in?	
28		In what setting would you be ready to hear about this subject? (the workplace, radio, television show, Internet – what kind of site?)	
29		Who do you think would be a credible spokesman to will present the Choices logo?	

Results

Demographic data

Fifteen senior dietitians and health personnel from Israel Ministry of Health (one male) participated in the present

study, with a mean (range) age of 40.6 (27–61) years and a mean (range) work experience of 15.6 (1.5–36) years (Table 2). The dietitians who were interviewed worked in diverse geographical locations in Israel. The Health Ministry interviewees divide their time between the ministry's

Table 2 Demographic data

Interviewee	By telephone/in person	Years in profession	Institutional affiliation past/present
1	By telephone	More than 20 (36)	Ministry of Health (nutrition and research)
2	In-person	More than 20	Ministry of Health (nutrition)
3	By telephone	35 (including 21 in Israel)	Ministry of Health (nutrition and research)
4	By telephone	11	Ministry of Health (health promotion)
5	In-person	20	Ministry of Health (health promotion)
6	In-person	14	Ministry of Health (spokesmanship, external relations)
7	In-person	20	Clalit Health Fund
8	By telephone	9	Hospital, adolescent clinics, private, home for the aged, Israel Dietetic Association (IDA)
9	In-person	More than 20	Private, conference organising, industry
10	By telephone	14	Maccabi Health Fund, homes for the aged, Diabetes Institute, Industry
11	By telephone	More than 20	Clalit Health Fund, senior IDA official, past experience with industry
12	By telephone	12	Hospital, university researcher
13	In-person	5	Meuhedet Health Fund
14	In-person	10	University, private, hospital. Past experience with industry
15	In-person	1.5	Industry

A total of 15 interviews were conducted: interviewees 1–6 are with health ministry officials, interviewees 7–15 are with dietitians. Seven interviews were held by telephone and eight in person.

headquarters in Jerusalem and various offices in the centre of Israel.

Responsiveness

All the interviewee's names were kept anonymous and the health ministry interviewers obtained the approval of the health ministry spokesman for the interviews. The formal position of the health ministry concerning front package labelling at the time was neutral. In such an atmosphere, it was hard to obtain open opinions about the matter.

The dietitians expressed a certain degree of resistance to the interview. Three interviewees, who finally did fully cooperate during the interview, were sure the study was funded by Unilever Israel, even though they were told explicitly that it was funded by Choices Israel, and they considered it to be biased. The issue of trust concerning the industry's involvement in the labelling was a central issue that recurred in the interviews with the dietitians, and we will address it below when reporting the findings in the article.

Qualitative data

The findings reported in the article are an integration of the issues that emerged in all of the interviews with both research audiences and specific findings raised by the officials. These findings were the value of health to the Israeli consumer, nutrition labelling, the nutrition facts panel, the design of the nutrition facts panel, front of the pack nutrition labelling, Choices logo, inspection and supervision.

The value of health to the Israeli consumer

In the interviews, the dietitians and Health Ministry officials were asked what they think the salient characteristics of the Israeli consumer are when it comes to purchasing food products and whether nutrition value is a prominent consideration in food consumption. Nine interviewees found it difficult to answer the question because they perceive the characteristics of the Israeli consumer as being different for different segments of the population. Several interviewees argued that not all the dietitians have contact with the average public and therefore their answers may not necessarily be relevant for the general public. However, twelve interviewees claimed that nutritional value is not a high priority and the Israeli consumer has different considerations, such as familiarity with the product, shopping habits, taste, price, the influence of advertising and culture. Ten interviewees claimed price and taste are the main 'competitors' that tip the scales. For example, one dietitian said that 'price and taste are very central elements in consumers' considerations ... People would not give them up only to receive a healthy product'.

Nutrition labelling

The interviewees were asked to address the advantages and disadvantages of the existing nutrition labelling. Interestingly, the dietitians cited more disadvantages than the officials. The latter expressed greater satisfaction with the existing labelling. The explanation may be that some of the Health Ministry interviewees are health promoters rather than dietitians, which means they are less conver-

sant with the scientific aspect of the labelling and its implications and communication to the public.

Along with recognition of the importance of nutrition labelling and its credibility as a source of health information for the public, the interviewees (especially the officials) cited Israel as one of the leading countries in the world in introducing compulsory food labelling. One interviewee said: 'I was at the Health Ministry when we introduced this and if I'm not mistaken Israel was one of the first countries that made back package labelling obligatory by law. So that is to our credit'. However, most of the interviewees mentioned shortcomings of food labelling on the back of the package, as well as shortcomings concerning commercial advertising statements on the front. First we will specify the shortcomings concerning the nutrition facts panels both in terms of contents, clarity and the literacy of different subpopulations in Israel and from the visual aspect (graphics, size, language and location).

The nutrition facts panel

Some of the interviewees argued that, even though the purpose of the chart is to provide a credible index for different populations, it requires a high level of literacy. One dietitian pointed out that the nutrition facts panel on the back of the package do not serve certain subpopulations in Israel and in fact serve as obstacles for weaker populations, such as immigrants and the elderly. 'People need to do a PhD just to go to the supermarket, when all they wanted to do was buy food. They should enjoy themselves. There needs to be a joy of shopping, we don't want to make them do a literacy test'. Most of the interviewees ($n = 10$) noted that it is difficult for the public to decode the nutrition facts panel even if they look at the ingredients. Several mentioned that many consumers do not know that the higher an ingredient appears on the list of ingredients, the higher its percentage in the product. One dietitian said that the general public needs professional support to decode nutrition labels as they stand today because they are not 'intuitive knowledge' but acquired knowledge.

Nine interviewees claimed most people 'read' the health product through the prism of 'calories and fat percentages', reducing nutritional value to a single element, without seeing the broader nutritional picture.

Seven interviewees pointed out that the charts' nutritional analysis per 100 g rather than per portion are problematic for most consumers because it is difficult for people to calculate quantities by grams. Five interviewees also noted the inconsistency by which labels sometimes go by portion and sometimes by 100 g. A common example given in the interviews was the standard portion size to mislead the consumers into thinking they eat fewer calories. 'I will give you the example of cornflakes

again because it is the easiest for me to use. Nobody eats 30 g (they eat at least twice). So the portion also has to be realistic and true'.

The design of the nutrition facts panel

Most of the interviewees ($n = 10$) claimed that the location of the chart and the small letters it uses undermine the public's ability to find it on the package and find the information they are looking for. One dietitian spoke about the difficulty of reading small letters. 'I want simple and legible information. It is very difficult to read small print. I usually don't bring my glasses or a magnifying glass to the supermarket'. Three Health Ministry interviewees were the exception, when they opined that nutrition labelling as it stands today is relatively effective. One stressed that even if the visibility of the labelling is problematic, the solution is not to change the labelling but education 'to raise public awareness of using nutrition labelling'.

Front-of-pack nutrition labelling

The interviewees were first asked to express their opinion of nutrition labelling on the front of the package in general. Most of the advantages and disadvantages that were raised at this initial stage turned out to also be relevant to the Choices logo. The main findings on the front-of-pack nutrition labelling concerned its integration, along with the disadvantages of a lack of quantification and a profusion of labels, as well as its proximity to marketing statements that could undermine its credibility. The main findings are:

- Integration of the nutrition chart: converting the label into meaning.

The main advantage that most of the interviewees ($n = 12$) cited concerning front-of-pack nutrition labels was simplification of the nutrition chart, which would save the time and energy of different kinds of audiences. A Health Ministry official said: 'It saves the layman making the choice. It is clearly much easier than calculating and saying how many calories it has in 100 g. It is as if someone else did the work for you and told you what to buy and what not to'.

- All-you-can-eat.

Seven interviewees claimed that once you provide a labelling that does not specify quantities, it allows the consumer to eat as much as they want of the 'healthy' product. As one interviewee from the Health Ministry said: 'That 'check mark' makes no indication of quantity ... You could think that if you eat one check mark that is good, so two are probably better, or maybe even three or more, and we know that in nutrition that is usually not true'.

- An overload of labels creates a flooding of information.

Some of the interviewees ($n = 6$) noted that they think the profusion of labels of different companies on the

front of the package can create an overload of information and instead of serving the consumers could confuse them. As one dietitian said: 'You look at the package and it is loaded. In Israel, you also have the kosher stamp and that adds a few more labels. There is so much on the front and on the back, one on top of another, and whether it's organic or not. There are so many labels that the public just ignores them'. Another dietitian advocated a single regulatory labelling to prevent consumer confusion 'because the public will not know the difference between one label and another'.

- Labels alongside commercial statements on the front of the package undermine credibility.

Six interviewees claimed that on the front of the package, besides the labels of associations for certain patients, such as the IDA, there are statements and advertisements by companies that often emphasise one advantage but conceal the product's disadvantages. As one Health Ministry official said: 'I am not all that impressed by these claims and statements. A lot of industrial products emphasise certain things and minimise others. You can say that a product is low-fat, but it is actually full of sugar. Or they are supposedly okay because they wrote it is low-fat, but they didn't write it has a lot of calories. I feel this is a kind of deception, in the grey area ... Even about the IDA (the diabetic labelling)'.

The Choices logo

All of the interviewees except for one dietitian knew about the Choices logo in general. A few dietitians knew it well. At this point, the Israel Dietetic Association has decided not to endorse it because the Choices logo is one option and the health ministry may have another labelling offered in Israel.

We analysed the interviews according to the interviewees' opinion of the relationship between 'health' and 'industry', and its consequences for the consumer:

- The 'industry' component of the Choices logo.
 - The industry will be forced to improve its products. Most of the interviewees noted that because of the Israeli consumer's literacy problem with the chart there is a need for an integrative judgmental labelling such as the Choices logo, which should be based on scientific criteria and be able to simplify the choice for the consumer to choose a better product from the category create psychological accessibility and save time.
 - The relativity of the labelling as a consequence of its being initiated by the industry. Because the labelling originates from the food industry, the industry might influence its concept: the products that receive the labelling are not the healthiest products nutritionally but products that meet the criteria relative to other products. Six interviewees

objected to this. They considered the checkmark on products that received the Choices logo would mislead the public into thinking it indicates an absolutely healthy product, rather than a better product from the same category. They considered there are food categories that should not receive the label at all. One Health Ministry interviewee gave an example. 'There has to be a gold standard of criteria set by professionals rather than relative criteria according to the two highest deciles in the category. Dietitians cannot recommend a relative label that only promotes reducing damages rather than net health'.

- Identification of the labelling as commercial.

A large number of interviewees (eight) argued that the identification of the labelling with the industry and with the Unilever company in particular could create two main barriers. (i) Prevent some of the large companies from entering the initiative because Unilever is a competitor of theirs. Each company would want to create its own labelling, creating greater confusion. (ii) The connection with the industry detracts from the label's credibility. A ministry official said: 'I don't believe corporations. Listen, I studied economics, health economics, micro and macro ... And the interest of an economic organisation is to make a profit ... And that conflicts with government bodies, which have different goals ... I know a lot of dietitians who work with the food companies in Israel ... I think they are ... How should I say this gently? They have a professional conflict'.

- Bias (company, product, consumers).

Five interviewees argued that the fact that the Choices logo is voluntary rather than coming from the regulators creates bias in terms of products, companies and consumers. Payment for the labelling could create: (i) bias against small companies who cannot afford the label, where this bias can mislead the consumer to think that the company did not receive the label because its products did not meet the standards; (ii) bias against lower-income consumers because payment for the labelling will add to the cost of the product; and (iii) bias against products that are just as healthy or even more than the products that received the labelling because the fact that the label is voluntary will lead consumers to think that a product that did not receive the label is less healthy than another product that did receive the label. It appears as if the interviewees were not aware of the Choices logo payment system (according to company size) and the control over products prices that were part of the Choices program.

- The 'health' component in the Choices logo.
 - Take off responsibility from the consumer.

Four interviewees voiced the concern that the label would take off responsibility from the consumer and release him from looking at the nutrition labelling and making choices about composing a healthy and correct diet. To illustrate the argument, one dietitian gave the example of the IDA label, which sometimes 'takes off' the responsibility of people who ought to know that it is only one more tool in their nutrition reading. 'For example, the IDA label does not mean that a certain product does not contain carbohydrates, and if you are diabetic you still have to check how many carbohydrates it has in 100 g or in a portion and calculate how much you should eat'.

– The criteria that were chosen are not adapted specifically.

Four interviewees noted that there is a significant drawback in all food categories being analysed by the same criteria. Furthermore, three Health Ministry officials claimed that because of the *kashrut* issue in Israel, the label's criteria need to take that into account. 'Kosher meat versus unkosher meat does not meet the Choices logo's sodium standards. So what are we going to do? Not eat meat?'. They were not aware of Choices decision not to give labelling to meat because of the kosher nonstandard salted procedure.

Inspection and supervision

The Ministry of Health people raised legal and critical questions that arose from working for a government ministry. As opposed to the dietitians who took a clear position for or against the Choices logo, the Health Ministry officials had a hard time 'relaxing' in the interviews, even though they did express their personal opinions about the Choices logo. One of their main reasons for their hesitation was that the ministry they represent prefers to maintain neutrality at the time. As one interviewee said, 'we did not forbid the labelling. We simply do not openly express our approval or disapproval'. One of the explanations for the official Health Ministry policy of 'sitting on the fence' was voiced in two of the six interviews we held with ministry officials, who traced it back to the 'Remedia affair' in Israel (a national scandal following the death and injury of infants who in 2003 drank Remedia milk formula that lacked vitamin B₁), which brought up the difficulty of supervising products from abroad. 'After what happened with Remedia, the Health Ministry is very careful about everything. Some of the ministry officers were found guilty and had to do public service as a punishment although the mistake was of the industry and not of the health ministry. When we say we support something we have the obligation as the regulator, legislator, supplier, to check. And we don't have the capacity to check food ... We can't say exactly

what will happen ... This is a problem. That is why we neither approve nor disapprove'.

Discussion

Analysis of the findings of the present study reveals the complexity of nutrition labelling, in both content and form. Even though the present study is based on a small sample of only 15 interviewees, which might be claimed to be biased because the health ministry officials and dietitians have their own agenda and interests, the findings from the interviews with the health ministry officials and dietitians about nutritional labelling are consistent with the findings obtained from a representative sample of consumers that we conducted about the complexity of nutritional labelling from the public's perspective. Therefore, the perceptions of the professionals and of the consumers are consistent with each other.

These findings are supported by studies of consumers, which show that nutrition labelling can be a source of confusion, difficulty and deception (Feunekes *et al.*, 2008; Vyth *et al.*, 2009). The findings indicate that the respondents' perceive the consumers as individuals who find it difficult to comprehend the different components of the nutrition labelling chart and prefer to focus on specific components such as fat or calories. These findings are in keeping with studies in the literature (Cowburn & Stockley, 2005), which indicate that the nutrition labelling facts panels are not adjusted to different subpopulations, especially ones with greater difficulty such as elderly or less educated consumers. Furthermore, we found that the label cannot 'stand alone' but has to be part of a general support system of social marketing and health and nutrition promotion programme to promote the population's nutrition literacy and nutrition knowledge and food purchasing behaviour. In general, the interviewees felt that, given the various barriers, especially the consumers' lack of time and psychological availability to process information at points of purchase, there is a real need to simplify the chart by an integrative judgmental labelling on the front of the package.

The present study found that the Choices logo, as a study case, raises serious ethical and social questions: the relativity of the labelling versus the desire to recommend an absolutely healthy product, questions of consumer responsibility in creating a balanced diet and questions of bias against companies, products and consumers that arise from the fact that the labelling is voluntary.

There are many different labels and models of nutrition labelling in the world that are the initiatives of various private and public-sector parties including retailers, food manufacturers, government and nongovernment organisations (Larsson *et al.*, 1999; Young & Swinburn, 2002; Danone, 2007; Mhurchu & Gorton, 2007; Feunekes *et al.*,

2008). Most of the nutrition labelling programmes include voluntary cooperation with the food industry with minimal government oversight (Maloni & Brown, 2006; Danone, 2007; He & Macgregor, 2009; Wilde, 2009; McCool & McCool, 2011). However, this approach is sometimes regarded with criticism and suspicion by the scientific and medical community, which doubts that parties with business interests can muster the necessary level of trust and credit for health initiatives to succeed (Maloni & Brown, 2006; Wilde, 2009). The findings of the present study indicate the importance of the Choices Association in creating transparency to reduce the professional community's suspicion with respect to the industry's commercial interests concerning the labelling, and in creating trust between the industry and professionals with respect to inspection and supervision in the process of issuing the labelling.

Following the analysis of the research findings, to decrease suspicious and strengthen the Choices logo's transparency and credibility among health professionals in Israel, several changes and adjustment with respect to Choices structure, its' scientific committee activities, food control and the supervision mechanism were made by Choices in all the materials that were distributed to the health professionals.

The present study indicates that the professional community is aware of the consumer publics' difficulty in understanding the nutritional labelling on the front of the package, which they consider highlights the need for an evaluative integrative label and the need to continue studying the question of nutritional labelling both with the general public and health policy makers.

To strengthen the findings of the present study, we recommend further research on nutritional labelling in general and the Choices label in particular among policy makers, at the same time as a broadening of the initial database that arises from the study. We further recommend bringing in another circle of interviewees from industrial corporations including management, marketing and advertising executives, food engineers and others, with the aim of assessing their willingness to change the composition and taste of food, at the same time as taking responsibility along with regulators for the sake of public health.

In addition, future studies might focus on exploring the positions of different population towards an integrative evaluative label on the front of the package, such as the Choices label that comes from the industry or an evaluative label that comes from the regulator. Such studies would provide an empirical basis for making health ministry policy on nutritional labelling on the front of packages, as well as provide practical tools for planning

marketing strategies that aim to promote nutritional labelling among the public.

Conclusions

It is important to promote dialogue between the industry the scientific committee and leading professionals to realise the goal of public health: promoting the nutrition prevention of obesity and chronic disease in Israel.

The present study emphasises the importance of creating an integrative programme of health nutrition promotion using social marketing to recommend changes and adjustments in nutrition labelling as part of a general knowledge in nutrition and behaviour, as well as the active mediation and support of professionals in communicating this to the public.

Conflict of interests, source of funding and authorship

RE is a member of the Choices international foundation and Israeli scientific committees. YTK worked in the Choices Israel Organization as a nutritionist.

The research was funded by Choices Israel Organization.

AGE carried out the analysis and drafted the paper, RE commented on the draft and the revisions, and YTK collected the data for the literature review.

References

- Arduini, D. (2007) Nutrient profiles. In *10th European Nutrition Conference, Paris, 10–13 July*. Palaiseau Cedex: Danone Research Nutritopics.
- Beal, G.M. & Rogers, E.M. (1960) *The Adoption of Two Farm Practices in a Central Iowa Community*. Ames, IA: Iowa State University.
- Charmaz, K. (2000) Grounded theory: objectivist and constructivist methods. In *Handbook of Qualitative Research*, 2nd edn. eds N.K. Denzin & Y.S. Lincoln, pp. 509–535. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cowburn, G. & Stockley, L. (2005) Consumer understanding and use of nutrition labelling: a systematic review. *Public Health Nutr.* **8**, 21–28.
- Dotsch-Klerk, M. & Jansen, L. (2008) The Choices programme: a simple, front-of-pack stamp making healthy choices easy. *Asia Pac. J. Clin. Nutr.* **17**(Suppl. 1), 383–386.
- Feunekes, G.I., Gortemaker, I.A., Willems, A.A., Lion, R. & Van Den Kommer, M. (2008) Front-of-pack nutrition labelling: testing effectiveness of different nutrition labelling formats front-of-pack in four European countries. *Appetite* **50**, 57–70.

- Hawkes, C. (2004) *Nutrition Labels and Health Claims: the Global Regulatory Environment*. Geneva: World Health Organization.
- He, F.J. & MacGregor, G.A. (2009) A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J. Hum. Hypertens.* **23**, 363–384.
- Israel Ministry of Health. (1993) *Public Health Regulations (Food) (Food Labeling)*, 1993. Jerusalem: Israel Ministry of Health.
- Kotler, P. & Lee, N.R. (2008) *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kotler, P., Roberto, N. & Lee, N.R. (2002) *Social Marketing: Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2000) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Larsson, I., Lissner, L. & Wilhelmsen, L. (1999) The 'Green Keyhole' revisited: nutritional knowledge may influence food selection. *Eur. J. Clin. Nutr.* **53**, 776–780.
- Maloni, M.J. & Brown, M.E. (2006) Corporate social responsibility in the supply chain- an application in the food industry. *J. Bus. Ethics* **68**, 35–52.
- McCool, A.C. & McCool, B.N. (2011) *The Social Responsibility of the Food Service Industry: The Need for Action Regarding the Obesity Crisis*. Caesars Hospitality Research Summit. Las Vegas, NV: University of Nevada.
- Mhurchu, C.N. & Gorton, D. (2007) Nutrition labels and claims in New Zealand and Australia: a review of use and understanding. *Aust. N. Z. J. Public Health* **31**, 105–112.
- Navarro, D.A. (2009) *Dietary Patterns and Health Behaviors in Israel: Analysis of Data from the Mabat Surveys 1999–2004*. Jerusalem: The Hebrew University of Jerusalem.
- Roodenburg, A.J.C., Temme, E.H.M., Howell Davies, O. & Seidell, J.C. (2009) Potential impact of the Choices Programme on nutrient intakes of the Dutch population. *Nutr. Bull.* **34**, 318–323.
- Roodenburg, A.J., Popkin, B.M. & Seidell, J.C. (2011) Development of international criteria for a front of package food labelling system: the International Choices Programme. *Eur. J. Clin. Nutr.* **65**, 1190–2000.
- Rogers, E.M. (2003) *Diffusion of Innovations*, 5th edn. New York, NY: Free Press.
- Shkedi, A. (2003) *Words of Meaning: Qualitative Research – Theory and Practice*. Tel-Aviv: Ramot – Tel-Aviv University.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998) *Basics of Qualitative Research, Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- The Standards Institution of Israel. (2002) *Israeli Standard SI 1145: Labelling of Prepackaged Food*. Tel-Aviv: The Standards Institution of Israel.
- Van Dillen, S.M., Hiddink, G.J., Koelen, M.A., De Graaf, C. & van Woerkum, C.M. (2004) Perceived relevance and information needs regarding food topics and preferred information sources among Dutch adults: results of a quantitative consumer study. *Eur. J. Clin. Nutr.* **58**, 1306–1313.
- Vyth, E.L., Steenhuis, I.H., Mallant, S.F., Mol, Z.L., Brug, J., Temminghoff, M., Feunekes, G.L., Jansen, L., Verhagen, H. & Seidell, J.C. (2009) A front-of-pack nutrition logo: a quantitative and qualitative process evaluation in the Netherlands. *J. Health Commun.* **14**, 631–645.
- Vyth, E.L., Steenhuis, I.H., Roodenburg, A.J., Brug, J. & Seidell, J.C. (2010a) Front-of-pack nutrition label stimulates healthier product development: a quantitative analysis. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* **7**, 65.
- Vyth, E.L., Steenhuis, I.H., Vlot, J.A., Wulp, A., Hogenes, M.G., Looije, D.H., Brug, J. & Seidell, J.C. (2010b) Actual use of a front-of-pack nutrition logo in the supermarket: consumers' motives in food choice. *Public Health Nutr.* **13**, 1882–1889.
- WHO/FAO. (2003) *Joint WHO/FAO Consultation: Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases*. Technical report series 916. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2004) *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO.
- Wilde, P. (2009) Self-regulation and the response to concerns about food and beverage marketing to children in the United States. *Nutr. Rev.* **67**, 155–166.
- Worsley, A. (1989) Perceived reliability of sources of health information. *Health Educ. Res.* **4**, 367–376.
- Young, L. & Swinburn, B. (2002) Impact of the Pick the Tick food information programme on the salt content of food in New Zealand. *Health Promot. Int.* **17**, 13–19.

**ANEXO VIII – GUIA ORIENTADOR DA ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA / TRANSCRIÇÃO /
MATRIZ**

Guião de entrevista para enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Objetivo da Entrevista

Recolher informação específica de uma Enf^a especialista em Enfermagem Comunitária / Saúde Pública face à promoção da literacia em saúde na leitura do rótulo alimentar às pessoas adultas.

Questões	Indicadores
P1 - . Quando falamos de Promoção em Saúde e rótulo alimentar ao que associa?	- Itens de um rótulo: a denominação do género alimentício; a lista de ingredientes; a quantidade de determinados ingredientes ou categorias de ingredientes; a quantidade líquida do género alimentício; a data de durabilidade mínima ou a data-limite de consumo; as condições especiais de conservação e/ou as condições de utilização; o nome ou a firma e o endereço do operador da empresa do sector alimentar; o país de origem ou o local de proveniência quando previsto no artigo; uma declaração nutricional.
P2 -Na sua opinião qual é o objetivo da rotulagem nutricional?	- A rotulagem deve: - Prestar informação rigorosa aos consumidores (pessoas). - Prevenir a divulgação de informação enganosa - Prevenir omissão de dados importantes - Atender ao tamanho e precisão da informação nutricional (combatendo a incompreensão dos termos e conceitos relativos da informação) - Ler informações nutricionais não significa processar a informação ali contida.
P3 - Pensa que o rótulo alimentar promove a escolha de produtos alimentares mais saudáveis para a saúde?	O rótulo deverá incluir as informações que possibilitem ao consumidor ter o melhor conhecimento do produto e assim fazer uma escolha apropriada dos alimentos, auxiliando na escolha da sua alimentação - Medidas legislativas/ regulamentações sobre rotulagem alimentar - importantes atividades de promoção de saúde.
P4 – Tem tido oportunidade de falar com as pessoas; acerca da forma como estas selecionam e compram os produtos alimentares?	- Efetua orientações sobre os alimentos? - Categoriza alguns alimentos de acordo com grupos alvo: Diabéticos, HT, prevenção da obesidade e outras doenças.
P5 – Pensa que as pessoas prestam atenção à informação nutricional presente no rótulo alimentar? Para o que mais olham as pessoas? Porque poderão precisar de ajuda do Enf ^o nesse sentido?	-- Género alimentício; lista de ingredientes; quantidade de determinados ingredientes ou categorias de ingredientes; a data de durabilidade mínima ou a data-limite de consumo; as condições especiais de conservação e/ou as condições de utilização; o nome ou a firma do sector alimentar; o país de origem ou o local de proveniência; informação nutricional
P6 – Quais as informações do produto alimentar que na sua opinião condicionam as pessoas na compra de produtos alimentares quando falamos de saúde?	-- Sabor, preço, ser saudável ou não, vendas, fama, gordura, calorias, qualidade, etc.? - Data de durabilidade mínima ou a data-limite de consumo, a lista de ingredientes e as substâncias suscetíveis de provocar alergias ou intolerâncias
P7 - No seu trabalho com a comunidade o que mais salientaria na utilização do rótulo alimentar?	- Salientava e descodificava a rotulagem nutricional relativa a: valor energético, quantidade de lípidos, ácidos gordos saturados, hidratos de carbono, açúcares, proteínas e sal... - Sobretudo nos alimentos processados, destacava a importância do semáforo nutricional (são atribuídas as cores verde, laranja e vermelho a quatro nutrientes: gordura, gordura

	<p>saturada, açúcar e sal; se o nutriente estiver em baixa quantidade no alimento, é representado a cor verde)</p>
<p>P8 – No que diz respeito ao rótulo alimentar o que propõe para promover a literacia nutricional às pessoas? Pensa que poderão ser os enfermeiros a intervir nesse sentido? De que forma?</p>	<p>-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informação nutricional constante do rótulo das embalagens dos alimentos é uma fonte de conhecimentos que permite ajudar a melhorar a saúde - Tornar a rotulagem acessível ao consumidor- redução da complexidade dos termos utilizados/forma adaptada na comunicação da informação /para a compreensão dessa mesma informação - Educação relativamente à rotulagem geral de alimentos/rotulagem nutricional - decisões mais informadas - Programas educativos sobre rotulagem nutricional que ajudem a alcançar uma mudança positiva de comportamentos por parte dos consumidores. - Investigação que traduza os benefícios a correta utilização do rótulo
<p>P9 - Que meios podem ser utilizados para complementar a sua intervenção junto das pessoas na área da literacia em saúde no que diz respeito à leitura do rótulo alimentar?</p>	<p>- Local de trabalho, rádio, televisão, internet (que tipo de site)</p>
<p>P10 - Quais as suas expectativas face à atual regulamentação relativamente ao rótulo alimentar?</p> <p>-</p>	<p>-Aplicado a partir de 11/dez/2014 exceto o artigo 9 ° L) que foi aplicado a partir de 13/dez/2016 e o anexo IV parte b</p> <p>Regulamento nº. 1169/2011 relativo à prestação de informação ao consumidor sobre géneros alimentícios - requisitos de tamanho dos caracteres do rótulo, alteração da forma como são indicadas as substâncias que provocam alergias e intolerâncias alimentares, obrigatoriedade de declaração nutricional para géneros alimentícios pré-embalados;</p> <p>-Atualmente existe uma harmonização da rotulagem nutricional na Europa, pelo que Portugal não é uma exceção. A FIPA – Federação das Indústrias Portuguesas Agroalimentares, na sequência do Programa Vitalidade XXI, aderiu ao Plano de Rotulagem Nutricional da CIAA – Confederação da Indústria Agroalimentar Europeia, o qual é suposto ser implementado pelas empresas do sector de forma voluntária.</p> <ul style="list-style-type: none"> - PNAPAS (programa Nacional Para Alimentação Saudável) - Expetativas: - Uma maior consciencialização das empresas e dos consumidores sobre a importância da informação veiculada pelos rótulos, - Uma maior responsabilização de todos por forma a fazer da rotulagem um valioso instrumento de informação ao consumidor - Expetativa de que a rotulagem nutricional seja aplicada de forma consistente nos diversos produtos alimentares e seja baseada em dados científicos - Expetativa de que a rotulagem nutricional seja clara, significativa e compreensível, proporcionando uma escolha informada.

Transcrição do Guião de entrevista para enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

E: Boa tarde! O objetivo desta entrevista é recolher informação específica de uma Enf^a especialista em Enfermagem Comunitária neste caso... face à promoção da literacia em saúde na leitura do rótulo alimentar às pessoas adultas.

Questões

P1- Quando falamos de Promoção em Saúde e rótulo alimentar ao que associa?

R1 – para mim o rótulo alimentar é uma ferramenta, não é? em que as pessoas passam a ter acesso a uma informação essencial para tomar decisões conscientes, responsáveis na escolha dos alimentos que compram porque naquele rótulo estão todas as informações necessárias para poder perceber se estamos perante um alimento saudável ou não saudável, por isso as pessoas ao conseguirem lidar com esta informação passam a conseguir ter escolhas responsáveis. é o bilhete de identidade de cada alimento em que vai dar todas as informações para uma tomada responsável de decisão na compra.

P2 - Na sua opinião qual é o objetivo da rotulagem nutricional? Tem a ver com o que disse anteriormente ... e o que é que pensa que esta deve conter em relação à informação ou prevenção?

R2 – sim ...de facto vai ter todos os nutrientes constituintes daquele alimento não é.... os que são benéficos e os maléficos ... e que vão proporcionar à pessoa o escolher de acordo se é algo saudável ou não saudável não é ?, relativamente aos riscos que aquele alimento poderá trazer para a sua saúde .Vai-nos dar os hidratos de carbono o nível de gordura , sal ;também depois vai depender porque há rótulos que são mais simples e há rótulos que são mais complexos e em que vai dar toda esta informação, nomeadamente a questão dos aditivos que também sabemos que também é um produto prejudicial à saúde por isso vai dar toda a informação , agora o que é importante é a pessoa ter esta capacidade de saber ler e saber usar esta mesma informação no seu dia a dia.

P3 -Ham Pensa que o rótulo alimentar promove a escolha de produtos alimentares mais saudáveis para a saúde? portanto... Deverá incluir as informações que possibilitem ao consumidor ter um melhor conhecimento do produto? e fazer uma escolha apropriada dos alimentos... ou, auxilia na escolha da sua alimentação'...

R3 –Eu acho que deve ser a base para essa escolha por isso deve ter toda essa informação... agora o que é importante é que a pessoa depois saiba analisar esta mesma informação e nê ...e desenvolver essa capacidade para tomar as decisões saudáveis...a decisão vai ser sempre da pessoa.

P3 – e ... de acordo com as medidas legislativas e a regulamentação sobre rotulagem ... pensa que são importantes para atividades de promoção da saúde?

R3 – Eu acho que é uma forma preventiva e de promoção da saúde, mas paralelamente também penso que é importante desenvolver capacidades junto dos cidadãos de forma a que eles tenham esta informação e a possam utilizar no seu dia a dia para fazer escolhas conscientes e responsáveis.

P4 – haam Tem tido oportunidade de falar com as pessoas; acerca da forma como estas selecionam e compram os produtos alimentares? Aah.... Efetuar orientações sobre os alimentos...categoriza alguns alimentos de acordo com grupos alvo? Diabéticos, hipertensos? Obesidade...

R4 – sim! e se tenho uma pessoa que acompanho e percebo que tem fatores de risco e doenças em que a alimentação tem impacto e as suas escolhas faço esse tipo de abordagem de forma a que a pessoa perceba que o rótulo alimentar é uma ferramenta que deve utilizar no seu dia a dia na compra dos seus alimentos... para si e para a sua família

- 61 **P5** – Pensa que as pessoas prestam atenção à informação nutricional presente no rótulo
 62 alimentar? Para o que mais olham as pessoas? Porque poderão precisar de ajuda do Enf^o nesse
 63 sentido?
 64 R5- Eu acho que neste momento penso que deveria haver um investimento nomeadamente por
 65 parte do setor da saúde no desenvolver o empowerment às pessoas a este nível, acho que as
 66 pessoas pelo que no meu dia a dia como profissional sinto que ainda estão pouco informadas
 67 sobre o rótulo e que isto deveria ser um investimento por parte do setor da saúde ter projetos em
 68 que realmente dê esta informação aos cidadãos e possam e possam ... desenvolver esta
 69 capacidade.
 70 P5 – e nesse campo... pensa que o enfermeiro tem uma importância
 71 R5 – eu penso que o profissional de saúde ... enfermeiro, eu acho que a enfermagem tem um
 72 papel preponderante ao nível da promoção da saúde e esta é uma área essencial para ahmm
 73 para desenvolver esta capacidade, acho que é mesmo um dos profissionais que é mais
 74 importante desenvolver projetos de intervenção na saúde juntamente com
 75 P5 - Como é que poderia intervir? de que forma? A lista de ingredientes?
 76 R5 - desenvolver sessões de educação para a saúde em que realmente houvesse a capacitação
 77 dos cidadãos, dos cidadãos de construírem as suas listas de como analisar um rótulo
 78 alimentar...quais são as estratégias quando olhamos e depois também conseguirem relacionar
 79 o preço produto e a sua qualidade , quais são os alimentos que podem ser fatores de risco
 80 sabemos que a alimentação tem um papel muito importante quer seja a favor ou a desfavor como
 81 fator de risco ou como fator protetor por isso estas estratégias eu acho que ... são extremamente
 82 importantes e que o enfermeiro pode ter um papel preponderante, e até pela questão da relação
 83 não é! Os cidadãos têm uma relação muito próxima com os enfermeiros por isso acho que todas
 84 as bases para fazer uma intervenção importante na capacitação dos cidadãos na comunidade e
 85 é o enfermeiro de saúde comunitária que tem todas estas competências desenvolvidas para
 86 poder também desenvolver no outro, estas mesmas competências.
 87
 88 **P6** – Então... quais as informações do produto alimentar que na sua opinião condicionam as
 89 pessoas na compra de produtos alimentares quando falamos de saúde? Sabor... preço ... o ser
 90 saudável ou não, fama, gordura, calorias qualidade ...
 91 R6 – eu acho que é importante saber quais são os vários nutrientes e quais é os que são
 92 protetores para a saúde e quais é que se tornam fatores de risco e que podem determinar a
 93 saúde da pessoa.
 94 P6 – mas quais são os fatores que determinam a compra dos alimentos?
 95 R6 - Deveria ser o nível de açúcar, não é? O nível do sal.
 96 P6 – É isso que pensa que as pessoas procuram?
 97 R6 – eu acho que se as pessoas estiverem informadas poderão passar a vir à procura dessa
 98 informação ainda tenho alguma dúvida é se os cidadãos estão atentos para esta informação e
 99 saberem lê-la nê? quando estamos a falar de gramas de açúcar o que é que isto significa? qual
 100 é que é o teor nê? se é de baixo risco se é de médio risco se é de elevado risco o custo associado
 101
 102
 103 **P7** - No seu trabalho com a comunidade o que mais salientaria na utilização do rótulo alimentar?
 104 Salientava e descodificava a rotulagem nutricional relativamente ao valor energético quantidade
 105 de lípidos? Ácidos gordos saturados? hidratos de carbono?
 106 R7 – Eu acho que é importante ... que as pessoas consigam treinar a leitura através de não é ...
 107 de ...treinarem com vários rótulos o ...treinarem esta capacidade... de forma a quando vão fazer
 108 as suas compras o possam fazer da mesma forma e consigam escolher produtos mais saudáveis
 109 e que tenham impacto na sua saúde.
 110 P7 – nos alimentos processados destacava a importância do semáforo nutricional?
 111 R7 – eu acho que é uma boa estratégia que ajuda a pessoa de uma forma rápida a classificar
 112 nos alimentos vermelhos, nos alimentos amarelos nos alimentos verdes e realmente tentarmos
 113 ao máximo a escolha sempre de alimentos que estão categorizados no verde ...que são os
 114 alimentos mais saudáveis.
 115
 116
 117 **P8** – No que diz respeito ao rótulo alimentar o que propõe para promover a literacia nutricional
 118 às pessoas? Haan.... Pensa que poderão ser os enfermeiros a intervir nesse sentido? De que
 119 forma? Informação nutricional constante no rótulo das embalagens dos alimentos que é uma
 120 fonte de conhecimento que permite ajudar a melhorar a saúde, tornar a rotulagem acessível ao

121 consumidor, reduzindo a complexidade do rótulo, a educação relativamente à rotulagem em
122 geral, programas educativos sobre rotulagem nutricional, isto, foi algo que já falámos
123 anteriormente, quer acrescentar mais alguma coisa?

124
125 R8 – Eu acho que lá está, o enfermeiro tem e pode ter um papel preponderante, mas também é
126 importante depois integrar em equipas multidisciplinares e que haja um trabalho de parceria
127 agora a implementação de um projeto pela proximidade, pela posição que o enfermeiro
128 comunitário tem, nomeadamente na unidade de cuidados na comunidade, acho que deve
129 implementar mas depois é importante realmente ter outros profissionais a conseguirem trabalhar
130 em parceria por exemplo estou-me a lembrar trabalhar em parceria com a nutricionista, por
131 exemplo no cartaxo neste momento a autarquia tem uma nutricionista logo é um recurso por
132 exemplo que na implementação de um projeto destes é importante ter como autarquia um
133 parceiro e a nutricionista como uma colega de trabalho.

134
135
136 P9 - Que meios podem ser utilizados para complementar a sua intervenção junto das pessoas
137 na área da literacia em saúde no que diz respeito à leitura do rótulo alimentar? Local de trabalho,
138 rádio, televisão, internet? Outro? Tipo de site....

139
140 R9 – todo o tipo de fazer marketing social deve ser analisado por isso acho que pelo jornal, e há
141 um jornal local, o jornal de cá, pela rádio também é um veículo muito importante haver também
142 sessões de esclarecimento, será importante, por exemplo na semana da saúde acho que poderia
143 ser uma atividade a ser incluída, por isso todos os veículos eu acho que são importantes, mas
144 realmente conhecendo o contexto do cartaxo faz-me sentido a rádio, o jornal e o desenvolvimento
145 de sessões de esclarecimento de forma a que as pessoas realmente não é?! desenvolvam
146 capacidades ao nível da literacia, isto é conseguir analisarem a informação de forma a terem
147 escolhas responsáveis e conscientes ao nível da saúde.

148
149
150 P10 - Quais as suas expectativas face à atual regulamentação relativamente ao rótulo alimentar?
151 Em relação ao regulamento nº 1169/2011 relativamente à prestação de informação ao
152 consumidor sobre géneros alimentícios, requisitos também dos caracteres do rótulo...alteração
153 também da forma como são indicadas as substâncias que provocam alergias e intolerâncias
154 alimentares ...

155
156 R10 – Eu acho que quanto mais informação houver melhor! acho que a regulamentação vem
157 ajudar a que haja realmente o rótulo alimentar é uma ferramenta para o produtor para o
158 consumidor e que é uma forma de proteger com esta regulamentação um fator protetor para
159 os cidadãos de forma a que realmente tenham acesso a essa informação e que a possam utilizar
160 da melhor forma.

161 P10 – e em relação às expectativas? ahm...

162 R10 – as minhas expectativas são bastantes positivas acho que estamos a desenvolver ... uma
163 série de fatores protetores, mas também é importante depois ahm... as pessoas saberem usar
164 esta ferramenta também faz com que os próprios produtores, não é? Nomeadamente as
165 empresas tenham uma melhor consciencialização da importância de veículo de veicular esta
166 informação e de a colocar junto da comunidade e assim todos temos uma maior
167 responsabilização ahm ... quer na realização da rotulagem quer na análise da rotulagem e de a
168 utilizar enquanto, ferramenta no nosso dia a dia, pois vai ter um impacto muito grande ao nível
169 da nossa saúde... nas escolhas que fazemos!

170 P10 – em relação ao Programa Nacional Para a Alimentação Saudável, pensa que é importante
171 existir este programa? que poderá ajudá-la como profissional?...

172 R10 – penso que é extremamente importante porque delinea uma série estratégias orientadoras
173 aos profissionais de forma a implementar estas medidas no dia a dia e desenvolver os projetos

174
175 E – Muito obrigada está terminada a entrevista...
176 RE – Muito obrigada eu!

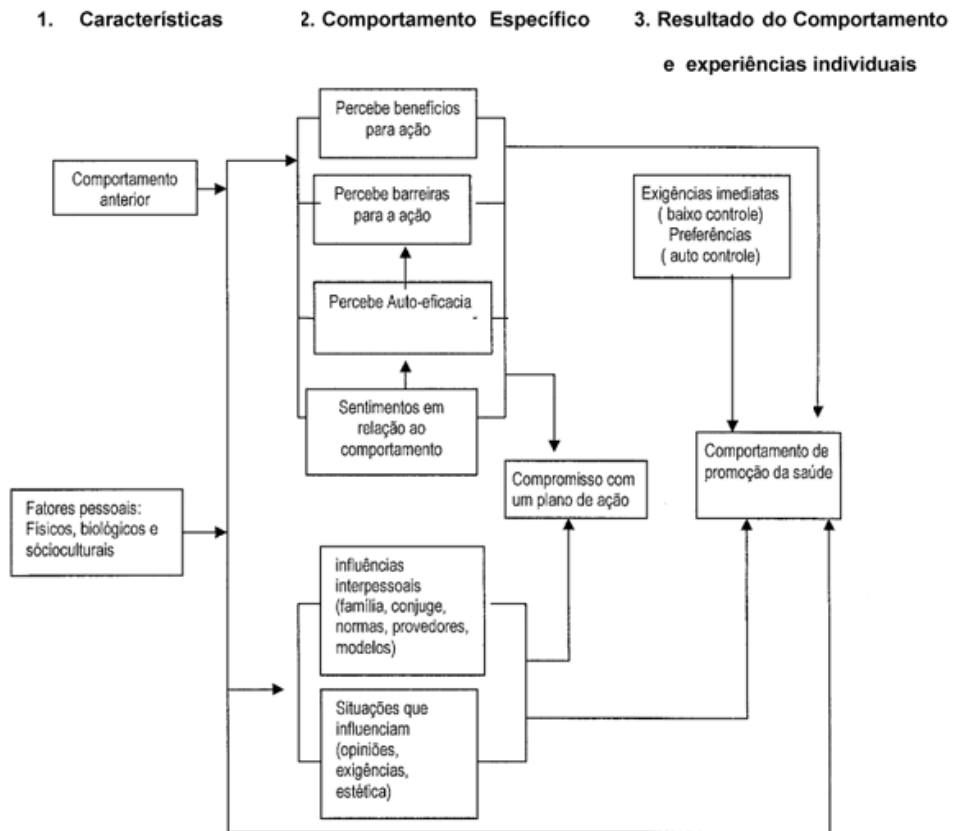
		<p>relacionais</p>	<p>informadas sobre o rótulo...” (L68, L69, p2)</p> <p>...” há rótulos que são mais simples e há rótulos que são mais complexos... L30, p.1)</p> <p>- ...” classificar nos alimentos vermelhos, nos alimentos amarelos nos alimentos verdes...” (L113, L114, p.3)</p> <p>- ...” o rótulo alimentar é uma ferramenta...” (L14, p.1)</p> <p>- ...” <i>todos os nutrientes constituintes daquele alimento. (...) os que são benéficos e os maléficos...</i>” (L26, L27 p1)</p> <p>- ...” Vai-nos dar os hidratos de carbono o nível de gordura, sal...” (L29, p.1)</p> <p>- ...” nomeadamente a questão dos aditivos...” (L31, p.1)</p> <p>- ...” estão todas as informações necessárias...” (L16, p.1)</p> <p>- ...” produtor para o consumidor...” (, L159,160, p.4)</p> <p>- ...” um fator protetor para os cidadãos...” (L160, L161, p.4)</p> <p>- ...” Os cidadãos têm uma relação muito próxima com os enfermeiros...” (L85, p.2)</p> <p>- ...” o enfermeiro de saúde comunitária tem todas (...)competências desenvolvidas para poder também desenvolver no</p>
--	--	--------------------	---

			outro, estas mesmas competências...” (L87, L88, p.2)
	Estratégias de intervenção	Grupo/comunidade	<p>- ...” desenvolver projetos de intervenção na saúde...” (L76, p.2)</p> <p>- ...” desenvolver sessões de educação para a saúde...” (L78, p2)</p> <p>- ...” implementação de um projeto pela proximidade, pela posição que o enfermeiro comunitário tem ...” (L129, L130, p.3)</p> <p>- “todo o Tipo de marketing social deve ser analisado (...) pelo</p> <p>- ...” jornal (...) pela rádio...” (L142, 143, p.4) </p> <p>- ...” quanto mais informação houver melhor...” (L158, p4)</p> <p>- ...” haver também sessões de esclarecimento...” (L143, L144, p4)</p>
		Individuais	<p>- ...” construir as suas listas de como analisar um rótulo alimentar (...) quais são as estratégias quando olhamos ...” (L79, L80, p.2)</p> <p>- ...” que as pessoas consigam treinar a leitura...” (L108, p.3)</p> <p>- ...” treinarem com vários rótulos...” (L109, p.3)</p>

		Multidisciplinares	<p>- ...” é importante (...) integrar em equipas multidisciplinares e que haja um trabalho de parceria” ... (L128, p.3)</p> <p>- ...” trabalhar em parceria com a nutricionista ...” (L132, p.3)</p> <p>- ...” é importante ter como autarquia um parceiro...” (L134, L135 p.3)</p>
--	--	--------------------	---

ANEXO IX – DIAGRAMA DA TEORIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Diagrama do Modelo de promoção da Saúde. Traduzido de Health Promotion In Nursing Practise



ANEXO X – PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AO GRUPO ALVO

PLANO DA SESSÃO

Tema: Leitura do rótulo alimentar

Formador: Sandra Esteves

Destinatários:

Despertar a atenção das ajudantes de lar para a leitura do rótulo alimentar.

Local: Lar de idosos da Santa cas da Misericórdia da Chamusca

Data/hora: 30/06/2016 das 14.30h às 16h

Duração:40 minutos

Metodologia: Método expositivo com recurso aos meios auxiliares de ação educativa;

Método interativo com esclarecimento de dúvidas

Escolha do Tema: A interpretação do rotulo alimentar irá influenciar a escolhas alimentares no momento da sua aquisição de uma forma mais sensata.

Objetivos geral: - Permitir reforçar a pertinência da leitura do rótulo alimentar como uma ajuda perante a escolha alimentar.

Objetivos Específicos:

Despertar a atenção das ajudantes de lar de idosos para a leitura do rótulo alimentar.

PLANO DA SESSÃO

Tema: Leitura do rótulo alimentar

Formador: Sandra Esteves

Destinatários:

Despertar a atenção das ajudantes de lar para a leitura do rótulo alimentar,

Local: Lar de idosos da Santa casa da Misericórdia de Coruche

Data/hora: 30/06/2016 das 14.30h às 16h

Duração:40 minutos

Metodologia: Método expositivo com recurso aos meios auxiliares de ação educativa;

Método interativo com esclarecimento de dúvidas

Escolha do Tema: A interpretação do rotulo alimentar irá influenciar a escolhas alimentares no momento da sua aquisição de uma forma mais sensata.

Objetivos geral: - Permitir reforçar a pertinência da leitura do rótulo alimentar como uma ajuda perante a escolha alimentar.

Objetivos Específicos:

Despertar a atenção das ajudantes de lar de idosos para a leitura do rótulo alimentar.

Preparação da Execução para a Estratégia “Articulação com as diretoras técnicas dos lares de idosos Stª Casa da misericórdia da Chamusca e de Coruche

Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
- Enfermeira da USP ACES Lezíria - Técnica de Saúde Ambiental do ACES Lezíria - Mestranda - Diretoras técnicas Stª Casa da misericórdia da Chamusca e de Coruche	- Junho / julho 2016	- USP ACES Lezíria	- Contacto telefónico com diretora técnica dos lares de idosos da Stª Casa da misericórdia da Chamusca e de Coruche	- Enfermeira da USP ACES Lezíria - Técnica de Saúde Ambiental do ACES Lezíria - Mestranda - Diretoras técnicas dos lares de idosos da Stª Casa da misericórdia da Chamusca e de Coruche - Telefone - Computador (email)

Preparação da execução para a estratégia “Elaboração da sessão de educação para a saúde às ajudantes de lar da Stª Casa da misericórdia da Chamusca e de Coruche.

Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
- Enfermeira da USP ACES Lezíria - Técnica de Saúde Ambiental do ACES Lezíria - Mestranda - Diretoras técnicas Stª Casa da misericórdia da Chamusca e de Coruche	- 30 Junho 2016 - 7 Julho 2016	- Sala de reuniões Lar de idosos da Stª Casa da misericórdia da Misericórdia da chamusca - Sala de reuniões Lar de idosos da Stª Casa da misericórdia da Misericórdia de Coruche.	- Plano de sessão elaborado com a denominação Literacia em saúde: Leitura do rótulo alimentar	- Mestranda - Ajudantes de lar - Enfermeira da USP ACES Lezíria - Técnica de Saúde Ambiental do ACES Lezíria - Diretoras técnicas dos lares de idosos da Stª Casa da misericórdia da Chamusca e de Coruche - Sala de reuniões - Embalagens com rótulos - Computador portátil - Projetor

ANEXO XI – QUESTIONÁRIO APLICADO AO GRUPO ALVO´



ACES Lezíria
Unidade de Saúde Pública

Questionário

Sessão sobre leitura do rótulo alimentar

Nome: (Facultativo) _____
Idade: ____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Escolaridade :

Assinale se verdadeiro ou Falso.

1) As causas de risco do cancro do cólon e do reto são devidas a uma alimentação:

a) Baixa em fibras e frutas: V F

b) Rica em carne Vermelhas e gordura: F V

2) Um dos comportamentos protetores das doenças cerebrovasculares é:

Dieta Equilibrada V F

3) O Rótulo alimentar é o bilhete de identidade de um produto?

V F

4) O rótulo alimentar serve para fornecer informação nutricional orientada para uma alimentação saudável.

V F



ACES Lezíria
Unidade de Saúde Pública

5) A apresentação da informação nutricional pode ser de duas formas:

a) Simples (proteínas, glícidos e lípidos): V F

b) completa V F

6) A lista de ingredientes é sempre colocada da menor quantidade do alimento para a maior:

V F

7). Os aditivos (E) são saudáveis para a saúde: V F

8). As quantidades de sal, lipidos, glícidos e colesterol são necessárias para uma alimentação saudável:

V F

9) devemos ter especial atenção à quantidade de fibras alimentares:

V F

10). No rótulo do semáforo:

a) O vermelho informa que devemos comer alimentos diariamente: V F

b) O verde que se devem comer os alimentos diariamente: V F



ACES Lezíria
Unidade de Saúde Pública

c) O amarelo que devemos comer os alimentos só duas vezes /semana: V F

Este questionário destina-se á realização de um trabalho, no âmbito da melhoria do rótulo alimentar.

Agradecemos a resposta no início e no final da intervenção.

Os dados serão mantidos em anonimato, por favor não assine o questionário.

ANEXO XII – DIAPOSITIVOS DE APRESENTAÇÃO AO GRUPO ALVO



Leitura Do Rótulo Alimentar

Enfermeira
Sandra Esteves

Doenças Prevalentes Na Lezíria

- ▶ Na região da Lezíria são comuns estas doenças:
 - ▶ Tumores malignos do cólon e reto
 - ▶ Doenças cerebrovasculares



Tumores malignos do cólon e reto

Determinantes de Risco	Determinantes Protectores
Idade (acima dos 50 anos)	Controlo adequado das doenças inflamatórias intestinais
Hereditariedade (história familiar de cancro colo rectal, polipose adenomatosa familiar)	Participação no rastreio precoce
Polipose intestinal (a remoção dos mesmos anula este risco aumentado)	Redução do consumo de álcool
Dieta (baixa em legumes, fibras e frutas, rica em carnes vermelhas e gordura)	Dieta equilibrada
Tabagismo	Cessação tabágica
Alcoolismo	Literacia em saúde

Doenças cerebrovasculares

Determinantes de Risco	Determinantes Protectores
Idade (especialmente se acima dos 50 anos)	Dieta equilibrada
Tabagismo	Prática regular de exercício físico
Dislipidemia	Controlo adequado da dislipidemia
Hipertensão arterial sem controlo	Controlo adequado da Diabetes
Diabetes	Controlo da hipertensão arterial
Abuso do álcool, sal e gorduras	Cessação tabágica
Stress excessivo	Literacia em saúde
Obesidade	
Falta exercício físico	

Causas de Risco

Dieta (baixa em legumes, fibras e frutas, rica em carnes vermelhas e gordura)



Abuso de álcool, sal e gorduras.



Tumores Malignos colon e do reto

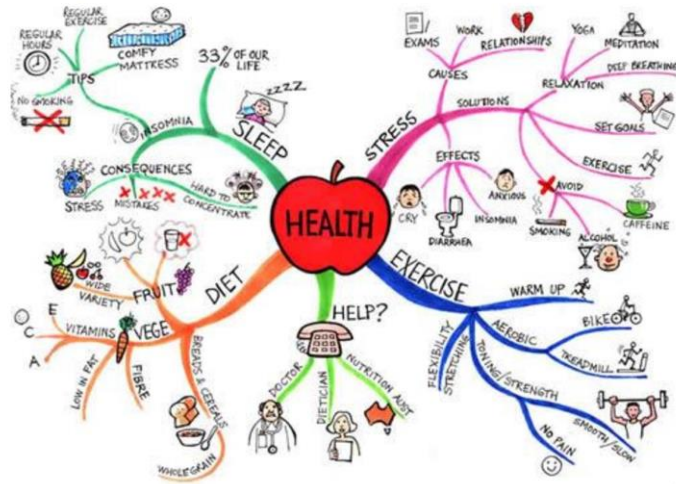
Doenças Cerebrovasculares

Comportamentos Protectores

Dieta equilibrada e literacia em saúde.



O Que É Literacia Em Saúde ?



Literacia Em Saúde E Escolha Alimentar

Uma escolha alimentar saudável passa também pela capacidade de saber analisar um rótulo alimentar.



O que é o Rótulo Alimentar?

- ▶ É o bilhete de identidade de um produto.
- ▶ É a forma que o produtor tem de contactar com o consumidor.
- ▶ Contem informação que ajuda a escolher e utilizar os produtos de forma mais correta.



Para que serve?

- ▶ Fornecer informação nutricional orientando para uma alimentação mais saudável, evitando os ingredientes que não queremos consumir:
 - Saber a origem do produto;
 - Preparar o produto;
 - Fazer a compra mais económica.



Rótulo Alimentar Em Portugal



O rótulo alimentar em Portugal deve apresentar

Nome do produto

- ▶ Lista de ingredientes que compõem o produto (> <)
- ▶ Prazo de validade
- ▶ Lote de fabrico
- ▶ Nome e morada da entidade que lança o produto no mercado
- ▶ Condições de conservação

Informação Nutricional Nas Embalagens

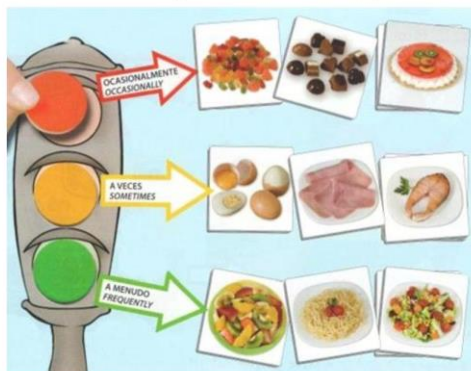
- ▶ Conhecer a composição dos nutrientes presentes nos alimentos e o seu valor energético.
- ▶ Permite comparar produtos.
- ▶ Fazer escolhas adequadas ao nível nutricional de acordo com preferências, gostos pessoais, condições económicas e necessidades.



Legislação Atual - Apresentação Da Informação

A apresentação da informação nutricional pode ser de duas formas:

- ▶ Simples - apresenta valor energético do alimento, proteínas, glícidos(HC) e lípidos (gorduras).



- ▶ Completa - apresenta a simples e ainda a informação sobre ácidos gordos saturados, fibras alimentares, sódio (sal), amido, colesterol, vitaminas, etc.

Valor Nutricional médio	Por colher de sopa (10g)	Por 100 g
Valor energético	90kcal (370kJ)	900kcal (3700kJ)
Proteínas	0g	0g
Hidratos de Carbono	0g	0g
Dos quais açúcares	10g	100g
Lípidos		
Dos quais	1,2g	12g
Saturados	2,7g	27g
Monosaturados	6,1g	61g
Polinsaturados	0mg	0mg
Colesterol	0g	0g
Fibras alimentares	0g	0g
Sódio		

Uma colher de 1T contém 32 calorias por colher de sopa.



Como Ler E Interpretar Um Rótulo Alimentar



Dicas Para A Leitura Do Rótulo Alimentar

- ▶ A lista dos ingredientes é sempre colocada da maior quantidade de alimento para a menor.
- ▶ Origem - onde o produto foi fabricado.
- ▶ Prazo de validade - O tempo que dura o alimento.
- ▶ Conteúdo líquido – quantidade de produto dentro da embalagem.
- ▶ Lote – controlo do fabrico do produto, caso haja algum problema com o seu consumo.
- ▶ Na hora de comprar deve comparar com outros produtos idênticos, podendo assim optar pela escolha mais saudável.
- ▶ Aditivos (E) - evitar comprar estes . A sua grande maioria é prejudicial à saúde.



Recomendações Para A Escolha Alimentar

Um olhar atento (informações):

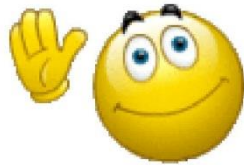
- ▶ Ler cuidadosamente a lista de ingredientes
- ▶ Verificar o prazo de validade e o estado das embalagens
- ▶ Respeitar o modo de conservação e a sua utilização
- ▶ Ter especial atenção às quantidades de sódio(sal), lípidos (gorduras, principalmente as saturadas), e colesterol.
- ▶ Verificar a quantidade de fibras alimentares e a quantidade de glícidos (preferir alimentos ricos em Amido e pobres em açúcares)
- ▶ Verificar aditivos (E) - corantes e conservantes

Nutrition Typical values	per 100g	per 1/4 pack	% adult GDA
Energy (kJ)	1007	252	24.7%
Energy (kcal)	241	60	11.9%
Carbohydrate	8.4g	2.1g	4.1%
of which sugars	20.6g	5.2g	10.3%
of which starch	18.8g	4.7g	9.2%
Protein	1.8g	0.4g	0.8%
Fat	13.7g	3.4g	6.7%
of which saturates	5.9g	1.5g	3.0%
of which monounsaturates	0.9g	0.2g	0.4%
of which polyunsaturates	0.2g	0.0g	0.0%
Fibre	0.2g	0.0g	0.0%
Sodium	0.2g	0.0g	0.0%

Questões



Muito Obrigada !!!




ANEXO XIII – DESCODIFICADOR DE RÓTULO ALIMENTAR

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS  **ALIMENTOS por 100g**

	 Gordura (Lípidos)	 Gordura Saturada	 Açúcares	 Sal
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3.17,5g	entre 1.5. 5g	entre 5. 22,5g	entre 0.3. 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacao Saudavel.dgs.pt

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS  **BEBIDAS por 100ml**

	 Gordura (Lípidos)	 Gordura Saturada	 Açúcares	 Sal
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 1.5. 8,75g	entre 0.75. 2,5g	entre 2.5. 11,25g	entre 0.3. 0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacao Saudavel.dgs.pt

ANEXO XIV – FOLHETOS

Objetivo

Este panfleto tem como objetivo a promoção de escolhas saudáveis na alimentação para a população em geral.

Pretende auxiliar na tomada de decisões mais ponderadas e informadas relativamente á sua alimentação e as escolhas dos alimentos a consumir.

A **lista dos ingredientes** é sempre colocada em ordem decrescente, o 1º ingrediente é o que está em maior quantidade na formulação do produto e o ultimo é o que está em menor quantidade.

Origem – contém informações sobre o fabricante do produto e onde este foi fabricado.

Prazo de validade – indica a durabilidade do alimento.

Conteúdo líquido – quantidade de produto dentro da embalagem.

Lote – forma de controlo do fabrico do produto para verificação, caso haja algum problema com o seu consumo.

Na hora de comprar **deve comparar** com outros produtos idênticos, podendo assim optar pela escolha mais saudável.

Aditivos (E) - evitar a aquisição dos mesmos. A sua grande maioria é prejudicial à saúde.

Ent.ª Sandra Esteves

Unidade de Saúde Pública de Santarém
Junho/2016



→ **O que é o rótulo alimentar?**

É o bilhete de identidade de um produto

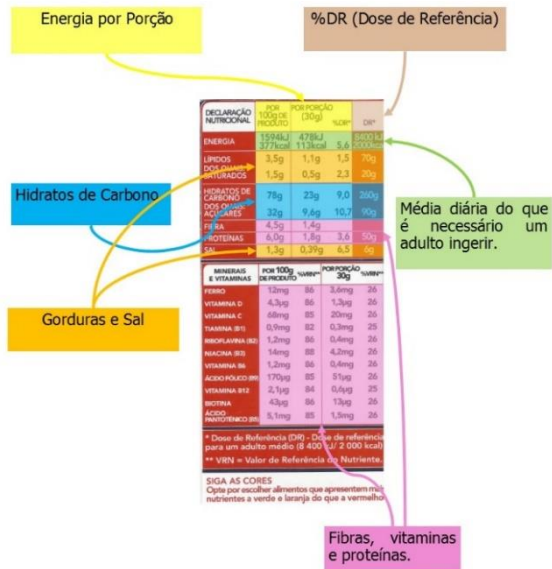
É a forma que o produtor tem de contactar com o consumidor

Contem informação que ajuda a escolher e utilizar os produtos de forma mais correta.

→ **Para que serve?**

Fornecer informação nutricional orientando para uma alimentação mais saudável, evitando os ingredientes que não queremos consumir.

- Saber a origem do produto.
- Preparar o produto.
- Fazer a compra mais económica.
- Saber quais os aditivos alimentares.
- Prazo de validade.



Objetivo

Este panfleto tem como objetivo a promoção de escolhas saudáveis na alimentação para a população em geral.

Pretende auxiliar na tomada de decisões mais ponderadas e informadas relativamente à sua alimentação e as escolhas dos alimentos a consumir.

O rótulo alimentar

A **lista dos ingredientes** é sempre colocada em ordem decrescente, o 1º ingrediente é o que está em maior quantidade na formulação do produto e o último é o que está em menor quantidade.

Origem – contém informações sobre o fabricante do produto e onde este foi fabricado.

Prazo de validade – indica a durabilidade do alimento.

Conteúdo líquido – quantidade de produto dentro da embalagem.

Lote – forma de controlo do fabrico do produto para verificação, caso haja algum problema com o seu consumo.

Na hora de comprar deve **comparar** com outros produtos idênticos, podendo assim optar pela escolha mais saudável.

Aditivos (E) - evitar a aquisição dos mesmos. A sua grande maioria é prejudicial à saúde.

Enfª Sandra Esteves
Unidade de Saúde Pública de Santarém
Junho/2016

O que é o rótulo alimentar?

É o bilhete de identidade de um produto

É a forma que o produtor tem de contactar com o consumidor

Contem informação que ajuda a escolher e utilizar os produtos de forma mais correta.

Para que serve?

Fornecer informação nutricional orientando para uma alimentação mais saudável, evitando os ingredientes que não queremos consumir

- Saber a origem do produto
- Preparar o produto
- Fazer a compra mais económica

Determina a energia (expressa em kcal) por dose de alimento determinada pela marca. Para compararmos entre produtos, devemos sempre olhar para a quantidade de energia e macronutrientes por 100g de alimentos.

Na parte dos HC, devemos tomar atenção aos Hidratos de Carbono, dos quais açúcares, que nos indicam a quantidade de açúcar de um alimento. Ter em atenção se são açúcares naturalmente presentes ou se são açúcares adicionados, olhando para os ingredientes.

A ingestão de muitos lípidos (gorduras) e sal contribui para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, bem como alguns tipos de cancro e Tensão arterial elevada.

1) Gorduras saturadas <10% da energia total do dia; 2) Gorduras trans não devem ser ingeridas

%DR (Dose de Referência) refere-se à percentagem de energia e macronutrientes tendo em conta a média de calorías que um adulto ativo deve ingerir por dia (2000kcal).

2000kcal é uma média, mas a verdade é que cada pessoa necessita de uma determinada quantidade de energia por dia.

As fibras, vitaminas e proteínas são muito importantes na nossa alimentação. Estes nutrientes melhoram sua saúde prevenindo o risco de algumas doenças.

As proteínas são necessárias para a construção das células e tecidos do nosso organismo.

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	por 100g/ml	por porção	%DR*
ENERGIA	158kcal	178kcal	3,6%
LÍPIDOS	3,5g	1,1g	2,0%
SATURADOS	1,5g	0,5g	3,0%
GLICÉRIOS DE CARIÓTIPO DOS OVOES	78g	23g	9,0%
GLICÉRIOS DE CARIÓTIPO DOS OVOES	22g	9,6g	10,7%
PROTEÍNAS	4,5g	1,4g	3,0%
SAL	0,0g	0,0g	0,0%
MINÉRIAS E VITAMINAS	por 100g/ml	por porção	%DR*
FERRO	12mg	86	3,0mg 26
VITAMINA D	4,3µg	86	1,3µg 25
VITAMINA E	68mg	86	20mg 25
NIACINA B3	6,1mg	86	0,3mg 25
BIOTINA B7	1,2mg	86	0,4mg 25
NIACINA B3	14mg	86	4,2mg 25
VITAMINA B6	1,2mg	86	0,4mg 25
ACIDO FOLICO B9	170µg	86	21µg 25
VITAMINA B12	2,1µg	86	0,4µg 25
BIOTINA B7	43µg	86	13µg 25
ACIDO PANOTÓICO B5	4,1mg	86	1,3mg 25

* Dose de Referência (DR) - Dose de referência para um adulto médio (8 400kJ/ 2 000 kcal)

** VDR = Valor de Referência Nutricional

SIGA AS CORES
Clique por escolher alimentos que apresentem nutrientes a verde e laranja do que a vermelho

ANEXO XV – CERTIFICADOS



Certificado de Participação

Declara-se que _____
participou na formação “Leitura do Rótulo Alimentar”, dinamizado pela Enfermeira Sandra Esteves, na Santa Casa da Misericórdia da Chamusca no dia 30 de junho de 2016.



Dr.^a Helena Ponte e Sousa
Coordenadora da USP Santarém

Enf. Sandra Esteves

ANEXO XVI – DIAPOSITIVOS – APRESENTAÇÃO DO PROJETO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USPL



Leitura Do Rótulo Alimentar

Enfermeira
Sandra Esteves

Plano de Formação

Tema: Leitura do rótulo alimentar

Formador: Sandra Esteves

Destinatários :
Profissionais de saúde do ACES Lezíria (Concelho clínico)

Local: USP Santarém

Data/hora: 25/10/2016 das 15.00 às 15.20

Duração: 20 minutos Tema: Leitura do rótulo alimentar

Metodologia: Metodologia: Método expositivo com recurso aos meios auxiliares de ação educativa;
Método interativo com esclarecimento de dúvidas

Escolha do Tema: A interpretação do rótulo alimentar irá promover de uma forma mais criteriosa a escolhas alimentares no momento da sua aquisição.

Objetivos geral: -Incentivar a pertinência da leitura do rótulo alimentar como uma ajuda perante a escolha alimentar.

Objetivos Específicos:-Despertar a atenção dos profissionais de saúde para a leitura do rótulo alimentar, considerando os mesmos como mediadores ativos para comunicar essa informação às pessoas.

Doenças Prevalentes Na Lezíria

- ▶ De acordo com o Plano local de saúde da Lezíria nesta região verifica-se a prevalência de determinadas doenças:

- ▶ Tumores malignos do cólon e reto
- ▶ Doenças cerebrovasculares



Tumores malignos do cólon e reto

Determinantes de Risco	Determinantes Protectores
Idade (acima dos 50 anos)	Controlo adequado das doenças inflamatórias intestinais
Hereditariedade (história familiar de cancro colo rectal, polipose adenomatosa familiar)	Participação no rastreio precoce
Polipose Intestinal (a remoção dos mesmos anula este risco aumentado)	Redução do consumo de álcool
Dieta (baixa em legumes, fibras e frutas, rica em carnes vermelhas e gordura)	Dieta equilibrada
Tabagismo	Cessação tabágica
Alcoolismo	Literacia em saúde

Doenças cerebrovasculares

Determinantes de Risco	Determinantes Protectores
Idade (especialmente se acima dos 50 anos)	Dieta equilibrada
Tabagismo	Prática regular de exercício físico
Dislipidemia	Controlo adequado da dislipidemia
Hipertensão arterial sem controlo	Controlo adequado da Diabetes
Diabetes	Controlo da hipertensão arterial
Abuso do álcool, sal e gorduras	Cessação tabágica
Stress excessivo	Literacia em saúde
Obesidade	
Falta exercício físico	

O Que É Literacia Em Saúde ?

- ▶ «Capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde na vida de todos os dias.» - SNS
- ▶ «O conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde.» - OMS



Literacia Em Saúde E Escolha Alimentar

- ▶ Escolhas alimentares saudáveis têm grande influência na diminuição do aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, como as já referidas doenças cerebrovasculares e tumores malignos do cólon e reto.
- ▶ Então: Uma escolha alimentar saudável passa também pela capacidade de saber interpretar um rótulo alimentar.



Rótulo Alimentar Em Portugal



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL		
Porção de 200ml (1 copo)		
Quantidade por porção		
Valor energético	83 kcal = 349 kJ	4%
Carboidratos	9,5 g	2%
Proteínas	5,2 g	8%
Gorduras totais	2,2 g	4%
Gorduras saturadas	1,2 g	3%
Sódio	133 mg	8%
Cálcio	237 mg	2%

*Não contém quantidade significativa de gorduras trans e fibra alimentar.
†Valores de referência com base em uma dieta de 8.400 kJ. Seus valores diários podem depender de suas necessidades.

Por legislação o rótulo alimentar em Portugal deve apresentar obrigatoriamente:

- ▶ Denominação de venda (nome do produto)
- ▶ Lista de ingredientes que compõem o produto (> <)
- ▶ Prazo de validade
- ▶ Lote de fabrico
- ▶ Nome e morada da entidade que lança o produto no mercado
- ▶ Condições de conservação

Informação Nutricional Nas Embalagens

- ▶ Permite dar a conhecer ao consumidor a composição dos nutrientes presentes nos alimentos e o seu valor energético.
- ▶ Permite avaliar e comparar produtos
- ▶ Permite escolhas adequadas ao nível nutricional de acordo com preferências, gostos pessoais, condições económicas e necessidades.



Legislação Atual - Apresentação Da Informação



A atual legislação permite a apresentação da informação nutricional de duas formas:

- ▶ Simples - apresenta valor energético do alimento, proteínas, glícidos(HC) e lípidos (gorduras).
- ▶ Completa - apresenta a informação que consta na forma simples e ainda acrescenta informação sobre ácidos gordos saturados, fibras alimentares, sódio (sal), amido, colesterol, vitaminas, etc.

Como Ler E Interpretar Um Rótulo Alimentar

Determina a energia (expressa em kcal) por dose de alimento determinada pela marca. Para compararmos entre produtos, devemos sempre olhar para a quantidade de energia e macronutrientes por 100g de alimentos.

%DR (Dose de Referência) refere-se à percentagem de energia e macronutrientes tendo em conta a média de calorias que um adulto ativo deve ingerir por dia (2000kcal).

Na parte dos HC, devemos tomar atenção aos Hidratos de Carbono, dos quais açúcares, que nos indicam a quantidade de açúcar de um alimento. Ter em atenção se são açúcares naturalmente presentes ou se são açúcares adicionados, olhando para os ingredientes.

A ingestão de muitos lipídios (gorduras) e sal contribui para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, bem como alguns tipos de cancro e Tensão arterial elevada.
1) Gorduras saturadas <10% da energia total do dia; 2) Gorduras trans não devem ser ingeridas.

DECLARAÇÃO NUTRICIONAL	por 100g	por porção (30g)	%DR
ENERGIA	1040kJ	436kJ	20%
	277kcal	112kcal	22%
LÍPIDOS	3,5g	1,1g	2%
GLÍCIDOS	1,5g	0,5g	1%
PROTEÍNAS	78g	23g	46%
ÁCIDOS GRÁVIDOS SATURADOS	35g	9,6g	19%
FIBRA	4,5g	1,4g	9%
PROTEÍNAS	6,5g	1,9g	13%
SÓDIO	1,3g	0,37g	6%

2000kcal é uma média, mas a verdade é que cada pessoa necessita de uma determinada quantidade de energia por dia.

MINERAIS E VITAMINAS	por 100g	por porção (30g)	%DR
FERRO	1,2mg	0,4mg	2%
VITAMINA D	4,3µg	1,3µg	2%
VITAMINA C	68mg	20mg	2%
VITAMINA B1	0,9mg	0,3mg	2%
NIACINA B3	1,2mg	0,4mg	2%
BIOTINA B7	14µg	4,3µg	2%
VITAMINA B9	1,2µg	0,4µg	2%
NIACINA B3	17µg	5µg	2%
VITAMINA B5	2,1µg	0,6µg	2%
COLESTEROL	47mg	14mg	2%
COLESTEROL	0,5mg	0,1mg	2%

* Dose de Referência (DR) - Dose de referência para um adulto médio (6400 kJ / 2000 kcal)
** VDR = Valor de Referência Nutricional

SIGA AS CORES
Quem por rótulos alimentares que apresentam mais nutrientes a verde e menor que a vermelho

As fibras, vitaminas e proteínas são muito importantes na nossa alimentação. Estes nutrientes melhoram sua saúde prevenindo o risco de algumas doenças. As proteínas são necessárias para a construção das células e tecidos do nosso organismo.

Dicas Para A Leitura Do Rótulo Alimentar

- ▶ A lista dos ingredientes é sempre colocada em ordem decrescente, o 1º ingrediente é o que está em maior quantidade na formulação do produto e o ultimo é o que está em menor quantidade.
- ▶ Origem - contém informações sobre o fabricante do produto e onde este foi fabricado.
- ▶ Prazo de validade – indica a durabilidade do alimento.
- ▶ Conteúdo líquido – quantidade de produto dentro da embalagem.
- ▶ Lote – forma de controlo do fabrico do produto para verificação, caso haja algum problema com o seu consumo.
- ▶ Na hora de comprar deve comparar com outros produtos idênticos, podendo assim optar pela escolha mais saudável.
- ▶ Aditivos (E) - evitar a aquisição dos mesmos. A sua grande maioria é prejudicial à saúde.

Recomendações Para A Escolha Alimentar

Um olhar atento (informações):

- ▶ Ler cuidadosamente a lista de ingredientes
- ▶ Verificar o prazo de validade e o estado das embalagens
- ▶ Respeitar o modo de conservação e a sua utilização
- ▶ Ter especial atenção às quantidades de sódio(sal), lípidos (gorduras, principalmente as saturadas), e colesterol.
- ▶ Verificar a quantidade de fibras alimentares e a quantidade de glicidos (preferir alimentos ricos em Amido e pobres em açúcares)
- ▶ Verificar aditivos (E) - corantes e conservantes
- ▶ Verificar OGM - Organismos geneticamente modificados



Questões



Muito Obrigado !!!



ANEXO XVII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO AO GRUPO ALVO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO
LITERACIA EM SAÚDE: LEITURA DO RÓTULO ALIMENTAR

1. Acha importante este tipo de formação sobre Literacia em saúde: leitura do rótulo alimentar? Sim Não justifique:

Assinale (com X em cima da sua resposta) a sua opinião em relação a cada uma das seguintes frases:

2. Está satisfeito com o tema apresentado?

Muito. Insatisfeito nem satisfeito, nem insatisfeito satisfeito Muito Satisfeito

3. Os meios utilizados foram adequados? Sim Não

4. Relativamente às informações fornecidas encontra-se

Muito. Insatisfeito nem satisfeito, nem insatisfeito satisfeito Muito Satisfeito

5. Quanto ao domínio do tema pela formadora considera que estes foram

Maus insuficientes suficientes Bons Muito Bons

6. Considera que as suas dúvidas foram esclarecidas de forma adequada

Muito insatisfeito Nem satisfeito, Nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

GRATA