

Helena Alves de Carvalho Sampaio
Maria da Penha Baião Passamai
Soraia Pinheiro Machado Arruda
Nara de Andrade Parente
Organizadoras

PLANO ALFA-SAÚDE

MANUAL PARA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS
HUMANOS NA ATENÇÃO BÁSICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmus Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragozo	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

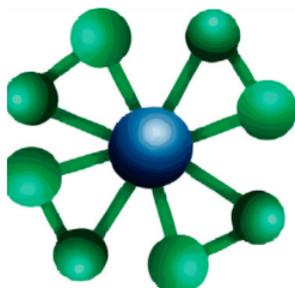
CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Helena Alves de Carvalho Sampaio
Maria da Penha Baião Passamai
Soraia Pinheiro Machado Arruda
Nara de Andrade Parente
Organizadoras

PLANO ALFA-SAÚDE

*Manual para Capacitação de Recursos
Humanos na Atenção Básica*



1ª Edição
Fortaleza - CE
2017



Plano alfa-saúde: manual para capacitação de recursos humanos na atenção básica

© 2017 Copyright by Helena Alves de Carvalho Sampaio, Maria da Penha Baião Passamai, Soraia Pinheiro Machado Arruda e Nara de Andrade Parente

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará

CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893

www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

EdUECE

Ficha Catalográfica

Thelma Marylanda Silva de Mello

P712 Plano alfa-saúde [livro eletrônico]: manual para capacitação de recursos humanos na atenção básica/ Helena Alves de Carvalho Sampaio... [et al.] Organizadoras. – Fortaleza, CE: EdUECE, 2017.
Referências bibliográficas
177p.
ISBN: 978-85-7826-552-6 (ebook)

1. Atenção básica à saúde. 2. Recursos humanos – Capacitação. I. Passamai, Maria da Penha Baião. II. Arruda, Soraia Pinheiro Machado. III. Parente, Nara de Andrade.

CDD: 362.1

1 INTRODUÇÃO	07
2 SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PLANO ALFA-SAÚDE	13
3 MANUAL DE CAPACITAÇÃO PARA RECURSOS HUMANOS NA ATENÇÃO BÁSICA	21
APRESENTAÇÃO	21
PRIMEIRA PARTE – EMBASAMENTO TÉCNICO	23
1 INTRODUÇÃO	24
2 OBJETIVO	24
3 RESULTADOS ESPERADOS	25
4 METODOLOGIA.....	25
5 PROGRAMAÇÃO.....	26
6 ROTEIRO DE ATIVIDADES.....	28
SEGUNDA PARTE – EMBASAMENTO TEÓRICO	58
CAPÍTULO 1 – O FENÔMENO LETRAMENTO EM SAÚDE E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE	59
1 LETRAMENTO EM SAÚDE: UMA REDE DE INTERAÇÕES	59
2 LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: A DEMANDA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, O SUS E O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	66
3 IDENTIFICANDO PESSOAS COM BAIXO LETRAMENTO EM SAÚDE: A INTEIRAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE	80
3.1 A comunicação quando o paciente se sente assustado, doente e deprimido	82
3.2 Conhecer o seu público: a perda auditiva	87
3.3 Conhecer o seu público: o problema de visão	90
3.4 Conhecer o seu público: os idosos.....	92
CAPÍTULO 2 – A NAVEGAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE AÇÃO EDUCATIVA PARA USUÁRIOS DO SUS	95
1 NAVEGAÇÃO EM SAÚDE: O QUE É E COMO APLICAR	95
2 OBJETIVOS DA NAVEGAÇÃO DE PACIENTES.....	96
3 FUNÇÕES DO NAVEGADOR DE PACIENTES.....	96
4 DICAS PARA DESENVOLVER UMA NAVEGAÇÃO MAIS EFETIVA	97

CAPÍTULO 3 – O ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS..... 98

1 O PAPEL DA ALIMENTAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DAS DCNT	98
2 COMBATE AO TABAGISMO	99
3 COMBATE AO EXCESSO DO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	101
4 INCENTIVO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	107
4.1 Combate à Obesidade	107
4.1.1 A importância da utilização do Índice de Massa Corporal.....	110
4.1.2 A importância da circunferência da (o) cintura/abdômem	111
4.2 Combate ao Excesso de Sal	113
4.3 Combate ao Excesso de Açúcares e Doces	115
4.4 Combate ao Excesso de Gorduras.....	116
4.5 Incentivo à Amamentação e Orientação Para Adequada Alimentação Complementar.....	117
4.6 Incentivo ao Aumento de Consumo de Frutas e Hortaliças	119
5 INCENTIVO À ATIVIDADE FÍSICA	121

CAPÍTULO 4 – DICAS PARA UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL 126

1 DICAS PARA SUSPENSÃO DO HÁBITO DE FUMAR	126
2 DICAS PARA DIMINUIR O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	128
3 DICAS PARA EVITAR O GANHO DE PESO	130
4 DICAS PARA REDUZIR O CONSUMO DE SAL.....	132
5 DICAS PARA DIMINUIR O CONSUMO DE AÇÚCARES E DOCES.....	133
6 DICAS PARA DIMINUIR O CONSUMO DE GORDURAS	135
7 DICAS PARA INCENTIVO À AMAMENTAÇÃO E ORIENTAÇÃO ADEQUADA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	136
7.1. Amamentação	136
7.1 Alimentação complementar	138
8 DICAS PARA AUMENTAR O CONSUMO DE FRUTAS E HORTALIÇAS.....	146
9 DICAS PARA DIMINUIR O SEDENTARISMO	147
GLOSSÁRIO	149
BIBLIOGRAFIA	155

AUTORES..... 175

1 INTRODUÇÃO

Helena Alves de Carvalho Sampaio
Maria da Penha Baião Passamai
Soraia Pinheiro Machado Arruda
Nara de Andrade Parente

Este livro integra a produção científica do grupo de pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas (GRUPESQNUT-DC) da Universidade Estadual do Ceará, na área de letramento em saúde.

Letramento em saúde pode ser conceituado como “o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida” (Sorensen et al., 2012). Ele pode ser classificado em inadequado, marginal e adequado. Os estudos sobre o tema destacam que pessoas com letramento em saúde insatisfatório (marginal ou inadequado) frequentemente têm pior desfecho, no que tange à promoção da saúde e prevenção e controle de doenças (Baker et al., 2002; Olney et al., 2007; Ishikawa et al., 2008; Jovic-Vranes et al., 2009; Rawson et al., 2009; WHCA, 2010).

Desde 2009, o grupo vem desenvolvendo estudos de aferição de letramento em saúde em diferentes grupos

populacionais, buscando avaliar, ainda, se há relação do diagnóstico encontrado com desfechos em saúde, corroborando ou não outros estudos sobre o tema. Além de desenvolver a temática mais ampla de letramento em saúde, também tem sido desenvolvida investigação de tópicos daí derivados, como letramento em saúde bucal e letramento nutricional.

Neste contexto, estudos associados a diferentes graus acadêmicos (graduação, especialização, mestrado e doutorado) foram desenvolvidos a partir do financiamento de duas pesquisas. A primeira, intitulada ***“Plano AlfaNutri: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas”***, foi financiada através do edital 02/2009 Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS, sob auspícios da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA). A segunda, intitulada ***“Plano Alfa-Saude: aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS”***, foi financiada, através da Chamada 03/2012 – Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS REDE, também por FUNCAP/MS/CNPq/SESA.

Na primeira pesquisa (Sampaio et al., 2012) foi realizada aferição de letramento em saúde de usuários do SUS, onde foi constatada alta prevalência (66,7%) de letramen-

to em saúde insatisfatório (marginal e inadequado). Dentre as recomendações do relatório final do estudo, ficou a necessidade de despertar os profissionais de saúde que atuam no SUS para este tema, discutindo como aprimorar as ações educativas, considerando as facilidades e dificuldades de compreensão presentes.

Assim, com a segunda pesquisa objetivou-se, dentre outras propostas, capacitar profissionais que atuam no SUS, tanto agentes comunitários de saúde (ACS), como profissionais integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). Tal capacitação foi delineada para ser desenvolvida calcada nos pressupostos do letramento em saúde e motivando o profissional a atuar como um navegador em saúde para o usuário. Navegação em saúde é um outro conceito que se alia ao letramento em saúde no âmbito da melhoria da compreensão das ações educativas. A navegação em saúde é “uma estratégia para melhorar os resultados do cuidado em saúde em populações vulneráveis através da eliminação de barreiras no diagnóstico e tratamento” (Freeman; Rodriguez, 2011).

O tipo de capacitação proposto encontra vasto apoio na literatura, mas devem aqui ser destacados os textos de Rudd et al. (2005) e Soricone et al. (2007), pesquisadores da Harvard School of Public Health, que definem o planejamento de tal capacitação passo a passo, permitindo adaptação a agentes comunitários de saúde e a profissionais de ensino superior atuantes nas equipes alvo, bem como a qualquer grupo de pessoas que atue junto a adultos.

Neste livro, além desta Introdução, são apresentados, no Capítulo 2, os principais resultados obtidos com a realização da capacitação de recursos humanos para a atenção básica, no âmbito do Plano Alfa-Saúde, principalmente com a intenção de ressaltar o porquê da decisão de publicar o manual utilizado.

O Capítulo 3 apresenta a capacitação de ACS e integrantes do NASF da forma como a mesma ocorreu no período de desenvolvimento da pesquisa. Tal capacitação abrangeu duas partes, uma que foi a capacitação propriamente dita e outra que foi representada pelo material de apoio para a execução da capacitação. Ambas as partes constituíram o manual do participante, entregue a cada um no início do processo, aqui reunidas como o Manual para Capacitação de Recursos Humanos na Atenção Básica.

A Primeira Parte configura, então, o programa da capacitação, com detalhamento das atividades desenvolvidas e respectivos tempos de execução. A estratégia adotada foi apoiada nos círculos de estudos propostos por Rudd et al. (2003; 2005; 2007), aqui chamados de círculos de estudos adaptados. Trata-se de uma estratégia pró-ativa, onde são apresentadas algumas situações-problema para análise crítica e constituídos grupos de trabalho para discutir situações vivenciadas pelos participantes. Estimula-se a participação de todos para a busca de subsídios para aperfeiçoamento da prática profissional, pensando na alta prevalência de insatisfatório letramento em saúde e na necessidade dos profissionais serem os navegadores do

usuário do SUS na rede complexa de assistência à saúde. Além das discussões em grupo, foram utilizados modelos de corpo humano, modelos de órgãos acometidos por doenças e modelos de alimentos para garantir a melhor compreensão e fixação do processo.

A Segunda Parte corresponde ao material de apoio didático, apresentado tanto para auxiliar a participação nos círculos de estudos adaptados, como para fonte de consulta futura. Esta segunda parte é dividida em quatro capítulos que correspondem aos temas enfocados na capacitação: 1) Letramento em saúde; 2) Navegação em saúde; 3) Estilo de vida saudável; e 4) Dicas para um estilo de vida saudável. E posteriormente um glossário elaborado para facilitar o entendimento de alguns termos e conceitos utilizados.

Considerando o capítulo 3 da Segunda Parte, Estilo de vida saudável, alguns temas foram priorizados dentro do **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (Brasil, 2011)**: a) combate ao tabagismo, b) combate ao excesso de bebidas alcoólicas, c) incentivo à alimentação saudável. Dentro deste último tópico (c), foram selecionados os seguintes temas: combate à obesidade, combate ao excesso de sal, combate ao excesso de açúcares e doces, combate ao excesso de gorduras, incentivo à amamentação e alimentação complementar, e incentivo ao consumo de frutas e hortaliças.

Todas as dicas apresentadas no capítulo 4 se referem aos temas enfocados no capítulo 3, como uma forma de fa-

cilitar as ações dos profissionais junto ao usuário do SUS, não só discutindo o que pode ser feito para melhorar a saúde, mas viabilizando apresentar sugestões que facilitem a adoção das orientações.

A publicação desta experiência é de grande importância pelos seguintes aspectos:

- os debates frequentes sobre a necessidade de uma formação profissional e capacitação em serviço que aprimore a ação em saúde;

- as avaliações de ações educativas que nem sempre apontam para taxas consideráveis de sucesso, muitas vezes podendo-se atribuir tal fracasso a falhas de abordagem, onde o educando é focalizado como um mero receptor de informações;

- a insuficiente atenção dada ao letramento em saúde da população para o planejamento e desenvolvimento de atividades educativas orais e escritas;

- a ainda incipiente existência de um programa de navegadores de saúde na atenção básica em termos globais.

Trata-se, também, de proposta inovadora, ao pensar em capacitação de recursos humanos aliando, simultaneamente, pressupostos do letramento em saúde e da navegação em saúde no enfoque técnico para a prática profissional.

2 SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PLANO ALFA-SAÚDE

Helena Alves de Carvalho Sampaio
Maria da Penha Baião Passamai
Soraia Pinheiro Machado Arruda
Nara de Andrade Parente
Sarah Bezerra Luna Varela

O Plano Alfa-Saúde envolveu não só a capacitação de recursos humanos, mas também a formação de navegadores de saúde junto a alunos do Programa de Educação de Jovens e Adultos (PROEJA) e a avaliação de materiais educativos escritos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. A síntese aqui apresentada será referente apenas à capacitação citada, a fim de possibilitar maior entendimento da parte principal deste livro, que é o *Manual para Capacitação de Recursos Humanos na Atenção Básica*.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará sob número CAAE 19060013.3.3001.5052.

O estudo foi realizado nas dependências das sedes das macrorregionais de saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA, no Centro Regional Integrado de Oncologia – CRIO e no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – CCS-UECE.

À época do delineamento da pesquisa, Fortaleza estava dividida em 4 macrorregiões de saúde - Fortaleza, Sobral, Cariri e Sertão Central e em 22 microrregiões, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES). Assim, a capacitação foi realizada em Fortaleza, Sobral, Crato (sede da macrorregião do Cariri) e Quixadá (sede da macrorregião do sertão Central).

O universo do estudo correspondeu aos 14233 ACS e 151 integrantes do NASF, segundo dados da SESA, atualizados até abril de 2012. A amostra envolveu 290 ACS e 188 integrantes do NASF. A ideia discutida com os mesmos é que atuassem como multiplicadores junto aos profissionais não sorteados para a capacitação.

Como já citado, a capacitação foi desenvolvida de acordo com adaptação dos Círculos de Estudo em Letramento em Saúde (Health Literacy Study Circles) propostos por Rudd et al. (2005) e Soricone et al. (2007). Este grupo de autores propõe 3 tipos de círculos, todos embasados no letramento em saúde, cada um com 15 horas de duração: um destinado à prevenção de doenças, um visando ao manejo de doenças crônicas e um destinado ao acesso e navegação em saúde. O conteúdo enfocado também foi adaptado à realidade local e público alvo das capacitações. Foi ainda utilizado o Programa Navegador de Pacientes da American Cancer Society (FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011) como referencial, adaptado para doenças em geral.

Cada turma de capacitação era integrada por até 45 pessoas. Considerando as dificuldades para suspensão das atividades de trabalho por parte do grupo-alvo, a capaci-

tação ocorreu, para cada turma, duas vezes por semana, 8 horas por dia, totalizando 16 horas/aula de capacitação.

Foram realizados 4 Círculos de Estudos com cada grupo, com duração de 4 horas cada círculo, sendo um círculo destinado ao enfoque do Letramento em Saúde, um círculo para o enfoque da Navegação em Saúde e dois círculos para a abordagem do Estilo de Vida Saudável.

Os procedimentos adotados durante a capacitação seguiram rotinas já adotadas pela SESA em outros tipos de capacitação realizados, quando os profissionais se deslocam de suas unidades de origem às expensas do seu município de lotação, mesmo quando convocados pela SESA, recebendo diárias para essa movimentação, não acarretando, portanto, ônus para o projeto. A SESA ofereceu, como habitualmente, lanche e almoço aos profissionais em treinamento/capacitação.

Foram adotadas duas estratégias de avaliação do Plano Alfa-Saúde, ambas imediatas. Inicialmente foram verificados os conhecimentos técnicos antes e após a capacitação. Foi também avaliado o tipo de capacitação e sua aplicabilidade na prática de atendimento ao usuário do SUS.

Quanto à avaliação de conhecimentos técnicos antes e após a capacitação, foi desenvolvido um formulário que incluiu 29 perguntas estruturadas sendo 10 de letramento em saúde, 5 de navegação em saúde e 14 relativas a estilo de vida saudável no âmbito da prevenção de DCNT.

Já para a avaliação do tipo de capacitação e aplicabilidade na prática de atendimento ao usuário do SUS, foi desenvolvido o Bonequinho Alfa, incluído e explicado na

Primeira Parte do Manual do Participante. O referido bo-neco incluiu 5 tópicos: que ideias você ganhou; que ha-bilidades você ganhou; que ideias você gostou; que ideias foram mais úteis; e que ideias não foram úteis.

As tabelas 1 e 2 exibem o desempenho antes e após o treinamento, respectivamente dos ACS e dos integrantes do NASF.

Tabela 1. Desempenho (% de acertos) dos Agentes Comunitários de Saúde (n = 290) antes e após uma capacitação realizada segundo o Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Temas	Antes do Treinamento	Depois do Treinamento	Valor de p
Letramento em Saúde (conceito)	59,2%	85,2%	< 0,001
Navegação em Saúde	88,9%	92,3%	0,465
Estilo de Vida Saudável	49,9%	72,9%	0,035

Tabela 2. Desempenho (% de acertos) dos integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (n = 188) antes e após uma capacitação realizada segundo o Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

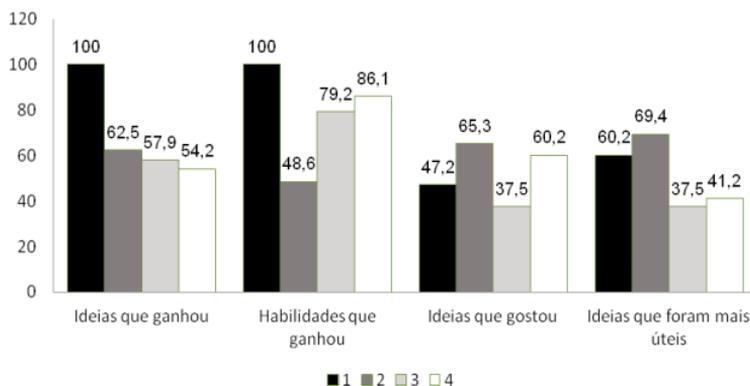
Temas	Antes do Treinamento	Depois do Treinamento	Valor de p
Letramento em Saúde (conceito)	66,5%	88,6%	< 0,001
Navegação em Saúde	80,9%	88,6%	0,043
Estilo de Vida Saudável	59,6%	73,1%	0,008

Observa-se que houve melhora significativa nos 3 te-mas para os integrantes dos NASF. Para os ACS, a melhora no tema Navegação em Saúde não foi significativa. Consi-derando as discussões vivenciadas durante a capacitação,

este fato pode ter ocorrido porque os ACS relatavam que eram navegadores em saúde, considerando as atividades que desenvolviam, apenas não sabiam que o nome da função era esse. Realmente, o percentual de acertos foi elevado já antes da capacitação. O percentual de acertos neste tema também foi elevado entre os integrantes dos NASE, mas ainda houve um desempenho que se traduziu como diferente e melhor do que a situação inicial.

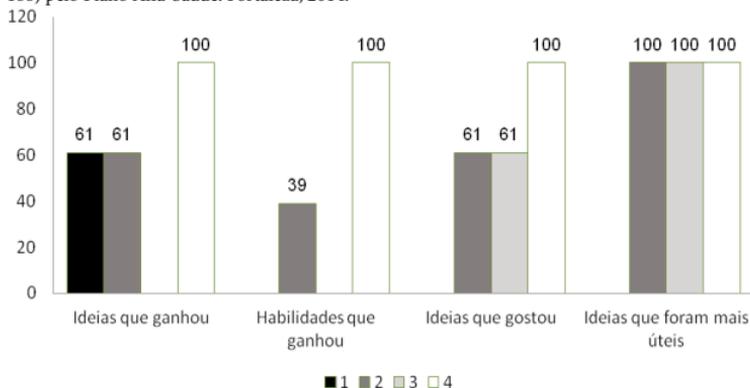
Considerando a avaliação gerada a partir do uso do Bonequinho Alfa, os achados também foram bastante satisfatórios. Os gráficos 1 e 2 são relativos, respectivamente, aos ACS e integrantes dos NASE.

Gráfico 1. Aprendizagem adquirida (%) sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde capacitados (n = 290) pelo Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.



1 = Melhora do Cuidado em Saúde; 2 = Letramento e Navegação em Saúde; 3 = Conteúdo Técnico; 4 = Metodologia da Capacitação

Gráfico 2. Aprendizagem adquirida (%) sob a ótica dos profissionais do NASF capacitados (n = 188) pelo Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.



1 = Melhora do Cuidado em Saúde; 2 = Letramento e Navegação em Saúde; 3 = Conteúdo Técnico; 4 = Metodologia da Capacitação

Constatou-se que o aprendizado ocorreu como um processo, ainda que com percentuais diferentes de citações: as ideias adquiridas foram relacionadas às habilidades que os participantes consideraram que desenvolveram, eles gostaram destas ideias/habilidades e consideraram que as mesmas eram úteis e estavam prontas para serem colocadas em prática.

Interessante também foi constatar que a estratégia metodológica adotada foi avaliada como adequada e motivadora, tendo sido percebida como uma modalidade de fazer refletir sobre a prática profissional de cada um e que diferença cada profissional pode fazer para a qualidade do SUS. Os depoimentos referentes ao Bonequinho Alfa evidenciam uma mudança de posição, do “não faço porque não dá para fazer” para o “eu posso tentar porque eu posso fazer a diferença”.

Os ACS citaram o conteúdo técnico da capacitação mais vezes do que os integrantes dos NASF, provavelmente porque utilizam mais este conteúdo nas visitas domiciliares.

As ideias que não foram consideradas úteis, segundo os relatos, não foram diretamente relacionadas à capacitação. Houve 73,2% dos ACS e 39,0% dos integrantes dos NASF que referiram não ter nada a citar. Dentre os demais, as queixas principais foram relativas ao tempo de capacitação, que consideraram curto, e ao fato da capacitação não ter abrangido o universo de profissionais. Houve, ainda, reflexões não específicas de avaliação da capacitação, mas referentes à própria prática profissional dos integrantes, como reconhecer que exercem atividades que não configuram suas atribuições, o excesso de burocracia que atrapalha a operacionalização do cuidado e o risco de trabalharem em locais ou visitarem locais vulneráveis a assaltos e agressões.

Portanto, pode-se concluir que, mesmo desenvolvendo a capacitação num período de tempo relativamente curto (16 horas), caso se considere o volume do conteúdo discutido, o Plano Alfa-Saúde conseguiu empoderar os ACS e os integrantes dos NASF para uma mais adequada e efetiva abordagem do usuário do SUS, utilizando pressupostos do letramento e da navegação em saúde.

O Plano Alfa-Saúde pode, portanto, ser implantado como estratégia de treinamento em serviço, em âmbito local, regional e nacional, propondo-se que seja aplicado ao menos duas vezes por ano. O Manual apresentado a seguir,

neste livro, pode se transformar em um Guia Nacional para Capacitação de Recursos Humanos para a Atenção Básica, a ser adotado em todo o sistema, com desenvolvimento de indicadores de acompanhamento e avaliação de ações e resultados em saúde.

3 MANUAL DE CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

APRESENTAÇÃO

Prezado(a) Participante,

Uma pesquisa recente detectou a presença de baixo letramento em saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como foi percebido que materiais educativos desenvolvidos para os usuários podiam não estar sendo devidamente compreendidos devido a este limitado letramento.

Certamente esse termo não lhe é tão familiar, por isso a proposta de discuti-lo nessa capacitação, juntamente com outro termo pouco explorado: a Navegação em Saúde. O objetivo é desenvolver sua capacidade de aplicar os pressupostos do Letramento em Saúde e da Navegação em Saúde na prática de abordagem do usuário do SUS para a adoção de um estilo de vida saudável, ou seja, utilizá-los como estratégias de ações educativas dirigidas ao usuário do SUS.

Para tanto, pensou-se em um modelo de capacitação que tanto respeitasse a situação de letramento dos usuários como também possibilitasse a formação da equipe de saúde e de pessoas da comunidade em navegadores de saúde.

Essa capacitação faz parte do Plano Alfa-Saúde, um projeto financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, por meio do Edital 03/2012 do Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS REDE.

Além de você, serão capacitados também os Agentes Comunitários de Saúde e os alunos da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Com relação a este manual, ele está dividido em duas partes. A primeira traz o embasamento técnico necessário para aplicação dos conceitos trabalhos na sua prática diária e a segunda parte apresenta o referencial teórico que dará suporte a sua atuação no âmbito do SUS.

Espera-se que este material contribua para sua formação profissional. Ele serve como um guia para orientá-lo em sua prática e, assim, aprimorar o atendimento à saúde do usuário do SUS. Contamos com você nessa jornada!

Equipe de Pesquisadores

Primeira Parte

EMBASAMENTO TÉCNICO

Primeira Parte – EMBASAMENTO TÉCNICO

Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos
Carmem Cemires Cavalcante Costa
Sarah Bezerra Luna Varela

1 INTRODUÇÃO

A capacitação pretendida será desenvolvida por meio de conteúdos de embasamento teórico e técnico. Como fundamentos teóricos, serão enfocados os pressupostos do letramento em saúde e da navegação em saúde como estratégia de ação educativa dirigida ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Na parte técnica, serão apresentadas atividades específicas de promoção em saúde. Embora didaticamente separados, na prática ambos os tipos de conteúdo serão abordados de forma entrelaçada, conforme será detalhado a seguir.

2 OBJETIVO

Capacitar Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) para atendimento aos usuários do SUS à luz dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores de saúde.

3 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que ao final da capacitação os NASF sejam capazes de:

- Definir letramento em saúde;
- Estabelecer umnexo entre letramento e navegação em saúde da população e prática profissional; e
- Aplicar os pressupostos do letramento e da navegação em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS.

4 METODOLOGIA

Será empregada a metodologia dos **Círculos de Estudos Adaptados (CEA)** proposta por Rudd e colaboradores (2005) para capacitação de educadores de adultos em letramento em saúde nos Estados Unidos.

A metodologia foi adaptada para as peculiaridades do SUS e pesquisas no Brasil, e será utilizada na capacitação de todos os participantes do Plano Alfa-Saúde, com o intuito de ser aplicada nos serviços de saúde.

As atividades desenvolvidas durante a capacitação foram pensadas para dar suporte às práticas educativas junto aos usuários dos serviços de saúde. Para tanto, propõe-se atividades dinâmicas, envolvendo discussões em grupo e dramatizações, e com a mediação de facilitadores.

Para alcance dos objetivos, a capacitação será desenvolvida em três módulos, com carga horária total de 16 horas, conforme descrição a seguir.

Módulo	Tema principal	Carga horária
1	Letramento em Saúde	4 horas
2	Navegação em Saúde	4 horas
3	Promoção de estilo de vida saudável	8 horas

5 PROGRAMAÇÃO

Os módulos serão desenvolvidos por meio de uma sequência de atividades, listadas na programação a seguir.

1º DIA	
HORÁRIO	ATIVIDADES
8h - 8h30min	Acolhimento dos participantes e construção de contrato de convivência
8h30min – 9h30min	MÓDULO 1 – LETRAMENTO EM SAÚDE Primeiro momento - Noções sobre letramento em saúde
9h30min – 9h40min	Café com afeto
9h40min – 11h05min	MÓDULO 1 – LETRAMENTO EM SAÚDE Segundo momento - Relação entre letramento em saúde da população e prática profissional
11h05min – 12h30min	MÓDULO 1 – LETRAMENTO EM SAÚDE Terceiro momento - Pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS
12h30min – 13h30min	Almoço
13h30min – 14h45min	MÓDULO 2 – NAVEGAÇÃO EM SAÚDE Primeiro momento – Navegação em saúde: conceito, funções e responsabilidades
14h45min – 15h40min	MÓDULO 2 – NAVEGAÇÃO EM SAÚDE Segundo momento – Barreiras no fluxo dos serviços de saúde
15h40min – 15h50min	Café com afeto

15h50min - 17h30min	MÓDULO 2 – NAVEGAÇÃO EM SAÚDE Terceiro momento – Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS pelo navegador
2º DIA	
8h - 8h10min	Acolhimento dos participantes
8h10min – 10h30min	MÓDULO 3 – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL Primeiro momento – Práticas que compõem um estilo de vida saudável
10h30min – 10h40min	Café com afeto
10h40min – 11h30min	MÓDULO 3 – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL Primeiro momento – Práticas que compõem um estilo de vida saudável
11h30min – 12h	MÓDULO 3 – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL Segundo momento – Barreiras na adoção de um estilo de vida saudável
12h – 13h30min	Almoço
13h30min – 14h30	MÓDULO 3 – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL Segundo momento – Barreiras na adoção de um estilo de vida saudável
14h30min – 15h40min	MÓDULO 3 – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL Terceiro momento – Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS para adoção de um estilo de vida saudável
15h40min – 15h50min	Café com afeto
15h50min – 17h10	MÓDULO 3 – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL Terceiro momento – Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS para adoção de um estilo de vida saudável
17h10min – 17h30min	Avaliação da capacitação

6 ROTEIRO DE ATIVIDADES

MOMENTO INICIAL – Acolhendo os participantes e construindo um contrato de convivência



30 minutos



Nesse momento, o(a) facilitador(a) dará boas vindas aos participantes e solicitará que todos se apresentem, dizendo o nome e o município de origem. O(a) facilitador(a) também se apresentará, falará brevemente sobre a capacitação e os resultados esperados, bem como esclarecerá seu papel na metodologia do Círculo de Estudo Adaptado (CEA).



Você sabe qual o papel do(a) Facilitador(a)?

Estimular e moderar a discussão; identificar pontos-chave; garantir que todos tenham oportunidade de participar da discussão; manter o foco da discussão; oportunizar o direito de fala e escuta dos participantes.

Em seguida, será feito um convite aos participantes para construção de um contrato de convivência. Nesse momento, procure expressar o que é importante para que o relacionamento entre os participantes se torne agradável

e para que a capacitação tenha um bom desenvolvimento, considerando: horários para realização das atividades, higiene da sala, normas para uso dos celulares, saídas da sala, participação nos trabalhos em grupo, entre outras questões.

Registre aqui as normas pactuadas no seu grupo:



É importante que cada um cumpra essas normas para uma boa convivência grupal, mas lembre-se que elas podem ser alteradas desde que sejam previamente discutidas e aceitas pelo grupo. Bom trabalho!

MÓDULO 1 – LETRAMENTO EM SAÚDE

Temática: O que é letramento em saúde e qual sua importância para nossa prática diária de trabalho.



Após a realização deste módulo, esperamos que você adquira como educador em saúde a capacidade de aumentar as habilidades de letramento dos usuários, e conseqüentemente de melhorar o acesso aos serviços e informações de saúde, além da interação com os profissionais de saúde e da capacidade dos mesmos para reivindicarem seus direitos.

Acreditamos que o primeiro passo para o alcance desse objetivo, seja refletir sobre as barreiras para o cuidado em saúde vivida por sua população, relacionadas ao letramento. Deste modo, exploraremos suas experiências e observações com manejo de doença crônica.

Em seguida, é hora de exercitar suas habilidades educativas. Vamos conhecer algumas estratégias educativas de abordagem ao usuário, criar novas estratégias baseadas nas necessidades e perfil da sua população e executá-las através de dramatização, a fim de identificar potencialidades e fragilidades que aparecem nesse processo. Boa sorte!

Primeiro momento – Noções sobre letramento em saúde



1 hora



Objetivo: Conhecer as noções do grupo sobre letramento em saúde.

Passo 1 – O grupo será dividido em duplas, compostas preferencialmente por profissionais de municípios distintos. (5 minutos)

Passo 2 – Em seguida, cada dupla fará a leitura de uma situação-problema entre um profissional de saúde da Atenção Primária e um usuário do SUS portador de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, durante uma visita domiciliar. Esta situação-problema é muito comum no dia-a-dia dos profissionais de saúde e o intuito desta atividade é ajudar os participantes na elaboração do conceito de letramento em saúde (10 minutos).

Afinal, o que é letramento em saúde?

Profissional de saúde (Fátima): “Olá, Sr. Antônio! Como tem passado?”

Sr. Antônio: “Olá, Fátima! Não estou muito bem, tenho sentido tontura e dores de cabeça quase todos os dias”.

Profissional de saúde (Fátima): “Mas o que houve?”

Sr. Antônio: “Não sei lhe dizer. Acho que vou morrer”.

Profissional de saúde (Fátima): “Não, não vai não Sr. Antônio. Tenha calma! O Senhor tem tomado a medicação direitinho?”

Sr. Antônio: “Tenho sim. O da pressão eu tomo 8 horas da manhã e 8 horas da noite. E o do diabetes eu tomo pela manhã em jejum”.

Profissional de saúde (Fátima): “Deixa eu ver a receita, Sr. Antônio.”

Sr. Antônio entrega a receita para Fátima.

Profissional de saúde (Fátima): O senhor está tomando a medicação de forma errada. Aqui na receita do médico diz que é um comprimido a cada 8 horas. Então, o Senhor deveria estar tomando três comprimidos para pressão e não dois como vem fazendo.

Sr. Antônio: “Ai é? Eu tinha entendido que era um às 8 horas da manhã e outro às 8 horas da noite. Será que é por isso que estou me sentindo mal?”

Profissional de saúde (Fátima): “Pode ser sim”.

Sr. Antônio: “E ainda tem outro problema, nem sempre eu lembro de tomar o remédio. Às vezes, esqueço e lembro só no outro dia”.

Profissional de saúde (Fátima): “Então, agora deverá ter mais atenção, combinado?”

Sr. Antônio: Combinado!

Para nortear a discussão, seguem algumas questões sobre a situação-problema:

a) Como a leitura da situação-problema muda ou dá suporte para sua própria definição de letramento em saúde?

b) Quais são alguns dos desafios que as pessoas enfrentam diariamente e que se relacionam com o letramento/alfabetização?

c) Quais desses desafios estão relacionados com o manejo de uma doença?

d) Quais os riscos à saúde que podem existir para uma pessoa portadora de doença crônica com limitado letramento/alfabetização?

Passo 3 - As duplas devem formar um círculo e compartilhar a discussão sobre letramento em saúde (20 minutos).

Passo 4 - O(a) facilitador(a) apresentará brevemente o gráfico do círculo de estudos para letramento em saúde (5 minutos)

Passo 5 - Em seguida, o(a) facilitador(a) mostrará o conceito de letramento em saúde e fará uma comparação com os conceitos dos grupos (10 minutos).

Passo 6 - O(a) facilitador(a) fará o fechamento desse momento (5 minutos).



Materiais e equipamentos necessários: *Flip chart*, caneta piloto, folha branca, projetor de slides.

Segundo momento – Relação entre letramento em saúde da população e prática profissional



1 hora e 25 minutos



Objetivo: Estabelecer uma relação entre letramento em saúde da população e prática profissional.

Passo 1 – O grupo será dividido em duplas diferentes do primeiro momento, seguindo a mesma regra de composição com profissionais de municípios distintos (5 minutos).

Passo 2 – Cada dupla deverá listar o nome de doenças crônicas que conhecem (5 minutos).

Passo 3 – Cada participante deve pensar em uma pessoa que tenha uma das doenças listadas no passo anterior. Em seguida, deve descrever tarefas/atividades necessárias para controlar a referida doença (10 minutos).

Passo 4 – Nesse momento, duas duplas deverão se reunir e formar grupos com quatro participantes, (5 minutos)

Passo 5 - Os grupos formados devem discutir e listar no quadro a seguir as barreiras enfrentadas pelos usuários na execução das tarefas/atividades identificadas no passo 3 e se estas se aplicam aos usuários da realidade de trabalho de cada um (10 minutos).

Desafios e barreiras no manejo de doenças crônicas	
Tarefas/atividades	Desafios e barreiras enfrentados

Passo 6 – Cada grupo elegerá um(a) relator(a) que fará a apresentação das tarefas/atividades e barreiras ao grupo maior (15 minutos).

Passo 7 – O(a) facilitador(a) mostrará um quadro com tarefas necessárias para o acesso e cuidado em saúde, e as barreiras para executá-las. Com o auxílio dos participantes identificará tarefas que não foram listadas inicialmente (10 minutos).

Passo 8 - Finalmente, será possibilitado aos participantes a troca de experiências no ensino de tarefas/atividades de saúde junto aos usuários (15 minutos).

Passo 9 - O(a) facilitador(a) fará o fechamento desse momento (5 minutos).

Materiais e equipamento necessários: *Flip chart*, caneta piloto, folha branca, projetor de slides.

Terceiro momento – Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS



1 hora e 25 minutos



Objetivo: Aplicar pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS.

Passo 1 – Nessa atividade, os participantes serão divididos em grupos de quatro pessoas. (5 minutos)

Passo 2 – O(a) facilitador(a) disponibilizará uma estratégia educativa de abordagem do usuário para cada grupo, conforme quadro a seguir.

Tarefas gerais com exemplos específicos	Habilidades necessárias aos adultos	Estratégias Educativas	Materiais e ferramentas
Reconhecer e intervir sobre sintomas. Exemplo: registrar os sintomas no início; marcar hora.	- Ler folhetos educativos sobre saúde comumente disponíveis. - Expandir o vocabulário para leitura. - Observar e registrar.	- Pedir aos usuários que escrevam sobre seus sintomas e estes em uma criança, um parente ou amigo. - Pedir aos usuários para sublinhar as palavras usadas para descrever o “antes” e o “depois”.	- Folhetos educativos sobre saúde. - Calendário.
Fornecer informação. Exemplos: descrever sintomas, conversar sobre mudanças.	- Usar vocabulário descritivo. -Fornecer informações de saúde na ordem em que acontecem.	Escrever sobre uma série de eventos de saúde em sequência ao longo do tempo.	- Jornal e diário de bordo. - Calendário.

<p>Aprender mais sobre sua própria doença</p> <p>Exemplos: localizar informação na biblioteca; buscar informação na internet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Usar o dicionário. - Esclarecer dúvidas sobre os assuntos com profissionais de saúde. - Fazer pesquisa. 	<p>Entrevistar um usuário com uma doença crônica e escrever sobre o que ele tem que fazer diariamente por causa da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dicionário. - Cartilhas de educação do usuário. - Sites na internet.
<p>Desenvolver um plano de tratamento com o profissional de saúde.</p> <p>Exemplos: fornecer atualizações, participar do planejamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer perguntas. - Expressar necessidades e objeções. - Dar retorno sobre o estado de saúde. - Analisar opções de tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver um planejamento para nova atividade (exemplo: exercício em suas atividades diárias). - Discutir o que torna difícil ou fácil na mudança de rotina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jornal. - Calendário.
<p>Tomar remédio</p> <p>Exemplos: seguir as instruções contidas nos rótulos; medir quantidades; contar pílulas; organizar horários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ler e compreender rótulos. - Usar relógio e calendário para planejar quando tomar o remédio. - Desenvolver lembretes. 	<p>Ler um rótulo de remédio e discutir as instruções.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relógio. - Calendário. - Rótulos.
<p>Medir e monitorar</p> <p>Exemplos: usar medidor para determinar a necessidade de remédio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medir e registrar. - Entender e usar escalas de medição. - Interpretar um gráfico. 	<p>Manter registro de medidas como peso, e de eventos como horas dormidas.</p>	<p>Ferramentas de medição (medidor de glicemia, escala, gráfico, termômetro).</p>

A seguir, os participantes farão uma discussão sobre as estratégias propostas, a partir das questões norteadoras a seguir (15 minutos).

a) A estratégia educativa disponibilizada é adequada ao nível do seu usuário? Se não, com que o usuário pode ter problemas?

b) Como você poderia modificar a estratégia para adequá-la ao usuário?

c) Existem barreiras que o impedem de experimentar essa estratégia com seu usuário? Se sim, quais sugestões você daria para contornar essas barreiras?

d) Quais os benefícios em aplicar uma estratégia como essa?

Passo 3 – Em seguida, os grupos devem propor lições simples para melhorar as habilidades relacionadas ao letramento do usuário (15 minutos).

Passo 4 – Nesse momento, cada grupo fará uma dramatização com base no resultado do passo 3, na qual se deverá ensinar lições simples para melhorar as habilidades relacionadas ao letramento do usuário (30 minutos).

Passo 5 – Após as dramatizações, os grupos devem discutir os distintos cenários apresentados (10 minutos).

Passo 6 – O(a) facilitador(a) fará o fechamento desse momento. Uma sugestão de avaliação seria a elaboração de uma unidade de letramento em saúde e o planejamento de uma avaliação da eficácia dessa unidade (5 minutos).

Passo 7 – Avaliação da metodologia utilizada no Módulo 1 mediante perguntas norteadoras com os participantes: O que vocês acharam da metodologia? Facilitou a compreensão do conteúdo? Vocês têm alguma sugestão? (5 minutos)



Materiais e equipamento necessários: *Flip chart*, caneta piloto, folha branca, projetor de slides.



Para aprofundar seus conhecimentos sobre Letramento em Saúde faça a leitura do capítulo 1 do Embasamento Teórico.

MÓDULO 2 – NAVEGAÇÃO EM SAÚDE

Temática: Navegação em Saúde – o que é e como aplicar.



Após a realização deste módulo, esperamos que você adquira a capacidade de aumentar as habilidades dos usuários para navegação nos serviços de saúde.

Acreditamos que o primeiro passo para atingir esse objetivo, seja refletir sobre como essa orientação é feita e as barreiras para navegação em saúde vividas por sua população, relacionadas ao letramento. Deste modo, exploraremos suas experiências e observações com a navegação de usuários.

Primeiro momento – Navegação em saúde: conceito, funções e responsabilidades



1 hora e 15 minutos

Objetivos: Conhecer as noções do grupo sobre o fluxo do serviço de saúde, apresentar o conceito de navegação em saúde, função e responsabilidades do navegador de pacientes (NP) e reconhecer seu papel como navegador.

Passo 1 - Os participantes devem se dividir em grupos de cinco profissionais. (5 minutos)

Passo 2 – Cada grupo deverá desenhar o fluxo do usuário no sistema de saúde para o problema a seguir (15 minutos).

Dona Francisca, 52 anos, portadora de câncer de mama (ainda não diagnosticado), procurou o posto de saúde do seu bairro com queixa de “caroço” na mama.

Qual o percurso que ela deverá fazer da consulta no posto de saúde até o tratamento do câncer?

Passo 3 - Os grupos apresentarão os fluxos elaborados (20 minutos).

Passo 4 - Em seguida, os grupos discutirão as dificuldades encontradas na elaboração do fluxo, a partir das questões a seguir (20 minutos).

a) Você está orientando adequadamente o percurso do usuário no serviço de saúde?

b) Quais são as dificuldades dos profissionais de saúde para orientar o fluxo dos usuários nos serviços de saúde?

c) O que fazer para enfrentar esse desafio?

Passo 5 – O(a) facilitador(a) apresentará o conceito de navegador em saúde (5 minutos).

Passo 6 – O(a) facilitador(a) fará o fechamento desse momento (5 minutos).

Materiais e equipamento necessários: *Flip chart*, caneta piloto, folha branca, projetor de slides.

Segundo momento – Barreiras no fluxo dos serviços de saúde



55 minutos



Objetivo: Identificar as barreiras enfrentadas pelos usuários no fluxo dos serviços de saúde.

Passo 1 – Os participantes devem se dividir novamente em grupos de cinco profissionais. (5 minutos)

Passo 2 – O(a) facilitador(a) apresentará um fluxo de paciente com câncer. O fluxo será dividido em quatro segmentos que serão distribuídos entre os grupos (5 minutos).

Passo 3 – Os grupos devem identificar as barreiras encontradas pelo usuário no seguimento do fluxo recebido e registrá-las em faixas brancas (20 minutos).

Passo 4 – Os grupos deverão colar as faixas na etapa do fluxo que estará fixado na parede da sala (5 minutos).

Passo 5 – O(a) facilitador(a) promoverá uma discussão sobre as barreiras identificadas por todos os grupos (10 minutos), a partir das questões norteadoras abaixo.

a) Quais as barreiras socioeconômicas identificadas?

b) Quais as barreiras impostas pelo sistema de saúde?

c) Em quais barreiras o profissional de saúde pode intervir?

Passo 6 - O(a) facilitador(a) fará o fechamento desse momento (5 minutos).

Materiais e equipamento necessários: *Flip chart*, caneta piloto, folha branca, faixas.

Terceiro momento – Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS pelo navegador



1 hora e 40 minutos



Objetivo: Aplicar os pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS pelo navegador.

Passo 1 - Os participantes devem se dividir novamente em grupos de cinco profissionais (5 minutos).

Passo 2 - Cada grupo selecionará uma barreira listada no momento anterior, com o intuito de identificar uma tarefa que a supere (10 minutos).

Passo 3 - Os participantes devem identificar as habilidades necessárias para desempenhar as tarefas listadas (15 minutos).

Passo 4 - Os participantes deverão propor ideias de atividades para desenvolver as habilidades listadas (15 minutos).

Para ajudar na compreensão do que está sendo proposto, o(a) facilitador(a) listará a primeira tarefa com as respectivas habilidades exigidas como um exemplo para as demais tarefas. Veja a seguir.

Barreira	Tarefa	Habilidades necessárias	Estratégias Educativas
Dificuldade em localizar o serviço de saúde.	Localizar o serviço de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar serviço de informador popular telefônico. - Perguntar sobre direção de lugares. - Informar-se sobre rota de ônibus. 	Grupo de usuários trabalha em conjunto para localizar o local para qual foi encaminhado utilizando o telefone.

Passo 5 - Cada grupo dramatizará a ideia de atividade elaborada (30 minutos).

Passo 6 – O(a) facilitador(a) conduzirá uma discussão no grupo maior sobre as dramatizações (15 minutos), com base nas questões que seguem:

a) Essa estratégia educativa é adequada ao nível do usuário? Se não, onde o usuário pode ter problemas?

b) Como você poderia modificar a estratégia para adequá-la ao usuário?

c) Existem barreiras que o impedem de experimentar essa estratégia com os usuários? Se sim, quais sugestões você daria para contornar essas barreiras?

d) Quais os benefícios em realizar uma estratégia como essa?

Passo 7 - O(a) facilitador(a) fará o fechamento desse momento (5 minutos).

Passo 8 – Avaliação da metodologia utilizada no Módulo 2 mediante perguntas norteadoras com os participantes: O que vocês acharam da metodologia? Facilitou a compreensão do conteúdo? Vocês têm alguma sugestão? (5 minutos)

Materiais e equipamentos necessários: *Flip chart*, caneta piloto, folha branca.



Para aprofundar seus conhecimentos sobre Navegação em Saúde faça a leitura do capítulo 2 do Embasamento Teórico.

MÓDULO 3 – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Temática: Promovendo um estilo de vida saudável e prevenindo doenças



Após a realização deste módulo, esperamos que você desenvolva a capacidade de aumentar as habilidades dos usuários para adoção de estilos de vida saudáveis.

Acreditamos que o primeiro passo para atingir esse objetivo, seja refletir sobre como essa orientação é feita e as barreiras vividas por sua população para essa mudança de estilo de vida, relacionadas ao letramento. Deste modo, exploraremos suas experiências e observações na promoção de estilos de vida saudáveis.

Primeiro momento – Práticas que compõem um estilo de vida saudável



1 hora e 30 minutos



Objetivo: Identificar as práticas que compõem um estilo de vida saudável.

Passo 1 - Os participantes devem se dividir em grupos de cinco profissionais e listar hábitos que compõem um estilo de vida saudável (10 minutos).

Passo 2 – O(a) facilitador(a) fará a apresentação dos moldes que serão disponibilizados para a atividade proposta (10 minutos).

Passo 3 - Cada grupo fará a leitura de um texto específico referente a hábitos de vida saudáveis disponível na parte 2 deste manual. O(a) facilitador(a) indicará a página onde se encontra cada temática. Os temas serão divididos por grupo, conforme quadro abaixo (30 minutos).

Grupo 1	Combate à obesidade
Grupo 2	Combate ao tabagismo
Grupo 3	Combate ao excesso do consumo de bebidas alcoólicas
Grupo 4	Incentivo à atividade física
Grupo 5	Incentivo à amamentação e orientação para adequada alimentação complementar
Grupo 6	Incentivo ao aumento de consumo de frutas e hortaliças
Grupo 7	Combate ao excesso de sal
Grupo 8	Combate ao excesso de açúcares, doces e gorduras

Passo 4 - Os grupos devem elaborar uma propaganda para convencer o expectador a aderir ao hábito de vida saudável, a partir da leitura dos textos. Para tanto, serão disponibilizados alguns moldes como recurso didático (30 minutos).

Passo 5 - Os grupos devem apresentar as propagandas elaboradas (60 minutos).

Passo 6 - O(a) facilitador(a) fará uma breve explanação sobre os hábitos de vida saudáveis (20 minutos).

Passo 7 - Em seguida, os grupos farão uma discussão, com base nas questões a seguir (20 minutos).

a) Os hábitos de vida saudáveis são rotineiramente incentivados por vocês? Como?

b) Quais as dificuldades que vocês encontram para incentivar hábitos de vida saudáveis entre os usuários do SUS?

Passo 8 - O(a) facilitador(a) fará o fechamento desse momento (5 minutos).

Materiais e equipamentos necessários: *Flip chart*, caneta piloto, folha branca, moldes.

Segundo momento – Barreiras na adoção de um estilo de vida saudável



1 hora e 30 minutos



Objetivo: Identificar as barreiras enfrentadas pelos usuários na adoção de um estilo de vida saudável.

Passo 1 - Cada participante deverá preencher o quadro a seguir, destacando os benefícios dos hábitos de vida saudáveis e as barreiras que impedem o usuário de aderir a cada hábito (30 minutos).

Hábitos de vida saudável	Combate à obesidade	Alimentação saudável*	Incentivo à atividade física	Combate ao tabagismo	Combate ao excesso de consumo de bebidas alcoólicas
Como seu organismo responde a este hábito?					
O que impede um indivíduo de adotar este hábito (barreira)?					

*Incentivo à amamentação e orientação sobre alimentação complementar, incentivo ao consumo de frutas e hortaliças, combate ao excesso de sal, açúcar, doces e gorduras.

Encerramento da manhã – Reiniciaremos o 2º momento do 3º módulo às 13h30.

Passo 2 – Agora, os participantes devem se reunir em grupos de cinco pessoas e discutir as barreiras identificadas (20 minutos).

Passo 3 – Voltando ao grande grupo, todos devem discutir as barreiras identificadas no passo 2, a partir das questões norteadoras a seguir (30 minutos).

a) Quais as barreiras socioeconômicas identificadas?

b) Em quais barreiras o profissional de saúde pode intervir?

Passo 4 - O(a) facilitador(a) fará o fechamento desse momento (5 minutos).

Materiais e equipamentos necessários: *Flip chart*, caneta piloto, folha branca.

Terceiro momento – Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS para adoção de um estilo de vida saudável



3 horas



Objetivo: Aplicar os pressupostos do letramento em saúde na prática de abordagem do usuário do SUS para adoção de um estilo de vida saudável.

Passo 1 - Os participantes devem permanecer nos mesmos grupos formados anteriormente. Cada grupo selecionará uma barreira listada no momento anterior para identificar uma tarefa que a supere (20 minutos).

Passo 2 – Cada grupo identificará as habilidades necessárias para desempenhar as tarefas listadas (20 minutos).

Passo 3 – Cada grupo fará a proposição de estratégias educativas para desenvolver as habilidades listadas (30 minutos).



Lembre-se que você já fez uma atividade como esta no terceiro momento do Módulo 2 - Navegação em Saúde. Para ajudar nesse passo, o quadro a seguir servirá como modelo para a atividade proposta.

Barreira	Tarefa	Habilidades necessárias	Estratégias Educativas
Dificuldade em selecionar alimentos com baixo teor de sódio	Selecionar alimentos com baixo teor de sódio	- Ler e compreender rótulo - Comparar quantidades	Distribuir rótulos de alimentos para que os indivíduos em dupla identifiquem o alimento com menor teor de sódio

Passo 4 – Cada grupo elegerá um(a) relator(a) que apresentará as habilidades e as ideias de atividades propostas para o grupo maior (40 minutos).

Passo 5 - O grupo discutirá as dificuldades em realizar essas atividades na prática diária e, em seguida, apresentará sugestões para adaptar as atividades à realidade dos usuários. Par nortear essa discussão reflitam sobre as questões norteadoras a seguir (30 minutos).

a) Essa estratégia educativa é adequada ao nível do usuário? Se não, onde o usuário pode ter problemas?

b) Como você poderia modificar a estratégia para adequá-la ao usuário?

c) Existem barreiras que o impedem de experimentar essa estratégia educativa com os usuários? Se sim, quais sugestões você daria para contornar essas barreiras?

d) Quais os benefícios em realizar uma estratégia como essa?

e) Como foi para você elaborar e ensinar utilizando os pressupostos do letramento em saúde?

f) Você se sente apto a preparar e planejar atividades como esta?

Passo 6 - O(a) facilitador(a) fará o fechamento desse momento (5 minutos).

Passo 7 – Avaliação da metodologia utilizada no Módulo 3 mediante perguntas norteadoras com os participantes: O que vocês acharam da metodologia? Facilitou a compreensão do conteúdo? Vocês têm alguma sugestão? (5 minutos)

Materiais e equipamentos necessários: *Flip chart*, caneta piloto, folha branca.

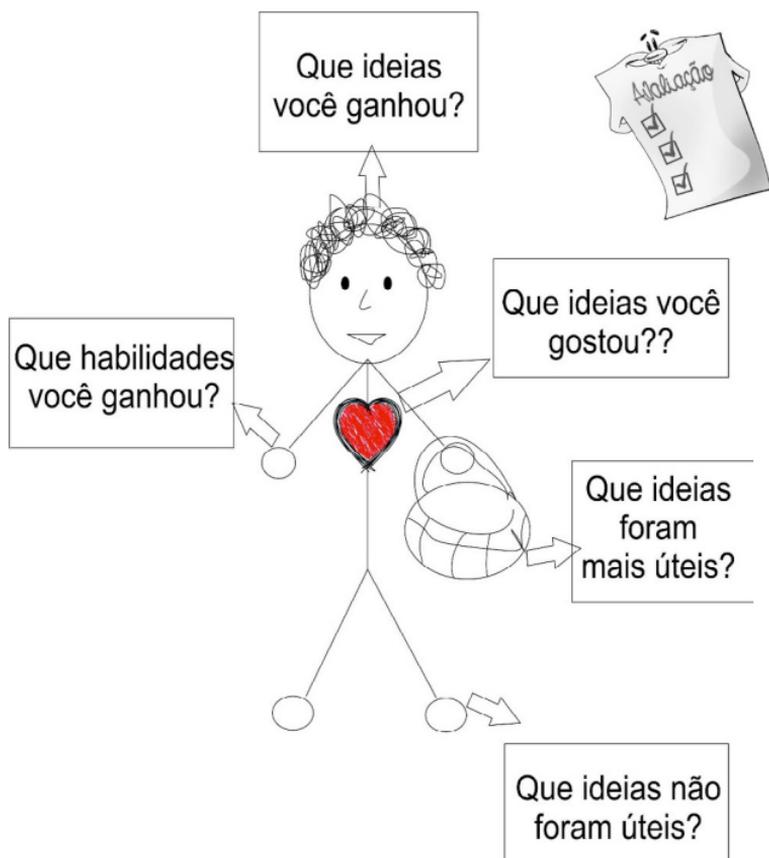
MOMENTO FINAL – Avaliando a Capacitação Alfa-Saúde



20 minutos



Muitas foram as experiências que você vivenciou nessa capacitação. É chegada a hora de você avaliar todo esse processo de ensino-aprendizagem. Para ajudar nessa avaliação, utilizaremos o Alfa, o bonequinho abaixo. Ele traz algumas perguntas para direcionar sua avaliação. Reflita sobre cada uma delas e compartilhe suas percepções.



Adaptado de Rudd; Soricone; Santos *et al.* **Health Literacy Study Circles+**. Skills for Chronic Disease Management Session Five Materials. Cambridge/ Boston, MA: NCSALL/ HALL, 2005.

Dicas para facilitar

Círculos de Estudos Adaptados

Agora que você já finalizou sua capacitação, gostaríamos de dar algumas dicas de como facilitar a metodologia proposta, ou seja, os Círculos de Estudos Adaptados. Isso vai ser muito importante quando você for multiplicar essa capacitação. Com certeza, você observou a condução do(a) facilitador(a) que se baseou nas dicas a seguir.

- ✓ Você deve ser a pessoa mais preparada na sala;
- ✓ Dê as boas vindas e mantenha sempre o bom humor;
- ✓ Estimule o entrosamento entre os participantes;
- ✓ Lembre aos participantes que seu papel como facilitador(a) é manter a discussão focada no assunto e possibilitar que todos tenham a oportunidade de falar;
- ✓ Estabeleça claramente as regras (uma pessoa fala por vez);
- ✓ Seja amigável e mantenha o clima agradável desde o início com os participantes;
- ✓ Você deve mostrar familiaridade com o material, por isso, leia-o bem antes;
- ✓ No início de cada módulo, faça um breve resumo do anterior e dê alguns minutos para comentários e questionamentos;
- ✓ Mantenha a discussão focada no assunto proposto;
- ✓ Não permita que pessoas com posicionamento mais agressivo e que falam muito dominem a discussão;
- ✓ Estimule a participação de profissionais mais calados;
- ✓ Seja um ouvinte ativo;

- ✓ Evite falar ou responder após cada comentário, permita que os participantes falem diretamente uns com os outros;
- ✓ Seja neutro e tenha cautela ao expressar suas opiniões;
- ✓ Use o conflito produtivamente e não permita que os participantes personalizem suas oposições;
- ✓ Não fique preocupado com pausas e silêncio. Os participantes precisam de tempo para pensar antes de falar;
- ✓ Não deixe que o grupo o identifique como o *expert* ou “a pessoa que tem a resposta”;
- ✓ Mantenha-se atento às discussões e, em momentos oportunos, faça questionamentos, identifique pontos-chave;
- ✓ Mantenha neutralidade durante as discussões, pois você será visto sempre como o “professor” que tem a resposta para tudo;
- ✓ Lembre-se que os círculos de estudos não são debates, mas um grupo de diálogo

Segunda Parte

EMBASAMENTO TÉCNICO

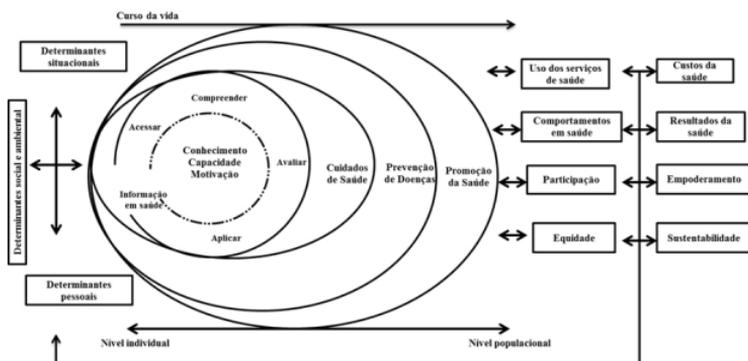
CAPÍTULO 1

O FENÔMENO LETRAMENTO EM SAÚDE E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE

Maria da Penha Baião Passamai
Helena Alves de Carvalho Sampaio

1 LETRAMENTO EM SAÚDE: UMA REDE DE INTERAÇÕES

Há várias definições para letramento em saúde. A mais ampla e atual foi elaborada por Sorensen e seus colaboradores em 2012, que concebem o fenômeno como o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida, conceito este representado pelo esquema abaixo.

Modelo conceitual integrado de Letramento Funcional em Saúde (SORENSEN *et al.*, 2012).

Extrato de: SORENSEN, Kristine; BROUCKE, Stephan V. D.; FULLAN, James *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>>. Acesso em 10 agosto 2102

O termo é bastante novo na literatura internacional e pouco conhecido em nosso País. Antes dele, tanto a educação como a comunicação em saúde já estavam bem estabelecidas como integrantes da relação paciente-profissional de saúde. Apesar disso, há uma sobreposição e confusão entre os conceitos educação, promoção e letramento em saúde. Isso ocorre devido à natureza interdisciplinar desses três campos de conhecimento.

O letramento em saúde surgiu no bojo da educação em saúde e vinculado à educação de jovens e adultos (EJA). Ele foi mencionado pela primeira vez em 1974 por Simonds, em um artigo denominado “Educação em Saúde como Política Social”. Em 1999, o relatório da Associação Médica Americana fez menção a “Letramento Funcional em Saúde”, surgindo, a partir de então, uma expansão do primeiro conceito. O novo constructo permaneceu por duas décadas oculto, sem a contribuição de pesquisas e discussões, recebendo destaque apenas após o primeiro e

o mais rigoroso dos testes de letramento nos Estados Unidos, o National Assessment of Adult Literacy (NAAL) em 1992.

Inserido na concepção de letramento em saúde encontra-se o conceito de “Numeramento em Saúde”, concebido como o grau pelo qual os indivíduos tem a capacidade para acessar, processar, interpretar, comunicar e agir com informações em saúde: numéricas, quantitativas, gráficas, bioestatística e probabilísticas. Segundo Lipkus e Peters (2009), os números permeiam toda a vida cotidiana das pessoas e constituem uma importante fonte de informações na área da saúde, tendo em vista a necessidade das pessoas entenderem instruções com medicação, riscos ou benefícios de informações clínicas. O Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM, 2004) inclui o numeramento como um dos domínios do letramento em saúde.

Atualmente, tanto o “Letramento em Saúde” quanto o “Letramento Funcional em Saúde” (LFS) são utilizados indistintamente, sem referência à especificidade existente entre os dois conceitos.

O campo do letramento funcional em saúde recebeu em 1991 grande contribuição da legislação norteamericana, que ampliou o conceito de letramento de adultos, diferenciando-o das competências básicas de alfabetização e relacionando o constructo ao funcionamento do cidadão no trabalho, na sociedade e ao desenvolvimento do potencial e do conhecimento dos indivíduos. Isso fez com que a abordagem do letramento em saúde passasse a se concentrar também na função. A partir de então, o letramento

funcional em saúde se tornou um conceito que descreve a aplicação prática de uma vasta gama de competências cognitivas e não cognitivas na vida real, ao invés de uma habilidade única de letramento em um ambiente clínico. Ele capta como as pessoas usam o letramento em saúde, não apenas como pacientes, mas também como membros de uma família, como trabalhadores e cidadãos. Nesta perspectiva, letramento funcional em saúde é o resultado da intervenção e não uma variável independente. Concebido dessa maneira, o fenômeno se torna um importante alvo para as ações de intervenção das políticas públicas em saúde (educação, promoção e prevenção de doenças) e de responsabilidade de todos os setores da sociedade.

Em virtude do caráter interdisciplinar do letramento funcional em saúde, da educação e promoção da saúde, é necessário um breve recorte da abrangência de cada uma dessas áreas de conhecimento para que se compreenda a verdadeira dimensão do letramento em saúde.

O campo interdisciplinar da educação em saúde é constituído, principalmente, pela educação e pela saúde, além da psicologia, sociologia, filosofia e antropologia que configuram essa referida área de conhecimento. Educar em saúde é o exercício de uma prática social em que a consciência crítica do sujeito e sua participação nesse processo o levam ao encontro das soluções para seus problemas de saúde e para a transformação da realidade vivenciada. O Ministério da Saúde (MS) esclarece que a educação em saúde é um processo que se desenvolve na interação entre “os profissionais de saúde e saneamento e

destes com os serviços na sua organização, gestão participativa e escolha dos melhores caminhos a percorrer que suscitem a maior participação da comunidade” (Brasil, 2007a, p. 22).

Quanto à promoção da saúde, esta é concebida como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002, p. 18). De acordo com o MS, para o alcance de um estado de completo bem-estar físico, mental e social, individualmente e coletivamente, as pessoas necessitam saber identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e ser capazes de modificar de maneira favorável o meio ambiente. Nesse caso a saúde é tomada como um recurso para a vida. É um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas. Dessa forma, “a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (Brasil, 2002, p. 18).

A expansão do conceito letramento funcional em saúde com a abordagem na promoção da saúde foi realizada pela OMS em 1998. Desde então o fenômeno passou a ser considerado um conceito relevante não somente entre os profissionais da educação em saúde, mas também entre aqueles envolvidos nos aspectos mais amplos da promoção da saúde. Nesse sentido, o letramento funcional em saúde, com o foco na promoção da saúde, enfatiza as condições gerais para uma vida saudável. Essa abordagem exige também a melhoria dos recursos que as pessoas necessitam

para ter um posicionamento ativo frente às questões da própria saúde, dos seus familiares e da sua comunidade, incluindo nesse processo a capacidade de mudar as condições de saúde vigentes.

O letramento funcional em saúde deve ser visto como um resultado chave da educação em saúde que, por sua vez, é um campo de responsabilidade primordial da promoção da saúde. O fenômeno vem ampliar de maneira significativa o âmbito e o conteúdo da educação e da comunicação em saúde, que são estratégias operacionais críticas da promoção da saúde. Assim, a educação em saúde deve ser concebida como um instrumento para a promoção da saúde e também um poderoso mecanismo para promover o letramento funcional em saúde, porque aumenta as capacidades dos indivíduos para acessar e usar as informações em saúde, com vistas à tomada de decisões adequadas e para melhorar e manter uma boa saúde.

Apesar de haver interseção desses três campos da saúde mencionados acima, causando certa confusão conceitual, é importante pontuar que, dentre os três conceitos, o letramento em saúde é o que mais diretamente pode ser mensurado, porque ele, de maneira específica, indica o quanto a pessoa é capaz de ser bem sucedida nos diferentes contextos de saúde, a saber: compreender bem os rótulos de medicamento, navegar no sistema de saúde, aplicar as orientações dos guias de saúde em sua vida diária, etc.

Vários estudos analisam criticamente os instrumentos para mensurar o nível de letramento funcional em saúde. Esses estudos discutem que tais instrumentos são

estruturados para avaliar habilidades de leitura, escrita, compreensão de textos e questões numéricas no contexto da saúde, e não diretamente na multidimensionalidade do fenômeno propriamente dito, sendo que nenhum deles consegue captar a complexidade e abrangência do constructo em si. O termo “contextos de saúde” pode ser considerado como sendo a mídia, o mercado, as agências governamentais, os materiais e as pessoas em interação (casa, trabalho, instituições de saúde, com atividades relacionadas à família, comunidade, lazer etc.), a partir dos quais as informações básicas de saúde devem ser transmitidas de uma forma adequada, por serem igualmente importantes tanto para as habilidades pessoais de letramento funcional em saúde, como na interação do indivíduo com tais contextos.

Atualmente são poucos os instrumentos utilizados para medir o letramento funcional em saúde. De todos os referenciados na literatura, o Wide Range Achievement Test Revised - WRAT-R, o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - REALM, o Test of Functional Health Literacy in Adults - TOFHLA e o Short TOFHLA - S-TOFHLA são os mais utilizados nas pesquisas. Em Fortaleza já foram utilizados o TOFHLA (S-TOFHLA e a versão breve B-TOFHLA) e o NVS, além do Nutritional Literacy Scale – NLS, em pesquisa anterior do PPSUS, denominada “Plano AlfaNutri: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas”.

Diante do que se tem apresentado até aqui sobre letramento funcional em saúde surgem os seguintes questionamentos: 1) Qual é a relação do letramento funcional em saúde com os profissionais e os sistemas de saúde? 2) Qual é o papel do SUS diante do baixo letramento funcional em saúde dos usuários? 3) Como o profissional de saúde, em sua prática diária de trabalho, pode identificar e intervir para melhorar o letramento funcional em saúde dos usuários do SUS? Para responder a essas questões é importante o conhecimento sobre o baixo grau de letramento funcional em saúde presente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, da expansão das doenças crônicas não transmissíveis e do cenário que configura os sistemas de saúde, incluindo os profissionais de saúde.

2 LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: A DEMANDA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, O SUS E O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Diversos estudos têm evidenciado que o baixo nível de letramento funcional em saúde é muito frequente. Na população norte-americana, por exemplo, nove em cada dez adultos têm a possibilidade de manifestar falta de competência necessária para gerir a própria saúde e prevenir doenças, de acordo com Instituto de Medicina norteamericano (IOM, 2009). Pesquisas têm demonstrado que no Reino Unido, nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá, de 20% a 50% da população têm baixa competência em letramento funcional em saúde.. Este é con-

siderado um fator preponderante no desenvolvimento das habilidades relacionadas às questões do cuidado de si, e a baixa competência nesse quesito prejudica a compreensão das informações que os usuários recebem dos profissionais de saúde. A qualidade da atenção à saúde e o sucesso em seu gerenciamento perpassa pela compreensão acerca das informações que sejam relevantes para as condições dos pacientes, tanto agudas quanto crônicas. Portanto, há necessidade de se elevar os graus de letramento funcional em saúde dos indivíduos, tendo em vista os inquéritos revelarem que um grande número de pessoas, de países desenvolvidos e em desenvolvimento, é iletrado neste contexto específico.

Estudos têm evidenciado que uma situação como a supracitada pode, de alguma forma, comprometer o estado da saúde individual e coletiva resultando, consequentemente, em maiores taxas de hospitalização, mau gerenciamento da própria saúde e do processo de adoecimento, com baixa adesão às medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças e uso de medicamentos e, finalmente, baixos níveis de conhecimento sobre doenças crônicas, serviços de saúde e saúde global. Por essa razão este é um tema que está sendo, cada vez mais, o foco de preocupação dos pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas, envolvidos na promoção e proteção da saúde, bem como na prevenção de doenças.

Segundo o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) o sistema de saúde e o sistema educacional, juntamente com a cultura e a sociedade, são setores que além de

formar os contextos de letramento, fornecem elementos para uma intervenção, constituindo-se ao mesmo tempo como um desafio, mas também uma oportunidade para melhorar o letramento funcional em saúde dos usuários do sistema de saúde. Isto se deve ao fato de que níveis baixos de letramento funcional em saúde podem comprometer o funcionamento do sistema de saúde por afetar a dinâmica da comunicação entre o usuário e o profissional de saúde, tornando precárias as condições de cuidado através do sistema. No âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil, o paradigma pelo qual está assentado o SUS considera a população ocupando um espaço central da política de educação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, cujo objetivo é garantir uma atenção à saúde de qualidade, através da autonomia da população em relação à sua própria saúde e da satisfação de suas “necessidades de saúde e de educação em saúde, fazendo com que ela seja capaz de exercer conscientemente a participação popular e o controle social das políticas públicas para o setor” (Brasil, 2005a, p.25).

No âmbito das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estudos têm demonstrado que o inadequado letramento funcional em saúde está associado ao menor conhecimento sobre doenças crônicas. Nesse sentido, a *Canadian Public Health Association* (CPHA, 2006) em seu relatório sobre o “Baixo Letramento em Saúde e o Controle e Prevenção de Doenças Crônicas”, aponta como resultado do impacto do baixo letramento funcional em saúde, principalmente: o limitado conhecimento das condições e tratamento das doenças; a ausência de controle da pressão

sanguínea; ausência de controle da glicemia; limitada melhora das funções orgânicas durante a reabilitação; a existência de situações graves relacionadas ao coma diabético ou amputações; a maior busca de serviços de emergência; baixas taxas de rastreamento de câncer cervical e de mama; altas taxas de hábito de fumar e uso de outras substâncias; menor sucesso em relação às mudanças para estilo de vida saudável, como modificação da dieta e atividade física, entre outras. Este quadro se torna ainda mais preocupante se for considerado que há uma discrepância entre as competências esperadas para indivíduos adultos alfabetizados funcionalmente e as esperadas na presença de um letramento funcional em saúde adequado. Os termos relacionados à saúde podem ter um nível de dificuldade maior do que aqueles exigidos para as habilidades básicas de leitura e compreensão de outros textos, como relatado em estudo referente à população norte americana.

As pessoas que leem em níveis mais baixos têm geralmente de 1,5 a 3 vezes mais probabilidade de ter um resultado adverso de saúde quando comparadas com pessoas com níveis mais elevados de leitura. Além disso, o baixo letramento funcional em saúde tem consequências diretamente relacionadas com a saúde da população: influência no envolvimento das pessoas em práticas de saúde preventiva, na detecção precoce de doenças, no gerenciamento das doenças crônicas e no acesso e utilização dos serviços de saúde.

O principal estudo populacional em saúde realizado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, o “Healthy People 2010” (USDHHS, 2000) disponibilizou para a nação uma vasta gama de dados para

a saúde pública norteamericana na primeira década do século 21. O inquérito identificou o limitado letramento funcional em saúde como um problema de saúde pública. De acordo com “*Healthy People 2010*”, tanto a promoção da saúde, exercida na vida cotidiana das pessoas, quanto as atividades de prevenção de doenças, juntamente com a competência em navegar no sistema de saúde e a resposta aos alertas e recomendações nas questões de saúde pública, são situações que necessitam do domínio do letramento funcional em saúde. Também outro inquérito, o National Assessment of Adult Literacy (NAAL), que mediu o letramento e, pela primeira vez, o letramento funcional em saúde da população norteamericana, revelou que apenas 12% da população investigada demonstrou proficiência em letramento funcional em saúde.

No Brasil não se tem pesquisas amplas que revelem o grau de letramento funcional em saúde da população. Um importante estudo foi o de Carthery-Goulart *et al.* (2009). Os autores aplicaram uma versão breve do TOFHILA¹¹ para medir o letramento funcional em saúde de adultos em 312 pacientes, voluntários saudáveis, que buscavam o hospital universitário da Universidade de São Paulo (USP) e usuários de outro hospital público na cidade de São Paulo, ambas as instituições prestadoras de serviços de saúde através do SUS. Os autores encontraram 32,4% de baixo letramento funcional em saúde dentre os entrevistados.

1 O TOFHILA (Test of Functional Health Literacy in Adults) é um teste para medir o letramento funcional em saúde de adultos, com questões que mencionam situações encontradas no cotidiano dos ambientes clínicos para cuidados de saúde. Existem três versões do teste: a completa, conhecida como TOFHILA, a curta, o S-TOFHILA (Short TOFHILA) e a breve, o B-TOFHILA (Brief TOFHILA).

Em Fortaleza, a pesquisa Plano AlfaNutri, que investigou letramento em saúde através do B-TOFHLA, encontrou, em dois hospitais públicos, 46,5% dos homens e 61,7% das mulheres com baixo letramento funcional em saúde; tais percentuais, em Centros de Saúde da Família (CSF), atingiram 54% dos homens e 71,7% das mulheres. A partir dos dados do IBGE (2009) pode-se estimar que 53,8% da população da região metropolitana de Fortaleza tem baixo letramento funcional em saúde.

De acordo com a Associação Canadense de Saúde Pública as demandas oriundas de morbidades crônicas do indivíduo estão comprometidas por barreiras impostas em virtude das condições dadas pelo letramento em saúde dos sujeitos e por outros fatores circunstanciais que comprometem a prevenção e o autocuidado em DCNT. Assim, a referida CHPA (2006) considera que as informações de saúde não são apresentadas de maneira que o usuário com limitado letramento funcional em saúde possa compreendê-las. Os profissionais também não são capacitados para se comunicar de maneira clara e para trabalhar com usuários com letramento inadequado. Além disso, o conhecimento e as competências no que tange à prevenção e autocuidado são bastante limitados, incluindo aqui a compreensão de como o corpo trabalha, além das condições e tratamento para os agravos crônicos, dentre outros.

As DCNT figuram como principal causa mundial de mortalidade e incapacidade. O tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o alcoolismo são considerados os principais fa-

tores de risco para tais morbidades. As DCNT têm sido responsáveis por 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo. Os países em desenvolvimento são os responsáveis por cerca de 78% da carga global desses agravos e 85% da carga de doenças do aparelho circulatório. Estudos epidemiológicos em populações latino-americanas têm relatado dados alarmantes. À medida que se consegue erradicar a miséria entre as camadas mais pobres da população, a obesidade desponta como um problema mais frequente e mais grave que a desnutrição. Conhecendo-se as principais causas das enfermidades crônicas e eliminando-se os fatores de risco, são prevenidos pelo menos 80% das cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais e diabetes *mellitus* tipo 2 e mais de 40% dos casos de câncer. É esperado que as mortes prematuras causadas pelo fumo e por doenças crônicas, como doenças coronarianas, doença cerebrovascular, doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outras, tenham um aumento de 10% de todas as mortes em todo o mundo em 2030, sendo mais de 80% nos países em desenvolvimento.

As doenças crônicas exigem que os pacientes submetidos a esses agravos tomem decisões no seu dia-a-dia através do automanejo de suas condições de saúde. Essa realidade introduz um novo paradigma quanto ao manejo das DCNT, sobretudo no que diz respeito à relação entre os profissionais de saúde e o paciente, exigindo uma colaboração mútua entre estes.

Nesse caso, para que os pacientes possam conviver melhor com sua condição crônica e ter maior qualidade de

vida, é necessário um processo de educação em saúde que transponha os métodos tradicionais de ensino, calcados em informações e conhecimentos técnicos, para alcançar um processo de aprendizagem com enfoque na autogestão da saúde através de solução de problemas concretos.

De acordo com o exposto, os governos precisariam apoiar transformações nos sistemas de saúde no sentido de promover um realinhamento destes na direção do diagnóstico, da prevenção primária e da prevenção secundária de doenças crônicas. No entanto, para que uma sociedade seja letrada em saúde é necessário que o público, os profissionais de saúde, os políticos e formuladores de políticas pública sejam todos letrados em saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde considera que a prevenção e o controle das DCNT, juntamente com seus fatores de risco, são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico desses agravos, sobretudo porque as consequências dessas doenças são nefastas tanto para o indivíduo quanto para o sistema de saúde. Desde 2003, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância à Saúde, vem desencadeando ações por meio de um Sistema Nacional de Vigilância, especificamente voltado para as DCNT, articulando e integrando a promoção da saúde, a vigilância, a prevenção e a assistência.

O IOM considera que os sistemas de saúde podem ajudar a desenvolver o letramento funcional em saúde dos usuários por meio de mecanismos de informação em saúde, que sejam de fácil compreensão para população com baixo nível de competências específicas em letramento em

saúde. O foco para as ações deve ser a prevenção básica, o estímulo a comportamentos e à consciência de bem-estar, além de um sistema de saúde que tenha infraestrutura para atividades de prevenção.

O relatório de 2004 do IOM discute que muitas das informações na rotina dos atendimentos no sistema de saúde são fornecidas aos usuários por escrito, ou mesmo verbalmente e, nesses casos, o sistema de saúde pode ser um elemento constrangedor para os indivíduos com limitado letramento funcional em saúde. Tais limitações muitas vezes são manifestadas através de problemas de compreensão de instruções escritas (ou orais), mesmo que simples, sobre medicação, dosagem adequada, prevenção de doenças ou mesmo para o preenchimento de algum tipo de formulário.

É extremamente delicada a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, incluindo aqui o papel do sistema de saúde, e as condições de letramento funcional em saúde dos usuários. Os pacientes que têm limitado letramento, quando comparados com aqueles que possuem nível adequado, frequentemente relatam que os profissionais de saúde usam muitas palavras incompreensíveis, falam muito rápido, não fornecem informações suficientes quanto ao seu estado de saúde, além de não se certificar se compreenderam bem seu problema de saúde. Por essa razão, vários estudos têm mostrado que é fundamental o aperfeiçoamento da comunicação do profissional com os usuários dos sistemas de saúde. Uma má comunicação afeta negativamente a adesão do paciente ao tratamento

e, conseqüentemente, os resultados terapêuticos. Outros estudos também consideram que níveis baixos de letramento funcional em saúde podem comprometer o funcionamento do sistema de saúde por afetar a dinâmica da comunicação entre os usuários e os profissionais de saúde, além de prejudicar as condições de cuidado através do sistema.

A anamnese associada à comunicação entre o médico e o usuário e a educação em saúde do usuário são os elementos essenciais de uma entrevista médica. Quando a consulta é centrada no modelo biomédico, a discussão dos problemas do paciente fica prejudicada. Em contrapartida, se a abordagem do profissional for centrada na pessoa, há uma maior empatia e os problemas do paciente são discutidos de maneira mais aberta e participativa. Sobre essa questão da relação médico-paciente, aludem que os pacientes se recordam apenas da metade, ou menos, das informações que os médicos lhe dão durante uma consulta.

Seguindo nessa direção, Stewart (1995) em um estudo de revisão sobre a comunicação médico-paciente e seus resultados para a saúde, discute que uma boa comunicação entre a dupla resulta em uma influência positiva na saúde física e emocional do usuário. O autor comenta que os médicos ao entrevistarem o paciente devem abranger com suas perguntas tanto os problemas físicos quanto aqueles de ordem emocional, as expectativas acerca do tratamento e a percepção do paciente acerca da sua morbidade. Além disso, os usuários devem ter uma postura ativa diante dos cuidados com a própria saúde.

Outra questão muito delicada, que atinge tanto as pessoas com baixo letramento quanto os sistemas de saúde, diz respeito às informações impressas que, como referido anteriormente, são utilizadas de forma rotineira nas orientações para os usuários. Foi dito que tais textos excedem a capacidade de leitura da maioria das pessoas. Nesse sentido, o *American College of Physicians* – ACP recomenda que os materiais impressos sejam menos complexos e mais acessíveis ao público em geral. Para isso, aconselham que tais materiais sejam apresentados através de mensagens visuais. Nos Estados Unidos, o Grupo de Trabalho sobre letramento em saúde (profissionais ligados à educação, saúde e áreas afins) recomenda que os profissionais reduzam sua dependência de materiais escritos.

Mayer e Villaire (2007) consideram que a abundância de materiais escritos em saúde já é esperada, tendo em vista as mensagens relativas a esse campo específico dependerem das informações fornecidas pelos profissionais e sistemas de saúde. Os autores discutem que os sistemas de saúde levam em conta que os usuários têm a responsabilidade de pedir aconselhamento e cumprir com o plano de tratamento pré-estabelecido pelo profissional de saúde. Nesses casos estão sempre envolvidos materiais escritos em que o usuário precisará entendê-los. Desta forma, se os usuários dependem da compreensão de informações clínicas complexas, cabe à comunidade de saúde facilitar esse processo, tornando os materiais acessíveis ao entendimento do público que necessita de tais informações. Os autores acrescentam, ainda, que os panfletos e as instruções se tornam ineficientes se a pessoa para quem tais materiais

se destinam não é capaz de compreendê-los. Estudos revelam que existe um descompasso entre materiais educativos em saúde e letramento da população. A maioria dos adultos lê em nível correspondente ao 8º ou 9º ano e 20% leem em nível correspondente ao 5º ou 6º ano ou abaixo deste. No entanto, os materiais são elaborados para quem tem o 10º ano (ou ensino acima do Ensino Médio, no Brasil). O idoso se prejudica mais porque já tem, pelo envelhecimento, menor cognição, visão e capacidade auditiva. A recomendação é, portanto, que os materiais impressos em saúde, destinados a pacientes adultos sejam elaborados para um nível de leitura que corresponda ao 5º ou 6º ano, garantindo melhor comunicação.

Mediante o exposto, os sistemas de saúde necessitam encontrar estratégias que possam minimizar as iniquidades geradas dentro da sua própria estrutura, em virtude do baixo letramento funcional em saúde dos seus usuários. Estudos têm mostrado que uma competência limitada no letramento funcional em saúde tem custos psicológicos. As pessoas, nessas condições, revelam sentir-se envergonhadas por sua falta de habilidade nesse quesito. A maioria tem a tendência de esconder as dificuldades em relação à leitura ou ao vocabulário. Essas nuances são muitas vezes invisíveis aos profissionais de saúde e passam despercebidas aos serviços de saúde pública.

Dessa forma, para que se promova o empoderamento dos usuários a partir de materiais educativos em saúde, estes devem ser adequados ao nível de letramento funcional em saúde dos indivíduos. Para isso o profissional de saúde necessita conhecer tal nível na população que busca o atendimento.

De acordo com o exposto acima, uma abordagem baseada em habilidades para letramento funcional em saúde é importante, porque o adulto é constantemente confrontado com uma série de decisões, relacionadas à saúde, que ele deve tomar na sua vida diária, como por exemplo: a escolha do melhor alimento para consumir; se deve fumar ou não; como acessar o sistema de saúde; a melhor maneira de preencher formulários; como se comunicar com os profissionais de saúde; como transitar nos ambientes de saúde etc. Essas tarefas são impostas para todas as pessoas, no entanto, a dificuldade se torna muito maior para aquelas com limitado letramento e/ou habilidade de linguagem.

Portanto, a proposta de abordagem baseada em habilidades fortalece a capacidade dos adultos de aprenderem a levar a cabo uma ampla gama de demandas da sua vida diária e minimiza as disparidades causadas por esses eventos, que são evidentes na sociedade. Mas, o que é uma abordagem orientada por habilidades?

O enfoque das competências e habilidades no campo educacional encontra-se fundamentado pelos modelos explicativos para a inteligência humana, que são norteados por três grandes correntes: a psicométrica, a desenvolvimentalista e do processamento da informação. A corrente psicométrica tem o foco nas estruturas da inteligência e sua organização, servindo de base para a elaboração dos testes de inteligência. A segunda abordagem, a desenvolvimentalista, baseia-se nos pressupostos de Piaget e Vigotsky, que buscam explicação para as estruturas da inteligência e descrevem o processo cognitivo em diferentes estágios do desenvolvimento humano. A corrente

do processamento da informação, surgido na década de 60, investiga os processos cognitivos envolvidos na resolução dos testes. É uma abordagem que deu origem à neurociência cognitiva (Hunt, 1999). No Brasil, os Parâmetros Curriculares Nacionais - PCNs e, com base neste, o Exame Nacional do Ensino Médio - ENEM estão organizados por competências e habilidades, que, por sua vez, estão fundamentados nos pressupostos da corrente desenvolvimentalista de Piaget.

Dentre as diversas definições de competência, situando o conceito no âmbito da educação, aludem que a competência é a capacidade ou a habilidade para realizar tarefas ou atuar frente a situações diversas de forma eficaz, em um determinado contexto. É a capacidade de mobilizar atitudes, habilidades e conhecimentos juntos e de maneira integrada. Para Perrenoud (2000) as competências são aquisições, aprendizados construídos. Construir uma competência significa aprender a identificar e a encontrar os conhecimentos pertinentes. Assim, a abordagem por competências considera os conhecimentos como ferramentas a serem mobilizadas conforme as necessidades, a fim de que se possam resolver determinadas situações-problema apresentadas na escola, no trabalho etc. O essencial das competências é seu caráter funcional diante de qualquer situação nova ou conhecida, segundo.

A abordagem nas competências e habilidades está sustentada pelos quatro pilares da educação do século XXI: “aprender a conhecer”; “aprender a fazer”; “aprender a viver juntos, aprender a viver com os outros”; “aprender a ser”.

Assim como competências, o conceito de habilidade também varia de autor para autor. Segundo Garcia (2005) as habilidades são, geralmente, consideradas como sendo menos amplas que as competências. A competência é constituída por várias habilidades. O Ministério da Educação – MEC faz uma analogia entre os dedos e a mão, quando se refere à relação entre competências e habilidades, um estaria funcionalmente ligado ao outro. Para Garcia (2005), uma habilidade não “pertence” a determinada competência, uma vez que uma mesma habilidade pode contribuir para competências diferentes. Por exemplo: a habilidade de leitura servirá não somente para as competências da área de Linguagens e Códigos, mas também para ler e interpretar textos de interesse científico e tecnológico, inerente às competências em Ciências da Natureza.

3 IDENTIFICANDO PESSOAS COM BAIXO LETRAMENTO EM SAÚDE: A INTERAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE

O letramento funcional em saúde é a ponte entre as habilidades de letramento, a capacidade do indivíduo e o contexto da saúde. As capacidades cognitivas juntamente com as habilidades sociais, o estado emocional e as condições físicas, como por exemplo, acuidade visual e auditiva, são características que os indivíduos trazem ao se relacionarem com os contextos de saúde. O indivíduo com baixo letramento em saúde manifesta, em seu comportamento, algumas características que poderão ser detectadas pelos profissionais de saúde. Essas orientações servem tanto

para pesquisadores quanto para profissionais de saúde no exercício de sua prática diária:

- As pessoas com pouco ou reduzido nível de alfabetismo frequentemente se sentem fragilizadas quando sua baixa habilidade para leitura e escrita fica em destaque.
- Essa fragilidade é agravada pela pressão social e outros fatores.
- Consequentemente, pessoas analfabetas ou com baixo nível de alfabetismo empregam mecanismos cuidadosos para ocultar esse fato, evitando a vergonha por não saber ler e escrever; mas nunca mencionam diretamente a chateação em relação a essa deficiência.
- Portanto, o entrevistador (ou o profissional de saúde) poderá encontrar com frequência algum dos seguintes comportamentos:
 - 1) O sujeito aponta o texto enquanto realiza a leitura;
 - 2) Aproxima muito o texto para ser lido;
 - 3) Reclama que não há boa luminosidade;
 - 4) Afirma que tem problemas para enxergar;
 - 5) Demonstra cansaço;
 - 6) Diz não ter tempo;
 - 7) Afirma que não acha o material (ou a mensagem) interessante.

A seguir são listadas algumas orientações práticas dadas por Osborne (2013), dirigidas aos profissionais de saúde e também aos usuários, com objetivo de facilitar a comunicação profissionais-usuários dos sistemas de saúde:

3.1 A comunicação quando o paciente se sente assustado, doente e deprimido

Quando a comunicação entre o profissional-usuário do sistema de saúde ou vice-versa não ocorre de maneira adequada, há sofrimento para ambos. Cabe ao profissional de saúde participar ao usuário as informações sobre um novo diagnóstico, opções de tratamento e instruções para o autocuidado. Por outro lado, o usuário necessita descrever seus sintomas, fazer perguntas e expressar sua opinião sobre o tratamento e autocuidado. Os dois precisam ouvir atentamente um ao outro, refletir e recordar o que disseram.

Essa comunicação é às vezes difícil de ser feita, sobretudo quando o paciente se sente adoentado, assustado ou deprimido pelo adoecimento. Algumas estratégias podem ser utilizadas pelos profissionais e outras pelos usuários do sistema de saúde, com vista a facilitar a comunicação entre ambos.

- Estratégias, Ideias e Sugestões -

Estratégias para Profissionais de Saúde

- **Avaliar por que a comunicação pode ser difícil para o paciente**

Muitos pacientes acham difícil participar de conversas em saúde. Eles podem ter medo que os profissionais não vão gostar se eles fizerem muitas perguntas. Os pacientes podem sentir vergonha de admitir que não entendem certos termos ou conceitos médicos. Quando se

enfrenta desafios de saúde é extremamente difícil pensar e comunicar com rapidez e clareza, sobretudo quando a pessoa se sente frágil.

- **Valorizar a experiência do paciente**

Os pacientes se tornam especialistas sobre o que é conviver com sua doença ou condição. Procure saber o quanto de informações os pacientes desejam obter e como estão dispostos a se envolver no tratamento e autocuidado. Decidam juntos o que discutir. Você pode chegar a um acordo acerca das prioridades de ambos, mas talvez com diferenças na ordem pela qual você, como profissional de saúde, esperava.

- **Ajudar os pacientes a fazer perguntas**

Estimular os pacientes a fazerem questões que eles desejam perguntar. Você pode ajudar dando ferramentas como bloco de notas para escrever as perguntas deles sobre diagnóstico, tratamento e instruções médicas. Certifique-se de deixar espaço para que os pacientes escrevam sua resposta. Dê caneta, lápis, prancheta etc., porque esses itens são difíceis de ter com facilidade nas salas de exames.

- **Valorizar os artigos e impressões que os usuários trazem para você**

Os usuários hoje podem vir já informados para a consulta; eles podem ter ouvido ou lido sobre sua doença ou medicação nos jornais, na televisão, na internet ou em publicidade para o consumidor. Deixe os usuários sabe-

rem que você valoriza os esforços deles e está aberto às suas sugestões e perguntas. Mas também discuta o fato de que às vezes muitas informações são erradas, com características de sensacionalismo.

- **Confirmar que você e seus pacientes entendem um ao outro**

Dê uma pausa periodicamente depois dos pontos-chave. Novamente, no final da consulta ou conversação, peça ao usuário para lhe dizer, com suas próprias palavras, o que vocês acabaram de discutir. Assuma a responsabilidade de começar com a declaração como: “Eu só quero ter certeza de que eu expliquei isso claramente. Por favor, me diga como você vai ...”

- **Ajudar o usuário a aprender mais**

Facilitar a aprendizagem dos usuários tanto quanto eles querem saber. Prepare uma lista de fontes confiáveis, incluindo livros, artigos, *sites* da internet, linhas diretas e associações. Você também pode querer que os usuários saibam acerca de blogs voltados para ajudar os usuários a serem mais ativos e comprometidos.

Estratégias para Usuários do Sistema de Saúde

Embora estas estratégias sejam dirigidas aos usuários, elas são colocadas aqui porque os profissionais de saúde podem estimular os usuários do SUS a adotarem tais medidas de comportamento.

- **Anotar os seus sintomas**

Manter o controle de quando seus sintomas começaram. Como frequentemente eles ocorrem e quanto tempo cada episódio dura. Descrever seus sintomas de maneira que ajudem o profissional de saúde entender. Por exemplo, você poderia descrever a intensidade da dor usando a combinação de números e palavras. Mesmo que o seu médico não peça, você pode avaliar a dor em escala de 1 (sem dor) a 10 (a pior dor já sentida). Você pode, ainda, complementar essa classificação com palavras como: “dor incômoda”; “ardente”; “pontada”; “rigidez”; “formigamento”; “doloroso ao toque”; “irritante”.

- **Convidar membros da família ou amigos para atuarem como advogados**

Pode ser mais difícil para você se defender por si mesmo quando se sentir fragilizado, assustado, deprimido ou doente. Se você achar que a conversa vai ser difícil, convide um membro da família ou amigos para lhe ajudar a anotar, expressando interesse e recordando o que foi dito. Se essa pessoa não pode estar presente, tente arranjar outras vias para que aquela pessoa seja envolvida, dizendo ao profissional de saúde: “Meu filho quer falar com o senhor. Qual o melhor momento para ele telefonar para você?” Dizendo isso, você não somente cria um plano de acompanhamento, mas também dá permissão para seu médico falar com a pessoa de sua confiança.

- **Superar barreiras de comunicação**

Se você usa aparelhos auditivos ou óculos, traga-os para sua consulta. Diga ao seu médico se ele ou ela está falando muito baixo, se o tamanho da fonte do material escrito for pequeno para ler, ou se houver palavras, conceitos e números que não são completamente compreensíveis para você.

- **Aprender apenas o quanto você quer saber**

Osborne (2013) aconselha os pacientes: que você aprenda apenas o quanto você quer agora. Mais tarde, você sempre pode encontrar mais coisas (*sites*, livros etc).

- **Criar seu próprio registro**

Da mesma forma que o profissional de saúde armazena os registros acerca dos nossos diagnósticos, tratamento e resultado dos testes, os pacientes deveriam fazer o mesmo. Especialmente nessa era de especializações médicas, é do seu próprio interesse acompanhar o que cada profissional diz para você. Esses registros podem ser armazenados em fichários, em seções como: 1) Relatório médico (cópias de registro de patologia, etc); 2) Médicos (informações sobre os profissionais, inclusive fotos); 3) Questões (Registro de dúvidas e questionamentos); 4) Lista de medicamentos, plano de saúde e outros documentos de saúde importantes.

Em síntese:

Os profissionais em saúde necessitam apresentar para os usuários as informações sobre novos diagnósticos, opções de tratamentos e instruções para o autocuidado. Os pacientes, por sua vez, necessitam descrever seus sintomas, fazer perguntas e expressar opiniões acerca do tratamento e cuidado. Ambos necessitam ouvir atentamente, responder atenciosamente e recordar claramente o que cada um disse (OSBORNE, 2013).

3.2 Conhecer o seu público: a perda auditiva

A perda auditiva varia desde a dificuldade para ouvir (perda de audição suave) até a surdez (perda total da audição). Pessoas que são surdas de nascença frequentemente se identificam como “surdas” para indicar que elas são parte de uma comunidade cultural e linguística específica. Mas comumente as pessoas perdem a audição com a idade, ou quando envelhecem. Pessoas que são surdas ou que têm dificuldade de audição precisam se comunicar de outras maneiras, além da fala e da escuta. Muitas pessoas surdas usam a linguagem de sinais. Outras estratégias utilizadas são a leitura labial, a comunicação pela escrita ou uso de aparelhos auditivos.

- Estratégias, Ideias e Sugestões -

- **Determinar o método preferido de comunicação**

Pergunte ao usuário surdo ou com dificuldade de audição de que maneira eles preferem se comunicar: leitura

labial, escrita, uso de intérprete. Verifique se o usuário usa ajuda para audição.

- **Considerar o ambiente**

Marque os encontros em locais silenciosos onde não haja ruídos que distraiam como, por exemplo, o aparelho de ar condicionado. O local deve ter iluminação adequada, de maneira que a outra pessoa possa vê-lo claramente quando você fala. Apropriadamente, toque suavemente nos ombros do paciente para que ele se oriente e saiba de onde vem o som.

- **Articulação Clara**

Fale claramente, não necessariamente alto. Gritar é desagradável e não é útil, já que muda os movimentos da boca, dificultando a leitura labial. Gritar pode também interferir na facilitação da ajuda auditiva para apreender os sons.

- **Facilitação da leitura labial**

A leitura labial acontece quando o sujeito observa a boca de alguém e a leitura da fala quando este observa também os gestos/expressões/mímica do outro. Às vezes, mensagens são mal interpretadas porque pares de palavras se assemelham; por exemplo, bata-pata. Pessoas que confiam em “pistas” visuais podem ter dificuldade para entenderem alguém que use bigode ou que fale com sotaque muito acentuado. Para melhorar a compreensão, não cubra a sua boca, não masque chicletes ou fale com outra pessoa simultaneamente.

- **Estar ciente de que notas escritas nem sempre funcionarão**

É amplamente aceito que todas as pessoas com perda de audição se beneficiam de informações escritas. Mas isso não é necessariamente assim – particularmente para aqueles que são surdos de nascença seu nível de leitura atinge apenas a 4º ou 5º ano. Por essa razão, pergunte ao usuário qual é a sua maneira preferida para se comunicar.

- **Confirmar a compreensão**

Como em todo tipo de comunicação em saúde, dê um tempo para confirmar a compreensão. Seja através da comunicação direta ou através de um intérprete de sinais, peça ao usuário surdo ou com dificuldade de audição para dizer com suas próprias palavras o que entendeu dos tópicos discutidos. Se o conceito não foi claro, faça novamente ao invés de apenas repeti-lo. Confirme a compreensão ao longo da consulta, não apenas ao final desta.

Em síntese:

A leitura labial acontece quando o usuário observa a boca de outra pessoa e a leitura da fala quando este também observa os gestos e expressões do outro. Às vezes as mensagens são mal entendidas por causa de pares de palavras que se assemelham.

3.3 Conhecer o seu público: o problema de visão

Pessoas com problema de visão são aquelas que têm dificuldade para ver e por essa razão necessitam de óculos ou lentes de contato, ou então têm cegueira total. É preciso que as instalações das unidades de saúde acomodem esses usuários de acordo com suas necessidades através de: fornecimento de materiais impressos em fontes grandes, som, linguagem Braille ou ter alguém disponível para ler informações em voz alta.

- Estratégias, Ideias e Sugestões -

- **Perguntar se a pessoa quer assistência**

Pergunte se a pessoa quer ajuda e, se sim, encontre a melhor opção para a assistência. A pessoa pode querer informação descritiva ou direcional para identificar objetos. Você pode perguntar ao usuário: “Você gostaria da informação em algum outro formato?”. Dirija-se ao paciente em relação à “função”, mais do que à visão; por exemplo: “Como eu posso lhe ajudar?”, ao invés de: “Quanto você pode ver?”

- **Apresentar-se a si e os outros ao usuário**

Identifique-se pelo nome quando penetrar em um ambiente que há pessoas com cegueira total ou com grande perda de visão. Faça o mesmo quando outra pessoa entrar no ambiente. Quando alguém deixar o ambiente comunique esse fato ao usuário com dificuldade de visão.

- **Usar palavras do cotidiano diário**

Dê informações claras, específicas e use termos comuns e não jargões médicos. Não tenha medo de utilizar verbos como “veja”, “olhe”, porque eles fazem parte da fala do cotidiano.

- **Fornecer orientações claras**

Seja específico e descritivo. Quando você encaminhar um usuário com dificuldade de visão para novas instalações, esteja certo de que a pessoa estará confortável em um ambiente não familiar. Diga “direita”, “esquerda” desde a perspectiva da outra pessoa e não de si próprio.

- **Usar um desenho para ajudar as pessoas com visão limitada a verem os materiais escritos**

Use fonte simples ao invés de itálico ou fonte estilizada. Use a fonte 12 apenas para “regular” os leitores. Para aqueles com limitada visão use fontes 16 a 18. Use cores contrastantes entre o primeiro plano e o plano de fundo. Use mais fosco que lustroso. As margens devem ter pelo menos 2,5 cm e o espaço entre linhas 1,5 pontos. Materiais escritos a mão devem ser escritos com letras de tamanho grande.

- **Escolher cores contrastantes**

As cores devem ser marcadamente diferentes entre si, como por exemplo amarelo e violeta.

- **Falar com os usuários acerca dos estímulos não visuais**

Ensine ao usuário a reconhecer uma ferida infecciosa, os sintomas de alerta de exsudação, inchaço, sensibilidade, calor, além de vermelhidão.

3.4 Conhecer o seu público: os idosos

Os adultos estão tendo um aumento significativo na população. Coletivamente os adultos são notavelmente um grupo diversificado. Apesar da diversidade, um traço comum dos idosos é o aumento de doenças agudas e condições crônicas. Conseqüentemente, adultos idosos e os cuidadores deles necessitam aprender bastante sobre saúde e bem-estar, tratamento, cuidado e resposta de emergência. Mas essa aprendizagem pode ser um desafio.

- Estratégias, Ideias e Sugestões -

- **Oferecer uma abordagem positiva e de apoio**

Criar um ambiente livre de vergonha no qual o idoso pode confortavelmente reconhecer quando eles não entendem. Deixar os usuários que parecem confusos saberem que não são os únicos que têm problemas – que muitas pessoas acham difícil aprender novas informações de saúde. Quando possível, oferecer assistência com preenchimento de papelada, ajudando-os a se localizar em ambiente não familiar.

- **Criar um ambiente que conduz à aprendizagem**

Estar certo de que o ambiente é acessível para pessoas com incapacidade e condutor de aprendizagem e comunicação.

- **Falar de maneira que as pessoas possam ouvir**

Falar de maneira lenta, clara e objetiva, introduzindo um conceito por vez. Use a linguagem do cotidiano, com palavras que os idosos conhecem. Preste atenção na linguagem não verbal, tanto sua quanto do usuário. Dê uma pausa periodicamente para as perguntas dos usuários e confirme a compreensão.

- **Estar seguro de que as informações escritas podem ser lidas:**

Avalie informalmente as habilidades de leitura do usuário, prestando atenção em pistas de problemas de letramento, como, por exemplo, quando o sujeito, repetidamente, “esquece os óculos”. Mais do que perguntar se a pessoa sabe ler, você deve perguntar quanto tempo ela deixou a escola, mas preste atenção no fato de que o último ano de estudo não necessariamente significa habilidade de leitura.

- **Fornecer muitos caminhos para a aprendizagem**

Mostre, não apenas diga, as informações sobre saúde, com figuras, CDs, vídeos etc. Você pode ajudar os idosos a aprender compartilhando histórias (sua e deles). Ajudá-los conectando-os com informações de saúde de um modo mais pessoal.

- **Ajudar o usuário a participar**

Encoraje os idosos a trazerem listas de questionamentos para as consultas. Discuta com os usuários as metas e confiança deles no cuidado da sua doença. Periodicamente pergunte por questões, mas seja sensível para o fato de muitos idosos não trazerem questionamentos e serem relutantes em fazê-lo.

- **Ajudar o paciente a se recordar**

Reforce as instruções e as questões não respondidas. Envie lembretes. Sugira que eles guardem cadernos com informações em saúde. Encoraje os usuários a convidar amigos e pessoas para acompanhá-los nas consultas. Os idosos não somente aprendem na companhia de pessoas, mas também têm um “segundo par de olhos e ouvidos”.

- **Verificar a compreensão**

Independente da idade certifique-se que os usuários entenderam as informações que você comunicou. Faça perguntas relevantes e específicas, abrindo e fechando questões.

Em síntese:

Coletivamente, adultos idosos são marcadamente um grupo diverso. Assim como as pessoas com cerca de 60 anos tendem a ter habilidades muito diferentes, as necessidades daqueles que são duas, três ou mais décadas mais velhos são também muito diferentes.

CAPÍTULO 2

A Navegação em Saúde como Estratégia de Ação Educativa para Usuários do SUS

Cláudia Belém Moura

1 NAVEGAÇÃO EM SAÚDE: O QUE É E COMO APLICAR

A Navegação em Saúde nasceu nos Estados Unidos em 1990, com o objetivo de eliminar as barreiras no acesso aos serviços de saúde pelas pessoas de baixo poder econômico. Essa metodologia consiste em uma estratégia de mobilização e acompanhamento de pacientes durante os processos de prevenção, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento, integrando virtualmente o sistema de saúde fragmentado para o paciente individual.

Foi desenvolvida pela American Cancer Society – ACS para dar suporte inicialmente às mulheres portadoras de câncer de mama e hoje a mesma metodologia é empregada a outros tipos de câncer e doenças. Hoje, existem mais de 140 postos de Navegação de pacientes da ACS nos EUA e outros 07 entre México, Índia e Brasil.

2 OBJETIVOS DA NAVEGAÇÃO DE PACIENTES

- Eliminar desigualdades no acesso;
- “Navegar” pelo sistema de saúde;
- Diminuir tempo de espera;
- Facilitar processo da vivência da doença;
- Usar adequadamente os recursos da instituição e comunidade;
- Fornecer informação em tempo hábil;
- Aumentar acesso aos recursos disponíveis;
- Promover tomada de decisão consciente;
- Melhorar qualidade de vida dos pacientes.

3 FUNÇÕES DO NAVEGADOR DE PACIENTES

- Acolher o usuário, conhecer sua história e identificar as principais barreiras enfrentadas;
- Realizar orientações claras e corretas além dos encaminhamentos necessários;
- Acompanhar o usuário durante todo o processo de prevenção, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento com contatos periódicos;
- Conhecer o Sistema de Saúde e recursos da comunidade disponíveis;
- Promover ações educativas.

4 DICAS PARA DESENVOLVER UMA NAVEGAÇÃO MAIS EFETIVA

- Ao abordar o usuário, procure levá-lo a um local tranquilo, onde possam sentar-se e conversar com privacidade.
- Chame a pessoa pelo nome.
- Nunca dê informações sobre resultado de diagnóstico/exame antes do médico.
- Respeite o que a pessoa precisa, quer ou principalmente não quer saber.
- Conheça o sistema de saúde e recursos disponíveis na comunidade em que está inserido para prestar orientações verdadeiras e úteis.
- Quando não tiver certeza das respostas, procure informar-se e responda em um segundo momento.

CAPÍTULO 3

O ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Soraia Pinheiro Machado Arruda
Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos
Christiane Pineda Zanella
Luisa Maria Oliveira Pinto
Ana Luiza de Rezende Ferreira

1 O PAPEL DA ALIMENTAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DAS DCNT

O Ministério da Saúde publicou em 2011 um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil. O objetivo do plano é preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

No país, essas doenças constituem o problema de saúde muito grave e corresponde a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da

população e grupos mais vulneráveis, como a população de escolaridade e renda baixas.

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como obesidade, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, falta de atividade física e alimentação errada, tornando possível sua prevenção.

Para o enfrentamento das DCNT, no que se refere à alimentação inadequada, as ações propostas ressaltam o combate ao exagero de sal, açúcares, doces e gorduras, incentivo ao aumento de consumo de frutas e hortaliças, incentivo à amamentação e orientação adequada para alimentação complementar. Além dos fatores relacionados à alimentação, outros fatores de risco modificáveis serão abordados ao longo deste capítulo.

2 COMBATE AO TABAGISMO

Dentre os fatores de risco de câncer até hoje conhecidos, o tabagismo tem merecido uma abordagem diferenciada por se tratar também de uma doença. Uma doença gerada por uma dependência, a dependência de nicotina.

Em 1988, o Ministério da Saúde dos Estados Unidos publicou um amplo relatório sobre estudos que comprovam a capacidade do tabaco de causar dependência. Nesse relatório, o Ministério da Saúde dos Estados Unidos, concluiu que:

1. O cigarro e outros derivados do tabaco causam dependência.
2. A nicotina é a droga presente no tabaco que causa a dependência.
3. Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência do tabaco são similares aos que determinam a dependência de drogas, como heroína ou cocaína.

O uso do tabaco é fator causal de quase 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas. Esses estudos mostram que ao consumo de tabaco podem ser atribuídas: 45% das mortes por doença coronariana (infarto do miocárdio), 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% das mortes por doença cérebro-vascular (derrames) e 30% das mortes por câncer. É importante enfatizar que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes, o que mostra a forte correlação dessa doença com o tabagismo.

Devido à toxicidade do tabaco, o total de mortes decorrentes de seu uso é atualmente cerca de 5 milhões ao ano e se tais tendências de expansão forem mantidas, as mortes causadas pelo uso de tabaco alcançarão 8,4 milhões/ano em 2020, especialmente, em indivíduos na idade produtiva (35-36). No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo.

Além dos riscos para os fumantes, a partir de 1970 começaram a ser divulgadas pesquisas comprovando que:

1. Crianças expostas à fumaça de tabaco ambiental apresentavam taxas de doenças respiratórias mais elevadas do que as que não se expunham.
2. O tabagismo passivo é causa de doenças, inclusive câncer de pulmão em não fumantes saudáveis.
3. Os filhos de pais fumantes quando comparados com os filhos de não fumantes apresentam uma maior frequência de infecções respiratórias, mais sintomas respiratórios e taxas ligeiramente menores de aumento da função pulmonar à medida que o pulmão amadurece.
4. A simples separação de fumantes e não fumantes dentro de um mesmo espaço aéreo pode reduzir, mas não elimina, a exposição de não fumantes à poluição tabagística ambiental.

2.1 Determinantes sociais do consumo de derivados do tabaco

Hoje o tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, no mundo e no Brasil. Isso provavelmente se deve à forma como o seu consumo se insere na sociedade. Fatores que facilitam a obtenção do produto, o seu baixo preço, somados a atividades de promoção e publicidade, associando-o a imagens de beleza, sucesso, liberdade, poder, inteligência e outros atributos desejados especialmente pelos jovens, durante anos criaram uma aura de aceitação social e de imagem positiva do comportamento de fumar. O sucesso dessas estratégias é traduzido no fato de que 90% dos fumantes começam a fumar até os 19 anos de idade.

Portanto, para um efetivo controle do tabagismo é preciso que se entenda que o problema tabagismo envolve questões que não se limitam ao indivíduo fumante. A problemática é resultante de todo um contexto social, político e econômico que historicamente tem favorecido que indivíduos comecem a fumar e dificultado outros a deixarem de fumar. Dessa forma, é preciso abordar todo o contexto que está por trás do problema.

A constatação de que só é possível se adotar um estilo de vida saudável quando se conta com informações, oportunidades e motivação para fazê-lo, torna evidente a necessidade de ações para socializar esse conhecimento, e para criar um contexto social favorável que, ao mesmo tempo em que estimule e motive a população a adotar hábitos saudáveis, proteja-a também das exposições involuntárias a fatores de risco de câncer.

Para a promoção de estilos de vida saudáveis visando à prevenção do câncer, o Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer tem procurado atuar através do desenvolvimento de ações educativas, legislativas e econômicas.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo sistematiza quatro grandes grupos de estratégias: o primeiro voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixar de fumar; um terceiro grupo no qual se inserem medidas que visam a proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização.

Atualmente o SUS fornece tratamento para o fumante que procurar apoio para deixar de fumar. O paciente realiza exames e passa por uma avaliação clínica, onde o profissional identifica qual a relação do fumante com o cigarro e traça um plano terapêutico para ele. O tratamento é realizado por meio de consultas individuais ou sessões em grupo para a prevenção a uma possível recaída. Caso haja indicação, são prescritos medicamentos com o objetivo de reduzir os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina. A pessoa é levada a refletir sobre os benefícios de uma vida sem cigarro e a se manter firme na decisão. Pesquisas mostram que, todo ano, cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar; porém, apenas 3% deles conseguem.

3 COMBATE AO EXCESSO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

O consumo de álcool na sociedade contemporânea é visto predominantemente de forma positiva, o que dificulta o reconhecimento de determinados padrões de consumo como doença e, ao mesmo tempo, a mobilização de profissionais de saúde para diminuir índices de problemas decorrentes do uso do álcool.

O conceito de padrões de consumo aborda tanto aspectos médicos quanto psicossociais do uso de álcool. Os principais padrões de consumo de álcool mencionados na literatura científica são o uso moderado, o beber pesado (BP) e o beber pesado episódico (BPE).

O uso moderado de bebidas alcoólicas é um conceito de difícil definição, uma vez que é interpretado de maneiras diferentes, conforme a percepção de cada indivíduo.

Comumente, essa definição é confundida com beber socialmente, que significa uso de álcool dentro de padrões aceitos pela sociedade. No entanto, frequentemente a moderação é vista de maneira errônea, como uma forma de uso de álcool que não traz consequências adversas ao consumidor.

A OMS estabelece que para evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para homens e 10 para mulheres, sendo que 1 dose equivale a aproximadamente 350 mL de cerveja, 150 mL de vinho ou 40 mL de uma bebida destilada, considerando que cada uma contém entre 10 e 15 g de etanol.

O BEP, também denominado *binge drinking*, é definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas. BP, por sua vez, é definido como qualquer consumo de bebidas alcoólicas acima do considerado uso moderado, ou seja, o consumo de até duas doses de bebida alcoólica por dia para os homens e de até uma dose para mulheres.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoologista como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico.

A ingestão regular de bebidas alcoólicas induz ao esquecimento e aumenta o risco de demência.

O consumo de álcool não é recomendado por motivos nutricionais e sociais.

Um corpo crescente de evidências epidemiológicas tem demonstrado consistentemente que o BP está associado a uma gama significativa de situações adversas à saúde e à sociedade, como danos à saúde física, comportamento sexual de risco, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, intoxicação alcoólica, quedas e fraturas, violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), acidentes de trânsito, problemas psicossociais (p.ex., na família e no trabalho), comportamento anti-social e dificuldades escolares, tanto em jovens como na população em geral, além de estar associado a um aumento da mortalidade por todas as causas de doenças cardíacas e relacionado a um risco maior para transtornos psiquiátricos, câncer e doenças gastrintestinais.

As doenças decorrentes do consumo de álcool incluem depósito anormal de gordura no fígado (esteatose hepática), hepatite, pancreatite, doenças cardíacas, instabilidade muscular, neuropatia periférica, atrofia do cerebelo, distúrbios de coordenação, delírios, alterações de humor e demência causadas pelo álcool (p.ex., doença de Korsakoff).

Os efeitos prejudiciais do álcool são independentes do tipo de bebida e são provocados pelo volume de álcool (etanol) consumido.

A longo prazo, dependendo do número de doses, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. Dessa forma, o consumo inadequado do álcool, aliado a sua aceitação social, é um importante problema de saúde pública.

O álcool tira do corpo vitaminas do complexo B e vitamina C, afetando dessa forma negativamente o estado nutricional das pessoas.

Consumidores de grandes quantidades de álcool normalmente se alimentam inadequadamente, o que explica por que essas pessoas, cuja maior parte da ingestão de energia vem principalmente de bebidas destiladas, são muitas vezes magras.

O álcool tem sido associado a vários tipos de câncer como de boca, faringe, laringe, esôfago e câncer primário de fígado muitos por conta dos aditivos químicos de ação cancerígena que entram no processo de fabricação das bebidas.

O álcool pode causar dependência e afeta as funções mental, neurológica e emocional.

O tratamento da dependência alcoólica envolve intervenções em vários níveis, já que a doença é bastante complexa, seja na etiologia ou nas implicações sociais, profissionais e familiares.

A intervenção terapêutica destina-se tanto à dependência quanto à abstinência do álcool, contando com algumas intervenções psicoterapêuticas dentro das quais se encontram as terapias de grupo, como os Alcoólicos Anônimos (AA), e as intervenções psicofarmacológicas.

É indispensável o acompanhamento psicoterapêutico do alcoolista. Discutir com o doente as causas que levaram ao alcoolismo, estabelecer estratégias e objetivos são essenciais para um tratamento eficaz e para a manutenção da abstinência.

Vale ressaltar que os tratamentos são voltados tanto para o indivíduo acometido quanto para os familiares.

A ajuda individual é a tentativa de construir uma relação que ajude a fortalecer o ego do alcoolista por meio da oferta de cuidado e atenção sem restrições. Os meios comprovados para isso são o estímulo, o compartilhamento de informações, o alívio das pressões emocionais, a discussão dos problemas, o desenvolvimento de comportamentos positivos, o confronto com reações comportamentais inadequadas, a intervenção direta para mudar a situação real e o estabelecimento de limites e barreiras;

A ajuda do grupo, com pessoas com interesses em comum ou de indivíduos igualmente acometidos. Os comportamentos problemáticos provocam reações nos demais integrantes do grupo e tornam possíveis novas experiências e alterações no comportamento e na maneira como as situações são vivenciadas. O grupo oferece amparo emocional e aceitação; assim, os medos, as desconfianças, as agressões e as frustrações podem ser assimiladas, possibilitando que o indivíduo lide de modo mais positivo com a realidade e suas exigências, ganhe autoconfiança e compreensão com os outros e se torne mais tolerante com os fracassos e as decepções.

4 INCENTIVO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

4.1 Combate à Obesidade

A obesidade é um dos problemas que tem aumentado, principalmente nas sociedades industrializadas onde o estilo de vida levado é favorável ao surgimento desta

doença, devido a uma má alimentação e o sedentarismo (não realização de atividades).

Com todo este crescimento, há quem considere a obesidade a epidemia do século XXI ou mesmo um grave problema de saúde pública, mesmo sendo uma dificuldade que na maioria dos casos depende do tipo de vida que a pessoa leva.

Apesar de a obesidade se tratar de uma condição clínica individual, é vista, cada vez mais, como um sério e crescente problema de saúde pública: o aumento de peso predispõe o organismo a uma série de doenças, em particular doença cardiovascular, diabetes mellitus 2, apnéia do sono e osteoartrite.

Para muitas pessoas, a obesidade e o sobrepeso são causados por um desequilíbrio no metabolismo energético. Ou seja, o peso corporal é determinado pelo balanço entre a quantidade de energia ou calorias que são ingeridas (vindas de alimentos ou bebidas) e a quantidade de energia ou calorias que são gastas (atividades físicas, por exemplo).

Em suma, quando se ingere mais calorias do que se gasta ocorre ganho de peso. Quando se ingere menos calorias do que se gasta, há perda de peso. Quando quantidades iguais de calorias são ingeridas e gastas, o peso se mantém.

Vários fatores contribuem para a obesidade, além do desequilíbrio do balanço energético. Dentre eles, podemos citar os seguintes:

- Sedentarismo (ou falta de atividades físicas).
- Fatores ambientais (falta de espaço para lazer, falta de tempo para praticar atividades físicas para pessoas que trabalham muito, grande quantidade de “*fast foods*” e lanchonetes de lanches rápidos, dificuldade de encontrar alimentos saudáveis em determinados locais).
- Fatores genéticos e história familiar: As chances de um filho se tornar obeso são grandes quando os pais também são obesos.
- Problemas de saúde: Algumas vezes, problemas hormonais podem causar sobrepeso e obesidade, como o hipotireoidismo (redução ou falta do hormônio tireoidiano), síndrome de Cushing (excesso de produção do hormônio cortisol pela glândula adrenal) e síndrome dos ovários policísticos (além da obesidade, esta doença pode causar também excesso de pêlo, problemas de infertilidade, e outros problemas de saúde por conta da produção de excesso de hormônios androgênicos).
- Medicamentos: alguns medicamentos podem levar a ganho de peso, como os corticosteróides, alguns tipos de antidepressivos e algumas medicações utilizadas para tratamento da epilepsia.
- Fatores emocionais: algumas pessoas comem mais quando estão chateadas, estressadas ou nervosas.

- **Idade:** ao envelhecer, a massa muscular corporal tende a diminuir. Diminuindo, também o gasto energético, favorecendo o ganho de peso.
- **Gravidez:** durante a gravidez há uma maior tendência em ganho de peso em determinadas mulheres. Após o parto, às vezes fica difícil perder peso, podendo levar ao sobrepeso ou obesidade.
- **Insônia:** estudos revelaram que pessoas que dormem menos têm maior chance de engordar. Pessoas que dormem 5h por noite, por exemplo, têm muito mais chances de se tornarem obesas do que pessoas que dormem cerca de 7 a 8h por noite.

Na prática, a obesidade é avaliada tanto pela proporção do peso da pessoa em relação à sua altura como pela sua distribuição na circunferência da cintura ou pela razão entre as circunferências da cintura e do quadril. Além disso, a presença de obesidade deve ser avaliada enquanto fator de risco cardiovascular e outras condições médicas que podem aumentar o risco de complicações.

4.1.1 A importância da utilização do Índice de Massa Corporal

O **Índice de Massa Corporal (IMC)** é uma medida internacional usada para calcular se uma pessoa está no peso ideal. O IMC é determinado pela divisão da massa do indivíduo pelo quadrado de sua altura, onde a massa está em quilogramas e a altura está em metros.

O resultado do IMC pode superestimar ou subestimar a gordura corporal por não diferenciá-la da massa muscular. Atletas tendem a ter uma porcentagem de gordura corporal muito baixa, mas em compensação, muita massa muscular. Às vezes, o resultado entra na classificação de sobrepeso, mas a pessoa está saudável.

$$\text{IMC} = \frac{\text{massa}}{(\text{altura} \cdot \text{altura})}$$

Quadro 1. Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com a Organização Mundial da Saúde.

Intervalo Kg/ m ²	Classificação
< 16,0	Magreza Grau III
16,0 – 16,99	Magreza Grau II
17,0 – 18,49	Magreza Grau I
18,5 – 24,99	Eutrofia / Normal
25,0 – 29,99	Sobrepeso /Pré-obesidade
30,0 – 34,99	Obesidade Grau I
35,0 – 39,99	Obesidade Grau II
≥ 40,0	Obesidade Grau III

4.1.2 A importância da circunferência da (o) cintura/abdômem

A obesidade indiscutivelmente é um marcador de risco importante para doenças cardiovasculares. Estima-se que indivíduos com 20% a mais do seu peso ideal apresentem três vezes mais chance de sofrerem de infarto agudo do miocárdio do que pessoas que apresentem peso corporal dentro da faixa de normalidade.

Contudo, atualmente a distribuição de gordura, especialmente a localização abdominal, tem sido sugerida como um preditor de risco para metabólicas doenças cardiovasculares, mais importante do que a própria obesidade global que é em geral avaliada pelo Índice de Massa Corporal (IMC).

A obesidade abdominal ou central (não subcutânea) está estreitamente associada à alterações no organismo do indivíduo como resistência à insulina, diabetes, hipertrigliceridemia, redução da fração HDL- colesterol e hipertensão arterial sistêmica, situações as quais aumentam o risco cardiovascular.

Diversos estudos sugerem que a circunferência abdominal e a relação numérica entre ela e a do quadril permitem prever o risco de adoecer, de forma mais precisa do que o peso ou o Índice de Massa Corpórea. A circunferência do abdômen deve ser medida na parte mais estreita da cintura ou a partir do ponto situado na metade da distância que separa as últimas costelas da parte superior do osso íliaco. A medida da circunferência dos quadris deve ser efetuada na altura do maior diâmetro horizontal.

As recomendações atuais são as de que a circunferência abdominal não ultrapasse 102 cm nos homens ou 88 cm nas mulheres. Já a relação circunferência abdominal/circunferência do quadril não deve ser maior do que 1,0 nos homens e 0,85 nas mulheres.

O tratamento para perder peso consiste na mudança do estilo de vida, seguindo-se uma dieta equilibrada com baixas calorias e praticando-se atividades físicas regular-

mente. Caso estas mudanças no estilo de vida não funcionem, há a opção da utilização de medicações para emagrecer e também de cirurgias para perder peso (ex: cirurgia para redução do estômago).

O tratamento da obesidade deve envolver um trabalho conjunto de vários profissionais da área de saúde, como um médico endocrinologista, nutricionista, professor de educação física e cirurgião bariátrico (caso uma cirurgia para perda de peso seja necessária). Profissionais como um psiquiatra e um psicólogo também podem ser necessários caso problemas emocionais estejam presentes.

A obesidade e o sobrepeso têm aumentado muito em nossa população ao longo destes últimos anos. Dados revelaram que a obesidade e o sobrepeso em adultos dobraram desde 1980, enquanto o sobrepeso em crianças e adolescentes triplicou.

Mais do que nunca a prática de atividades físicas e a adoção de uma dieta adequada são fundamentais para manter o peso normal, visando a uma vida mais saudável no presente e no futuro.

4.2 Combate ao Excesso de Sal

Alimentos muito salgados vem tomando conta do nosso paladar, induzindo-nos a preferir comidas mais temperadas e a recusar aquelas de sabor mais natural. Na maioria das vezes, achamos sem graça e sem sabor qualquer comida com teor reduzido de sal e isso é causado pelo hábito de comer muito sal, que acaba se tornando um vício. Estima-se que a redução de 1300mg por dia na

ingestão de sódio salvaria cerca de 150.000 vidas. Tal redução seria mais eficaz do que tratar todas as pessoas com hipertensão arterial, utilizando medicamentos específicos para isso. Os alimentos processados e aqueles consumidos em restaurantes respondem por 77% do sal ingerido, tornando muito difícil a redução deste ingrediente.

O reconhecimento da necessidade de redução do consumo de sal é antigo. Em 1981, o órgão americano *Federal and Drug Administration* já havia declarado sua intenção de reduzir o sal dos alimentos processados, mas até o momento pouca coisa mudou, além da obrigatoriedade da descrição da quantidade de sódio nos rótulos dos alimentos, medida também adotada pela ANVISA, no Brasil. As necessidades diárias de sal estão relacionadas às necessidades de sódio. Elas são facilmente alcançadas sem a adição de sal no preparo dos alimentos, pois uma dieta normal já contempla os 500mg de sódio necessários ao organismo. Isso não quer dizer, no entanto, que devemos comer sem sal, pois sabemos do maravilhoso sabor que ele incorpora aos alimentos. No entanto, é preciso tomar cuidado com os exageros. O brasileiro também tem exagerado na ingestão de sal. De acordo com o Ministério da Saúde, em seu Guia Alimentar de 2006, estamos ingerindo cerca de 30 gramas de sal por dia (12 gramas de sódio), quando deveríamos ingerir no máximo 12 gramas (5 gramas de sódio).

Praticamente todos os alimentos industrializados contêm sódio, do pão integral ao refrigerante. Até mesmo os sucos artificiais em pó contêm sal. Mas, os alimentos mais ricos em sódio são os embutidos (presunto, salame, mortadela, salsicha) e defumados, os caldos concentrados

e temperos prontos, as sopas instantâneas, os salgadinhos industrializados em pacotes, os queijos amarelos, os pratos prontos congelados e as conservas. Quem come fora de casa regularmente tem mais dificuldade para controlar o consumo de sal, mas sempre é possível fazê-lo. A melhor estratégia para conseguir isso ainda é evitar o saleiro, uma vez que os alimentos já são normalmente preparados com mais sal e as saladas podem ser consumidas utilizando apenas o azeite, fazendo com isso cair a média de ingestão de sal na refeição. Destaca-se que todos podem se beneficiar com essa redução na ingestão de sal, mas a medida é especialmente importante para as pessoas com hipertensão arterial, doenças cardíacas e hepáticas, pois o excesso de sal causa maior retenção de água, o que pode agravar essas condições clínicas.-

As recomendações indicam para não exceder 2,4 g de sódio por dia (2.400 mg) para um adulto saudável. Isto corresponde a uma colher de chá de sal de cozinha (5-6 g). Independente do limite, quanto menor a ingestão de sal maior o efeito benéfico sobre a pressão.

4.3 Combate ao Excesso de Açúcares e Doces

Sempre nos perguntamos o porquê da esmagadora preferência das pessoas por alimentos doces. A indústria de alimentos percebeu isso bem e milhares de alimentos nos supermercados são adoçados.

A grande necessidade e compulsão por doces, comum nas sociedades modernas, podem ser induzidas pelo excesso de alimentos doces disponibilizados à população.

Ainda não existem respostas definitivas para essa questão, mas sabemos, por exemplo, que se uma gestante consumir grande quantidade de doces, seu bebê será predisposto a gostar das guloseimas e do açúcar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o açúcar de adição não ultrapasse 10% das calorias de uma refeição. Os refrigerantes são os maiores contribuintes individuais dessa ingestão. Além do refrigerante, é incorporado na maioria dos alimentos industrializados, o que leva ao aumento de calorias das dietas com um poder de saciedade muito pequeno. O resultado é a contribuição desse nutriente para a epidemia de obesidade e diabetes, principalmente entre crianças e adolescentes.

4.4 Combate ao Excesso de Gorduras

Os óleos e gorduras constituem um grupo de alimentos que são formados predominantemente por lipídios. Constituem fonte de energia, mas a contribuição calórica diária na alimentação não deve ultrapassar os limites de 15% a 30%. Para uma dieta de 2000 kcal, 30% de gorduras equivalem à aproximadamente 67g por dia. Existe a recomendação de limitar o consumo de gordura saturada e trans em 10% e 1% (2g/dia) do total de energia diária, respectivamente.

Uma porção de gorduras (p. ex. 1 colher de sopa de óleo de soja ou ½ colher de sopa de margarina vegetal) possui 73 kcal. Cada grama de lipídio fornece 9 kcal, assim, por possuírem alto teor energético, o controle no consumo de óleos e gorduras pode auxiliar na prevenção

e no controle da obesidade e, indiretamente, de outras doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes e doenças do coração.

Para evitar prejuízo à saúde, o Ministério da Saúde recomenda o consumo 01 porção diária de alimentos do grupo de óleos e gorduras. Fazem parte desse grupo alimentos como óleo, azeite, banha, bacon, creme vegetal, manteiga, margarina e óleos. As gorduras estão presentes como parte integrante do alimento ou isoladamente, logo, para adequar o consumo de gorduras é necessário limitar a ingestão dos alimentos mencionados, mas de outros que contêm gorduras em sua composição tais como leite e derivados, carnes, produtos de panificação, industrializados, entre outros.

O combate ao consumo excessivo de gorduras é uma das diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira, tendo em vista que o consumo de alimentos ricos em gordura, principalmente industrializados cresceu nas últimas décadas. Faz-se necessário um esforço para colocar em prática essa diretriz.

4.5 Incentivo à Amamentação e Orientação Para Adequada Alimentação Complementar

Os dois primeiros anos de vida de uma criança são caracterizados por crescimento e desenvolvimento acelerados. Incluindo-se, por esse tempo, as habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos, além do leite materno, e no auto controle do processo de ingestão de alimentos.

Para que o aleitamento materno exclusivo seja bem sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação.

O colostro, leite dos primeiros dias após o parto, é produzido em pequena quantidade e é o leite ideal nos primeiros dias de vida, inclusive para bebês prematuros, pelo seu alto teor de proteínas. O leite materno também contém tudo o que o bebê necessita até o 6^a mês de vida, inclusive água. Em média, a produção de leite é de um litro por dia, assim é necessário que a mãe reponha em seu organismo a água utilizada para o processo de lactação.

A partir dos 6 meses, as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas só com o leite materno. A partir dessa idade, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos. O reflexo de protrusão da língua diminui, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos. As enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes para essa nova fase e a criança desenvolve habilidade para sentar-se, facilitando a ingestão da alimentação oferecida por colher.

Os alimentos complementares, especialmente preparados para a criança, são chamados de alimentos de transição. A partir dos 8 meses de idade, a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família, desde que sem temperos picantes, sem alimentos industrializados, com pouco sal e oferecidos amassados, desfiados, triturados ou picados em pequenos pedaços.

Como a criança tem capacidade gástrica pequena e consome poucas colheradas, no início da introdução dos alimentos complementares, é necessário garantir o aporte calórico com papas de alta densidade energética. É importante que sejam abolida as sopas líquidas e semilíquidas da dieta da criança, pois não fornecem energia e nutrientes em quantidades suficientes.

4.6 Incentivo ao Aumento de Consumo de Frutas e Hortaliças

O consumo de frutas e hortaliças (legumes e verduras) tem sido associado à redução do risco de mortalidade e ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, tais como as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e alguns tipos de câncer. Além disso, um consumo regular de uma variedade desses alimentos garante um adequado aporte de vitaminas e minerais, o que contribui para aumentar a resistência às infecções. Uma alimentação adequada em frutas, verduras e legumes pode ainda proteger contra as doenças pulmonares crônicas e obstrutivas, incluindo a asma e a bronquite.

As frutas e hortaliças são ricas em fibras alimentares e diferentes tipos de minerais (especialmente o potássio) e vitaminas e/ou seus precursores (carotenoides, ácido fólico, vitamina C, entre outros), contribuindo para prevenir a ocorrência de carências nutricionais. Outra vantagem do consumo desses alimentos é que possuem compostos bioativos, que exercem funções biológicas benéficas distintas.

Uma porção de frutas (p. ex. 1 unidade de banana) apresenta 70kcal e uma porção de hortaliças (p. ex. 2 colheres de sopa de abóbora cozida), 15kcal. Por possuírem baixo teor energético, o consumo de frutas e hortaliças pode ainda auxiliar na prevenção e no controle da obesidade e, indiretamente, de outras doenças crônicas não transmissíveis, cujo risco é aumentado pela obesidade.

Para que esses alimentos possam implicar em todos esses benefícios à saúde, o consumo mínimo recomendado pela Organização Mundial de Saúde é de 400 gramas por dia. Isso significa aumentar em pelo menos três vezes o consumo médio atual da população brasileira.

O incentivo ao aumento do consumo de frutas e hortaliças tem sido uma prioridade das políticas públicas de saúde em muitos países. No Brasil, o consumo desses alimentos é tradicionalmente baixo, mesmo entre famílias de maior renda, ou seja, é preciso aumentar os esforços para mudar essa realidade.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda o consumo diário de três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches. É importante destacar que se deve priorizar o consumo desses alimentos em suas formas naturais, excluindo assim os produtos com alta concentração de açúcar, como as geléias de frutas, as bebidas com sabor de frutas e os vegetais em conserva.

5 INCENTIVO À ATIVIDADE FÍSICA

O princípio fundamental para manter um balanço energético é o equilíbrio entre ingestão e gasto energéticos. Se comer mais do que gastar, ocorre um desequilíbrio positivo, com deposição de gorduras corporais e consequente ganho de peso; quando como menos do que a gasto, vou perder peso.

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia. Esse conceito não se confunde com o de exercício físico, que é uma categoria da atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico. Ambos são formas importantes de manter o balanço energético, contudo o primeiro implica adotar hábitos mais ativos em pequenas, mas importantes, modificações no cotidiano, optando-se pela realização de tarefas no âmbito doméstico e no local de trabalho e por atividades de lazer e sociais mais ativas; o segundo geralmente requer locais próprios para sua realização, sob a supervisão e orientação de um profissional capacitado em academias de ginástica, clubes e outros locais.

A atividade física adotada ao longo do curso da vida contribui para a prevenção e para a reversão de limitações funcionais. Isso é particularmente importante ao considerar-se o aumento da expectativa de vida e, consequentemente, o crescimento da população idosa no Brasil.

Estudos epidemiológicos prospectivos demonstram que tanto um estilo de vida ativo como um condiciona-

mento aeróbico moderado estão associados de forma independente à diminuição da incidência de DCNT e da mortalidade geral e por doenças cardiovasculares.

As crianças fisicamente ativas têm um melhor desempenho escolar e relacionamento com os pais e amigos e, provavelmente, terão menos tendência a fumar ou utilizar drogas.

A atividade física beneficia as pessoas doentes ou enfermas, bem como pessoas idosas, contribuindo para uma maior capacidade de mobilidade e melhor sentido de equilíbrio, aumentando a sua autonomia e auto-estima.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu parâmetros ideais de atividade para cada idade, e afirma que os benefícios do exercício, em qualquer idade, são bem maiores do que qualquer problema que ele possa provocar. Ao nível recomendado de 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana, lesões musculoesqueléticas são incomuns, e os riscos de sofrê-las são reduzidos quando a pessoa começa a se exercitar gradualmente. Conheça as recomendações:

Dos 5 aos 17 anos:

Para esta faixa etária, atividade física inclui brincadeiras, jogos, esportes, locomoção, recreação, educação física ou exercício planejado, na família, em família ou durante participação em atividades comunitárias. Para melhorar a capacidade cardiorrespiratória e muscular, a saúde dos ossos, os biomarcadores de saúde cardiovascu-

lar e metabólica e reduzir o risco de aparecerem sintomas de ansiedade e depressão são recomendados:

- Pelo menos 60 minutos de atividade física diária, moderada ou intensa.
- Mais de 60 minutos de atividade física diária proporcionam ganhos extras para a saúde.
- A maior parte da atividade física diária deve ser aeróbica. Atividades de grande intensidade devem ser incorporadas, incluindo as que fortalecem músculos e ossos, três vezes por semana.

Dos 18 aos 64 anos:

A atividade física inclui o tempo de locomoção (por exemplo, caminhar ou andar de bicicleta), ocupação (trabalho), serviços domésticos, jogos, esportes e exercício planejado, que devem ser feitos diariamente, de preferência em companhia da família, dos amigos ou de grupos da comunidade. Para melhorar a capacidade cardiorrespiratória e muscular e a saúde dos ossos, bem como reduzir o risco de doenças não transmissíveis e o surgimento de depressão recomenda-se:

- 150 minutos de atividade aeróbica moderada, ou 75 minutos de atividade aeróbica intensa são o mais adequado.
- A atividade aeróbica deve ser realizada em períodos de pelo menos dez minutos de duração.
- Chegar a 300 minutos de atividade aeróbica moderada ou a 150 minutos de atividade aeróbica intensa trazem benefícios adicionais para a saúde.

- Atividades de fortalecimento muscular, envolvendo os grandes grupos musculares, devem ser feitas em dois ou mais dias da semana.

A partir dos 65 anos:

A atividade física inclui locomoção, ocupação (se a pessoa ainda está engajada no trabalho), serviços domésticos, jogos, esportes e exercício planejado, que devem ser feitos diariamente, de preferência em companhia da família, dos amigos ou de grupos da comunidade. Para melhorar a capacidade cardiorrespiratória e muscular e a saúde óssea e funcional, além de reduzir o risco de doenças não transmissíveis, depressão e declínio cognitivo, recomenda-se:

- 150 minutos de atividade aeróbica moderada, ou 75 minutos de atividade aeróbica intensa são o mais adequado.
- A atividade aeróbica deve ser realizada em períodos de pelo menos dez minutos de duração.
- Chegar a 300 minutos de atividade aeróbica moderada ou a 150 minutos de atividade aeróbica intensa trazem benefícios adicionais para a saúde
- Adultos desta faixa etária com mobilidade reduzida devem realizar atividade física três ou mais dias por semana, como forma de melhorar o equilíbrio e evitar quedas.
- Atividades de fortalecimento muscular, envolvendo os grandes grupos musculares, devem ser feitas em dois ou mais dias da semana.

- Adultos desta faixa etária que não possam fazer a quantidade recomendada de atividade física devido a condições de saúde devem ser tão fisicamente ativos quanto suas limitações o permitirem.

Benefícios da Atividade Física Regular

- Coração e pulmões funcionam melhor;
- Músculos maiores e mais fortes;
- Ossos mais fortes;
- Maior coordenação e flexibilidade;
- Maior resistência;
- Sistema digestivo mais ativo e eficiente, resultando em maior aproveitamento dos alimentos e das medicações;
- Diminuição dos níveis de colesterol e triglicérides;
- Aumento da autoestima e o bem-estar;
- Alívio do estresse;
- Melhora do convívio social, da depressão e da ansiedade;
- Melhora a composição corporal com diminuição da gordura da região central e da massa gorda total (gordura) e aumento da massa magra total (muscular);
- Melhora a aptidão cardiorrespiratória;
- Melhora a força e a resistência muscular;
- Estimula a aquisição de hábitos de vida saudáveis;
- Diminui a ansiedade e depressão.

CAPÍTULO 4

DICAS PARA UM ESTILO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL

Soraia Pinheiro Machado Arruda
Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos
Christiane Pineda Zanella
Luisa Maria Oliveira Pinto
Ana Luiza de Rezende Ferreira

1 DICAS PARA SUSPENSÃO DO HÁBITO DE FUMAR

- Escolha como vai parar:
- ✓ Parada Imediata: Você marca uma data e nesse dia não fumará mais nenhum cigarro. Esta deve ser sempre sua primeira opção.
- ✓ Parada Gradual:

Você pode utilizar este método de duas formas:

a) Reduzindo o número de cigarros

Por exemplo: Um fumante de 30 cigarros por dia:

1º dia	30 cigarros usuais
2º dia	25 cigarros
3º dia	20 cigarros
4º dia	15 cigarros
5º dia	10 cigarros
6º dia	5 cigarros

O 7º dia seria a data para deixar de fumar e o primeiro dia sem cigarros.

b) Retardando a hora do primeiro cigarro

Por exemplo:

1º dia	começa a fumar às 9 horas
2º dia	às 11 horas
3º dia	às 13 horas
4º dia	às 15 horas
5º dia	às 17 horas
6º dia	às 19 horas

no 7º dia seria a data para deixar de fumar e o primeiro dia sem cigarros

- **Cuidado com as armadilhas – Veja como evitá-las:**
 - ✓ Nos momentos de estresse procure se acalmar e entender que momentos difíceis sempre vão ocorrer e fumar não vai resolver seus problemas.
 - ✓ A vontade de fumar não dura mais que alguns minutos. Nesses momentos, para ajudar, você poderá chupar gelo, escovar os dentes a toda hora, beber água gelada ou comer uma fruta.
 - ✓ Mantenha as mãos ocupadas com um elástico, pedaço de papel, rabisque alguma coisa ou manuseie objetos pequenos.

- ✓ Não fique parado - converse com um amigo, faça algo diferente que distraia sua atenção.
- ✓ Exercícios de relaxamento são um ótimo recurso. Faça a respiração profunda: respire fundo pelo nariz e vá contando até seis, depois deixe o ar sair lentamente pela boca até esvaziar totalmente os pulmões. Relaxamento muscular: estique os braços e pernas até sentir os músculos relaxarem.

2 DICAS PARA DIMINUIR O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

- **Esteja ciente das consequências para a saúde quando se opta pelo consumo excessivo de álcool:**

O curto prazo: ressaca; náuseas; tremores; vômitos; perda de memória; ferimentos; intoxicação por álcool; dificuldade de raciocínio que pode levar a decisões erradas que colocam você e outras pessoas em risco de ferimento e morte, como dirigir embriagado, caminhar na beirada de muros e sacadas, pular em um rio, etc; aumento da pressão arterial.

O longo prazo: dependência física e psicológica do álcool (vício ou alcoolismo); danos ao fígado; risco de câncer de esôfago, boca, garganta e mama; aumento do risco de doenças neurológicas, problemas cardíacos, impotência, alterações mentais e emocionais, como depressão e problemas nos relacionamentos pessoais e profissionais.

- **Nunca beba com o estômago vazio.** Coma antes de sair, pois o alimento irá diminuir o seu desejo de ingerir bebidas alcoólicas muito rapidamente e o fato de ter comida no estômago vai evitar que você se embriague;
- **Mantenha-se ocupado.** Um grande motivo para beber continuamente é a falta de atividade e o fato de estar em pé ou sentado ao lado de uma bebida com nada mais interessante para fazer. Converse, dance, jogue sinuca, escolha algo prazeroso e não perigoso para fazer;
- **Dilua a bebida,** com gelo, refrigerante, água ou água de coco ao invés de bebê-la pura;
- **Beba pausadamente** (bebericando), evitando o famoso consumo de um só gole;
- **Alterne bebidas alcoólicas com não alcoólicas;**
- **Procure alimentar-se durante a ingestão alcoólica,** mas evite consumir salgadinhos e lanches salgados, porque estes podem aumentar a sua sede e fazer você beber mais e mais rápido;
- **Coma frutas, verduras e legumes antes, durante ou após o consumo de bebidas alcoólicas,** pois as vitaminas e minerais que estão presentes nestes alimentos diminuem os malefícios das bebidas alcoólicas;
- **Evite beber diariamente;**
- Preste atenção na quantidade máxima que você pode beber: homem – duas doses por dia e mu-

lher – 1 dose por dia. 01 dose = 1 lata de cerveja ou 45ml de bebida destilada ou 120ml de vinho;

- **Procure os Alcoólicos Anônimos**, se você e/ou seus amigos e familiares acharem que a bebida alcoólica já é um problema na sua vida. Lá você vai encontrar pessoas que têm o mesmo problema que você e estão dispostas a ajudá-lo.

3 DICAS PARA EVITAR O GANHO DE PESO

- Procure realizar **6 pequenas refeições ao dia**: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar, lanche da noite. Evite jejum por mais de três horas, porque do contrário estará com muita fome na hora de comer e vai exagerar.
- **Determine seus horários das refeições**, para evitar “beliscos a toda hora”.
- **Evite lanches calóricos, tipo salgados, salgadinhos, doces, biscoitos**. Dê preferência a iogurtes dietéticos, queijo magro, frutas, sucos de frutas, barra de cereais light. Aprenda a ler rótulos e escolha sempre lanches com até no máximo 100 calorias por porção.
- **Coma devagar e mastigue bem** os alimentos. Saboreie. A mastigação diminui o apetite.
- **Ao iniciar suas refeições principais dê preferência às saladas**, pois oferecem maior saciedade, além de contribuírem para aumentar as vitaminas, minerais e fibras da sua dieta.

- **Se estiver satisfeito, não se sinta obrigado a comer tudo que está no prato.** Respeite as mensagens do seu corpo. Pare de comer quando ainda sentir que poderia ingerir mais uma colher ou pedaço do alimento.
- **Prepare os alimentos com pouco óleo.** Lembre-se que mesmo o azeite, que é uma gordura de boa qualidade, tem cerca de 90 calorias em 1 colher de sopa.
- **Evite frituras e prefira alimentos grelhados, assados, cozidos ou ensopados.**
- **Controle o excesso de consumo de massas, pães e farináceos.** Uma estratégia é evitar duas fontes destes alimentos na mesma refeição. Ex: macarrão + pão ou arroz + batata ou arroz + macarrão ou pão + biscoito.
- **Sempre que possível coma cereais integrais** – arroz, pão, macarrão, cereais matinais, etc. Eles possuem mais fibras, que ajudam a controlar o apetite, além de possuírem mais vitaminas e minerais.
- **Evite o uso de bebida alcoólica,** pois todos os tipos são ricos em calorias.
- **Evite usar doces no dia-a-dia.** Se não resistir não ultrapasse 1 colher ou 1 fatia de doce por dia.
- **De preferência não coloque açúcar nas preparações,** mas se preferir colocar, use sempre pouca quantidade.

- Não vá ao **supermercado** quando estiver com fome. Faça uma lista com os alimentos que realmente precisa.
- **Leia sempre os rótulos e escolha os alimentos com menos calorias.**
- **Antes de ir a uma festa coma um pequeno lanche.** Boas opções são: salada, iogurte light, fruta, vitamina, barra de cereais.
- **Não coma vendo TV ou realizando outra atividade,** pois diminui a capacidade de registrar o que se está ingerindo.

4 DICAS PARA REDUZIR O CONSUMO DE SAL

- **Reduza gradualmente o sal de sua alimentação.** Lembre-se que o gosto pelo sal é adquirido. Com o tempo você vai achar saborosa uma comida com pouco sal, que hoje lhe parece insossa.
- Lembre-se: **não devemos comer mais do que 5g de sal por dia.** Isto significa que 1Kg de sal, em uma família de 4 pessoas, deve durar 50 dias.
- **Evite adicionar sal à mesa,** na preparação pronta, pois corre o risco de exagerar.
- **Escolha frutas e vegetais frescos,** que contêm, naturalmente, pouco sódio.
- **Evite salsichas, bacon, linguiças, presunto, mortadela, salame, carne seca,** pois são ricos em sódio.

- **Evite excesso de enlatados em geral**, pois possuem mais sódio.
- **Evite queijos mais amarelos**, pois também possuem mais sódio.
- **Evite comidas prontas congeladas**, pois elas possuem mais sódio que o necessário;
- Sempre que possível, **evite adicionar sal nas preparações**, substituindo-o por ervas e temperos; boas opções são orégano, cheiro verde, louro, alho, cebola, limão.
- **Molhos, sopas e temperos prontos (industrializados) contêm muito sódio.**
- **Aprenda a olhar os rótulos, escolhendo sempre alimentos com a menor quantidade de sódio.**

5 DICAS PARA DIMINUIR O CONSUMO DE AÇÚCARES E DOCES

- Evite a ingestão de bolos, biscoitos doces, doces, refrigerantes, bebidas industrializadas, sorvetes e chocolates. **Tente come-los menos que três vezes por semana, uma porção de cada vez.** Mas se não conseguir, nunca ultrapasse uma porção por dia.
- **Uma porção de doce é igual a:** 1 colher de sopa de açúcar ou ½ fatia de goiabada ou 1 colher de sopa de doce de leite;
- Procure **não adicionar açúcar ao café** ou a outras bebidas;

- Organize sua alimentação para **utilizar adoçantes no lugar do açúcar** sempre que possível, bem como escolha doces dietéticos sempre que achar que vai ultrapassar a cota saudável.
- Quando for comer doces, **prefira aqueles preparados com castanhas**, pois estas têm gordura do tipo mais saudável e ajudam na absorção mais lenta do açúcar no organismo. Assim, a glicose é liberada no sangue aos poucos, o que gera maior controle do desejo.
- **Frutas cozidas (maçã, banana) com canela** imitam doces e podem ajudar a resistir à tentação.
- Se preparar um doce em casa, lembre-se de **substituir parte ou o total de açúcar por adoçante e leite integral por leite desnatado**, por exemplo, porque assim vai-se diminuindo as calorias das preparações.
- Os **sabores mais acentuados proporcionam satisfação com uma porção menor** como, por exemplo, o sabor amargo do chocolate amargo ou meio amargo e o azedinho dos doces de limão e maracujá.
- **Consumir os doces logo após o almoço**, como sobremesa, engorda menos. Isso acontece porque as fibras presentes na refeição reduzem a absorção do açúcar no organismo. Outra boa opção é comer as delícias até uma hora antes do exercício, pois as calorias serão gastas na atividade.

- **Dividir a sobremesa** é um truque e tanto. Sabe aquela tentação que você estava louca para experimentar? Chame uma amiga ou o namorado ou alguém da família para dividir esse prazer juntos! Assim, ninguém fica na vontade e todos continuam em forma.
- **Quando for comprar algum doce, pondere a quantidade.** Não ter guloseimas ao alcance em casa ajuda a controlar o consumo.

6 DICAS PARA DIMINUIR O CONSUMO DE GORDURAS

- **Consuma no máximo uma porção de alimentos do grupo dos óleos e gorduras por dia;**
- **1 porção de óleos e gorduras equivale** a aproximadamente: 1 colher de sopa de óleo de soja, ½ colher de sopa de margarina, ½ colher de sopa de manteiga, ½ fatia de bacon;
- **Dê preferência aos óleos vegetais, azeite e margarinas livres de ácidos graxos trans;**
- **Prefira** óleos vegetais a manteiga ou margarina;
- **Use pouco óleo nas preparações.** Uma lata de 900ml é suficiente para o preparo de alimentos de uma família de quatro pessoas, durante um mês;
- **Use pequenas quantidades de óleo vegetal quando cozinhar.** Prefira preparações como assados, cozidos, grelhados, ensopados;

- **Evite frituras;**
- Tempere saladas de verduras com azeite de oliva, mas use-o com moderação;
- **Evite** consumir alimentos industrializados que contêm alto teor de gorduras como embutidos (salsicha, linguiça, salames, presuntos, mortadela), queijos amarelos e molhos;
- **Evite** consumir bolos, biscoitos e sobremesas se tiverem gorduras no preparo. O consumo deve ser limitado a menos de três vezes por semana;
- **Prefira** consumir salgadinhos assados (exceto os folhados e empadas de massa “podre”, que é aquela que esfarela na mão e na boca) e os que não são preparados com gordura vegetal hidrogenada. O consumo desses alimentos deve ser ocasional;
- **Leia os rótulos de gorduras e preparações prontas industrializadas e escolha aquelas com menor quantidade de gordura e sem gorduras trans.**

7 DICAS PARA INCENTIVO À AMAMENTAÇÃO E ORIENTAÇÃO ADEQUADA DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

7.1. Amamentação

- Antes dos seis meses, a mãe não deve oferecer complementos ao leite materno. O Leite materno é tudo que a criança precisa.

- O leite materno contém a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em climas muito quentes.
- A oferta de água, chás ou qualquer outro alimento sólido ou líquido, aumenta a chance do bebê adoecer, além de substituir o volume de leite materno a ser ingerido, que é mais nutritivo.
- O tempo para esvaziamento da mama depende de cada bebê; há aquele que consegue fazê-lo em poucos minutos e aquele que o faz em trinta minutos ou mais.
- Ao amamentar: a) a mãe deve escolher uma posição confortável, podendo apoiar as costas em uma cadeira confortável, rede ou sofá e o bebê deve estar com o corpo bem próximo ao da mãe, todo voltado para ela. O uso de almofadas ou travesseiros pode ser útil; b) ela não deve sentir dor, se isso estiver ocorrendo, significa que a pega está errada.
- A mãe que amamenta precisa ser orientada a beber no mínimo um litro de água filtrada e fervida, além da sua ingestão habitual diária, considerando que são necessários aproximadamente 900 ml de água para a produção do leite.
- É importante também estimular o bebê a sugar corretamente e com mais frequência (inclusive durante a noite).

7.1 Alimentação complementar

- A partir dos 06 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade.
- A mãe deve ser informada de que a criança tende a rejeitar as primeiras ofertas do(s) alimentos(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor.
- A alimentação deve complementar o leite materno e não substituí-lo. Portanto, a introdução das refeições não deve substituir as mamadas no peito.
- Há crianças que se adaptam facilmente e aceitam muito bem os novos alimentos. Outras precisam de mais tempo, não devendo esse fato ser motivo de ansiedade e angústia para as mães. No início da introdução dos alimentos, a quantidade que a criança ingere pode ser pequena. Após a refeição, se a criança demonstrar sinais de fome poderá ser amamentada.
- A partir da introdução dos alimentos complementares é importante oferecer água à criança, a mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida).
- As frutas, legumes e verduras produzidas na sua região apresentam na sua composição importantes vitaminas e minerais que contribuem para o crescimento das crianças.
- Após 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

- A introdução dos alimentos complementares deve ser feita com colher ou copo, no caso da oferta de líquidos.
- As carnes são importante fonte de ferro e a partir dos 06 meses, sempre que possível, devem estar presente nas papas salgadas.
- O ovo inteiro e cozido pode ser introduzido ao completar 6 meses.
- Alimentos como laranja, limão, tomate, abacaxi, acerola, goiaba, kiwi, manga são importantes fontes de vitamina C e devem ser oferecidas junto à refeição principal ou após a refeição para aumentar a absorção do ferro.
- Ao completar 6 meses a mãe deve oferecer 3 refeições/dia com alimentos complementares. Essas refeições constituem-se em duas papas de frutas e uma salgada, preparada com legumes e verduras, cereal ou tubérculo, alimento de origem animal (carne, vísceras, miúdos, frango, ovo) e feijões.
- Ao completar 07 meses, essas refeições constituem-se em duas papas salgadas e duas de fruta.
- Ao completar 12 meses recomenda-se que a criança tenha três principais refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches (frutas ou cereais ou tubérculos).
- A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família,

em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

- É necessário saber distinguir o desconforto da criança por fome de outras situações como, sede, sono, frio, calor, fraldas molhadas ou sujas, e não oferecer comida ou insistir para que a criança coma, quando ela não está com fome.
- É recomendável oferecer a alimentação complementar, sem rigidez de horários, com intervalos regulares para que a criança sinta a necessidade de se alimentar (fome). Nos primeiros dias de oferta de alimentos complementares a mãe pode oferecer leite materno, caso a criança demonstre que não está saciada.
- São desaconselháveis práticas nocivas de gratificação (prêmios) ou coercitivas (castigos) para conseguir que as crianças comam o que eles (os pais ou cuidadores) acreditam que seja o necessário para ela.
- Algumas crianças precisam ser estimuladas a comer, nunca forçadas.
- A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar a alimentação da família.
- No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela. Os alimentos devem ser

bem cozidos. Nesse cozimento deve sobrar pouca água na panela, ou seja, os alimentos devem ser cozidos em água suficiente para amaciá-los.

- Nesta fase os alimentos devem ser amassados com o garfo. A consistência terá o aspecto pastoso (papa/purê). A utilização do liquidificador e da peneira é totalmente contraindicada, porque a criança está aprendendo a distinguir a consistência, sabores e cores dos novos alimentos. Além do que, os alimentos liquidificados não vão estimular o ato da mastigação.
- A partir dos 8 meses, algumas preparações da casa como o arroz, feijão, cozidos de carne ou legumes podem ser oferecidos à criança, desde que amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com condimentos temperos picantes e excessivos.
- Não oferecer, como refeição, alimentos líquidos de baixa densidade energética do tipo sopas, caldos e sucos.
- Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- Oferecer duas frutas diferentes por dia, selecionando as frutas da estação, principalmente as ricas em vitamina A, como as amarelas ou alaranjadas e que sejam cultivadas localmente.
- A papa deve conter um alimento de cada grupo: cereais ou tubérculos, leguminosas, legumes e

verduras e carne ou ovo. A cada dia ela deverá escolher um novo alimento de cada grupo para compor a papa.

- Para que o ferro presente nos vegetais folhosos e feijão seja melhor absorvido, os mesmos têm que ser consumidos com algum alimento rico em vitamina C e/ou carnes. As carnes também aumentam a absorção do ferro dos outros alimentos.
- Sempre que possível, procure oferecer carne nas refeições e, no mínimo uma vez na semana, oferecer vísceras ou miúdos que são boas fontes de ferro.
- Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- Se a criança recusar determinado alimento, procure oferecer novamente em outras refeições. Lembrar que são necessárias em média, oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança.
- No primeiro ano de vida não se recomenda que os alimentos sejam muito misturados, porque a criança está aprendendo a conhecer novos sabores e texturas dos alimentos.
- Ao oferecer uma papa que não necessite de uma preparação mais elaborada, os alimentos devem ser amassados e colocados em porções separadas no prato da criança.

- Quando a criança já senta à mesa, o exemplo do consumo desses alimentos pela família vai encorajá-la a consumi-los.
- As refeições, almoço e jantar, não devem ser substituídas por refeições lácteas ou lanches. A criança deve receber uma preparação mais elaborada, por exemplo: papa salgada ou comida de panela.
- Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
- Oferecer alimentos in natura, sem adição de açúcar.
- O consumo de alimentos não nutritivos (ex.: refrigerantes, açúcar, frituras, achocolatados e outras guloseimas) está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares.
- A criança pequena não pode “experimentar” todos os alimentos consumidos pela família, por exemplo, iogurtes industrializados, queijinhos petit suisse, macarrão instantâneo, bebidas alcoólicas, salgadinhos, refrigerantes, doces, sorvetes, biscoitos recheados, entre outros). Orientar os irmãos maiores e familiares para não oferecerem esses alimentos para a criança.
- A importância da leitura do rótulo dos alimentos infantis antes de comprá-los, evitando oferecer à criança alimentos que contenha aditivos e conservantes artificiais.

- Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
- É recomendável oferecer água o mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida) para a criança beber. O mesmo cuidado deve ser observado em relação à água usada para preparar os alimentos.
- As mãos devem ser bem lavadas com água e sabão, toda vez que for preparar ou oferecer o alimento à criança.
- É importante que as frutas, legumes e verduras sejam levados em água corrente e colocados de molho por dez minutos, em água clorada, utilizando produto adequado para esse fim (ler rótulo da embalagem) na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água. Depois enxaguar em água corrente, antes de serem descascados, mesmo aqueles que não sejam consumidos com casca.
- Todo utensílio que vai ser utilizado para oferecer a alimentação à criança precisa ser lavado e enxaguado com água limpa.
- Os alimentos devem ser bem cozidos e oferecidos em recipientes limpos e higienizados.
- Recomenda-se preparar a porção (quantidade de alimento) que normalmente a criança ingere. Se, após a refeição, sobrar alimentos no prato (restos), eles não podem ser oferecidos posteriormente.

- Toda a família, principalmente as crianças, não devem abrir o refrigerador a todo momento. Certificar-se de que está sempre fechado e que a porta apresenta boas condições de vedação.
- Se a família não tiver refrigerador ou este não apresentar condições de temperatura adequada, os alimentos da criança devem ser preparados próximos ao horário de cada refeição cobertos.
- Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.
- Se a criança estiver sendo amamentada exclusivamente no peito, pode-se aumentar a frequência das mamadas. O leite materno é, em geral, o alimento que a criança doente aceita melhor. Muitas vezes a criança doente cansa-se mais e precisa mamar mais vezes.
- Estimular a criança a sugar o peito, mexendo em seu rosto quando ela estiver abocanhada à mama sem sugar.
- Entre os alimentos saudáveis, deve-se oferecer para a criança os de sua maior preferência, em quantidades pequenas e com maior frequência. A criança pode ter o apetite diminuído quando está doente.
- Se a criança já estiver recebendo a alimentação da família, utilizar as preparações em forma de purê ou papas nas refeições, que são de mais fácil aceitação pela criança.

- Se a criança aceitar bem apenas um tipo de preparação saudável, mantê-la até que a criança se recupere.
- Nos casos das crianças febris e/ou com diarreia, a oferta de líquidos e água deve ser aumentada. Esses líquidos devem ser oferecidos no intervalo das refeições e, de preferência, em xícaras ou copos. O uso de mamadeira aumenta o risco de infecções e diarreia.

8 DICAS PARA AUMENTAR O CONSUMO DE FRUTAS E HORTALIÇAS

- **Consuma pelo menos 3 porções de frutas e 3 porções de hortaliças por dia;**
- **1 porção de fruta equivale** a aproximadamente: 1 fatia de abacaxi ou mamão formosa, 1 unidade de banana ou laranja ou maçã, 2 1/2 unidades de caju, 1/2 unidade de goiaba ou ata ou mamão papaia, 2 fatias de melão ou melancia; 12 uvas. **Se ficar difícil lembrar, pode adaptar: Uma porção é uma fruta ou 1 xícara de fruta picada ou 1 copo de suco puro;**
- **1 porção de hortaliças equivale** a aproximadamente: 2 colheres de sopa de abóbora cozida ou berinjela, 15 folhas de alface, 3 fatias de beterraba cozida, 1 1/2 colher de cenoura cozida picada, 2 1/2 colheres de chuchu cozido, 3 colheres de sopa de maxixe cozido, 1 unidade de pepino japonês, 8 fatias de pimentão cru. **Se ficar difícil**

lembrar, pode adaptar: Uma porção é 1 xícara de hortaliça picada crua ou Meia xícara de hortaliça cozida; ou ainda as hortaliças devem representar metade do conteúdo do prato que estivermos consumindo;

- As frutas podem ser consumidas como sobremesas ou pequenos lanches entre as refeições principais;
- As hortaliças podem ser utilizadas em diferentes preparações, como suflês, purês, tortas ou sucos;
- Varie os tipos de frutas e hortaliças consumidos na semana;
- Valorize os produtos de sua região e compre os alimentos da estação, pois têm menor custo;
- Esteja atento para a qualidade e o estado de conservação das frutas e hortaliças consumidas.

9 DICAS PARA DIMINUIR O SEDENTARISMO

- **Não faça atividades físicas em jejum e beba água antes, durante e depois;**
- **Atividade em grupo** ou com um amigo ajuda a manter o estímulo;
- **Dê preferência a lugares apropriados**, como parques, praças e centros esportivos;
- **Use roupas leves e prefira as horas mais frescas do dia;**
- **Não use plásticos em volta do corpo.** Eles aumentam a desidratação e a temperatura corporal;

- **Use sempre o filtro solar;**
- **Como começar agora mesmo;**
- **Evite elevadores e use mais as escadas;**
- **Junte uma turma** para jogar vôlei, peteca, futebol ou fazer caminhada;
- **Leve o seu cachorro para passear;**
- **Estacione o carro mais longe ou desça em um ponto de ônibus mais distante**, para você andar um pouco mais.

GLOSSÁRIO

Caloria/teor energético: calor é energia, portanto, é a energia que os alimentos fornecem para o nosso corpo funcionar. Também pode ser definida como a quantidade de calor que deve ser transferida a um grama de água para produzir a variação de temperatura de 1°C.

Circunferência abdominal: é determinada ao redor do ponto mais estreito do tronco, geralmente no nível do umbigo, ao final de uma expiração normal.

Circunferência do quadril: é determinada ao redor do ponto maior em volta das nádegas.

Competências: É a aptidão para enfrentar, de modo eficaz, uma família de situações parecidas, mobilizando a consciência, de maneira cada vez mais rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos da inteligência: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio.

Corticosteroides: é o nome dado a um grupo de hormônios esteroides produzidos pelas glândulas suprarrenais ou a derivados sintéticos destas.

Diabetes mellitus 1: tipo de diabetes que geralmente ocorre em pessoas com menos de 30 anos de idade; anteriormente conhecida como diabetes melito insulino-dependente ou diabetes de início na juventude.

Diabetes mellitus 2: tipo de diabetes que geralmente ocorre em pessoas com mais de 30 anos de idade; anteriormente conhecida como diabetes melito não insulino dependente ou diabetes de início na maturidade.

Doenças cardiovasculares: são doenças que afetam o sistema circulatório, ou seja, os vasos sanguíneos e o coração.

Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT): São doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física.

Educação de Jovens e Adultos (EJA): A EJA engloba todo o processo de aprendizagem, formal ou informal, onde pessoas consideradas “adultas” pela sociedade desenvolvem suas habilidades, enriquecem seu conhecimento e aperfeiçoam suas qualificações técnicas e profissionais, direcionando-as para a satisfação de suas necessidades e as de sua sociedade. A educação de adultos inclui a educação formal, a educação não-formal e o espectro da aprendizagem informal e incidental disponível numa sociedade multicultural, onde os estudos baseados na teoria e na prática devem ser reconhecidos.

Educação em Saúde: Conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde.

Epidemiologia: Ramo de ciência que trata das epidemias, suas causas, natureza, sintomas, resultado.

Epilepsia: é uma disfunção do cérebro que cursa com descargas elétricas anormais e excessivas do cérebro, que interrompem temporariamente sua função habitual e produzem manifestações involuntárias no comportamento, no controle muscular, na consciência e/ou na sensibilidade do indivíduo.

Etiologia: A ciência das causas. Investigação das causas de uma doença. Conjunto dos fatores que contribuem para a ocorrência de uma doença ou estado anormal.

Gorduras: Provenientes em geral de alimentos de origem animal, podendo ser consumidas como parte integrante do alimento (carnes, leite ou ovos) ou isoladamente (banha, toucinho, manteiga, creme de leite).

Gordura vegetal hidrogenada e margarinas: Obtidas a partir dos óleos vegetais, largamente utilizadas na indústria alimentícia.

Habilidades: Componentes das competências que consistem em um conjunto de ações que servem para a obtenção de um objetivo: procedimentos, técnicas, estratégias, métodos etc.

HDL: é a sigla de High Density Lipoprotein, que significa proteína de alta densidade, também conhecido como o bom colesterol. É capaz de absorver os cristais de colesterol, que são depositados nas artérias, removendo-os das artérias e transportando-os de volta ao fígado para ser eliminado.

Hipertensão arterial sistêmica: é uma doença crônica que se caracteriza, como o nome diz, pela elevação da pressão do sangue dentro das artérias de todo o corpo.

Hipertrigliceridemia: é a forma de dislipidemia ou hiperlipidemia causada por níveis séricos (sanguíneos) dos triglicerídeos acima dos níveis considerados normais.

IMC: é uma medida internacional usada para calcular se uma pessoa está no peso ideal.

LDL: é sigla de Low Density Lipoprotein, que significa proteína de baixa densidade e acredita-se que tais proteínas sejam as piores para os seres humanos, também chamado de mau colesterol. É a responsável por transportar o colesterol do fígado até as células de vários outros tecidos, trazendo vários danos aos vasos sanguíneos. É diretamente relacionada às doenças cardíacas.

Letramento Funcional em Saúde: o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida.

Lipídios: Compõem os alimentos do grupo dos óleos e gorduras. São constituídos por um amplo e diversificado conjunto de substâncias orgânicas (p.ex. hidrogênio, oxigênio, carbono) insolúveis em água e solúveis em solventes orgânicos, como éter, benzeno e clorofórmio.

Numeramento em Saúde: É o grau pelo qual os indivíduos tem a capacidade para acessar, processar, interpretar, comunicar e agir com informações em saúde: numéricas, quantitativas, gráficas, bioestatística e probabilísticas.

Obesidade: uma doença crônica caracterizada por excesso de peso corporal, à custa de uma maior quantidade de tecido adiposo, isto é, há excesso de gordura no corpo.

Óleos: Provenientes principalmente de alimentos de origem vegetal sendo extraídos de sementes ou frutos de várias plantas e depois refinados, agindo como agregadores de maciez e sabor.

Osteoartrite: é uma doença das articulações caracterizada por degeneração das cartilagens acompanhada de alterações das estruturas ósseas vizinhas. As mais atingidas

são as articulações das mãos, joelhos, coxofemorais e da coluna.

Psicosocial : Que concerne simultaneamente à psicologia individual e à vida social. Que compreende os trabalhos realizados de maneira simultânea na psicologia social e psicologia clínica. Que analisa a correspondência entre as relações sociais no âmbito da psicologia.

Psicoterapia: Tratamento por métodos psicológicos. Conjunto das técnicas que visam ao tratamento das moléstias mentais por persuasão, sugestão, psicanálise, atividades lúdicas ou de trabalho.

Promoção da Saúde: É o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Síndrome de Cushing: é uma desordem endócrina causada por níveis elevados de glicocorticoides, especialmente cortisol, no sangue.

Síndrome dos ovários policísticos: é uma doença na qual há um desequilíbrio nos hormônios sexuais femininos. Esse desequilíbrio hormonal pode causar alterações no ciclo menstrual, alterações na pele, pequenos cistos nos ovários, dificuldade para engravidar e outros problemas.

BIBLIOGRAFIA

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n.4, p.833-840, 2004.

AGUDO, A.; CABRERA, L.; AMIANO, P. et al. Fruit and vegetable intakes, dietary antioxidant nutrients, and total mortality in Spanish adults: findings from the Spanish cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-Spain). **Am J Clin Nutr**, v. 85, p.1634-42, 2007.

ALMEIDA, L.S. **Teorias da Inteligência**. Porto: Edições Jornal de Psicologia, 1988.

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (ACP). The Crucial Link between Literacy and Health. **Annals of Internal Medicine**, v.139, n. 10, p.875-878, 2003.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY (AMA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. **JAMA.**, v. 281, n. 6, p. 552-7, 1999.

ANDRADE, A.G.; ANTHONI, J.C.; SILVEIRA, C.M. **Alcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.

BAKER, D. W. The Meaning and the Measure of Health Literacy. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 8, p. 878-883, 2006.

BAKER, D. W.; GAZMARIAN, J. A, WILLIAMS, M. V. et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. **Am J Public Health**, v. 92, n.8, p.1278-1283, 2002.

BAKER, D.W.; PARKER, R.M.; WILLIAMS, M.V. et al. The

health care experience of patients with low literacy. **Arch Fam Med**, v. 5, n.6, p. 329–334, 1996.

BAKER, D. W.; WILLIAMS, M. V.; PARKER, R. M. Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Education Counseling**, v. 38, n.1, p.33–42,1999.

BARRETT, S. E.; PURYEAR, J. S.; WESTP HELING, K. **Health literacy practices in primary care settings**: Examples from the field. New York: The Commonwealth Fund, 2008. 36p. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Barrett_hl literacypracticesprimarycaresettingsexamplesfield_1093.pdf?section=4039> Acesso em: 02 jun. 2011.

BARRIER, P. A.; LI, J. T.; JENSEN, N. M. Two words to improve physician-patient communication: what else? **Mayo Clin Proc**, v.78, n.2, p.211-214, 2003.

BASS, P.F.; WILSON, J.F.; GRIFFITH, C.H. *et al.* Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. **Acad Med**, v. 77, n.10, p.1039-41, 2002.

BENNETT, I.M.; CHEN, J.C.; SOROUI, J.S. *et al.* **The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults.** **Ann Fam Med**, v. 7, n. 3, p. 204-211, 2009.

BERBERIAN, A. P.; MORI-DE ANGELIS, C. C.; MASSI, G. (orgs). **Letramento: referências em saúde e educação.** São Paulo: Plexus, 2006.

BERKMAN, N. D.; DEWALT, D. A.; PIGNONE, M. P. *et al.* **Literacy and Health Outcomes.** Evidence Report/Technology Assessment No. 87 (Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication No. 04-E007-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2004.

BERKMAN, N.D.; DAVIS, T.C.; MC CORMACK, L. Health Literacy: What Is It?, **Journal of Health Communication: International Perspectives**, v. 15, n. 2 (Supplement), p. 9-19, 2010.

BODENHEIMER, T.; LORIG, K.; HOLMAN, H. *et al.* Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. **JAMA**, v. 288, n.19, p. 2469-2475, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>> Acesso em 25 ago. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde-Brasília: 2011. 160p.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: matemática**. Brasília: MEC/SEF, 1997. 142 p.

BRASIL. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias**. Brasília: MEC/SEB, 2002. 144 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percor-**

rer. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física / Coordenação de Promoção da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Biblioteca Virtual da Saúde. Dicas em Saúde: Como parar de fumar. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 01. jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasil.: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde:** documento base - documento I. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: **Funasa**, 2007. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores:** doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 233 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez Passos para uma Alimentação Saudável**: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na Atenção Básica. 2. ed.. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8_livro.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2012.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Matriz de Referência para o ENEM 2009**. Brasília: MEC/SEF, 2009. 26 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13318&Itemid=921>. Acesso em 31 mar. 2013.

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (CPHA). **Low Health Literacy and Chronic Disease Prevention and Control: Perspectives from The Health and Public Health Sectors**. Canadian Public Health Association, 2006. 18 p.

CAPACITAÇÃO DO PROGRAMA NAVEGADOR DE PACIENTES BRASIL, 2012 São Paulo-SP. Histórico, Estabelecimento de Metas, Coleta de Dados do Paciente, Gestão e Uso do Programa, American Cancer Society.

CARTHERY-GOULART, M.T.; ANGHINAH, R.; AREZA-FEGVVERES, R. *et al.* Performance of a Brazilian population on the

test of functional health literacy in adults. **Rev Saúde Pública**, v.43, n. 4, p. 631-8, 2009.

COLBERT, A.M. **Functional Health Literacy, Medication-Taking Self-Efficacy And HIV Medication Adherence**. 2007. 289 f. Tese (Doctor of Philosophy) – Nursing Sector, University of Pittsburgh, Pittsburgh, 2007.

DAUCHET, L.; AMOUYEL, P.; HERCBERG, S. *et al.* Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. **J Nutr**, v. 136, p.2588-93, 2006.

DAVIS, T. C.; LONG, S. W.; JACKSON, R. H. *et al.* Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. **Family Medicine**. v. 25, n. 6, p. 391–395, 1993.

DAVIS, T.C.; WOLF, M.S. Health Literacy: Implications for Family Medicine. **Family Medicine**, v. 36, n. 8, p. 595-598, 2004.

DELOORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. 6 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC:UNESCO, 2001.

DE WALT, D. A.; BERKMAN, N. D.; SHERIDAN, S. S. *et al.* Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. **J Gen Intern Med**, v.19, n. 12, p. 1228–39, 2004.

DOAK, L. G.; DOAK, C. C.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. Second edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1996.

EDUCATIONAL TESTING SERVICES (ETS). **Test content for health activities literacy tests**. New Jersey: ETS Princeton, 2006. 52 p. Disponível em: <http://www.ets.org/> Acessado em: 21 jun. 2010.

ESTRADA, E.; MARTIN-HRYNIEWICZ, M.; PEEK, B. *et al.* Literacy and Numeracy Skills and Anticoagulation Control. **Am J Med Sci**, v. 328, n. 2, p. 88-93, 2004.

FANG, M.; MACHTINGER, E. L., WANG, F.; SCHILLINGER, D.. Health literacy and anticoagulation-related outcomes among patients taking warfarin. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n.8, p. 841-846, 2006.

FREEMAN, H.P, RODRIGUEZ, R.L. History and principles of patient navigation. **Cancer**, suppl 15, p. 3537-3540, 2011.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C.G.S.; ROCHA, S.M. *et al.* Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.12, n.1, p.65-75, 2004.

GALLIHER, J.M.; POST, D.M.; WEISS, B.D. *et al.* Patients' Question-Asking Behavior During Primary Care Visits: A Report From the AAFP National Research Network. **Ann Fam Med**, v. 8, n.2, p.:151-159, 2010. Disponível em: <http://www.annfammed.org/cgi/reprint/8/2/151>. Acesso em 29 de nov. de 2012.

GARCIA, L.A.M.G. Competências e Habilidades: você sabe lidar com isso? Educação e Ciência On-line, Brasília: Universidade de Brasília. Disponível em: <http://uvnt.universidadevirtual.br/ciencias/002.htm>. Acesso em: 12 jan. 2005.

GARNER, B.; SMITH, C. **Review of Adult Learning and Literacy: Connecting Research Policy**. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2007.

GOLBECK, A.; AHLERS-SCHMIDT, C.R.; PASCHAL, A.M. *et al.* A Definition and Operational Framework for Health Numeracy. **Am J Prev Med**, v. 29, n. 4 , p. 375-376, 2005.

HAIDERI, N. A., MOORMEIER, J. A.. Impact of Patient Navigation from Diagnosis to Treatment in an Urban Safety Net Breast Cancer Population. **J Cancer**, v. 2, p. 467-473, 2011.

HENDREN, S. *et al.* Study Protocol: A randomized controlled trial of patient navigation-activation to reduce cancer health disparities. **BMC Cancer**, v. 10, p. 551, 2010.

HROSCIKOSKI, M.C.; SOLBERG, L.I.; HILLEN-SPERL, J.M. *et al.* Challenges of Change: A Qualitative Study of Chronic Care Model Implementation. **Ann Fam Med**, v.4, n. 4, p. 317-326, 2006.

HUNT, E. Intelligence as an information processing concept. **British Journal of Psychology**, v. 71, n. 4, p. 449-474, 1980. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/ez76.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pmetabusca>. Acesso em 22 setembro 2012.

IBRAHIM, S. Y.; REID, F.; SHAW, A. *et al.* Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK : Population with coronary heart disease. **Journal of Public Health**, v. 30, n. 4, p. 449-455, 2008.

INSTITUTE FOR ALTERNATIVE FUTURES, Patient Navigator Program Overview. April 13, 2007. Report 07-02.

INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH. A Patient Navigation Manual for Latino Audiences: The Redes En Acción Experience aims. University of Texas Health Science Center at San Antonio, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 367 p. Disponível em: <www.nap.edu>. Acesso em 06 jan 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Measures of Health Literacy: Workshop Summary**. Washington, DC: The National Academies Press, 2009. 143 p. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog>> Acesso em: 06 jan 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Promoting Health Literacy to Encourage Prevention and Wellness: workshop summary**. Washington, DC: National Academies Press, 2011a. 116 p. Disponível em: <www.nap.edu> Acesso em 06 jan 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Innovations in Health Literacy: workshop summary**. Washington, DC: National Academies Press, 2011b. 95 p. Disponível em: <www.nap.edu> Acesso em 15 jan 2012.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO/IBOPE (IPM/IBOPE). **INAF BRASIL 2011: Indicador de Alfabetismo Funcional: Principais Resultados**. IPM/IBOPE, 2012. 18 p. Disponível em: <http://www.ipm.org.br/download/inaf_brasil_2007_relatorio_sintese.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2014.

ISHIKAWA, H.; NOMURA, K.; SATO, M.; YANO, E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. **Health Promotion International**, v. 23, n.3, p.269-274, 2008.

JARVIS, J.; SKINNER, T.C.; CAREY, M. E. *et al.* How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes? **Diabetes, Obesity and Metabolism**, v. 12, n. 1, p.12-19, 2010.

JASTAK, S.; WILKINSON, G. S. **WRAT-R, Wide Range Achievement Test, Administration Manual**. Revised Edition. Wilmington, DE: Jastak Assessment Systems; 1984.

JOVIC-VRANES, A.; BJEGOVIC-MIKANOVIC, V.; MARINKOVIC, V. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. **Journal of Public Health**, v. 31, n. 4, p. 490-495, 2009.

KANJ, M.; MITIC, W. **Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region**. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). VII Conferência Global de Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Fechando o Gap Implementação Nairobi, Quênia, 26-30 outubro 2009. Disponível em: <<http://gchp7.info/resources/downloads/t1.pdf>> Acesso em 07 jan. de 2012.

KEY, T. J.; ALLEN, N. E.; SPENCER, E. A. *et al.* The effect of diet on risk of cancer. **Lancet**, v. 360, p. 861-8, 2002.

KICKBUSH, I.; WAIT, S.; MAAG, D. **Navigating Health: the role health literacy.** In: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for the Eastern Mediterranean. Disponível em: <http://www.emhf.org/resource_images/NavigatingHealth_FINAL.pdf>. Acesso em 08 jan. de 2012.

KIRSCH, Irwin S. The framework used in developing and interpreting the International Adult Literacy Survey (IALS). **European Journal of Psychology of Education**, v. 16, n. 3, p. 335–361, 2001.

KLEIMAN, A. B. (org). **Os significados do letramento: uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita.** Campinas: Mercado das Letras, 1995.

KONDILIS, B. K.; KIRIAZE, I. J. ATHANASOULIA, A. P. *et al.* Mapping Health Literacy Research in the European Union: A Bibliometric Analysis. **Plos One**, v. 3, n. 6, p. e2519, 2008. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0002519>>. Acesso em: 26 nov. de 2012.

KUTNER, M.; GREENBER, E.; JIN, Y. *et al.* **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483).** U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006.

LAKKA, H. M.; LAKKA, T. A.; TUOMILEHTO, J. *et al.* Abdominal obesity is associated with increased risk of acute coronary events in men. **Eur Heart J**, v. 33, n. 9, p. 706-13, 2002.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: Educs, 2003. (Desdobramentos).

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. O sujeito Coletivo que Fala. **Communic. Saúde. Educ**, v. 10, n. 20, p.517-24, 2006.

LIPKUS, I. M.; PETERS, E. Understanding the Role of Numeracy in Health: Proposed Theoretical Framework and Practical Insights. **Health Educ Behav**, v. 36, n. 6, p. 1065–1081, 2009.

MACHTINGER, E. L.; WANG, F.; CHEN, L-L. *et al.* A visual medication schedule to improve anticoagulation control: a randomized, controlled trial. **Jt Comm J Qual Saf**, v. 33, n. 10, p. 625-635, 2007.

MAYER, G. G.; VILLAIRES, M. **Health literacy in primary care: a clinician's guide**. New York: Springer Pub., 2007. 294p.

MARAGNO, C. A. D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso**. 2009. 96 f. dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MC KINNEY, J.; KURTZ-ROSSI, S. **Family Health and Literacy: A Guide to Easy-to-Read Health Education Materials and Web Sites for Families**. Boston: World Education, 2006. 94 p.

McLAUGHLIN, H. G. SMOG grading – a new readability formula. **Journal of Reading**, v. 12, n. 8, p. 639-646, 1969.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006. 396 p.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E.F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

NEUTZLING, M. B.; ROMBALDI, A. J.; AZEVEDO, M. R. *et al.* Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2365-74, 2009.

NURSS, J.R.; PARKER, R.M.; WILLIAMS, M.V. *et al.* **Test of Functional Health Literacy in Adults**. Hartford: Peppercorn Books and Press, Inc, 1995.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, v.15, n.3, p.259–267, 2000.

OLIVEIRA, M. O.; PORTO, C. S.; BRUCKI, S. M. D. S-TOFHLA in mild Alzheimer's disease and Mild Cognitive Impairment patients as a measure of functional literacy. **Dement Neuropsychol**, v.3, n. 4, p.291-298, 20, 2009.

OLNEY, C.A.; WARNER, D.G.; REYNA, G. *et al.* MedlinePlus and the challenge of low health literacy: findings from the *Colonias* project. **Med Libr Assoc**, v.95, n.1, p.31-39, 2007.

ONG, L.M.; DE HAES, J.C.; HOOS, A.M. *et al.* Doctor-patient communication: a review of the literature. **Soc Sci Med**, v.40, n.7, p.903-918, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Cuidados Primários de Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Organização Pan-Americana. Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPAS/OMS). **Estrategia Regional y Plan de Acción para um Enfoque Integrado sobre La Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, Incluyendo e Régimen Alimentario, La Actividad Básica y la Salud**. 47º CONSEJO DIRECTIVO 58ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL. 2006.

OSBORNE, H. **Health Literacy From A to Z: practical ways to communication your Health messege**. 2 ed. Burlington/MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. 256 p.

PAASCHE-ORLOW, M. K. et al. The prevalence of limited health literacy. **Journal of General Internal Medicine**, v. 20, n. 2, p. 175-184,2005.

PARKER, R. Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. **Health Promotion International**, v. 15, n.4, p. 277–283, 2000.

PARKER, Ruth M.; BAKER, David W.; WILLIAMS, Mark V. et al. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J Gen Intern Med**, v. 10, n. 10, p. 537-41, 1995.

PARKER, V. A. et al. Patient Navigation: Development of a Protocol for Describing What Navigators Do. **Health Services Research**, v. 45, n. 2, p. 514-31, 2010.

PARIKH, N. S.; PARKER, R. M.; NURSS, J. R. *et al.* Shame and health literacy: The unspoken connection. **Patient Education and Counseling**, v. 27, n.1, p. 33–39, 1996.

PASSAMAI, M.P.B.; SAMPAIO, H.A.C.; SABRY, M.O.D. *et al.* **Letramento Funcional em Saúde e Nutrição**. Fortaleza: EdUECE, 2011. 95 p.

PASSAMAI, M.P.B. **Letramento Funcional em Saúde de Adultos no Contexto do Sistema Único de Saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**. 2012.243 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; JORGE, M. S. B.; PARENTE, N. A.; LIMA, L. L.; COELHO, M. A. M. **Os círculos de diálogos na saúde: escutando e compartilhando significados**

para aprendizagem em equipe. Fortaleza: EdUECE, 2013. 183p
PERRENOUD, P. *Novas Competências para Ensinar.* Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PHILIPPI, S.T (org). **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição.** Barueri: Manole, 2008. 387p.

PUNTONI, S. **Health Literacy in Wales: a scoping document for Wales.** Wales: welsh Assembly Government, 2010. 53 p. Disponível em: <www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/.../...>. Acesso em: 18 jan 2012.

RATZAN, S.; PARKER, R. **Introduction.** In: SELDEN, C. R. et al. (Ed). *Current Bibliographies in Medicine: health literacy.* Bethesda, MD: National Library of Medicine/National Institutes of Health, 2000. 33 p. Disponível em <<http://www.nlm.nih.gov/archive//20061214/pubs/cbm/hliteracy.pdf>>. Acesso em 02 mar. de 2012.

RATZAN, S. C. **Health literacy: communication for the public good.** *Health Promotion International*, v.16, p. 207-214, 2001.

RAWSON, K. A.; GUNSTAD, J.; HUGHES, J. *et al.* The METER: A Brief, Self-Administered Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med*, v. 25, n. 1, p. 67-71, 2009.

REAVEN, G.M.; LAWSA, A. *Insulin Resistance: The Metabolic Syndrome X*, 1999.

RIBEIRO, V. M. **Letramento no Brasil: reflexões a partir do INAF 2001.** São Paulo: Global, 2003.

ROGERS, E.S.; WALLACE, L.S.; WEISS, B.D. Misperceptions of medical understanding in low-literacy patients: implications for cancer prevention. *Cancer Control*, v. 13, n.3, p. 225-9, 2006.

ROOTMAN, I. **Health Literacy and Health Promotion.** Ontario Health Promotion E-Bulletin, 2002. Disponível em: < <http://www.ohpe.ca/node/175> >. Acesso em 10 jan 2012.

RUDD, R., ANDERSON, J.E. **The health literacy environment of hospitals and health centers.** Partners for action: making your healthcare facility literacy friendly. National Center for the study of adult learning and literacy, 2006.

RUDD, R. E.; ANDERSON, J. E.; NATH, C. **Health Literacy: An Update of Medical and Public Health Literature.** In: COMINGS, J. P.; GARNER, B.; SMITH, C. Review of Adult Learning and Literacy. Lawrence EarlBaum Associates: Mahvah, 2007.

RUDD, R.E. **Objective 11-2:** Improvement of health literacy. In: **Communicating Health: Priorities and Strategies for Progress.** Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services, 2003.

RUDD, R. E.; COMING, J.P.; HYDE, J. Leave no one behind: Improving health and risk communication through attention to literacy. **Journal of Health Communication**, Bethesda, v.8 (Supplement 1), p. 104–115, 2003.

RUDD, R. E.; SORICONE, L.; SANTOS, M. *et al.* Health Literacy Study Circles+. Cambridge/ Boston, MA: NCSALL/ HALL, 2005.

RUDD, R.; SORICONE, L.; SANTOS, M. *et al.* **Health Literacy Study Circles+.** HALL/NCSALL, 2005.

SAFEER, R.S.; KEENAN, J. Health literacy: the gap between physicians and patients. **Am Fam Physician**, v. 72, n. 3, p. 463-8, 2005.

SAKRAIDA, T. J.; ROBINSON, M.V. Health Literacy Self-Management by Patients With Type 2 Diabetes and Stage 3 Chronic Kidney Disease. **Western Journal of Nursing Research**, v. 31, n. 5, p. 627-647, 2009.

SAMPAIO, H. A. C.; SABRY, M. O. D.; PASSAMAI, M. PB. *et al.* **Plano AlfaNutri:** um novo paradigma, a alfabetização nutri-

cional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças. Relatório Técnico Final. Fortaleza: PPSUS-MS/CNPq/FUNCAP/SESA, 2012. 276 p.

SCHILLINGER, D.; BINDMAN, A.; STEWART, A. *et al.* Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, v. 52, n.3, p. 315-323, 2004.

SCHILLINGER, D.; BINDMAN, A.; STEWART, A. *et al.* Health literacy and the quality of physician-patient interpersonal communication. **Patient Education and Counseling**, v. 3, p. 315-323, 2004.

SCHILLINGER, D.; MACHTINGER, E. L, WANG, F. *et al.* The importance of establishing regimen concordance in preventing medication errors in anticoagulant care. **Journal of Health Communication**, v. 11, n. 6, p. 555-67, 2006.

SENGE, P. M. **A Quinta Disciplina: arte e prática da organização que aprende**. 11 ed. São Paulo: Nova Cultural, 2002.

SHAB, L.C.; WEST, P.; BREMMEYR, K. *et al.* Health literacy instrument in family medicine: the “newest vital sign” ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med*, v. 23, n. 2, p. 195-203, 2010.

SHLAY, J. C. *et al.* Reducing Cardiovascular Disease Risk Using Patient Navigators, Denver, Colorado, 2007-2009. **Prev Chronic Dis**, v. 8, n. 6, p. A143, 2011

SIMONDS, S.K. Health education as social policy. **Health Education Monograph**, v. 2, n. 1 (Suppl), p. 1-10, 1974.

SOARES, Magda. **Letramento: um tema em três gêneros**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SOARES, Magda. **Alfabetização e Letramento**. 5 ed. São Paulo: Contexto, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias**. Arq. Bras. Cardiol, 2001.

SORENSEN, K.; BROUCKE, S.V.D.; FULLAM, J. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, p. 1-13, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80/>>. Acesso em 10 ago. de 2102.

SORICONE, L.; RUDD, R.; SANTOS, M. S. *et al.* **Health Literacy in Adult Basic Education**: designing lessons, units, and evaluation plans for an integrated curriculum. Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy(NCSALL)/ Health and Adult Literacy and Learning Initiative (HALL), 2007.

STEMBERG, R.J. . **Psicologia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **CMAJ**, v. 152, n. 9, p. 1423-1433, 1995.

TASSI, A.. **The emergence of Health Literacy as a public policy priority**. New York, 2004. Disponível em: <www.nyc.gov/html/adulted/.../pdf/article.pdf >. Acesso em 12 jan 2012.

TASSI, A.; ASHRAF, F. **Health Literate Doctors and Patients**: The New York City Health Literacy Fellowship for First Year Medical Students. In: GARNER, Barbara (ed). **Focus on Basics: Connecting Research & Practice**. Boston: NCSALL, v. 9, 2008. p. 1-8, 2008. Disponível em: <http://www.ncsall.net/fileadmin/resources/fob/2008/fob_9b.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2014.

TFOUNI, L. V. **Letramento e Alfabetização**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

TFOUNI, L. V. **Adultos não-alfabetizados em uma sociedade letrada**. São Paulo: Cortez, 2006b.

The Lancet, Volume 379, Issue 9827, Page 1677, 5 May 2012.
Disponível em: [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60699- /fulltext](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60699- /fulltext) Acesso em: 3 jul 2012.

THOMAS, A. Measuring health literacy: moving towards a health: promotion perspective. **Int J Public Health**, v. 53, n. 4, p. 169–170, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18716719>>. Acesso em 27 nov 2012.

UNITED NATIONS DEVELOPEMENT PROGRAM (UNDP). **Human development report 2007/8**. New York: UNDP, 2007. Disponível em: <<http://hdrstats.undp.org/indicators/ 30.html>>. Acesso em 04 jan. de 2012.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). **Recommendation on the development of adult education, adopted by the General Conference at its nineteenth session**. Nairobi, 26 Nov. 1976. Paris: UNESCO, 1976. Disponível em: <http://www.unesco.org/education/pdf/NAIROB_E.PDF>. Acesso em: 17 jan, 2012.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Institute for Education. **Health promotion and health education for adults: Health promotion and health education for adults**. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON ADULT EDUCATION (CONFITEA), 5., 1997, Hamburg. The Hamburg Declaration: V International Conference on Adult Education – V CONFITEA. Hamburg: UNESCO, 1997. Disponível em: <www.unesco.org/education/uiie/.../6b.pdf – França>. Acesso em: 12 maio 2012.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). Office of Disease Prevention and Health Promotion. **National Action Plan to Improve Health Literacy**. Washington, DC: USHHS, 2010. 67 p.

VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C.; MIALHE, F. L. Bulas de me-

dicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v.30, n.3, p.309-314, 2009.

WEISS, B. D. et al. Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. **Ann Fam Med**, v. 3, n. 6, p.514-22, 2005.

WEISS, B. D. **Health Literacy and patient safety: help patients understand**. Manual for Clinicians. 2.ed. American Medical Association Foundation/American Medical Association, 2007. 62 p.

WELS, K. J. et al. Patient navigation: state of the art or is it science? **Cancer**, v.113, n.8, p.1999-2010, 2008.

WILSON, J. The Crucial Link between Literacy and Health, **Ann Inten Med**, v. 139, n. 10, p. 875-878, 2003.

WOLF, M.S.; WILLIAMS, M.V.; PARKER, R.M. et al. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. **Journal of Health Communication**, v.12, n.8, p. 721-732, 2007.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES Ltd (WHCA). **Health Literacy. Action Guide Part 2: Evidence and Case Studies**, 2010. Published by World Health Communication Associates Ltd. Disponível em: <<http://www.comminit.com/>>. Acesso em 06 jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Promotion Glossary**. Geneva: WHO, 1998. 36 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO Expert Consultation**. Geneva: World Health Organization; 2002. (WHO Technical Report Series, 916).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986**. Disponível em <http://www.who.int/>

healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html.
Acessado em: 01 de mar. 2009.

YACH, D.; HAWKES, C.; GOULD, C. L. *et al.* The Global Burden of Chronic Diseases. Overcoming Impediments to Prevention and Control. **JAMA**, v. 291, n. 21, p. 2616-2622, 2004.

ZABALA, A.; ARNAU, L. Como aprender e ensinar competências. Porto Alegre: ARTMED, 2010. 197 p.

ZARCADOOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. S.. Understanding health literacy: an expanded model. **Health Promotion International**, v. 20, n. 2, p. 195-203, 2005.

ZARCADOOLA S, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. S. **Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action**. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

AUTORES

Ana Luíza de Rezende Ferreira – Nutricionista, Mestre em Ciências Fisiológicas (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva (UECE). Professora do Curso de Nutrição do Centro Universitário Estácio-FIC e Nutricionista do Hospital São José (HSJ).

Carmem Cemires Cavalcante Costa – Enfermeira, Mestre em Saúde Pública. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem pela Fundação Oswaldo Cruz. Formação em Abordagem por Competências pelo Consórcio Internacional de Desenvolvimento em Educação - CIDE Canadá. Assessora Técnica do Núcleo de Atenção Primária da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza.

Christiane Pineda Zanella – Nutricionista, Mestre em Saúde Pública (UECE) e Doutora em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR). Professora do Curso de Nutrição da UNIFOR.

Claudia Belém Moura – Fonoaudióloga. Pós graduação em Gestão do Terceiro Setor. Coordenadora Administrativa do Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO).

Claudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos – Nutricionista, Mestre em Saúde Pública (UECE) e Doutora em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR). Professora do Curso de Nutrição da UNIFOR e Nutricionista do Hospital São José (HSJ).

Helena Alves de Carvalho Sampaio – Nutricionista, Mestre em Educação (UFC) e Doutora em Farmacologia (UFC). Professora Emérita do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE).

Luisa Maria Oliveira Pinto – Nutricionista, Mestre em Saúde Pública. Nutricionista da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional do Hospital Geral de Fortaleza.

Maria da Penha Baião Passamai - Bióloga, Mestre em Saúde Pública (UECE) e Doutora de Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR). Professora Ajunta do Curso de Ciências Biológicas da UECE.

Nara de Andrade Parente – Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva (UECE) e Doutoranda em Saúde Coletiva (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa de Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas da UECE. Professora do Curso de Nutrição da UNIFOR.

Sarah Bezerra Luna Varela – Pedagoga, Mestre em Educação (UECE), Doutoranda em Educação (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa de Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas da UECE. Professora Assistente do Curso de Pedagogia da Faculdade de Educação de Itapipoca (UECE).

Soraia Pinheiro Machado Arruda – Nutricionista, Mestre em Saúde Pública (UECE) e Doutora em Saúde Coletiva (UFMA). Professora Adjunta do Curso de Nutrição (UECE), do Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde (UECE) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE).