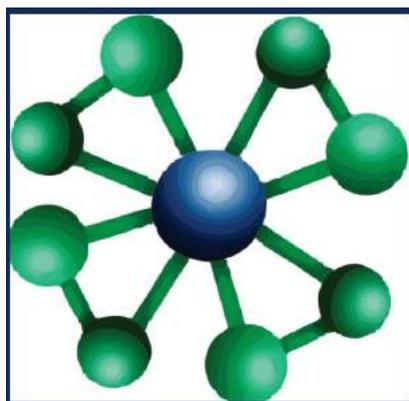


Universidade Estadual do Ceará
Centro de Ciências da Saúde
Grupo de Pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas

PLANO ALFA-SAUDE:

Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS

RELATÓRIO TÉCNICO FINAL



Helena Alves de Carvalho Sampaio - UECE
Maria da Penha Baião Passamai - UECE
Nádia Tavares Soares - UECE
Sarah Bezerra Luna Varela - UECE
Soraia Pinheiro Machado Arruda - UECE
Nara de Andrade Parente – UECE/UNIFOR
Luisa Maria Oliveira Pinto - SESA
Carmem Cemires Cavalcante Costa - SESA
Ana Luíza de Rezende Ferreira - SESA/FIC
Claudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos - UNIFOR
Christiane Pineda Zanella - UNIFOR
Claudia Belém Moura – CRIO
Daniel Gurgel Pinheiro - IFCE

Fortaleza

2014



RESUMO

Introdução: 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 para eles desenvolvidos podem não estar sendo devidamente compreendidos, face este limitado letramento. Delineou-se, então, a presente proposta.

Objetivo: Elaborar, implantar e avaliar o Plano Alfa-Saúde como estratégia de capacitação de recursos humanos para o SUS, com base nos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores de saúde.

Metodologia: O Plano Alfa-Saúde integrou capacitação de profissionais do SUS e de segmentos da comunidade e avaliação de materiais educativos em saúde destinados à população. Foram capacitados 290 agentes comunitários de saúde (ACS), 188 integrantes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 34 alunos de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Foram avaliados 47 materiais educativos. Foram realizados quatro círculos de estudos (16h) com grupos ACS e NASF, enfocando letramento em saúde (4h), navegação em saúde (4h) e prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (8h). No grupo EJA foi realizado um círculo de estudos com a duração de 2 horas, enfocando navegação em saúde e prevenção e controle de DCNT. As atividades foram desenvolvidas nas macrorregiões de saúde do Ceará (Fortaleza, Sobral, Cariri e Sertão Central) e na sede do IFCE. Os círculos seguiram proposta de Rudd et al. (2005), Soricone et al. (2007) e Freeman e Rodriguez (2011) quanto ao enfoque de letramento em saúde e navegação em saúde e o conteúdo de promoção de saúde foi adaptado do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022 (Brasil, 2011), utilizando-se modelos de corpo humano e de alimentos. A análise dos materiais educativos foi feita segundo SMOG (McLaughlin, 1969) e *Suitability Assessment of Materials* (Doak, Doak e Root, 1996). O Plano Alfa-Saúde foi avaliado de forma imediata, quantitativa, antes e após a capacitação, tanto através de um pré e pós teste de conhecimentos sobre a temática abordada, como através de uma avaliação dos participantes acerca da capacitação. Em médio prazo, realizou-se uma avaliação qualitativa, com uma sub-amostra, antes e três meses após capacitação, através de círculos de diálogos que foram gravados, transcritos e analisados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo - DSC (Lefèvre e Lefèvre (2003; 2006). Para os materiais educativos em saúde inadequados no quesito adaptação ao nível de letramento em saúde, foram realizadas proposições de aprimoramento segundo Rudd e Anderson (2006), Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2006) Soricone et al. (2007), Mayer e Villaire (2007) e Osborne (2012).

Resultados: A avaliação imediata evidenciou melhora nos conhecimentos do conteúdo focado. Para os ACS, dentre as 29 perguntas, houve melhora em 25 delas, sendo significativa em 13. Para os integrantes do NASF, houve melhora em 26 perguntas, sendo significativa em 17 delas. Já entre os alunos do EJA houve melhora em apenas 10 questões, uma significativa. A avaliação gerada pelos participantes acerca da capacitação realizada apontou unanimidade em relação à aprendizagem de conteúdo técnico, a formas de abordar o usuário e se relacionar com a equipe e em relação à metodologia aplicada, tanto considerando a dinâmica dos círculos, quanto os modelos de corpo humano e de alimentos utilizados. As críticas se reportaram ao tempo da capacitação, considerado muito curto. A avaliação qualitativa, comparando os DSC antes e 3 meses após capacitação, apontou a mesma avaliação quanto à validade da capacitação, além de ter sido destacado um empoderamento maior referente a como passar a mensagem educativa para pessoas com letramento em saúde inadequado, como melhorar a navegação do usuário no SUS e quanto ao conteúdo técnico, principalmente pela disponibilidade do manual. Quanto aos 47 materiais educativos avaliados, 8,54% se mostraram inadequados, principalmente em relação à ausência de resumo/revisão nos textos, escolaridade exigida para compreensão, estilo da escrita, relevância e adequação das ilustrações presentes e interação com o leitor. No quesito escolaridade

exigida, apenas 14 (29,8%) estavam adequados. **Conclusão:** O Plano Alfa-Saúde contribuiu para empoderar ACS e integrantes do NASF para uma mais adequada e efetiva abordagem do usuário do SUS. No caso de alunos do EJA ainda há necessidade de se estabelecer qual a melhor estratégia de capacitação de navegadores de saúde.

Palavras-chave: letramento em saúde, navegação em saúde, capacitação, recursos humanos, Sistema Único de Saúde, Educação de Jovens e Adultos, Agente Comunitário de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Justificativa	9
1.2 Novos paradigmas na capacitação das equipes de saúde do SUS	9
1.2.1 Letramento em saúde	10
1.2.2 Navegadores de saúde e o setor de educação de jovens e adultos neste contexto	17
2. OBJETIVOS	23
2.1 Geral	23
2.2 Específicos	23
3. METODOLOGIA	24
3.1 Tipo de Estudo	24
3.2 Local do Estudo	24
3.3 Universo e Amostra	24
3.4 Coleta, Tabulação e Análise de Dados	27
3.4.1 Elaboração do plano Alfa-Saúde	27
3.4.1.1 Planejamento da capacitação	28
3.4.1.2 Seleção de materiais educativos em saúde oficiais disponíveis no Brasil	28
3.4.2 Implantação do plano Alfa-Saúde	29
3.4.3 Avaliação do plano Alfa-Saúde	32
3.4.4 Análise estatística dos dados	36
3.5 Aspectos éticos	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 Avaliação da capacitação realizada	38
4.1.1 Avaliação imediata – dados referentes aos conhecimentos adquiridos com a capacitação realizada	39
4.1.2 Avaliação imediata – dados referentes a avaliação do tipo de capacitação realizada (Bonequinho Alfa)	50
4.1.3 Avaliação em médio prazo – dados referentes aos círculos de diálogos	55
4.1.3.1 Círculos de diálogos com ACS	55
4.1.3.2 Círculos de diálogos com integrantes do NASF	84
4.2 Análise dos materiais educativos escritos dirigidos aos usuários do SUS	103
4.2.1 Avaliação dos materiais educativos escritos segundo SMOG e SAM	104

4.2.2 Propostas para reformulação dos materiais educativos segundo os pressupostos do Letramento em Saúde	107
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	143
REFERÊNCIAS	144

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto configura uma continuação e uma ampliação da pesquisa **“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”**, financiada através do edital Programa Pesquisa para o SUS PPSUS - Edital 02/2009, 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).

Durante a execução da referida pesquisa, já finalizada (SAMPAIO et al., 2012), foi possível perceber a importância deste tema ainda pouco explorado no País, o letramento em saúde e em nutrição, e sua importância em todo o processo de educação em saúde realizado no SUS.

Embora não haja um conceito unanimemente aceito de letramento em saúde, o mesmo pode ser definido como “o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde” (RATZAN; PARKER, 2000). Diversos estudos têm evidenciado que é frequente o baixo nível de letramento em saúde (PARKER et al., 1995; DE WALT, 2004; IOM, 2004; JOVIC-VRANES et al., 2009; WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES - WHCA, 2010). Tal situação pode comprometer o estado da saúde individual e coletiva (ISHIKAWA et al., 2008; WHCA, 2010) resultando, conseqüentemente, em maiores taxas de hospitalização (BAKER et al., 2002; OLNEY et al., 2007), mau gerenciamento da própria saúde e do processo de adoecimento, com baixa adesão às medidas de promoção e prevenção de doenças e uso de medicamentos e, finalmente, baixos níveis de conhecimento sobre doenças crônicas, serviços de saúde e saúde global (DE WALT, 2004; OLNEY et al., 2007; ISHIKAWA et al., 2008; JOVIC-VRANES et al., 2009; WHCA, 2010; RAWSON et al., 2009).

Na pesquisa realizada (SAMPAIO et al., 2012), a aferição do letramento em saúde em 838 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), englobando tanto

clientes de ambulatórios hospitalares como da atenção básica, também apontou alta prevalência (66,7%) de letramento insatisfatório (marginal e inadequado), potencialmente com repercussão na sua saúde, uma vez que as atividades de orientação e educação, face o letramento encontrado, podem não estar sendo devidamente compreendidas e colocadas em prática. Um instrumento educativo impresso avaliado (o Guia Alimentar para a População Brasileira, versão bolso) mostrou também abordagem escrita não apropriada em sua elaboração, considerando o letramento em saúde encontrado. Círculos de diálogos de avaliação da publicação realizados com um grupo de usuários do SUS levaram a uma série de sugestões para a elaboração de um documento educativo melhor compreendido por eles.

Diante dos achados, começou-se a refletir como interferir na realidade encontrada e maximizar o processo de promoção da saúde. Na carta de Ottawa (WHO, 1986) são previstos cinco campos de ação em promoção de saúde: elaboração e implementação de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. É previsto que tais campos viabilizem o empoderamento da população no que tange aos conhecimentos de prevenção e controle de doenças, bem como dos aspectos operacionais envolvidos.

Assim, considerou-se que uma capacitação das equipes de saúde para a abordagem educativa dos usuários do SUS, realizada a partir dos pressupostos do letramento em saúde, permitirá agir nos cinco campos previstos na carta supracitada, ao propiciar que cada equipe atue conhecendo e valorizando as condições de compreensão, interpretação e utilização das informações recebidas por parte do usuário.

Este tipo de capacitação proposto encontra vasto apoio na literatura, destacando-se os textos de Rudd et al. (2003; 2005; 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.

Esta flexibilidade de capacitação gerou, por sua vez, o interesse em ampliar e aprofundar a abrangência das equipes de saúde, promovendo o

engajamento de segmentos da comunidade no processo de acompanhamento do usuário, todos com o intuito de garantir a qualidade do cuidado.

Para tanto foi resgatado o conceito de navegadores de saúde, que pode ser entendido como “uma estratégia para melhorar os resultados do cuidado em saúde em populações vulneráveis através da eliminação de barreiras no diagnóstico e tratamento de câncer e outras doenças crônicas” (FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011). Este conceito foi desenvolvido em 1989, especificamente direcionado para a abordagem do câncer junto à população pobre americana (AMERICAN CANCER SOCIETY, 1989). Segundo Freeman e Rodriguez (2011) a primeira aplicação prática do conceito ocorreu no Harlem, em Nova Iorque, em 1990. Nos últimos anos, tem sido vista uma aplicação do conceito ao atendimento de todo tipo de clientela, envolvendo prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e suporte no fim da vida (WISE et al., 2006; FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011; SHLAY et al., 2011).

Se a iniciativa vem tendo sucesso principalmente em oncologia, mas ampliando-se para o cuidado integral, porque não encampar a ideia em um processo de capacitação?

Portanto, pensou-se em um modelo de capacitação que tanto respeitasse a situação de letramento dos usuários, como tornasse a equipe e pessoas da comunidade em navegadores de saúde ou amigos do usuário do SUS.

Nesta perspectiva, foram abordadas três vertentes básicas: 1) a capacitação de agentes comunitários de saúde e de profissionais de nível superior que atuam no SUS; 2) a análise dos instrumentos educativos atualmente direcionados para a população, elaborados pelo Ministério da Saúde e/ou outros órgãos públicos de saúde; 3) a formação específica de navegadores de saúde na comunidade, tendo como grupo alvo os jovens e adultos alunos de cursos de Educação de Jovens e Adultos (EJA).

1.1 Justificativa

O estudo é plenamente justificado, ao se considerar:

- 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.

O projeto apresenta um ponto positivo de estar utilizando dados de pesquisa recente sobre letramento em saúde para propor uma intervenção, operacionalizando a utilização destes dados, retirando-os das prateleiras acadêmicas e transformando-os em ações que potencialmente promoverão a saúde da população.

Trata-se, também, de proposta inovadora, ao pensar em capacitação de recursos humanos aliando, simultaneamente, pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores de saúde.

A fim de permitir maior compreensão do tema, segue um referencial teórico sobre o mesmo.

1.2 Novos paradigmas na capacitação das equipes de saúde do SUS

Neste subcapítulo serão enfocados aspectos do letramento em saúde e da formação de navegadores de saúde que possam ser aplicados na capacitação de recursos humanos.

1.2.1 Letramento em saúde

Letramento é um neologismo na Língua Portuguesa, que reflete as práticas sociais de leitura e escrita utilizadas pelas pessoas em diferentes

contextos (KLEIMAN, 1995; RIBEIRO, 2003; TFOUNI, 2006a; 2006b; SOARES, 2006; 2008).

Estima-se que 16% da população mundial não tenha competência básica em letramento (UNESCO, 2009), dos quais 2/3 são mulheres, e que de 7% a 47% da população dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) não possuem habilidade em letramento funcional (UNDP, 2007). 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.

Em relação ao constructo Letramento em Saúde (do inglês Health Literacy), como já referido, não há ainda um consenso quanto à sua definição. O termo surgiu no bojo da Educação em Saúde. Ele foi mencionado pela primeira vez por Simonds (1974) em um artigo denominado *Health Education as Social Policy*. Em 1999, a American Medical Association (1999) utilizou o termo Letramento Funcional em Saúde (*Functional Health Literacy*), implicando no significado da operacionalização (a prática) do letramento no próprio conceito.

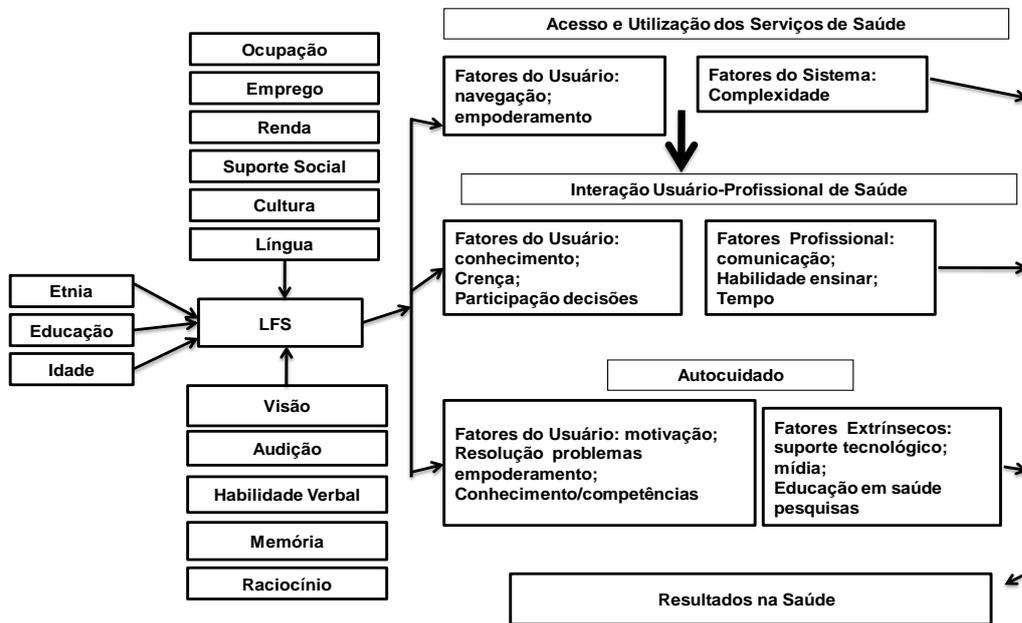
O Letramento Funcional em Saúde se torna um conceito que descreve a aplicação prática de uma vasta gama de competências cognitivas e não cognitivas na vida real, ao invés de uma habilidade única de letramento em um ambiente clínico. Ele captura como as pessoas usam o letramento em saúde, não apenas como pacientes, mas também como membros de uma família, como trabalhadores e cidadãos (Institute of Medicine - IOM, 2009). Com vistas a tornar mais práticas as considerações realizadas no presente projeto, o conceito de letramento funcional em saúde será utilizado como sinônimo de letramento em saúde, uma vez que o conceito isolado nada significa se não for pensada sua utilização.

A literatura tem identificado seis temas que ajudam a compreender a importância do letramento em saúde para a saúde pública (KANJ; MITIC, 2009): 1) Grande número de pessoas afetadas por limitado letramento e/ou letramento em saúde; 2) Mau estado de saúde em geral; 3) Aumento da prevalência de doenças crônicas; 4) Aumento dos custos com cuidados de saúde; 5) Necessidade de informações em saúde; 6) Garantia de equidade.

O modelo conceitual de letramento em saúde de Paasche-Orlow e Wolf (2007), tomado como referencial pelo IOM (1999), é o que parece mais

apropriado para o avanço neste campo do conhecimento, pois nele é exibida uma teia de inter-relações, considerando as múltiplas dimensões do letramento em saúde e focalizando a interação dos usuários com o sistema e profissionais de saúde e o autocuidado, como pode ser visualizado na Figura 1.

FIGURA 1. Modelo conceitual de Letramento Funcional em Saúde de Paasche-Orlow e Wolf (2007).

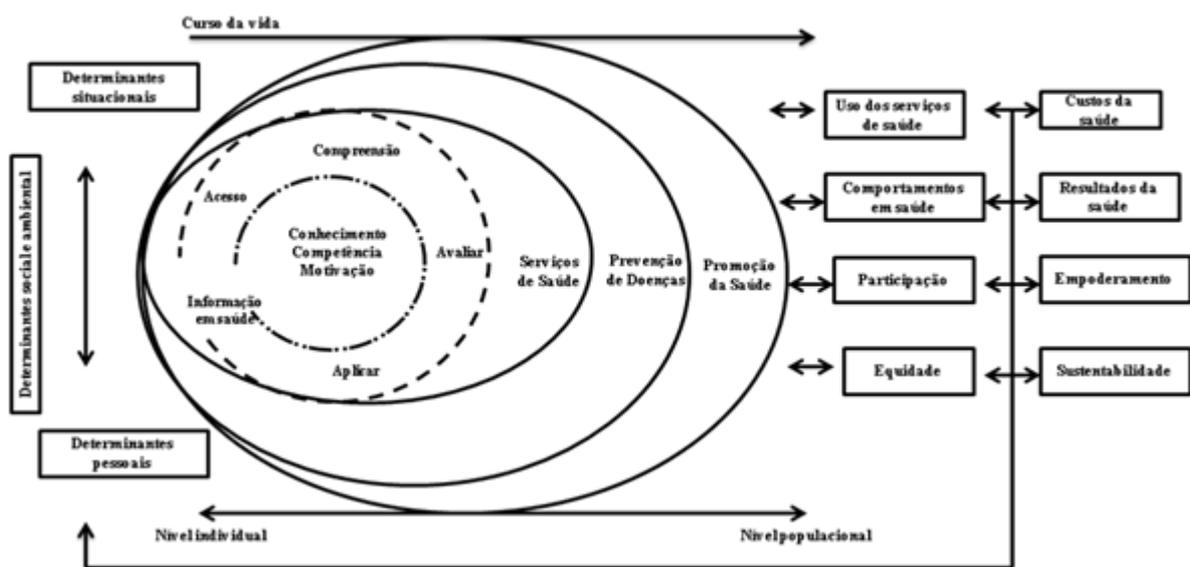


Extraído de: INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Measures of Health Literacy: Workshop Summary**. Washington, DC: The National Academies Press, 2009. 143 p. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog>> Acesso em: 06 jan 2012.

Mais recentemente Sorensen et al. (2012) propuseram um modelo integrado de Letramento Funcional em Saúde (Figura 2), o qual capta as principais dimensões de todos os modelos existentes até esse momento. Dessa forma, o esquema proposto combina as qualidades de um modelo conceitual que define as principais dimensões do Letramento Funcional em Saúde, representadas pelas formas ovais concêntricas, e de um modelo lógico, que mostra os fatores que causam impacto no Letramento Funcional em Saúde, assim como as vias que ligam o fenômeno do Letramento Funcional em Saúde aos resultados na saúde. O núcleo do modelo mostra as competências relativas ao processo de acesso, compreensão, avaliação e aplicação das informações relacionadas à saúde. O referido processo requer quatro tipos de competências: 1) Acesso, que é a habilidade para procurar, encontrar e obter as informações em saúde; 2) Compreensão, que é a habilidade para compreender as informações que são acessadas; 3) Avaliação, que descreve a habilidade para

interpretar, filtrar, julgar e avaliar as informações em saúde acessadas; 4) Aplicação, diz respeito à habilidade para comunicar e usar as informações na tomada de decisão na manutenção e melhora da saúde. Na perspectiva do modelo integrado esse processo é contínuo, independentemente da pessoa estar doente, como um paciente no serviço de saúde, em risco de adoecer, participando de algum sistema de prevenção e promoção da saúde em sua comunidade, no local de trabalho, no sistema educacional etc.

Figura 2. Modelo conceitual integrado de Letramento Funcional em Saúde.



Extraído de: SORENSEN, K.; BROUCKE, S. V. D.; FULLAN, 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.

Frente à necessidade de oferecer suporte aos indivíduos com dificuldade de compreender mensagens relacionadas à saúde, sejam elas escritas ou transmitidas oralmente, surge a reflexão sobre as habilidades requeridas de leitura e de escrita, bem como sobre as competências na expressão e compreensão da fala e cálculos numéricos (PARKER et al., 1995; KIRSCH, 2001; IOM, 2004; BERKMAN et al., 2004; ZARCADOOLAS et al., 2005; KUTNER et al., 2006; RUDD et al., 2007; WHCA, 2010).

Há instrumentos para mensurar o nível de letramento em saúde, os quais avaliam habilidades de leitura, escrita, compreensão de textos e questões numéricas no contexto da saúde, embora nenhum consiga capturar a

complexidade e abrangência do constructo em si (IOM, 2004; 2009; BAKER, 2006; BENNETT et al., 2009; WHCA, 2010). 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 em saúde, como na interação do indivíduo com tais contextos (RUDD, 2003; RUDD et al., 2003; IOM, 2004).

Os instrumentos de aferição mais citados na literatura são: o Wide Range Achievement Test Revised - WRAT-R (JASTAK; WILKINSON, 1984); o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - REALM (DAVIS et al., 1993); o Test of Functional Health Literacy in Adults - TOFHLA (PARKER et al., 1995); o Short TOFHLA - STOFHLA (BAKER et al., 1999); o Newest Vital Sign - NVS (WEISS et al., 2005), o Health Activities Literacy Scale - HALS (ETS, 2006); o National Assessments of Adult Literacy - NAALS (IOM, 2009) e o Medical Term Recognition Test - METER (RAWSON et al., 2009). De todos esses, o WRAT-R, o REALM, o TOFHLA e o STOFHLA são os mais utilizados nas pesquisas (PARKER et al., 1995; BERKMAN et al., 2004; IOM, 2004; 2009; BAKER, 2006; WHCA, 2010).

Segundo o IOM (2004), 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 em saúde. Tal consideração é importante no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil, pois é objetivo do SUS 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).

Mesmo ainda havendo escassez de estudos sobre o tema no Brasil, o campo está avançando. Assim, tem-se o pioneiro estudo desenvolvido por Carthery-Goulart et al. (2009). Os autores aplicaram uma versão breve do

TOFHLA para medir o letramento em saúde de 312 pacientes adultos saudáveis, atendidos pelo SUS. Além deste, há uma revisão sistemática realizada por Volpato et al. (2009), que analisaram como as bulas de medicamento são elaboradas e a compreensão das mesmas pelos pacientes e um outro estudo (MARAGNO, 2009) onde a autora buscou a possível associação entre letramento em saúde e adesão à terapia medicamentosa, desenvolvendo e validando um instrumento, o Teste de Letramento em Saúde (TLS), adaptado do TOFHLA. Oliveira et al. (2009) também utilizaram o STOFHLA como medida de alfabetismo funcional em pacientes com doença de Alzheimer Leve e Comprometimento Cognitivo Leve. Cabe assinalar também o livro intitulado “Letramento: referências em saúde e educação” de Berberian et al. (2006) que aborda, igualmente, o letramento no contexto da saúde, mas como dito anteriormente, o texto é direcionado para uma área bastante específica, a Fonoaudiologia. Como citado na Introdução, mais recentemente foi desenvolvida em Fortaleza pesquisa sobre o tema (Sampaio et al., 2012), sendo que um de seus resultados acadêmicos foi a elaboração de um livro sobre letramento em saúde, com o propósito de apresentar, aos profissionais de saúde, o tema e sua aplicabilidade para o SUS (PASSAMAI et al., 2011).

Nessa mesma linha de discussão, tem sido percebido que as informações de saúde não são apresentadas de maneira que o usuário com limitado letramento em saúde possa compreendê-las (CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION - CHPA, 2006). Os profissionais não são capacitados para se comunicarem de maneira clara e não sabem como trabalhar com usuários com letramento inadequado. Para que os pacientes possam conviver melhor com condições crônicas 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.

Segundo a CPHA (2006) dentre as ações que devem ser adotadas no âmbito dos sistemas de saúde, estão: a melhoria dos programas de triagem de doenças; a mudança na forma de se abordar as mensagens de saúde; o desenvolvimento de capacidades para o uso de ferramentas de prevenção; a superação da influência da mídia e de concepções errôneas; a redução de

barreiras de acesso ao sistema. Para que uma sociedade seja letrada em saúde, é necessário que o público, os profissionais de saúde, os políticos e formuladores de políticas públicas sejam todos letrados em saúde (KICKBUSH; WAIT; MAAG, 2012).

Realmente, é extremamente delicada a relação entre os usuários e os profissionais de saúde (IOM, 2004; DAVIS; WOLF, 2004; SCHILLINGER, et al., 2004; 2006; FANG et al., 2006; IOM, 2009; SHAB et al., 2010; WHCA, 2010; IOM 2011a). Os pacientes que têm limitado letramento, quando comparados com aqueles que possuem nível adequado, frequentemente relatam que os profissionais usam muitas palavras incompreensíveis, falam muito rápido, não fornecem informações suficientes quanto ao seu estado de saúde, além de não se assegurarem de que compreenderam o problema de saúde relatado (SCHILLINGER et al., 2004). Uma má comunicação afeta negativamente a adesão do paciente ao tratamento e, conseqüentemente, os resultados do mesmo.

A comunicação escrita também representa um problema para pessoas com baixo letramento. Estudos apontam que os textos entregues aos pacientes excedem a capacidade de leitura da maioria das pessoas (ZARCADOOLAS; PLEASANT; GREER, 2006; WEISS, 2007). Nesse sentido, há quase uma década o American College of Physicians – ACP (2003) já alertava que os materiais impressos deveriam se menos complexos e mais acessíveis ao público em geral, privilegiando o uso de mensagens mais visuais.

Para Mayer e Villaire (2007) há uma abundância de materiais escritos em saúde, mas os panfletos e as instruções se tornam ineficientes se a pessoa para quem tais materiais se destinam não é capaz de compreendê-los. A maioria dos adultos lê em nível correspondente ao 8º ano (ou 9º ano no Brasil) e 20% leem em nível correspondente ao 5º ano (ou 6º ano no Brasil) ou abaixo deste. No entanto, os materiais são elaborados para quem tem o 10º ano (ou 11º 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 para pacientes adultos sejam elaborados levando isso em consideração e, para o ACP (1983) deveriam estar em um nível igual ou inferior à 5ª série, ou seja, 6º ano no Brasil, com vistas a garantir compreensão satisfatória.

A competência limitada no letramento em saúde tem custos psicológicos. As pessoas, nessas condições, revelam sentir-se envergonhadas por sua falta de habilidade nesse quesito (PARIKH et al., 1996; WOLF et al., 2007). A maioria tem a tendência de esconder as dificuldades em relação à leitura ou ao vocabulário (BAKER et al., 1996). Essas nuances são muitas vezes invisíveis aos profissionais de saúde e passam despercebidas aos serviços de saúde pública (PARKER, 2000; ROGERS; WALLACE; WEISS, 2006; BARRETT; PURYEAR; WESTPHELING, 2008), contribuindo para elevar ainda mais a magnitude das falhas no processo de comunicação.

Dessa forma, para que se promova o empoderamento dos usuários a partir de materiais educativos em saúde, estes devem ser avaliados quanto à sua adequação, se já em uso, ou serem elaborados para atender a esta demanda (WEISS, 2007; SHAB et al., 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde dispõe de materiais educativos na seção “Saúde para Você”, dirigidos à saúde da mulher, do jovem e adolescente, da criança, da pessoa com deficiência, saúde mental, do trabalhador, do homem, do idoso, no sistema penitenciário. Na seção “Orientação e Prevenção” as informações são direcionadas para os temas AIDS, tabagismo, alimentação saudável, vacinação, transplantes, medicamentos e diabetes. A seção “Comunicação Social” traz uma série de vídeos denominada “O que eu faço doutor?” com o Dr. Dráuzio Varela (BRASIL, 2010b). No âmbito das doenças crônicas, o Ministério disponibiliza na Biblioteca Virtual “Dicas em Saúde” abordando os principais fatores de risco como alimentação saudável, tabagismo, sedentarismo. No entanto, tais materiais não foram ainda testados quanto ao seu entendimento, levando em consideração aspectos de letramento em saúde.

1.2.2 Navegadores de saúde e o setor de educação de jovens e adultos neste contexto

O navegador de paciente é uma modalidade de assistência oferecida para os consumidores dos cuidados de saúde, como pacientes, seus familiares e cuidadores. Visa, principalmente, ajudá-los a superarem as barreiras de acesso aos serviços de saúde e garantir a prestação dos serviços no tempo certo

(INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011). Desta forma, auxilia pacientes e familiares a navegarem pelo labirinto fragmentado dos consultórios médicos, das clínicas, dos hospitais, centros de saúde, sistemas de pagamento, e outros componentes do sistema de saúde (INSTITUTE FOR ALTERNATIVE FUTURES, 2007). É uma intervenção que utiliza a competência cultural, treinando indivíduos para eliminar as disparidades de saúde (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011).

Como já referido, este conceito foi instituído em 1990, pelo Dr. Harold Freeman, do Lauren Center for Cancer Care and Prevention, localizado no bairro Harlem, na cidade de Nova Iorque, Estados Unidos, para combate ao câncer (FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011). Com base no sucesso da proposta e advocacia do Dr. Freeman, o National Patient Navigator Outreach and Chronic Disease Prevention Act foi promulgado em 2005 nos Estados Unidos (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011), sendo que, atualmente, existem mais de 100 programas patrocinados pela American Cancer Society (HENDREN et al., 2010).

Em consonância com o contexto histórico do surgimento dos navegadores de saúde, a maioria da literatura revisada trata do assunto voltado para o câncer, porém a proposta pode ser ampliada para outros cuidados em saúde.

Alguns grupos populacionais sofrem disparidades na incidência das doenças, as quais são complicadas pelas desigualdades socioeconômicas e culturais, tais como: menor educação, baixa renda, menor acesso aos cuidados, além das barreiras linguísticas e mitos culturais (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011).

Estas desigualdades colocam determinadas pessoas em risco substancial de receber assistência inadequada, seja no rastreamento, diagnóstico ou acompanhamento. Os cuidados disponíveis para elas são muitas vezes cercados de deficiências (PARKER et al., 2010), implicando em inadequado tratamento e piores resultados (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011).

Assim, geralmente são as pessoas pobres que se deparam com obstáculos significativos para cuidar da sua doença e muitas vezes deixam de procurar assistência adequada porque não podem pagar por ela. Com isto, suportam mais dor e sofrimento, ao mesmo tempo, em que seus familiares fazem

frequentemente extraordinários sacrifícios pessoais para obter e pagar pelos cuidados necessários. Além disso, para este público, os programas de educação existentes são muitas vezes culturalmente insensíveis e irrelevantes (FREEMAN; RODRIGUEZ, 2011).

É para melhorar este cenário que os navegadores de pacientes são capacitados e dentre as várias de suas atribuições podem ainda ser citadas (INSTITUTE FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH, 2011):

- identificar barreiras no tratamento;
- verificar se pessoas doentes rastreadas são acompanhadas com tratamento;
- vincular pacientes, cuidadores e familiares com os serviços necessários;
- comunicar-se com cuidadores, fornecedores e pacientes;
- direcionar pacientes para uso de recursos mais abrangentes;
- ajudar pacientes a preencher formulários;
- identificar opções de ajuda financeira;
- manter contato regular com pacientes;
- monitorar progresso dos pacientes.

O perfil de um navegador de paciente varia muito com o perfil do programa adotado. Muitos treinam trabalhadores de saúde da comunidade, os quais podem ser empregados em tempo integral ou podem ser voluntários. Os agentes comunitários de saúde são indivíduos que têm laços estreitos com a comunidade local e servem como elos importantes entre as comunidades carentes e sistemas de cuidados de saúde. Eles também possuem as habilidades linguísticas e culturais necessárias para conectarem-se com pacientes de comunidades carentes.

Os navegadores de pacientes são também conhecidos como conselheiros comunitários de saúde, defensores leigos da saúde e promotores de saúde (CDC, 2006 *apud* INSTITUTE FOR ALTERNATIVE FUTURES, 2007).

Navegadores de saúde treinados incluem, além de leigos, assistentes sociais e pessoal de enfermagem, entre outros. Alguns programas de navegação usam abordagem baseada em equipe, que combina agentes comunitários de saúde com um ou mais profissionais com experiência na área da saúde ou serviço social (INSTITUTE FOR ALTERNATIVE FUTURES, 2007).

Wels et al. (2008) revisaram a literatura publicada sobre pacientes com câncer, utilizando as palavras-chave "navegador" ou "navegação" e "câncer". Identificaram 45 artigos até outubro de 2007. Em geral, os autores verificaram evidências para certo grau de eficácia do navegador de paciente em aumentar a participação no rastreamento do câncer e na adesão ao cuidado de uma anormalidade diagnosticada. Houve aumento na triagem, de 10,8% para 17,1%, bem como na adesão aos cuidados de acompanhamento, de 21% para 29,2%.

Outro estudo, de análise de série de casos, constatou que o programa de navegação não influenciou a fase de apresentação do diagnóstico ou a sobrevida global de mulheres com câncer. Revisando registros médicos, foram comparados estágio do câncer, tempo da apresentação do diagnóstico e tratamento. Os autores verificaram que houve apenas uma modesta diminuição no tempo entre a apresentação do diagnóstico e terapia definitiva, concluindo que a utilidade dos programas de navegadores é suscetível às variações de cada instituição promotora (HAIDERI; MOORMEIER, 2011).

Shlay et al. (2011), por sua vez, conduziram um estudo de caso-controle em Denver, Colorado, Estados Unidos, com o objetivo de determinar se o uso de navegadores treinados orientando pacientes de baixa renda sobre estratégias de redução de risco de doença cardiovascular (DCV) e facilitando o acesso deles aos serviços de mudança de estilo de vida comunitários, reduziria o risco de DCV. Eles concluíram que o uso de navegadores parece ter ajudado os participantes a alcançar mudança de comportamento positivo (especialmente relacionado com as atividades nutricionais) e melhorar vários desfechos clínicos.

Independente dos resultados que as pesquisas apontam, todas as pessoas são pacientes em algum momento de suas vidas. Portanto, melhorar a capacidade de uma pessoa para compreender e gerenciar sua própria saúde e doença, bem como em negociar com quadros diferentes de profissionais de saúde e com as complexidades dos sistemas de saúde, é crucial para alcançar melhores resultados em saúde (LANCET, 2012).

Assim, navegadores de pacientes surgem como alternativa a mais na direção do empoderamento da população na questão do direito à saúde.

A partir desta breve revisão do tema, de onde emergem candidatos a serem capacitados para esta atividade, na proposta do presente projeto dois podem ser destacados: um dos grupos, como focado, é o agente comunitário

de saúde, que já possui atuação formal no SUS e pode ter sua capacitação ampliada para encampar a atividade de navegador de saúde. O outro grupo é a capacitação de pessoas leigas da própria comunidade. Neste contexto, poderia ser pensado no aluno de cursos de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Para evidenciar o potencial deste grupo, segue o que vem sendo discutido a respeito, inclusive enfocando a interface com o letramento em saúde.

O letramento em saúde tem adquirido importância cada vez maior no campo da educação de adultos (UNESCO, 1997; TASSI, 2004). Compreender a importância da EJA para o letramento em saúde passa pela apropriação de dois conceitos básicos: a definição de Educação de Adultos e de Educação e Aprendizagem ao Longo da Vida.

Resumidamente, para a UNESCO (1976) a Educação de Adultos corresponde a qualquer tipo de processo educacional realizado junto a adultos que substitua a educação inicial de qualquer nível de ensino, desenvolvendo suas habilidades e conhecimentos, melhorando sua qualificação técnica e provocando mudanças em suas atitudes e comportamentos, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e a participação plena na vida social, econômica e cultural.

Ainda para a UNESCO (1976), a Educação e Aprendizagem ao Longo da Vida visa o desenvolvimento do potencial educacional fora do sistema educacional. O indivíduo é o agente de sua própria educação, por meio da interação contínua entre seus pensamentos e ações.

A EJA oferece oportunidades significativas para fornecer relevante acesso equitativo e sustentável para o conhecimento de saúde. Além disso, o enfoque da aprendizagem ao longo da vida desenvolve as competências para a promoção da saúde e prevenção de doenças (CONFITEA, 1997). Seguindo nessa direção, a EJA desempenha um papel muito importante nas estratégias de promoção de saúde.

A interface entre o campo da EJA e da promoção da saúde diz respeito, sobretudo, a seus objetivos e princípios. Ambos estão voltados para desenvolver as capacidades das pessoas para melhorar suas próprias condições de vida e bem-estar geral, incluindo o estado de saúde (UNESCO, 1997).

Possibilitando entender melhor a interação citada, Soricone et al. (2007) apontam as especificidades. Assim, cabe aos profissionais de saúde: realizar

prevenção de doenças, cuidados de saúde e avaliação de recursos; oferecer e explicar claramente aos pacientes os procedimentos apropriados de triagem; diagnosticar e explicar a doença e desenvolver um plano de ação; prescrever medicamentos e explicar os propósitos e os efeitos das drogas; ensinar aos pacientes como utilizar as ferramentas médicas, tais como inaladores e medidores de glicose; sugerir medidas para promover e proteger a saúde individual, familiar, do trabalhador e da comunidade. Cabe aos educadores da EJA: desenvolver a capacidade dos estudantes para participar em planejamento pedindo esclarecimentos e sugestões; ajudar os estudantes a aprender a localizar informações para guiar suas decisões relacionadas à saúde; melhorar a capacidade dos estudantes para preencher formulários, realizar inquéritos para informações e navegar em novos ambientes; fortalecer a capacidade dos estudantes para ler gráficos e interpretar faixas de escalas; ensinar aos estudantes a fazer perguntas sobre testes, procedimentos e resultados; ensinar aos estudantes como ler rótulos de medicamentos, calcular quantidade e tempo de dosagens de remédios.

Portanto, para os educadores da EJA o foco não é sobre os conteúdos de saúde, mas sobre a leitura, escrita, matemática e comunicação necessárias para capacitar o aluno a agir na saúde na vida cotidiana. Soricone et al. (2007) pontuam que 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.

Como referido na Introdução deste projeto, a estudiosa Rima Rudd trabalha bastante esta questão, com uma série de publicações sobre a aplicação prática da proposta, possuindo um endereço eletrônico sobre Health Literacy

Studies, cuja produção científica pode ser acessada em <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/>.

Considerando a situação nacional, um curso de formação de navegadores de saúde em turmas de EJA, atingirá os objetivos de formação destinados a este tipo de discente e favorecerá sua ação na comunidade onde se insere, auxiliando seus familiares, amigos e vizinhos a utilizar o sistema de saúde em sua plenitude. Assim, será uma ação voltada para a navegação do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, calcada nos pressupostos do letramento em saúde, que deve permear todo o processo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar, implantar e avaliar o Plano Alfa-Saúde como estratégia de capacitação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Específicos

- Identificar, previamente à capacitação e após esta, as noções sobre letramento em saúde e navegação em saúde de integrantes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, de Agentes Comunitários de Saúde - ACS que atuam no SUS e de alunos de Educação de Jovens e Adultos - EJA;

- Confrontar ações relatadas de promoção em saúde desenvolvidas pelos integrantes do estudo pré e pós-capacitação;

- Verificar a adequação de materiais educativos formais destinados à população à luz dos pressupostos do letramento em saúde;

- Propor, se necessário, modificações dos materiais educativos analisados, para melhor adequação à clientela do SUS.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de intervenção, com abordagem quali-quantitativa, envolvendo segmentos documental, transversal e longitudinal.

3.2 Local do Estudo

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, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – CCS-UECE e na sede do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará - IFCE em seu segmento transversal e longitudinal, bem como nas dependências do NUTRINDO - Laboratório de Nutrição em Doenças Crônicas, localizado no campus do Itaperi da UECE, no segmento documental.

3.3 Universo e Amostra

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). O universo do estudo correspondeu a 14233 ACS que atuavam no SUS do Ceará e 151 NASF, segundo dados da SESA, atualizados até abril de 2012. Abrangeu ainda 157 alunos matriculados em cursos de EJA do IFCE, campus Fortaleza, que reúne o maior número de alunos desta modalidade, também considerando abril/2012.

A amostra do presente estudo, no que tange à capacitação de recursos humanos do SUS, é representada pela totalidade dos NASF e por 383 ACS, total este determinado considerando cálculo de amostra finita, com erro estimado de 5%. Não se conhece a prevalência de profissionais capacitados na forma aqui

pretendida e, embora provavelmente inexista tal capacitação, seguiu-se fundamentos teóricos de cálculo amostral para população finita, aceitando-se prevalência de 50%. Assim, chegou-se a um número de 375 ACS a serem capacitados. A amostra de ACS foi estratificada segundo sua distribuição por CRES, como exposto no Quadro 1, tendo sido levemente ampliada para 383, arredondando-se os valores decimais para cima. No quadro 2 fica explicitada a distribuição segundo macrorregiões de saúde.

Quadro 1. Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) e amostra proporcional a ser inserida na pesquisa. Fortaleza, 2012.

No.	CRES	Número de agentes comunitários de saúde	Amostra
1	Fortaleza	2715	72
2	Caucaia	917	24
3	Maracanaú	625	17
4	Baturité	317	9
5	Canindé	408	11
6	Itapipoca	371	10
7	Aracati	178	5
8	Quixadá	665	18
9	Russas	376	10
10	Limoeiro do Norte	450	12
11	Sobral	1353	36
12	Acaraú	449	12
13	Tianguá	533	15
14	Tauá	250	7
15	Crateús	688	18
16	Camocim	278	8
17	Icó	371	10
18	Iguatú	726	20
19	Brejo Santo	432	12
20	Crato	712	19
21	Juazeiro do Norte	886	24
22	Cascavel	512	14
	Total	14233	383

Quadro 2. Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo macrorregiões de saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) e amostra proporcional a ser inserida na pesquisa. Fortaleza, 2012.

1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE - FORTALEZA			
No.	CRES	Número de agentes comunitários de saúde	Amostra
1	Fortaleza	2715	72
2	Caucaia	917	24
3	Maracanaú	625	17
4	Baturité	317	9
6	Itapipoca	371	10
7	Aracati	178	5
9	Russas	376	10
10	Limoeiro do Norte	450	12
22	Cascavel	512	14
	Total		173
2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE - SOBRAL			
11	Sobral	1353	36
12	Acaraú	449	12
13	Tianguá	533	15
15	Crateús	688	18
16	Camocim	278	8
	Total		89
3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE - CARIRI			
17	Icó	371	10
18	Iguatú	726	20
19	Brejo Santo	432	12
20	Crato	712	19
21	Juazeiro do Norte	886	24
	Total		85
4ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE - SERTÃO CENTRAL			
5	Canindé	408	11
8	Quixadá	665	18
14	Tauá	250	7
	Total		36
	Total geral		383

No caso dos NASF, foram convidados todos os coordenadores e também outro integrante de cada NASF, escolhido pelo respectivo coordenador, a fim de

facilitar a operacionalização da capacitação nos locais de origem. O envolvimento dos NASF foi importante para viabilizar a aplicação da capacitação junto aos demais integrantes dos NASF, junto às equipes de saúde e junto aos próprios ACS.

No que tange aos alunos de EJA, os 157 alunos do campus Fortaleza estavam matriculados nos cursos de Refrigeração e Climatização e de Telecomunicações. A amostra englobou esse total.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar formalmente cadastrado como ACS ou como integrante do NASF ou como aluno de EJA e estar em condições físicas para se deslocar às sedes das macrorregiões citadas (no caso de ACS e integrantes dos NASF) ou do IFCE (no caso de alunos de EJA) para capacitação. O não atendimento a qualquer destas condições configurou critério de exclusão.

3.4 Coleta, Tabulação e Análise de Dados

O estudo foi estruturado para se desenvolver em três etapas: elaboração, implantação e avaliação do Plano Alfa-Saúde, algumas delas concomitantes, como detalhado a seguir.

3.4.1 Elaboração do Plano Alfa-Saúde

Esta etapa compreendeu dois segmentos: o planejamento da capacitação a ser realizada, considerando os três grupos-alvo (ACS, integrantes dos NASF e alunos de EJA) e a seleção de materiais educativos em saúde para serem avaliados, direcionados à população e disponibilizados no site oficial do Ministério da Saúde.

3.4.1.1 Planejamento da capacitação

Inicialmente, é importante que se destaque que a capacitação foi desenvolvida abrangendo conteúdo de embasamento técnico e teórico. Como

embasamento técnico foram enfocados os pressupostos do letramento em saúde e da navegação em saúde como estratégia de ação educativa dirigida ao usuário do SUS a partir de sua aplicação junto aos ACS, integrantes do NASF e alunos de EJA. No embasamento teórico foram enfocados aspectos teórico-operacionais do letramento em saúde, navegação em saúde e atividades específicas de promoção em saúde. Embora didaticamente separados, na prática ambos os tipos de conteúdo foram abordados de forma entrelaçada, como será detalhado no subcapítulo Implantação do Plano Alfa-Saúde.

Adotou-se uma metodologia proativa, envolvendo todos os participantes, pesquisadores e recursos humanos em capacitação, sem discriminação de papéis. Assim, foi adotada a estratégia dos Círculos de Estudos, adaptado 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 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.

3.4.1.2 Seleção de materiais educativos em saúde oficiais disponíveis no Brasil

Foram verificados os materiais escritos relacionados direta ou indiretamente às DCNT e dirigidos à população. Os mesmos foram buscados no Portal da Saúde do Ministério da Saúde - MS (<http://www.saude.gov.br>), na seção de “Orientação ao cidadão”, nos links “Saúde pra você” e “Orientação e Prevenção”; no site da Biblioteca Virtual de Saúde do MS (<http://bvsmms.saude.gov.br>) nas seções “Dicas em Saúde” e em “Lista completa de dicas”, e no site do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (<http://www.inca.gov.br>) na seção “Publicações”. Foram encontrados 47

materiais educativos, incluindo folders, folhetos, cartilhas e manuais, até o mês de novembro de 2013, época em que foi iniciada a análise dos mesmos.

3.4.2 Implantação do Plano Alfa-Saúde

Foram formadas turmas de até 45 pessoas, havendo 10 turmas de ACS, 5 de profissionais dos NASF e 1 de alunos de EJA.

Considerando as dificuldades para suspensão das atividades de trabalho ou estudo por parte do grupo-alvo, a capacitação ocorreu, para cada turma, duas vezes por semana, 8 horas por dia, totalizando 16 horas/aula de capacitação.

Considerando os objetivos do estudo, os ACS e os integrantes do NASF participaram de Círculos de Estudo que incluíram temas de letramento em saúde, navegação em saúde e estilo de vida saudável com ênfase na prevenção de DCNT. Os Círculos de Estudo direcionados aos alunos de EJA incluíram os temas navegação em saúde e estilo de vida saudável com ênfase na prevenção de DCNT.

Para ACS e integrantes do NASF foram realizados 4 Círculos de Estudos com cada grupo, com duração de 4 horas cada círculo, conforme detalhado:

Temática Geral: Plano Alfa-Saúde

Objetivo Geral: Capacitar recursos humanos (integrantes do NASF, ACS e alunos do EJA) para atendimento aos usuários do SUS à luz dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores de saúde.

1º Círculo de Estudos

Tema 1: O que é o letramento em saúde e qual sua importância para nossa prática diária de trabalho

Objetivos Específicos:

- Conhecer as noções do grupo sobre letramento em saúde;
- Estabelecer um nexo entre letramento em saúde da população e prática profissional

- Colocar pressupostos do letramento na prática de abordagem do usuário do SUS

1º Momento: Discussão de conceitos.

2º Momento: Abordando o usuário com baixo letramento em saúde.

2º Círculo de Estudos

Tema 2: Navegação em Saúde: o que é e como aplicar

Objetivos Específicos:

- Conhecer as noções do grupo sobre navegação em saúde;
- Apresentar o conceito da Navegação em Saúde, Função e Responsabilidades do Navegador de Pacientes;
- Facilitar o percurso do usuário no sistema de saúde.

1º Momento: Discussão de conceitos e procedimentos.

2º Momento: Ajudando o usuário a navegar no SUS.

3º e 4º Círculos de Estudos

Tema 3: Promovendo um estilo de vida saudável e prevenindo doenças

Objetivos Específicos:

- Aplicar conhecimentos sobre estilo de vida saudável com base no letramento em saúde e navegação em saúde
- Estabelecer um protocolo de desenvolvimento de ações

1º Momento: Discussão sobre os temas prioritários para assegurar um estilo de vida saudável.

2º Momento: Estabelecendo um protocolo de ações educativas.

O conteúdo do Tema 3 adaptou as ações previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011), priorizando-se orientações para: combate à obesidade, alimentação saudável (incentivo à amamentação, orientação para adequada alimentação complementar, incentivo ao aumento de consumo de frutas e hortaliças, combate ao excesso de sal, açúcares, doces e gorduras), incentivo à atividade física, combate ao tabagismo e ao excesso de consumo de bebidas alcoólicas. Especificamente para este círculo e ainda dentro da abordagem metodológica

pretendida, foram utilizados modelos de corpo humano, com destaque para alterações patológicas desencadeadas por maus comportamentos de saúde (alterações nas artérias, coração, pulmão, músculo e tecido adiposo, além de alterações desencadeadas por diabetes melito), bem como modelos de alimentos evidenciando a diferença entre os mais recomendáveis, inclusive quantitativamente, como frutas e hortaliças, e os menos recomendáveis, como aqueles com excesso de sal, gorduras, frituras, açúcares e etanol.

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. Como se tratou de uma capacitação inovadora no âmbito das rotinas da SESA, era intenção assumir as despesas referentes à alimentação, mas houve corte orçamentário das agências de fomento referente a este item.

Para os alunos de EJA, foram realizados 2 Círculos de Estudos, enfocando o tema 2 (90 minutos) e o tema 3 (30 minutos), com ênfase na interface deste com o tema 2. A proposta inicial era 2 horas de duração cada Círculo de Estudos, mas houve impedimentos operacionais para se atingir a carga horária programada, os quais serão discutidos no capítulo de Resultados.

Cada grupo de participantes recebeu um Manual do Participante dividido em duas partes: a Primeira Parte incluiu o embasamento técnico sobre a capacitação e metodologia adotada nos círculos, com detalhamento de cada atividade e respectivo tempo; a Segunda Parte incluiu o embasamento teórico sobre Letramento em Saúde, Navegação em Saúde e Estilo de vida saudável na prevenção de doenças, como apresentado nos Apêndices 1 (ACS), 2 (integrantes do NASF) e 3 (alunos de EJA). Vale ainda referir que os facilitadores e capacitandos (ACS, integrantes do NASF e alunos de EJA) receberam certificados referentes às atividades realizadas, conforme modelos, respectivamente, expostos nos Apêndices 4 e 5, com carga horária de 2, 16 ou 20 horas, considerando o tipo de atividade.

No que tange aos materiais educativos, os 47 materiais identificados foram analisados por dois instrumentos, como será detalhado no subcapítulo Avaliação do Plano Alfa-Saúde.

3.4.3 Avaliação do Plano Alfa-Saúde

A avaliação do Plano Alfa-Saúde referente ao segmento transversal foi realizada de duas formas, uma imediata e uma em médio prazo.

A avaliação imediata, por sua vez, foi dividida em dois segmentos: a avaliação de conhecimentos técnicos adquiridos com a capacitação e a avaliação do tipo de capacitação e aplicabilidade na prática de atendimento ao usuário do SUS.

Quanto à avaliação de conhecimentos técnicos adquiridos com a capacitação, foi desenvolvido um formulário que incluiu 29 perguntas estruturadas para ACS (Apêndice 6) e integrantes do NASF (Apêndice 7), 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. Para alunos de EJA o formulário desenvolvido (Apêndice 8) incluiu 10 perguntas sobre navegação em saúde e 14 relativas a estilo de vida saudável no âmbito da prevenção de DCNT. O mesmo formulário desenvolvido para cada grupo foi aplicado antes e ao final da capacitação realizada, com a diferença da folha de rosto, que aí se referiu à capacitação já realizada (a folha de rosto utilizada no teste aplicado após a capacitação encontra-se na última página de cada apêndice).

As perguntas foram tabuladas e comparadas quanto ao percentual de acertos antes e após a capacitação.

Quanto à avaliação do tipo de capacitação e aplicabilidade na prática de atendimento ao usuário do SUS, foi desenvolvido o Bonequinho Alfa, incluído na Primeira Parte do Manual do Participante de cada grupo (Apêndice 1 - ACS – página 35; Apêndice 2 - integrantes do NASF – página 34; e Apêndice 3 - alunos de EJA – página 16), O referido boneco incluiu 5 tópicos: que ideias você ganhou; que habilidades você ganhou; que ideias você gostou; que ideias foram mais úteis; e que ideias não foram úteis. Cada turma respondeu a cada uma das

perguntas, as quais foram tabuladas para apresentação em frequência percentual.

A avaliação em médio prazo ocorreu antes e 3 meses após a capacitação realizada, mediante relatos de ações desenvolvidas nos dois períodos e a associação feita entre a prática e a capacitação realizada no período decorrido de três meses. Para tanto foram envolvidos 40 participantes (20 ACS e 20 profissionais dos NASF) escolhidos através de sorteio entre a amostra principal, evitando-se incluir mais de um representante de cada CRES nesta sub-amostra. Para cada grupo foram desenvolvidos dois Círculos de Diálogos em cada fase, com duração de 4 horas cada um. As pessoas sorteadas vieram um dia antes do início da capacitação para realizar a avaliação antes desta, e novamente no prazo supracitado para avaliação pós-capacitação. Segue um breve resumo, extraído do relatório de Sampaio et al. (2012) que justifica a seleção desta estratégia metodológica, a qual é apoiada em Senge (2002), mas também se adequa às propostas de Rudd et al. (2005), ressaltando que detalhes operacionais para aplicação da técnica e avaliação dos achados estão em Passamai et al. (2013):

- Na técnica do diálogo o grupo explora questões difíceis e complexas de vários pontos de vista. Os indivíduos suspendem seus pressupostos, embora se comuniquem livremente. O resultado é uma livre exploração que traz à tona a total profundidade da experiência do pensamento das pessoas, e ainda assim pode ir além das suas visões individuais.
- Tamanho do grupo: 20-30 pessoas.
- Disposição do Grupo: As pessoas devem estar dispostas em círculo de maneira que todos possam se olhar.
- Presença de um facilitador: É o facilitador que mantém o andamento do diálogo. A arte do diálogo está em vivenciar o fluxo de significado e ver aquilo que precisa ser dito naquele momento. O facilitador sempre vive uma situação tênue, entre ser conhecedor do processo e útil, e ao mesmo tempo não bancar o 'especialista' ou o 'doutor', o que desviaria a atenção dos membros da equipe, assim como suas próprias idéias e responsabilidades.

- Equilíbrio entre Diálogo e Discussão: Na aprendizagem em equipe, a discussão é a contraparte necessária do diálogo. Em uma discussão, apresentam-se e defendem-se visões diferentes e isso pode prover uma análise útil de toda a situação. Em um diálogo diferentes visões são apresentadas como uma forma de descobrir uma nova visão.
- Suspensão de Julgamento: “Suspende” os pressupostos significa segurá-los como se estivessem ‘pendurados’ à frente dos sujeitos acessíveis ao questionamento e à observação. Não significa ‘jogar fora’ ou ‘suprimir’ os pressupostos ou ‘evitar sua expressão’. Uma vez que o indivíduo “se fecha numa posição” e decide que “é assim que tem que ser, o fluxo do diálogo fica bloqueado”. “a mente tende a adotar opiniões rígidas e não-negociáveis.
- Verem-se uns aos outros como colegas: O diálogo só poderá ocorrer quando os membros do grupo se veem como colegas em uma busca mútua de novas ideias e clareza. Essa atitude é importante pois gera um pensamento participativo.
- Saber Escutar: A mente pode ser comparada a uma roda girando rápido. As falas individuais só serão percebidas quando a velocidade dos pensamentos é diminuída pela necessidade de escutar o outro para a reflexão e para a indagação. Das habilidades de comunicação mais frequentemente desenvolvidas nas escolas: leitura, escrita, fala, e escuta; a escuta é a menos exigida.
- Reflexão e Indagação: Esse processo se dá na medida em que se cultiva a indagação coletiva e o desenvolvimento do consenso.

Os diálogos foram gravados, mediante a permissão dos participantes. Para tal foi utilizado um mini gravador digital com editor de voz, marca Sony, modelo ICD-UX 523.

As práticas discursivas desenvolvidas durante os Círculos de Diálogo foram analisadas de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), como proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003). Para tanto, as gravações de cada círculo foram transcritas e inseridas no software Qualiquantisoft® para a identificação das idéias centrais (IC), categorias e respectivos discursos associados. Os discursos-síntese foram construídos a partir das IC, na primeira pessoa do

singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2006). Os DSC de cada categoria foram confrontados com os tópicos da capacitação realizada.

No que tange ao segmento documental, os 47 materiais educativos escritos identificados, direcionados à população, foram avaliados através de dois instrumentos, o *Suitability Assessment of Materials* (SAM), desenvolvido por Doak, Doak e Root (1996) e o *Simple Measure of Gobbledygook* (SMOG), descrito por McLaughlin (1969).

O SAM é um instrumento norte americano que aborda predominantemente aspectos didáticos relacionados à boa leitura e compreensão de materiais escritos. Segundo Luk et al. (2011) é ainda hoje o instrumento mais usado.

O SAM possui 22 itens para que o avaliador dê a pontuação segundo as diretrizes instituídas e estabelece 02 pontos quando o item for classificado como superior, 01 ponto se for adequado e 0 não adequado. O número total de pontos é de 44, sendo que, quando um dos critérios não se aplica, subtrai-se 2 pontos.

Os 22 itens do SAM são distribuídos em 6 categorias: Conteúdo (4 itens); Demanda de Alfabetização (5 itens); Imagens (5 itens); Layout e Tipografia (3 itens); Estímulo e Motivação à Aprendizagem (3 itens); e Adequação Cultural (2 itens).

Com a pontuação obtida ao final da avaliação, aplica-se a regra de três para cálculo do percentual. O material é considerado superior quando sua pontuação atingir de 70 a 100%, adequado de 40 a 69% e não adequado de 0 a 39% de seu percentual máximo.

As análises dos materiais educativos foram realizadas por duas avaliadoras independentes e nos casos de divergência da classificação de um item, o material foi reavaliado por uma terceira avaliadora. Esse procedimento visou minimizar a subjetividade que poderia ocorrer na análise.

O SMOG mede a dificuldade de leitura pelo número de palavras polissilábicas, identificando nos textos 30 sentenças, em seguida contando as sílabas em cada palavra, destacando as palavras que tem mais de duas sílabas. Soma-se o número total de palavras polissilábicas nas 30 sentenças e ao final é aplicada a fórmula SMOG (Figura 1), cujo resultado corresponde ao grau de

escolaridade que um indivíduo deve ter alcançado para compreender plenamente o texto. Na prática a fórmula pode ser simplificada para simplesmente adicionar o número 3 à raiz quadrada do número de polissílabas.

Figura 1. Fórmula SMOG para estimativa de legibilidade

$$1,430 \sqrt{30 \times \text{número de polissílabas/número de sentenças}} + 3,1291$$

Fonte: McLaughlin, 1969

Todos os materiais educativos escritos avaliados que exibiram algum item inadequado quanto à adaptação ao nível de letramento em saúde da população, receberam propostas de modificação, seguindo-se proposições de Rudd e Anderson (2006), Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2006) Soricone et al. (2007), Mayer e Villaire (2007) e Osborne (2013).

3.4.4 Análise estatística dos dados

A análise estatística dos dados foi efetuada no tópico referente à comparação entre o percentual de acertos pré e pós-capacitação, considerando avaliação de conhecimentos técnicos adquiridos com a capacitação efetuada. Para tanto foi aplicado o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher, adotando-se $p < 0,05$ como nível de significância. Os dados foram processados no software STATA 10.0 e no Epi-Info™ 7.

3.5 Aspectos éticos

O projeto foi delineado de acordo com a Resolução 196/96 (Brasil, 1996) que rege pesquisas com seres humanos, vigente à época da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará. Quando da aprovação, esta já ocorreu segundo a Resolução 466/2012, com número inicial concedido ao projeto CAAE 19060013.3.0000.5534. Este foi

alterado pela própria Plataforma Brasil posteriormente para CAAE 19060013.3.3001.5052 (respectivamente Anexos 1 e 2).

A pesquisa não envolveu risco físico à saúde dos integrantes, pois não foram adotadas técnicas invasivas no âmbito físico.

Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e sua participação foi condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 9), o qual foi impresso em duas vias: uma para o participante e outra para o coordenador do estudo.

Ainda considerando preceitos da ética em pesquisa com seres humanos, a capacitação pretendida (Plano Alfa-Saúde), assim como o envio dos resultados e propostas ao Ministério da Saúde, já configura um retorno para aprimoramento do atendimento à clientela.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra pretendida não foi plenamente atingida. Tal fato se deveu a alguns entraves. O principal deles foi a falha de comunicação entre a sede da SESA e as respectivas regionais, havendo queixas tanto dos responsáveis pelas regionais como dos ACS e dos integrantes do NASF em relação ao tempo entre a convocação para a capacitação e a realização da mesma; muitas vezes o ACS e/ou integrante do NASF ficava ciente da capacitação após a realização da mesma. Devido a este fato foi promovido um processo de repescagem na tentativa de ampliar o número de atingidos, assim, dentre os 383 ACS previstos, foram capacitados 290 (75,7%) deles. No caso dos integrantes do NASF, além do entrave citado na ocasião da capacitação, por mudanças governamentais o NASF de Fortaleza foi desfeito, de forma que dos 302 integrantes totais do NASF previstos, restaram 226, destes foram atingidos 188 (83,2%). A situação dos alunos de EJA foi ainda mais inesperada. Por ocasião da elaboração do projeto de pesquisa havia 157 alunos matriculados no IFCE. Após a aprovação do projeto pelas agências de fomento, este número já havia se reduzido para 95. À época da realização da capacitação dos alunos de EJA, o contingente dos mesmos remontava a 50 pessoas. A coordenação do local nos informou que alunos de EJA são muito flutuantes quanto a continuidade dos estudos e mesmo frequência adequada às aulas. Assim, a capacitação foi possível junto a 34 (68%) alunos.

Este capítulo foi organizado para apresentação dos resultados em 2 subcapítulos, a avaliação da capacitação realizada e a avaliação dos materiais educativos escritos segundo os pressupostos do letramento em saúde.

4.1 Avaliação da capacitação realizada

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados referentes à avaliação imediata da capacitação realizada [pré-teste e pós-teste de conhecimentos adquiridos (ACS, integrantes do NASF e alunos de EJA) e avaliação do tipo de capacitação através do Bonequinho Alfa (ACS e integrantes

do NASF)] e à avaliação em médio prazo realizada com ACS e integrantes do NASF (Círculos de Diálogos antes e 3 meses após capacitação).

4.1.1 Avaliação imediata - Dados referentes aos conhecimentos adquiridos com a capacitação realizada

As Tabelas 1 a 3 mostram os achados referentes ao desempenho dos ACS antes e após a capacitação, considerando o teste de conhecimento dos 3 blocos de temas enfocados: Letramento em Saúde, Navegação em Saúde e Estilo de Vida Saudável. A Tabela 1 traz os achados globais, a Tabela 2 apenas os achados dos ACS da capital (1ª Macrorregião de Saúde - Fortaleza) e a Tabela 3 apenas os achados dos ACS do interior do Estado do Ceará (2ª, 3ª e 4ª Macrorregiões de Saúde, respectivamente Sobral, Cariri e Sertão Central). Os mesmos blocos de temas referentes aos integrantes do NASF são exibidos na Tabela 4 e, referente aos alunos de EJA, na Tabela 5.

Comentando os achados da Tabela 1, as frequências de acertos foram de 50% ou mais em seis das 10 questões referentes ao bloco Letramento em Saúde (LS), passando para 7 questões após a capacitação, com melhora significativa nas questões 1 (conceito de LFS; $p < 0,001$), 15 e 19 (uso dos pressupostos do LFS com o usuário; $p < 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente).

O bloco Navegação em Saúde (NS) foi o que apresentou as maiores frequências de acertos, sendo que já no pré-teste todas as questões referentes a este tema mostraram desempenho acima de 70%. No pós-teste, houve ainda mais acertos em duas das cinco questões (7- objetivos da NS; e 9 - deveres do navegador; $p < 0,001$ e $p = 0,019$, respectivamente). Inexplicavelmente houve um pior desempenho na 10, sobre deveres do navegador ($p = 0,002$).

Tabela 1. Comparação do percentual de acertos sobre letramento em saúde, navegação em saúde e estilo de vida saudável de agentes comunitários de saúde do Estado do Ceará antes e após capacitação realizada no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Questão	Percentual de acertos (%)		Valor de p*
	Pré-Capacitação	Pós-Capacitação	
Bloco Letramento em Saúde			
1	59,2	85,2	<0,001
2	4,9	5,5	0,734
3	91,2	93,0	0,450
4	80,3	84,3	0,226
5	20,3	24,9	0,195
15	49,0	75,1	<0,001
16	80,7	86,5	0,066
17	66,2	66,3	0,981
18	84,1	83,8	0,900
19	27,9	48,3	<0,001
Bloco Navegação em Saúde			
6	88,9	84,9	0,164
7	80,3	92,3	<0,001
8	91,6	95,2	0,091
9	93,7	97,8	0,019
10	72,4	59,9	0,002
Bloco Estilo de Vida Saudável			
11	66,2	73,3	0,069
12	53,8	71,4	<0,001
13	69,8	77,9	0,030
14	45,5	73,0	<0,001
20.1	36,2	50,5	0,001
20.2	66,9	73,5	0,087
20.3	64,1	86,8	<0,001
20.4	44,8	70,5	<0,001
20.5	5,7	19,7	<0,001
20.6	19,6	23,9	0,223
20.7	41,7	85,3	<0,001
20.8	33,8	59,1	<0,001
20.9	99,3	96,2	0,015
20.10	76,5	79,9	0,344

Letramento em Saúde: Conceito (Questões 1 e 2); Utilidade (Questão 3); Responsabilidade (Questão 4); Importância (questão 5); Uso operacional dos pressupostos no contato com o usuário de saúde (Questões 15, 16, 17, 18 e 19).

Navegação em Saúde: Conceito (Questão 6); Objetivo (Questão 7); Função do Navegador (Questão 8); Deveres do Navegador (Questões 9 e 10).

Estilo de Vida Saudável: O IMC no diagnóstico nutricional (Questões 11 e 12); Informações em rótulos nutricionais (Questão 13); Estratégia contra o excesso de bebidas alcoólicas (Questão 14); Estratégia de combate à obesidade (Questão 20.1); Alimentação no primeiro ano de vida (Questões 20.2, 20.3 e 20.4); Consumo diário recomendado de frutas e hortaliças (Questão 20.5); Consumo diário permitido de açúcar (Questão 20.6); Consumo diário permitido de sal (Questão 20.7); Controle ou não da quantidade consumida de óleo de oliva (Questão 20.8); Prática de atividade física (Questão 20.9) e Abandono do tabagismo (Questão 20.10).

*Em itálico e negrito: $p < 0,05$.

No bloco Estilo de Vida Saudável (EVS), apenas as questões sobre prática de atividade física e estratégias para parar de fumar apresentaram elevada frequência de acerto no pré-teste (99,3% e 76,5%, respectivamente). Dentre as 14 questões, sete delas apontaram desempenho inferior a 50%. Já no pós-teste houve melhora significativa em 9 questões. Apenas duas questões permaneceram com desempenho inferior a 50% no pós-teste: número de porções de frutas e hortaliças que devem ser ingeridas diariamente (19,7%), e consumo diário permitido de açúcar (23,9%). A questão sobre prática de atividade física, inexplicavelmente também teve percentual de acertos menor no pós-teste ($p = 0,015$), mas ainda se mantendo acima de 90%.

Entre os ACS da Capital (Tabela 2), os acertos acima de 50% estiveram presentes em 6 questões de LS e após a capacitação em 7 delas, similar ao observado no grupo global, inclusive com a melhora significativa nas mesmas três questões (1, 15 e 19).

Para o bloco NS, a presença de conhecimentos adequados também foi elevada antes da capacitação, melhorando significativamente apenas na questão 7 (objetivos da NS) após a mesma. Também inexplicavelmente houve pior desempenho na mesma questão 10, já citada para o grupo em geral, além de um pior desempenho na questão 6 (Conceito), embora se mantendo acima de 50%.

Para o bloco EVS também sete questões evidenciaram prevalência de acerto inferior a 50%, as mesmas questões evidenciadas para o grupo em geral. No pós-teste houve melhora significativa em 8 questões e um pior desempenho na mesma questão sobre prática de atividade física, embora se mantendo acima de 90%. Apenas duas questões, as mesmas do grupo em geral (sobre consumo de frutas e hortaliças e sobre consumo de açúcar), se mantiveram com menos de 50% de acertos.

Quanto aos ACS do interior (Tabela 3), havia 6 questões de LS com desempenho acima de 50% no pré-teste, passando para 8 delas após a capacitação, com significância estatística em 4 (1, 4, 15 e 19).

Mais uma vez, no bloco NS a questão 10 exibiu desempenho significativamente menor após a capacitação havendo melhora significativa no desempenho das questões 7 e 9.

Tabela 2. Comparação do percentual de acertos sobre letramento em saúde, navegação em saúde e estilo de vida saudável de agentes comunitários de saúde de Fortaleza-Ceará antes e após capacitação realizada no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Questão	Percentual de acertos (%)		Valor de p*
	Pré-Capacitação	Pós-Capacitação	
Bloco Letramento em Saúde			
1	59,0	83,9	<0,001
2	5,6	4,5	0,554
3	87,4	91,6	0,233
4	83,3	80,8	0,551
5	21,0	26,9	0,215
15	49,4	76,3	<0,001
16	83,9	91,0	0,057
17	73,5	69,2	0,405
18	84,9	82,7	0,594
19	31,5	46,8	0,005
Bloco Navegação em Saúde			
6	91,9	84,6	0,043
7	74,7	89,7	<0,001
8	94,4	96,1	0,473
9	94,4	97,4	0,182
10	76,3	66,0	0,045
Bloco Estilo de Vida Saudável			
11	66,1	75,6	0,060
12	56,3	73,4	0,002
13	76,4	83,2	0,131
14	44,4	70,6	<0,001
20.1	41,4	55,8	0,010
20.2	68,9	76,3	0,143
20.3	58,6	85,9	<0,001
20.4	44,2	64,7	<0,001
20.5	6,4	17,5	0,002
20.6	16,1	18,9	0,514
20.7	43,8	94,9	<0,001
20.8	42,3	60,0	0,002
20.9	100,0	95,4	0,007
20.10	79,5	83,8	0,331

Letramento em Saúde: Conceito (Questões 1 e 2); Utilidade (Questão 3); Responsabilidade (Questão 4); Importância (questão 5); Uso operacional dos pressupostos no contato com o usuário de saúde (Questões 15, 16, 17, 18 e 19).

Navegação em Saúde: Conceito (Questão 6); Objetivo (Questão 7); Função do Navegador (Questão 8); Deveres do Navegador (Questões 9 e 10).

Estilo de Vida Saudável: O IMC no diagnóstico nutricional (Questões 11 e 12); Informações em rótulos nutricionais (Questão 13); Estratégia contra o excesso de bebidas alcoólicas (Questão 14); Estratégia de combate à obesidade (Questão 20.1); Alimentação no primeiro ano de vida (Questões 20.2, 20.3 e 20.4); Consumo diário recomendado de frutas e hortaliças (Questão 20.5); Consumo diário permitido de açúcar (Questão 20.6); Consumo diário permitido de sal (Questão 20.7); Controle ou não da quantidade consumida de óleo de oliva (Questão 20.8); Prática de atividade física (Questão 20.9) e Abandono do tabagismo (Questão 20.10).

*Em itálico e negrito: $p < 0,05$.

Tabela 3. Comparação do percentual de acertos sobre letramento em saúde, navegação em saúde e estilo de vida saudável de agentes comunitários de saúde do interior do Estado do Ceará antes e após capacitação realizada no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Questão	Percentual de acertos (%)		Valor de p*
	Pré-Capacitação	Pós-Capacitação	
Bloco Letramento em Saúde			
1	59,5	87,1	<0,001
2	4,0	6,9	0,313
3	96,0	94,8	0,653
4	76,6	88,9	0,011
5	19,5	22,2	0,604
15	48,4	73,5	<0,001
16	76,6	80,3	0,473
17	57,0	62,4	0,393
18	83,2	85,2	0,669
19	23,4	50,4	<0,001
Bloco Navegação em Saúde			
6	85,0	85,3	0,947
7	87,5	95,7	0,022
8	88,2	94,0	0,112
9	92,9	98,3	0,043
10	67,5	51,7	0,013
Bloco Estilo de Vida Saudável			
11	66,4	70,1	0,537
12	50,5	68,7	0,006
13	61,4	70,7	0,128
14	46,9	76,1	<0,001
20.1	29,7	43,6	0,024
20.2	64,3	69,8	0,360
20.3	71,1	88,0	0,001
20.4	45,5	78,3	<0,001
20.5	4,8	22,6	<0,001
20.6	24,0	30,9	0,235
20.7	39,7	72,7	<0,001
20.8	23,2	57,8	<0,001
20.9	1,6	2,7	0,571
20.10	72,8	74,6	0,758

Letramento em Saúde: Conceito (Questões 1 e 2); Utilidade (Questão 3); Responsabilidade (Questão 4); Importância (questão 5); Uso operacional dos pressupostos no contato com o usuário de saúde (Questões 15, 16, 17, 18 e 19).

Navegação em Saúde: Conceito (Questão 6); Objetivo (Questão 7); Função do Navegador (Questão 8); Deveres do Navegador (Questões 9 e 10).

Estilo de Vida Saudável: O IMC no diagnóstico nutricional (Questões 11 e 12); Informações em rótulos nutricionais (Questão 13); Estratégia contra o excesso de bebidas alcoólicas (Questão 14); Estratégia de combate à obesidade (Questão 20.1); Alimentação no primeiro ano de vida (Questões 20.2, 20.3 e 20.4); Consumo diário recomendado de frutas e hortaliças (Questão 20.5); Consumo diário permitido de açúcar (Questão 20.6); Consumo diário permitido de sal (Questão 20.7); Controle ou não da quantidade consumida de óleo de oliva (Questão 20.8); Prática de atividade física (Questão 20.9) e Abandono do tabagismo (Questão 20.10).

*Em itálico e negrito: $p < 0,05$.

Quanto ao bloco EVS, em 8 questões a proporção de acertos foi inferior a 50% no pré-teste, havendo melhora significativa em 8 questões (12, 14, 20.1, 20.3, 20.4, 20.5, 20.7 e 20.8). Mesmo com tal melhora, 4 questões persistiram com menos de 50% de acertos após a capacitação, mas não houve redução de desempenho na questão 9, diferente do ocorrido no grupo da capital e global.

Foi realizada análise estatística comparativa entre ACS de capital e do interior. No pré-teste, o desempenho na capital foi melhor nas questões 13 ($p = 0,006$), 17 ($p = 0,003$), 20.1 ($p = 0,040$) e 20.8 ($p = 0,001$) e pior nas questões 7 ($p = 0,006$) e 20.3 ($p = 0,028$). No pós-teste o desempenho na capital foi melhor para as questões 10 ($p = 0,017$), 13 ($p = 0,014$), 16 ($p = 0,001$), 20.1 ($p = 0,046$) e 20.7 ($p < 0,001$), enquanto foi pior nas questões 20.4 ($p = 0,016$) e 20.6 ($p = 0,025$). Não houve diferença estatística em relação às demais questões em ambos os testes. Assim, não se observa uma tendência a um melhor ou pior desempenho segundo a região de trabalho, tanto no pré-teste como no pós-teste.

De um modo geral, tanto os ACS da capital, como os do interior tiveram conhecimentos e desconhecimentos semelhantes e a capacitação trouxe melhora de conhecimentos a todos.

Em relação aos integrantes do NASF (Tabela 4), o desempenho no bloco LS no pré-teste foi bom, com apenas 2 questões com percentual de acertos inferior a 50% (questões 2 e 5), havendo melhora significativa em três questões no pós-teste.

No bloco NS o desempenho antes da capacitação foi acima de 50% em todas as cinco questões, mas mesmo assim com melhora posterior significativa em 4 delas, ocorrendo mais uma vez um pior desempenho na questão 10.

No bloco EVS em cinco questões o desempenho foi inferior a 50% no pré-teste, enquanto após capacitação este número tenha se reduzido para duas questões. Estas duas foram as mesmas identificadas com baixo percentual de acertos entre os ACS, ou seja, consumo recomendado de frutas e hortaliças e consumo permitido de açúcar. Houve melhora significativa de conhecimentos após a capacitação em 11 questões.

Tabela 4. Comparação do percentual de acertos sobre letramento em saúde, navegação em saúde e estilo de vida saudável de integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado do Ceará antes e após capacitação realizada no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Questão	Percentual de acertos (%)		Valor de p*
	Pré-Capacitação	Pós-Capacitação	
Bloco Letramento em Saúde			
1	66,5	88,6	<0,001
2	6,4	13,8	0,020
3	92,0	93,4	0,615
4	81,4	85,6	0,284
5	36,2	37,1	0,852
15	93,6	97,6	0,078
16	98,4	98,2	1,000
17	72,9	73,7	0,868
18	94,2	95,2	0,658
19	70,2	94,0	<0,001
Bloco Navegação em Saúde			
6	80,9	89,2	0,018
7	60,1	92,8	<0,001
8	92,6	99,4	0,001
9	93,1	98,8	0,008
10	78,7	61,7	<0,001
Bloco Estilo de Vida Saudável			
11	88,3	96,4	0,005
12	70,2	94,6	<0,001
13	84,7	86,8	0,546
14	44,2	58,3	0,008
20.1	59,6	67,7	0,114
20.2	66,5	82,0	0,001
20.3	33,5	54,5	<0,001
20.4	48,9	65,3	0,002
20.5	20,2	46,7	<0,001
20.6	19,2	28,1	0,046
20.7	46,8	82,0	<0,001
20.8	62,2	85,0	<0,001
20.9	97,9	98,8	0,688
20.10	83,5	91,6	0,022

Letramento em Saúde: Conceito (Questões 1 e 2); Utilidade (Questão 3); Responsabilidade (Questão 4); Importância (questão 5); Uso operacional dos pressupostos no contato com o usuário de saúde (Questões 15, 16, 17, 18 e 19).

Navegação em Saúde: Conceito (Questão 6); Objetivo (Questão 7); Função do Navegador (Questão 8); Deveres do Navegador (Questões 9 e 10).

Estilo de Vida Saudável: O IMC no diagnóstico nutricional (Questões 11 e 12); Informações em rótulos nutricionais (Questão 13); Estratégia contra o excesso de bebidas alcoólicas (Questão 14); Estratégia de combate à obesidade (Questão 20.1); Alimentação no primeiro ano de vida (Questões 20.2, 20.3 e 20.4); Consumo diário recomendado de frutas e hortaliças (Questão 20.5); Consumo diário permitido de açúcar (Questão 20.6); Consumo diário permitido de sal (Questão 20.7); Controle ou não da quantidade consumida de óleo de oliva (Questão 20.8); Prática de atividade física (Questão 20.9) e Abandono do tabagismo (Questão 20.10).

*Em itálico e negrito: $p < 0,05$.

De um modo geral percebeu-se a presença de mais conhecimentos sobre a temática antes da capacitação entre os integrantes do NASF, mas mesmo com conhecimento adequado, ainda houve melhora após a capacitação.

O desenvolvimento das atividades junto aos alunos de EJA, como já comentado foi limitado, considerando a baixa presença dos mesmos no local de estudo (IFCE), mesmo com várias tentativas de agendamento. A Tabela 5 mostra o desempenho dos alunos antes e após a capacitação para formação de navegadores em saúde.

Considerando o bloco NS, no pré-teste houve 6 questões com desempenho superior a 50%, número que se manteve no pós-teste. Não houve melhora significativa de conhecimento nas questões e, inclusive, houve a questão 6, referente a deveres do navegador em saúde, que exibiu pior percentual de acertos após a capacitação.

Quanto ao bloco EVS, dentre as 14 questões observou-se percentual de acertos superior a 50% em seis delas no pré-teste e em sete delas no pós-teste. Houve piora e melhora do percentual de acertos após a capacitação, mas sem significância estatística, exceto quanto ao melhor desempenho observado para a questão 15.1 (estratégia de combate à obesidade).

Infelizmente, uma das propostas do projeto, a de formação de navegadores de saúde na própria comunidade, considerada muito importante pela equipe de pesquisa, face os levantamentos da literatura que embasaram tal proposta, não foi atingida. Mas algumas considerações sobre esta ocorrência devem ser feitas, procurando-se analisar e discutir os resultados da referida capacitação à luz das peculiaridades que são mais destacadas na literatura em relação a esse grupo-alvo, dando ênfase, sobretudo, aos aspectos cognitivos, psicopedagógicos e psicossociais relacionados ao ensino e aprendizagem de adultos (KLEIMAN, 1995; ZARCADOOLAS; PLEASANT; GREER, 2006; MAYER; VILLAIRE, 2007).

Tabela 5. Comparação do percentual de acertos sobre navegação em saúde e estilo de vida saudável de alunos do Programa de Educação para Jovens e Adultos (PROEJA) de Fortaleza-Ceará antes e após capacitação realizada no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Questão	Percentual de acertos (%)		Valor de p
	Pré-Capacitação	Pós-Capacitação	
<i>Bloco Navegação em Saúde</i>			
1	5,9	2,9	1,000
2	20,6	8,8	0,305
3	91,2	88,2	1,000
4	70,6	64,7	0,604
5	97,0	97,0	1,000
6	44,1	20,6	0,038
7	82,4	94,1	0,259
8	64,7	61,8	0,801
9	50,0	29,4	0,083
10	85,3	82,4	1,000
<i>Bloco Estilo de Vida Saudável</i>			
11	58,8	64,7	0,618
12	23,5	41,2	0,120
13	79,4	73,5	0,568
14	53,0	58,8	0,143
15.1	35,3	85,3	<0,001
15.2	14,7	11,8	1,000
15.3	23,5	26,5	0,779
15.4	61,8	79,4	0,110
15.5	2,9	5,9	1,000
15.6	8,8	0,0	0,239
15.7	29,4	38,2	0,442
15.8	44,1	41,2	0,806
15.9	91,2	71,0	0,062
15.10	52,9	67,7	0,215

Navegação em Saúde: Conceito (Questão 1 e 2); Objetivo (Questão 3); Função do Navegador (Questão 4); Deveres do Navegador (Questões 5 e 6); Uso operacional dos pressupostos no contato com o usuário de saúde-(Questões 7 a 10).

Estilo de Vida Saudável: O IMC no diagnóstico nutricional (Questões 11 e 12); Informações em rótulos nutricionais (Questão 13); Estratégia contra o excesso de bebidas alcoólicas (Questão 14); Estratégia de combate à obesidade (Questão 15.1); Alimentação no primeiro ano de vida (Questões 15.2, 15.3 e 15.4); Consumo diário recomendado de frutas e hortaliças (Questão 15.5); Consumo diário permitido de açúcar (Questão 15.6); Consumo diário permitido de sal (Questão 15.7); Controle ou não da quantidade consumida de óleo de oliva (Questão 15.8); Prática de atividade física (Questão 15.9) e Abandono do tabagismo (Questão 15.10).

*Em itálico e negrito: $p < 0,05$.

Os resultados da ação do Plano Alfa-Saúde com os alunos de EJA não podem ser tomados isoladamente, sem considerar o contexto mais amplo em que se insere a realidade específica ao campo da educação de adultos, tanto no Brasil quanto em países desenvolvidos, sobretudo os Estados Unidos, berço do Letramento em Saúde. A perda de alunos, tanto considerando o contingente

matriculado, como os efetivamente presentes no dia da capacitação, é prevista e relatada na literatura. Segundo o IOM (2012), diversos autores têm encontrado dificuldades que afetam os resultados das suas pesquisas de intervenção no campo da EJA, em virtude dos alunos não persistirem até o fim dos seus estudos, sendo esse um dos maiores desafios quando são desenvolvidas ações e estudos junto a este público. Apesar dessas dificuldades, Tassi e Ashraf (2008) aludem sobre os potenciais benefícios de parceria entre as ações de Letramento em Saúde de adultos e o setor de EJA. Mc Kinney e Kurtz-Rossi (2006) também discutem sobre a necessidade de ensino de tópicos de saúde para famílias. Isso corrobora a relevância das ações do Plano Alfa-Saúde com esse segmento da sociedade.

Como já citado na Metodologia, foram planejadas 4 horas/aula destinadas à capacitação deste grupo, 2 horas/aula para enfoque de “Navegação em Saúde” e 2 horas/aula para “Dicas para um estilo de vida saudável”. O planejamento dessas ações educativas foi estruturado de acordo com os horários das aulas dos alunos, ou seja, das 18:30 horas às 22:00 horas. No entanto só foi possível desenvolver as atividades das 19:00 horas às 21:00 horas (1h e 30 minutos para Navegação em Saúde e 30 minutos para estilo de vida saudável), porque os alunos se atrasaram por estarem vindo do trabalho e saíram antes do término do horário das aulas, alegando cansaço e necessidade de retorno para casa para retomada do trabalho no dia seguinte. Essa foi a primeira dificuldade encontrada pela facilitadora do círculo de estudo. É possível que a diminuição do tempo de capacitação tenha prejudicado o desempenho dos alunos.

Outra dificuldade encontrada na capacitação dos alunos de EJA foi de natureza psicopedagógica. Embora todo o material escrito tenha sido elaborado para 5ª série (6º ano no Brasil), como preconizam Rudd et al. (2005), os alunos manifestaram lentidão na leitura e dificuldade de compreensão textual. Assim, antes de seguir na análise, cabe esclarecer que o grupo cursava o PROEJA do Ensino Médio (1º ao 3º ano). No entanto, o comportamento cognitivo dos alunos, em relação à compreensão leitora, era correspondente à baixa escolaridade. Por essa razão, a presente discussão faz alusão a referências que mencionam sujeitos com baixo nível de letramento e/ou baixa escolaridade. Inclusive o Indicador de Alfabetismo Funcional de 2011 - INAF-Brasil 2011 - aponta um

índice de 8% de analfabetos funcionais entre a população com Ensino Médio completo (IPM/IBOPE, 2012).

De acordo com o exposto, Kleiman (1995, p.7) comenta que “grandes esforços de concentração ou interpretação representam verdadeiros obstáculos para os grandes grupos de brasileiros não escolarizados, que não tiveram acesso à escola, ou foram prematuramente expulsos dela”. A autora também alude que:

“O modo de inserção dos membros dos grupos “pouco letrados” na sociedade tem a marca da exclusão, em um sistema em que o pleno domínio da leitura e da escrita e de outras práticas letradas é um pressuposto da constituição das competências individuais necessárias e valorizadas nessa sociedade” (KLEIMEN, 1995, p. 148).

Além dos entraves de compreensão textual, foi observado que os alunos tinham dificuldade para seguir os passos propostos na metodologia do módulo destinado à capacitação. Essa dificuldade não correspondeu à incapacidade de realização das tarefas, mas de seguir as orientações da facilitadora e o ritmo que era determinado pelo “tempo” de elaboração e de desenvolvimento de cada passo. Por exemplo, no primeiro momento do primeiro módulo é estabelecido 55 minutos para o cumprimento das tarefas, que são divididas em passos ou etapas. A experiência mostrou que os alunos necessitariam de 2 a 3 horas/aula (100 a 150 minutos) para executarem as tarefas.

O ritmo mais lento do que o previsto no planejamento da capacitação pode ser explicado pela dificuldade na leitura, o que ficou bastante evidente durante a aula, e ao processo de aprendizagem do indivíduo adulto pouco escolarizado. Nesse sentido, Kleiman (1995) alude que o modo como os indivíduos adultos com baixa escolaridade controlam sua própria produção cognitiva está ligado, de certa forma, a diferentes modalidades de funcionamento intelectual do sujeito com maior ou menor letramento. A autora discute que o adulto com baixa escolaridade pode demonstrar grande dificuldade para seguir instruções mais complexas. Neste caso, as tarefas propostas pelo educador são compreendidas pelo aluno de maneira fragmentada e isolada, dificultando a progressão de etapas a serem cumpridas. Tal comportamento foi observado no grupo investigado.

O desempenho observado no pré e pós-teste deixa clara a necessidade de investimento na capacitação do grupo-alvo. Nesse sentido, Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2006) discutem sobre a necessidade de se introduzir e desenvolver habilidades de letramento em saúde no contexto da educação de adultos, sempre com informações e habilidades voltadas para a vida prática das pessoas. Neste contexto, o Plano Alfa-Saúde foi pioneiro ao tentar formar navegadores de saúde entre alunos de EJA e deve-se persistir nesta tentativa, apesar desta falta de sucesso inicial.

4.1.2 Avaliação imediata - Dados referentes à avaliação do tipo de capacitação realizada (Bonequinho Alfa)

Considerando a avaliação do tipo de capacitação e aplicabilidade na prática de atendimento ao usuário do SUS, as tabelas 6 a 10 apontam o percentual de citações dos ACS e as tabelas 11 a 15 dos integrantes do NASF.

Tabela 6. Avaliação dos agentes comunitários de saúde do Estado do Ceará capacitados (n = 290) sobre as ideias que ganharam com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias que ganhou	%
Como melhorar as ações	100,0
Letramento/Navegação	62,5
Conhecimento técnico com os materiais utilizados	57,9
Saber ouvir e respeitar o outro	54,2
Criação de grupos na comunidade	48,6
Organizar, planejar, executar	46,8
Reconhecer papel de multiplicador	43,1
Companheirismo, compartilhamento, motivação	38,0

Tabela 7. Avaliação dos agentes comunitários de saúde do Estado do Ceará capacitados (n = 290) sobre as habilidades que ganharam com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Habilidades que ganhou	%
Como abordar o usuário	100,0
Metodologia	86,1
Aprendizagem técnica	79,2
Formação de grupos	54,2
Aplicar conhecimento sobre Letramento/Navegação	48,6
Valorização enquanto profissional	40,3
Falar em público	38,0
Relacionamento interpessoal	35,7
Auto-crítica	22,2

Tabela 8. Avaliação dos agentes comunitários de saúde do Estado do Ceará capacitados (n = 290) sobre as ideias que gostaram com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias que gostou	%
Letramento/Navegação	65,3
Formação de grupos	60,2
Metodologia	56,9
Estratégias de abordagem do usuário	47,2
Tema Alimentação saudável	37,5
Tudo	35,7
Convivência, compartilhamento	26,9
Tema Atividade física	16,7
Crescimento pessoal oportunizado	15,3
Local	15,3

Tabela 9. Avaliação dos agentes comunitários de saúde do Estado do Ceará capacitados (n = 290) sobre as ideias que foram mais úteis com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias mais úteis	%
Aplicar os conceitos de Letramento/Navegação na prática	69,4
Tudo	62,5
Comprometimento com o usuário	60,2
Uso de material de apoio na abordagem educativa	41,2
Treinamento em serviço	37,5
Tema Alimentação saudável	33,3
Formação de grupos	26,4
Respeito ao outro, compartilhamento	26,4
Capacitação de acordo com realidade	24,5
Tema Obesidade	22,2
Tema Prevenção de DCNT	22,2

Tabela 10. Avaliação dos agentes comunitários de saúde do Estado do Ceará capacitados (n = 290) sobre as ideias que não foram úteis com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias que não foram úteis	%
Não houve	73,2
Burocracia atrapalha o trabalho	22,7
Tempo insuficiente	15,3
Ter que fazer coisas que não integram suas funções	15,3
Informações dadas negativamente	15,3
Criticar, pressionar	15,3
Trocar de sala	11,1

Tabela 11. Avaliação dos integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado do Ceará capacitados (n = 188) sobre as ideias que ganharam com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias que ganhou	Percentual
Metodologia de abordagem	100,0
Formação de grupos	100,0
Letramento/Navegação em saúde	61,0
Melhora das ações	61,0
Humanização	61,0
Incentivo à autonomia e autocuidado	39,0

Tabela 12. Avaliação dos integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado do Ceará capacitados (n = 188) obre as habilidades que ganharam com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Habilidades que ganhou	Percentual
Falar em público	100,0
Como melhor abordar o usuário	100,0
Planejar ações	61,0
Realizar atividades em grupo	61,0
Relação interpessoal	61,0
Trabalho em equipe	61,0
Motivação e esperança	61,0
Saber ouvir	61,0
Autocrítica	39,0
Aplicar o conceito de letramento	39,0

Tabela 13. Avaliação dos integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado do Ceará capacitados (n = 188) sobre as ideias que gostaram com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias que gostou	Percentual
Metodologia	100,0
Estratégias possíveis de abordagem do usuário	100,0
Ser multiplicador	61,0
Convivência, compartilhamento, envolvimento	61,0
Navegação	61,0
Tema Obesidade	61,0
Tema Tabagismo	61,0

Tabela 14. Avaliação dos integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado do Ceará capacitados (n = 188) sobre as ideias que foram mais úteis com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias mais úteis	Percentual
Letramento/Navegação	100,0
Como melhor abordar o usuário	100,0
Tema Alimentação saudável	100,0
Tema Hábitos saudáveis	61,0
Tema Obesidade	61,0
Tema Tabagismo	61,0
Realizar atividades em grupo	61,0
Compartilhar	61,0
Metodologia geral	61,0
Treinamento em serviço	39,0

Tabela 15. Avaliação dos integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado do Ceará capacitados (n = 188) sobre as ideias que não foram úteis com a capacitação realizada no âmbito do plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias que não foram úteis	Percentual
Não ter tido a presença de todos os integrantes do NASF	61,0
Nada a declarar	39,0

Tanto os dados referentes aos ACS, como os referentes aos integrantes do NASF evidenciam uma coerência entre os tópicos do Bonequinho Alfa. As ideias ganhas foram percebidas como habilidades ganhas, foram apreciadas e foram úteis.

Nestas avaliações as citações podem ser enquadradas em dois blocos, um referente ao aprendizado em si, dos temas letramento em saúde, navegação em saúde e prevenção de DCNT, e outro referente aos ganhos pessoais com repercussão considerada positiva na prática profissional, como as habilidades de falar em público, de trabalhar em grupos, de ouvir o outro, os compartilhamentos e a motivação. Tais ganhos pessoais também se repetiram entre ideias ganhas, habilidades ganhas, ideias apreciadas e ideias úteis.

No que tange às ideias não úteis, um ponto que contrariamente pode ser considerado positivo, é o fato dos integrantes do NASF terem referido a falta de abrangência da totalidade de profissionais, reafirmando a utilidade da capacitação para os mesmos. Um tópico inexplicado ocorrido e relatado por pequeno percentual dos ACS foi ter sentido certa pressão por parte dos facilitadores, o que não era desejável. Mesmo assim, a maioria referiu não ter havido nada que não tivesse sido útil na atividade e algumas das queixas foram relativas a problemas operacionais dos locais de trabalho.

Algumas das avaliações do Bonequinho Alfa serão ainda enfocadas na avaliação em médio prazo, em confronto com os depoimentos dos Círculos de Diálogos.

4.1.3 Avaliação em médio prazo – Dados referentes aos Círculos de Diálogos

A análise apresentada aqui corresponde aos Círculos de Diálogos praticados com os ACS e com os integrantes do NASF.

Neste ponto da investigação foi utilizada uma abordagem metodológica qualitativa, momento em que os discursos dos participantes aprofundam os dados quantitativos levantados em outra vertente de método adotada no Plano Alfa Saúde. Segundo Minayo (2006), os métodos quantitativos e qualitativos têm cada um o seu papel no conhecimento da realidade social. No caso da abordagem qualitativa, sua proposta é estudar as relações, as representações, crenças, percepções e opiniões, “produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 20016, p. 57). Portanto, os Círculos de Diálogos que são analisados neste momento pretendem aprofundar, dar significado, aos resultados oriundos dos testes (pré e pós-capacitação), respondidos pelos profissionais de saúde, além da avaliação do tipo de capacitação, realizada como fechamento das oficinas. Nesse entrelaçamento de métodos os discursos dos sujeitos serão confrontados com os dados quantitativos levantados na presente pesquisa.

Percebeu-se um detalhamento maior e uma discussão mais permeada de insatisfações nos discursos dos ACS. Os integrantes do NASF foram mais econômicos em seus posicionamentos, mas as análises que se seguirão evidenciarão uma relevante aproximação entre os discursos de ambos os grupos, principalmente quanto a certezas e incertezas e quanto às possibilidades de atuação após a capacitação realizada.

4.1.3.1 Círculos de Diálogos com ACS

A análise será iniciada pelos Círculos de Diálogos praticados com os ACS atuantes em Fortaleza, Ceará, que foram os que realizaram esta atividade. Vale iniciar logo com um discurso síntese genérico do que pensaram os ACS sobre a capacitação:

A gente aprendeu bastante, tanta coisa bonita, tanta coisa importante, como acolher, escutar histórias, identificar o problema, individualizar cada um, rico, pobre, preto ou branco, tudo isso nós aprendemos aqui [...] o que eu to fazendo hoje é diferenciado; hoje eu não resolvo só, eu resolvo em equipe” (ACS).

Para a presente análise, serão tomadas as categorias estabelecidas no DSC, que surgiram das Ideias Centrais oriundas das “falas” dos sujeitos, como se segue: i) **Categoria 01: “O ACS e as limitações para a promoção de saúde”** (pré e pós capacitação); ii) **Categoria 02: “O ACS e as ações de promoção da saúde”** (pré e pós capacitação); iii) **Categoria 03: “Grupos educativos: facilidades e potencialidades”** (pré e pós capacitação); iv) **Categoria 04: “O ACS e o trabalho com equipe multidisciplinar”** (pré e pós capacitação); v) **Categoria 05: “ACS: identidade e reconhecimento”** (pré e pós capacitação); vi) **Categoria 06: “Capacitação Alfa Saúde: mudanças e demandas** (somente pós capacitação).

Categoria 01: “O ACS e as limitações para a promoção de saúde”

Nessa categoria foram identificadas 22 ideias centrais antes da capacitação e 15 ideias centrais após a capacitação, conforme Quadros 3 e 4.

Quadro 3. Ideias centrais da categoria 01 “O ACS e as limitações para a promoção da saúde” pré-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
As orientações de saúde são ineficazes por limitação econômica e cultural
Algumas pessoas não se interessam pela promoção da saúde
A promoção da saúde é limitada pela falta de apoio e infraestrutura do SUS
As ações de promoção da saúde colocam em risco à saúde e a vida do ACS
O trabalho do ACS não é aceito por algumas pessoas
Estigma da hanseníase dificulta o trabalho de promoção da saúde do ACS
A violência e uso de droga limitam a promoção da saúde
A falta de profissionais é vista como limitante para promoção da saúde
O ACS precisa de capacitação sobre alimentação saudável e outros temas

Realizar promoção da saúde é muito difícil
A baixa escolaridade dificulta a adesão correta a medicação
As verbas para ACS são desviadas para outras finalidades
O desinteresse da comunidade pela promoção da saúde é pela precariedade do serviço público de saúde
As pessoas hoje em dia não são esclarecidas quanto aos seus direitos relacionados ao SUS
Alguns ACS não são atuantes
Alguns profissionais de saúde não colaboram com o trabalho do ACS
As informações de saúde não tem clareza e não envolvem a humanização da informação
O desconhecimento da população sobre o trabalho do ACS e do PSF dificulta a promoção da saúde
Falta divulgação de informações de saúde para a população
A falta de diálogo nas famílias contribui para gravidez na adolescência
É difícil fazer promoção de saúde do idoso quando não tem cuidador
O ACS não aplica na sua própria vida as orientações de saúde que passa para comunidade

Quadro 4. Ideias centrais da categoria 01 “O ACS e as limitações para a promoção da saúde” pós-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
O ACS tem medo de denunciar mal trato
O ACS desconhece a totalidade da rede social de apoio do seu território
Alguns funcionários do posto não se preocupam com as necessidades do usuário
As receitas médicas muitas vezes são ilegíveis
As orientações de saúde são ineficazes por limitação econômica e cultural
Algumas pessoas não se interessam pela promoção da saúde
A promoção da saúde é limitada pela falta de apoio e infraestrutura do SUS
As ações de promoção da saúde colocam em risco à saúde e a vida do ACS
O trabalho do ACS não é aceito por algumas pessoas
A violência e uso de droga limitam a promoção da saúde
As famílias não assumem a responsabilidade pelos seus pacientes
Alguns ACS não são atuantes
Os gestores não apoiam e facilitam a participação dos ACS nas capacitações
Os novos ACS não passam por capacitação
Alguns profissionais de saúde não colaboram com o trabalho do ACS

Os discursos dos ACS em Círculos de Diálogos realizados em dois momentos distintos, antes e 03 meses depois da capacitação, revelaram a existência de muitas limitações para o desenvolvimento das ações de promoção

da saúde, destacando-se aquelas que apareceram tanto antes como após a capacitação, iniciando-se, portanto, por elas:

➤ A promoção da saúde é limitada pela falta de apoio e infraestrutura do SUS

“As regionais até então não estava dando cobertura dos quites de material. Para eu fazer alguma coisa tem que sair da secretaria do estado que é a que mais dá, a que mais fornece cartazes. Quando as regionais colocam para o posto a semana da tuberculose, ela joga e o agente de saúde tem que ser criativo, que inventar, procurar, pesquisar e o suporte são o meu conhecimento e a minha iniciativa de correr atrás. Preciso de estrutura, de alguém que me apoie, muitas vezes não tenho o apoio do médico, não tenho o apoio da coordenação, nem mesmo dos próprios colegas que estão desmotivados. A saúde é muito precária. Eu vejo a precisão da fome, o desespero da mãe que está no uso de drogas, a hanseníase, a tuberculose, vários câncer que tem por aí jogado que eu nem sei se eles vão fazer exame, e depois nem vão receber o resultado. A atenção básica faz um trabalho muito bonito, agora o suporte é que não tem, infelizmente é muito pouco. A promoção da saúde está muito desacreditada. Até eu fico desacreditada também, porque eles querem alguma coisa em troca, e se você não tem fica difícil. Eu indico o posto que mora perto, mas não vai com medo dos assaltos, falta de medicação, consulta que é marcada para séculos e séculos. O SUS manda buscar e a pessoa já tem é morrido, então fica desacreditada. A fila de espera é uma realidade. A promoção da saúde é muito prejudicada no apoio do poder público, falta de médico, na segurança que muitos postos não tem, que usuários não tem, o problema das gangues. Lá na minha unidade tem dentista sempre, mas às vezes falta água para atender. Falta papel, luva, máscara, falta várias coisas. Às vezes xerox eu tiro, acho que todo mundo passa por isso aqui. Tudinho é comprado com o dinheiro do agente de saúde. Na minha área tenho um grupo de hipertensão e diabetes. Foi um grupo que eu consegui e que infelizmente acabou porque o nosso educador físico saiu. Tinha a nutricionista, tinha um monte de coisa, mas devido essa mudança de gestão, o pessoal do NASF saiu, atrapalhou muito. Outra dificuldade grande que eu tenho, no caso das drogas, são as famílias drogadas. Não tem suporte, não tem um psicólogo para encaminhar. E mesmo o psicólogo, vai fazer o que? Vai diagnosticar e depois vai levar para onde? Eu tenho orgulho que tenho uma equipe formada. Só que me deixa um pouco triste porque nas outras equipes também falta o médico, o enfermeiro” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“A regional nunca apoiaram financeiramente, porque a gente construiu nosso grupo da nossa própria forma, a gente nunca deixou acabar e tudo. Nós sabemos as nossas funções, as nossas tarefas, as nossas limitações, então nós vamos fazer nosso melhor possível, agora, nós temos que ter o mínimo de apoio, tanto das equipes da parte profissional como também da coordenação. Me falta simplesmente a oportunidade de ajudar o paciente porque a administração não dá o recurso necessário para a gente realizar o nosso trabalho, pronto, essas são as barreiras que a gente encontra lá na

área. Na minha área já morreu uma menina de 28 anos de CA de mama e que o médico pegou a ultrassom dela e levou, dizendo que ia resolver, resolver e ela ficou esperando, esperando e ela com 28 anos faleceu e outra ela tinha 19 anos e já tinha uma filha de 3 anos e ela faleceu com linfoma, foi descoberto foi menos de 1 mês do dia que ela fez a ultrassom para o dia que ela falecesse. A menina foi com a mãe dela, ela foi para triagem e ela não foi atendida. Ela não foi atendida porque ela não tava cadastrada na central. Quando ela tava morrendo que começou a sangrar pelo nariz, pela boca, ai era médico demais, antes não tinha nenhum, mas na hora que ela tava morrendo era médico que você poderia escolher qual deles você queria” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ **As orientações de saúde são ineficazes por limitação econômica e cultural**

“No caso de hipertensão e diabetes eu procuro falar muito sobre alimentação, sobre atividade física e eu tenho muita dificuldade nos dois. Eu já fui falar sobre alimentação e eles dizem “eu só tenho isso pra comer”. No caso da atividade física, eu falo dos programas que tem, mas eles não querem, eles já se habituaram à medicação. Eles não querem que falte a medicação, não têm muito interesse no que eu vou falar sobre educação alimentar. Outra questão que impede muitas vezes, eu acho que por questão de ignorância, de cultura, é um agente de saúde orientar uma mãezinha. Aí chega a avó da criança, diz que não tem negócio de amamentação não. Eu criei tudinho com chá, com leite, com mingau e tão tudo aí. Tem muitas famílias que tem condição de ter uma alimentação saudável, mas a falta de hábito não os leva a terem aquela alimentação. É muito mais fácil dar um biscoitinho para a criança levar que uma fruta, que às vezes é mais barato. Tem muitas mulheres e homens que às vezes deixam de fazer um exame não porque não queira, é porque não tem conhecimento, tem medo, acham que é uma coisa incomum. No meu município a gente tinha muita dificuldade de fazer exame papanicolau, por conta de ser um enfermeiro, então eu comecei a explicar para eles que ele é profissional igual a todos. Já aconteceu de algumas vezes pais, depois dessas palestras dadas nas comunidades, irem à secretária de saúde fazer o pedido para que a saúde não fosse porque o filho chegou com uma camisinha em casa. Eles não entendem que aquilo ali a gente repassou como forma de informativo. Então eu deixei de fazer isso por conta dos próprios pais” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“A consulta do hipertenso e do diabético ao enfermeiro, eles não querem, eles não dão valor, eles acham que o enfermeiro não sabe de nada, eles só querem ir quando é pra ir pro médico ou então fazer com que a gente troque a receita dele, pra ele poder receber a medicação, porque o grande mito da nossa comunidade é remédio, remédio, eles querem remédio, entendeu? Se você vai fazer qualquer ação no posto e tiver um médico lá pra passar a receita, vai uma multidão, mas se você vai fazer uma abordagem, se você vai dar uma explanação sobre câncer de mama, colo do útero, não aparece quase ninguém. Sobre diabetes você tem um usuário que você chega, tá tomando refrigerante, aí você passa 3 horas sabe, falando, falando, entra num ouvido e sai no outro, eles não dão valor, o negócio deles é assim, eles adoeceram, vão pro médico, tomou remédio, ele acha que só aquilo ali vai resolver o problema de saúde dela, dele. E a prevenção e a promoção que a gente faz, num serve” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ Algumas pessoas não se interessam pela promoção da saúde

“A prevenção com médico é difícilimo conseguir, e o pessoal perde. Muita coisa que eu faço para promover saúde e muitas vezes o usuário não quer. Eles são muito acomodados porque eu vou à porta, marco a consulta do hipertenso e diabético e não vão. O pessoal se acomoda com as coisas que tem em suas mãos. Tem aquele pessoal que não lhe recebe de jeito nenhum, que dá com a porta na sua cara” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Alguns são sensíveis a aprender, a ouvir, mas tem pessoas que não são comprometidas, até mesmo com si próprio, os agentes de saúde. Eu tenho muito problema com gestante, que é uma responsabilidade muito grande do agente de saúde. Já aconteceu casos de uma menina ter que responder perante o ministério público por conta de uma gestante que faleceu. Só que a gente num pode pegar a gestante e levar no braço pra unidade de saúde. A saúde pública pode até não ser a oitava maravilha, mas no caso da gestante ela tem todo o acompanhamento. O maior descaso que os pais tem com a criança em questão de puericultura, que é a visita aos enfermeiros, eles não querem, eles só querem levar a criança pro médico quando tá doente, entendeu? Das gestantes é outro descaso, tem muitas delas que nem abrir o sis pré- natal num abre, aí quando chega lá na maternidade, a maternidade não aceita, porque é lei, agora tem que ter o sis pré- natal da unidade de saúde, aí vão parir no mei da rua, ficam achando ruim. Passa o tempo todinho elas enlouquecendo o juízo da gente atrás de uma prevenção, você agenda, com horário marcado, tudo direitinho, porque num existe isso, você paga seu plano de saúde, você as vezes passa um mês lá uma consulta, e a gestante da saúde pública, o agente de saúde vai deixar na porta o papelzin com o dia e hora marcada, e lá tem um profissional esperando, e eles não vão, eles não dão valor. Tanto do gestor e até na própria comunidade tem essas barreiras das nossas famílias que não querem, não acham até importantes as nossas visitas” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ As ações de promoção da saúde colocam em risco a saúde e a vida do ACS

“Tem a violência aí contra a gente; tem o sol, que para o agente de saúde se proteger ou tira do bolso ou ele pega até um câncer de pele, não tem proteção de nada. Entro na casa do tuberculoso, do hansênico, do cidadão, mas entro na casa do bandido. Tem um traficante de lá que entra no posto, vai direto à farmácia, e exige alguns medicamentos. Ele já sabe quais são as medicações, e ele quer porque pode trocar por droga, ou não sei o que ele faz. E isso criou um conflito muito grande dentro da unidade porque ele leva e falta. Na minha área é impossível trabalhar à tarde, porque se eu sair com toda certeza eu vou ser assaltada. Lá acho que não tem um agente de saúde que não tenha sido assaltado ainda. Eu conheço muitos ACS que hoje tem problemas psicológicos, toma remédio controlado. Para trabalhar com o ser humano tem que estar equilibrada e preparada. Teve muitos ACS que adquiriram tuberculose por conta das famílias deles

terem e a própria família do doente não tinha acesso à medicação, muitos deles não tomavam ou não queriam a medicação” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Vou pra minha micro-área todos os dias, mas é eu e uma colega minha, uma na frente e outra olhando de trás. Pra fazer a visita que é no dia de peso, o sofrimento é maior, porque aquela balança é como se fosse um tablet, então pra eles, pense num tormento. Nós trabalhamos totalmente assim, desprotegida de tudo, a gente entra na casa do TB, entra na casa da hanseníase, entra na casa de tudo, a gente num usa uma máscara, a gente num usa nada, é só com a cara e a coragem. Lá também o caso de drogadição é muito alto, principalmente alcool, tem muito. Tem umas partes lá que é assim, a família inteira. A gente tá vivendo uma realidade muito triste, a gente tá sem nenhum grupo, tá quase que impossível da gente fazer qualquer coisa porque tá tendo um índice de assalto muito, tá uma coisa assim absurda, só eu esse ano já fui assaltada 5 vezes, já levaram todo o meu material de trabalho, acho que não tem um agente de saúde que não tenha sido assaltado. Eles num tem mais o que roubar, eles tomam as aliança, o óculos de grau, eles pedem tudo. Ninguém tá andando com balança, num tá andando com nada lá, ninguém anda com relógio, coisa nenhuma. O prefeito queria nos dar um tablet e a gente não aceitou. Eu só queria relatar que no caso dessa violência, a gente foi até a regional, e o que a gente escutou lá, foi o seguinte, vocês fizeram o concurso pra agentes comunitários de saúde e o agente comunitário de saúde trabalha na área. Tá havendo uma disputa de gangues, tá nos noticiários policiais quase todo dia. Meninos, garotos de 9, 10 anos sendo aviões, fumando numa rodinha de 3, 4, 5. Fizemos uma reunião nós chegamos a seguinte conclusão, sem segurança, nós não trabalhamos mais” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ A violência e uso de droga limitam a promoção da saúde

“Outra dificuldade grande que eu tenho, no caso das drogas, são as famílias drogadas. É muito difícil trabalhar com uma família dessas. Como que você vai abordar? Tem uma hipertensa que ela vai para as consultas e a pressão dela está lá em cima. Está tomando o remédio direitinho? Está. Mas tem aquele filho drogado que chega 3 horas da manhã e ela não tem um estilo de vida tranquilo que possa fazer com que ela controle a pressão. Então só o medicamento não vai resolver” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“A gente se depara com situações assim muito difícil. Eu faço acompanhamento de uma gestante, ela é usuária de drogas, e hoje já é a 4ª gestação dela, ela já teve dois abortos, assim, pra mim conseguir pra essa gestante fazer o pré-natal, precisou ter mesmo uma boa vontade minha mesmo, porque dela nunca teve. É uma situação que como eu tô dizendo assim a promoção em saúde que a gente oferece, se num depender assim mesmo dá sua boa vontade, do agente de saúde tá lá, insistir, porque nem eles aceitam, nem eles querem a promoção pra eles, se a gente num botar, num ficar ali firme mesmo, eu num ia conseguir, se eu num tivesse a minha boa vontade” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ Alguns profissionais de saúde não colaboram com o trabalho do ACS

“Eu inicio uma coisa, o médico não quer ir, vai e depois não vai mais” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Eu não quero assim, nós não tem desunião, mais afastado é o médico, mas a gente sabe porque o médico ele tá ali, vai só fazer o papel dele ali, ele não é muito entrosado, principalmente com ACS” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Destaca-se também a Ideia Central “O ACS precisa de capacitação sobre alimentação saudável e outros temas” que apareceu somente pré-capacitação e que demonstra a necessidade do Plano Alfa-Saúde para esses profissionais, como revela o discurso abaixo:

“Eu até então achava que alimentação saudável era o pão integral, a ricota, o iogurte num sei o que, a manteiga num sei o que. É difícil passar para as pessoas o que eu não sei. Então, o que seria bom, em minha opinião, é que realmente tivesse uma parceria maior com as faculdades, que possa ter capacitação para eu repassar alguma coisa para as pessoas” (DSC-ACS, pré-capacitação).

Confrontando as ideias centrais dessa categoria 01 com as ideias e habilidades que os ACS disseram ter ganhado com o Plano Alfa Saúde (avaliação da capacitação realizada ao final das oficinas, Tabelas 6 e 7) é possível perceber que algumas limitações relacionadas aos usuários do SUS podem ser melhoradas com as ideias que ganharam:

- “Como melhorar as ações” (100%);
- “Conhecimento sobre letramento e navegação” (62,5%);
- “Organizar, planejar e executar” (46,8%).

As habilidades que eles disseram ter adquirido também poderão contribuir para melhorar as limitações apontadas em relação aos usuários:

- “Como abordar o usuário” (100%);
- “Metodologia” (86,1%);
- “Aplicar conhecimento sobre letramento e navegação” (48,6%);
- “Relacionamento interpessoal” (35,7%).

Muitas limitações relacionadas à infraestrutura, apoio da gestão, riscos relacionados ao trabalho infelizmente demandam ações mais amplas do que a capacitação.

Categoria 02: “O ACS e as ações de promoção de saúde”

Apesar das inúmeras limitações apontadas para a promoção da saúde na categoria anterior, os discursos dos ACS revelaram uma diversidade de ações nesse campo. Identificaram-se 32 ideias centrais na pré-capacitação e 18 na pós-capacitação, como pode ser visto nos Quadros 5 e 6.

Quadro 5. Ideias centrais da categoria 02 “O ACS e as ações de promoção de saúde” pré-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
As ações de promoção da saúde devem ser realizadas com diabéticos e hipertensos
O trabalho do ACS é polivalente
As ações de rastreamento ajudam a detectar muitos casos de hanseníase
O trabalho com alcóolatras deu resultado
O ACS orienta os adolescentes
A escolaridade precária dos pacientes é considerada nas ações de promoção da saúde
A educação em saúde para idosos
O ACS deve buscar rede social de apoio para as ações de promoção de saúde
O ACS deve informar sobre as ações de saúde do posto
O ACS se preocupa muito com a busca ativa de tuberculose
O ACS também incentiva a escolarização da sua clientela
O trabalho do ACS acontece independente da presença da equipe formada
O ACS realiza palestras
O ACS deve acompanhar a gestante
O ACS deve acompanhar o cartão de vacina das crianças e idosos
O controle social dentro do SUS precisa ser fortalecido
São realizadas ações de formação do ACS
São realizadas ações na comunidade para controle da dengue
A autonomia deve ser reforçada na comunidade
O ACS alerta as pessoas sobre a influência negativa da mídia sobre o autoconceito das pessoas
A visita domiciliar é a via da promoção da saúde
O ACS precisa orientar a população de acordo com o interesse dela
O ACS trabalha a prevenção e promoção em crianças

Os outros profissionais de saúde da equipe realizam palestras antes das consultas
O ACS orienta os riscos sobre não adesão à medicação
O ACS orienta sobre a prevenção ginecológica
O número de hipertensos e diabéticos é pra cair porque o ACS está fazendo a prevenção
O ACS precisa dar o exemplo para as famílias
É importante trabalhar as famílias
O ACS realiza mutirão nas comunidades para marcação de consultas
A cultura popular deve fazer parte da promoção da saúde
Há melhoras no funcionamento do SUS que favorecem a promoção da saúde

Quadro 6. Ideias centrais da categoria 02 “O ACS e as ações de promoção de saúde” pós-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
O ACS forma rede social de apoio para violência
As ações de promoção da saúde são solicitadas pela gestão
Os ACS fazem promoção da saúde contra o calazar
O ACS participa de ações de rede cegonha
O ACS participa de movimentos sociais
As ações de rastreamento ajudam a detectar muitos casos de hanseníase
A violência e o uso de drogas na comunidade podem ser denunciados no disque-denúncia
O ACS deve denunciar a coação para trabalhar diante da insegurança, violência e drogas nos bairros
A educação em saúde para idosos
O ACS se preocupa muito com a busca ativa de tuberculose
O ACS realiza palestras
O ACS deve acompanhar a gestante
O ACS deve acompanhar o cartão de vacina das crianças
O ACS desenvolve ações de saúde com segmentos menos favorecidos como drogados
O ACS organiza o acesso dos usuários as ações de promoção da saúde
O ACS trabalha a prevenção e promoção em crianças
Os outros profissionais de saúde da equipe realizam palestras antes das consultas
O ACS esclarece dúvidas após as consultas

Os ACS descreveram ações de promoção da saúde em todo o ciclo de vida, incluindo crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos. Além disso, percebe-se que algumas afecções também são bem comuns na fala deles, tais como diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase e dengue. Relatam que o trabalho deles é polivalente, ultrapassando a orientação de informações sobre o

cuidado com a saúde, como revela o discurso da Ideia Central “O trabalho do ACS é polivalente”:

“Eu fazia brechó no posto, fazia até coisa para comprar fralda descartável ou alguma medicação. O trabalho do agente de saúde é muito polivalente, você age em muitas vertentes, você trabalha em muitos lados. Você atua de todas as frentes, você aconselha um filho que está drogado, aconselha sobre o marido que maltrata, sobre a doença terminal que você vê. Acho que todos os postos fazem esse trabalho. Eu passo nas casas, falo da camisinha, falo do comprimido. Tem o apoio do projovem, Senac, a enfermeira vai até lá dá palestra para as adolescentes. Eu acho que o nosso trabalho não está voltado só na saúde, está voltado para a educação, para ação social. Eu faço o além da saúde. Não deixar de fazer as visitas, o diagnóstico de área, saber onde tá o nosso tuberculoso, hanseníase, os hipertensos, diabéticos, gestantes, menores e adolescentes que estão engravidando, isso aí eu tenho de fazer, mas tenho que ser mais criativo” (DSC-ACS, pré-capacitação).

Percebeu-se que são realizadas ações de promoção da saúde tanto no âmbito individual quanto coletivo, sendo bem expressivos os relatos sobre atividades em grupo, como revela o DSC da Ideia Central “O ACS realiza palestras”:

“Dei um empurrão bem forte no grupo que era muito parado, e aí comecei a desenvolver um trabalho, dei um nome que é convivência e arte. Lá eu desenvolvo trabalhos de pintura, palestras educativas, passeios e acabo formando assim uma terapia com eles. A partir do momento que você se coloca no lugar dela fica mais fácil de você compreender teu próximo. Eu ensino elas a fazer alguma coisa com o que elas têm em casa, com reciclável: um porta-cotonete, um porta toalha, um porta guardanapo, até mesmo uma lembrancinha de maternidade. Com relação à promoção da saúde eu faço oficinas com relação à alimentação, higienização, meio ambiente. O meu trabalho é conversar com a família, incentivar o pai, mãe, a filha a ir aos grupos com os seus pais. É dar uma palestra sobre determinado assunto, juntar toda a comunidade” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Na minha área nós estamos trabalhando na promoção em saúde com palestras educativas, a gente usa também muito teatro, que é a parte da dramatização, levando dinâmicas também pra comunidade. A gente trabalha com a terapia que é pintura e material de reciclagem. Faço muita reunião lá no posto. Nós tivemos agora o calendário da semana de amamentação que foi uma semana, no qual lá os agentes de saúde eles realmente participam uma equipe na segunda feira fez a abertura, a outra fez uma apresentação de teatro, a outra fez uma palestra, a outra mostrou um vídeo, contanto que feche a semana com um café da manhã pras pessoas. Na sexta feira do café da manhã a gente bota a alimentação saudável, aí combina que todos os agentes de saúde vão ter de levar alguma coisa, leva o espetinho de fruta, a outra leva um pãozinho integral com patê, a outra leva, é, um suco, a outra leva um café, e assim vai formando

e dá certo. A gente tá fazendo uma abordagem com os usuários na hora da consulta, se for o dia internacional da Mulher, a gente vai lá, expõe uma mesa, faz um café da manhã pra eles. Então a gente adotou que vai fazer tudo com os usuários lá na hora, é o dia da criança, a gente enche o posto de bola, e os meninos se vestem, a gente faz o saquinho com os bombons e vai distribuindo” (DSC-ACS, pós-capacitação).

A intersectorialidade perpassa a *práxis* dos ACS, pois revelaram buscar redes sociais de apoio para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, como pode ser visto nos DSC da Ideia Central “O ACS deve buscar rede social de apoio para as ações de promoção da saúde” na pré-capacitação e Ideia Central “O ACS forma rede social de apoio para violência” na pós-capacitação, conforme discursos que seguem:

“Uma das formas que eu criei para poder trabalhar na minha área, que o índice de violência é muito grande, foram as redes sociais” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Nós estamos fazendo uma formação de uma comissão das redes que existe mais próximo do nosso posto, que é pra violência doméstica ou violência com animais, com crianças, e essa comissão que vai ser formada, vai trabalhar junto com todas as redes além do nosso limite de abrangência, a gente tá buscando parceria com CAPS, CAPS AD, CAPS Geral, CRAS e outras secretárias, pra quê? pra quando a gente identificar um caso na nossa área, a gente saber a quem a gente deve direcionar aquele caso de agressão” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Destaca-se que mesmo antes da capacitação os ACS já apontavam elementos empíricos sobre letramento em saúde nas suas ações de promoção da saúde, o que não foi percebido nos discursos após a capacitação. Seguem os DSC da pré-capacitação:

- A escolaridade precária dos pacientes é considerada nas ações de promoção da saúde

“Os nossos hipertensos não sabem ler, a gente faz a manhã com o sol, a tarde a nuvenzinha com o sol e a noite com a estrelinha que é para eles acompanharem. No grupo eu sempre estou procurando mostrar os benefícios, tirando dúvidas, coisas que elas não têm coragem de perguntar”.(DSC-ACS, pré-capacitação).

- O ACS também incentiva a escolarização da sua clientela

“Dentro da minha área eu estou fazendo um levantamento das pessoas que não sabem ler e escrever, principalmente aquelas pessoas mais idosas” (DSC-ACS, pré-capacitação).

➤ A autonomia das pessoas deve ser reforçada

“Temos que dar a eles ferramentas para que eles possam trabalhar sozinhos, se não vamos continuar numa comunidade debilitada” (DSC-ACS, pré-capacitação).

➤ A cultura popular deve fazer parte da promoção da saúde

“Temos que nos adaptar a cada pessoa e falar da maneira deles, para poder a gente conseguir trazer as pessoas a realizar qualquer procedimento. Trabalhar com prevenção também é isso, é fazer com que as pessoas mudem os pensamentos delas através da nossa capacidade de saber se relacionar” (DSC-ACS, pré-capacitação).

Apesar dos elementos sobre letramento em saúde não aparecerem de forma explícita nos DSC após a capacitação, não se pode considerar ter havido pouca influência da mesma, dada a avaliação feita pelos participantes utilizando o Bonequinho Alfa. Os ACS consideraram ter ganhado muitas ideias e habilidades (Tabelas 6, 7, 8 e 9) que podem qualificar as ações educativas com a incorporação dos elementos teóricos da capacitação na práxis, como discriminado abaixo.

- Ideias que GANHOU: como melhorar as ações (100,0%); letramento/navegação em saúde (62,5%), conhecimento técnico com os materiais utilizados (57,9%), saber ouvir e respeitar o outro (54,2%), organizar, planejar e executar (46,8%).
- Habilidades que GANHOU: como abordar o usuário (100,0%); metodologia (86,1%), aprendizagem técnica (79,2%), formação de grupos (54,2%), aplicar conhecimentos sobre letramento e navegação (48,6%).
- Ideias que GOSTOU: letramento/navegação (65,3%), formação de grupos (60,2%), metodologia (56,9%) e estratégias de abordagem do usuário (47,2%).

- Ideias mais Úteis: aplicar os conceitos de letramento e navegação na prática (69,4%), uso de material de apoio na abordagem educativa (41,2%).

Categoria 03: “Grupos educativos: potencialidades e fragilidades”.

Conforme categoria anterior percebeu-se que as atividades em grupos educativos são bem frequentes no cotidiano de trabalho dos ACS. Na categoria 03 são exploradas as potencialidades e fragilidades desse tipo de ação de promoção da saúde, segundo as falas dos sujeitos. Foram identificadas 14 e 07 Ideias Centrais na pré e pós-capacitação, respectivamente. As Ideias Centrais podem ser vistas nos Quadros 7 e 8.

Quadro 7. Ideias centrais da categoria 03 “Grupos educativos: potencialidades e fragilidades” pré-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
Os grupos educativos são feitos com uma diversidade de públicos
Os grupos educativos ajudam a compreender os problemas de saúde
É difícil manter grupos educativos só com a voz
A promoção da saúde com o idoso é mais fácil
Boa parte da comunidade não se interessa por grupos educativos
A ausência de espaços adequados prejudica as atividades dos grupos educativos
O ACS percebe a existência de grupo como uma benção
Os grupos educativos são feitos na comunidade para facilitar o acesso da população
As rodas de conversa são utilizadas nas atividades em grupo
As regras do círculo de diálogo são interessantes para aplicar nos grupos educativos
A dramatização é uma estratégia dos grupos educativos que realmente atinge as pessoas
As atividades dos grupos com idosos proporcionam muito aprendizado para os ACS também
Os grupos desenvolvem ações para além de orientações de saúde
Nos grupos de terapia comunitária a solução para os problemas está nas próprias pessoas

Quadro 8. Ideias centrais da categoria 03 “Grupos educativos: potencialidades e fragilidades” pós-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
Os grupos educativos são feitos com uma diversidade de públicos
Os grupos vão se dispersando
O ACS percebe a existência de grupo como uma benção
A dramatização é uma estratégia dos grupos educativos que realmente atinge as pessoas
As atividades dos grupos proporcionam muito aprendizado para os ACS também
Os grupos desenvolvem ações para além de orientações de saúde
Os ACS tem parceria com os cirandeiros para as ações de educação em saúde
As pessoas precisam conviver em grupos

Quase todas as faixas etárias são beneficiadas com atividades em grupo, conforme DSC da Ideia Central “Os grupos educativos são feitos com uma diversidade de públicos” presente na pré e pós-capacitação:

“Eu fiz lá no posto, durante uns dois anos, um grupo com um psicólogo. Eu chamava um pessoal da comunidade independente de ser idoso, jovem, de qualquer idade, qualquer pessoa podia participar. E quando estava próximo ao dia das mães eu fiz um grupo só de mulheres” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Eu tenho um grupo de idoso e a gente usa muito é pra usar medicação de forma controlada, falando sobre a dengue, ontem mesmo a gente fez um trabalho de colagem com 55 idosos do meu grupo que só falando sobre a dengue. E agora a gente tá se organizando pra fazer um grupo de adolescente. A gente tinha um grupo de gestante” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Além de trabalhar com informações para o cuidado da saúde, os grupos educativos desenvolvem outras atividades conforme DSC da Ideia Central “Os grupos desenvolvem ações para além de orientações de saúde” que aparece na pré e pós-capacitação:

“Eu peço ajuda as doutoras, com o que elas não querem mais e faço bazar no final do ano e levo eles pra algum lugar diferente” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Implantamos também o grupo de convivência e arte no qual a gente trabalha com a terapia que é pintura e material de reciclagem. É muito importante a gente fazer a formação de grupos” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Nas falas foi possível perceber que os ACS já trabalhavam com metodologias lúdicas e participativas nos grupos educativos, destacando-se a

utilização da dramatização, conforme pode ser visto no DSC da Ideia Central “A dramatização é uma estratégia dos grupos educativos que realmente atinge as pessoas”. Esta Ideia Central apareceu na pré e pós-capacitação.

“A partir do momento que você começa a criar um vínculo, fortalecer aquele grupo, tentando com as redes sociais criar uma comunicação mais direta, eles passam a ter confiança em ti. Eles acreditam no teu trabalho, na tua determinação, do teu valor. Eu tenho um grupo lá de convivência, que é a convivência e arte. É o momento que eles vão se sentir acolhidos, embora tenham muitos que chegam lá e não falam nada para mim. Trabalho com dramatização. É uma das formas que eu acho que a gente chega realmente nesse público. Tenho um trabalho que faço com a comunidade que são histórias e quintais, que é juntar um público que vive em casa acomodado, levar para um quintal, fazer um varal, as pessoas que foram convidadas vão levar para colocar no varal uma coisa antiga deles, uma coisa que recorda que tenha algum sentimento. Um ferro de engomar, uma foto, um vestidinho e coloca neste varal aí lá é feito uma exposição, uma roda e eles vai falar sobre aquele objeto que para você é tão importante. Aí tem o choro, tem a alegria depois faz um lanche e é muito divertido. Agora fizemos uma peça que foi sobre violência doméstica, aí nessa peça tentei englobar alcoolismo, a violência doméstica, drogas e abandono escolar, porque o nosso público é geral. Nós conseguimos alcançar o nosso objetivo, realmente as pessoas foram tocadas, foram sensibilizadas, elas choravam, elas riam, porque formamos uma dramatização que era engraçada, que era bem dinâmica, que todo mundo participava”. (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Os cirandeiros interagem com os agentes de saúde eles trabalham com o tema, inclusive eu até já fiz apresentação criada pelo meu grupo, foi muito interessante, nós usamos a dramatização e os instrumentos que a gente constrói no grupo de convivência e arte, foi muito interessante, nosso tema foi droga”. (DSC-ACS, pós-capacitação).

Acredita-se que a partir das ideias e habilidades que os ACS gostaram e ganharam (Tabelas 6 e 7), segundo avaliação realizada no final das oficinas, os mesmos devem ter aprimorado seus grupos educativos com metodologias lúdicas e participativas, pois todos eles trouxeram como ideias que ganhou “Como melhorar as ações” e “Letramento/Navegação”. Além disso, a habilidade que ganhou mencionada por 100% deles foi “Como abordar o usuário”, seguido de 86,1% deles que relataram maior habilidade com “Metodologia”.

As regras utilizadas no círculo de diálogo, método ao qual os ACS estavam sendo expostos, foram consideradas passíveis de utilização nos grupos educativos, como pode ser visto no DSC da Ideia Central “As regras do círculo de diálogo são interessantes para aplicar nos grupos educativos”. Tal ideia central apareceu somente na pré-capacitação.

“[...] Inclusive até eu achei interessante assim estas regras que você pode aproveitar e aplicar num grupo” (DSC-ACS, pré-capacitação).

Em relação às fragilidades dos grupos educativos elas apareceram mais na pré-capacitação. Na pós-capacitação somente 01 Ideia Central foi identificada para as fragilidades. O DSC de algumas Ideias Centrais foram destacados:

➤ **É difícil manter grupos educativos só com voz**

“Termina um grupo, começa outro, um agente de saúde traz uma ideia, você vai montando e vai criando. Todos esses grupos que começa aqui têm muitos que terminam, no meu posto já começou vários grupos, às vezes fica impossível de você dar continuidade, porque para você sustentar um grupo só na voz é muito difícil” (DSC-ACS, pré-capacitação).

➤ **Os grupos vão se dispersando**

“A gente tinha um grupo de gestante que foi se dispersando, dispersando, acabou que acabou mesmo” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ **Boa parte da comunidade não se interessa por grupos educativos**

“Eu fiz um trabalho lá que era o que é mito e o que é verdade, juntei a equipe médica, a primeira reunião deu 42 gestantes, fizemos uma recepção para elas, um café da manhã e tudo. Na seguinte, íamos dar continuidade, estavam a mesma equipe médica lá, os mesmos profissionais de saúde, e até mais, e o pessoal do NASF aí não foram 40, mas foram umas 30. Na outra já começaram a não ir, porque não tinha nada pra gente oferecer para elas. Para você levar um usuário desses até o posto, eles querem alguma coisa, principalmente se tiver um lanche. Está lá o médico que é caríssimo, está lá um psicólogo que é artigo de luxo, está lá a nutricionista, está lá o terapeuta ocupacional, estão lá os agentes de saúde, mas eles não vão, porque eles não estão interessados” (DSC-ACS, pré-capacitação).

➤ **A ausência de espaços adequados prejudica as atividades dos grupos educativos**

“Ele dava liberdade para pessoa falar, e falando elas acabavam entrando no clima e falando de suas vidas e contando seus dramas. Eu comecei a fazer este grupo, dei continuidade, ainda passou quase um ano. Passou um tempo até usando um espaço

do posto, que era lá no salão do idoso, depois voltamos lá para nossa unidade, mas começou a diminuir porque lá é muito pequeno e como tem o atendimento tínhamos que está levantando, saindo, não dava para dar atenção que eles precisavam. A médica dava uma abordagem sobre câncer de mama; as dentistas iam e falava sobre o câncer de boca. Infelizmente, por conta do espaço que a gente não tinha, foi indo e acabou” (DSC-ACS, pré-capacitação).

Acerca das fragilidades, as principais são referentes à ausência de infraestrutura e apoio as atividades dos ACS, já apontada na categoria 01. Dentre as ideias que relatam ganhar na capacitação (Tabela 6), destaca-se “Companheirismo, compartilhamento e motivação” (38%). Esta ideia, caso posta em prática, poderá contribuir para amenizar as limitações mencionadas, inclusive levando à maior cobrança por apoio junto aos gestores.

Categoria 04: “O ACS e o trabalho com a equipe multidisciplinar”.

A existência da equipe multidisciplinar é apontada somente pelos seus pontos positivos, pois servem de apoio e motivação para os ACS. Foram identificadas 03 Ideias Centrais em cada momento, pré e pós-capacitação (Quadros 9 e 10).

Quadro 9. Ideias centrais da categoria 04 “O ACS e o trabalho com a equipe multidisciplinar” pré-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
A presença de vários profissionais de saúde é vista como muito positivo pelo ACS
Os ACS são capacitados pelas equipes de saúde
Os ACS mobilizam vários profissionais de saúde para as atividades de promoção da saúde

Quadro 10. Ideias centrais da categoria 04 “O ACS e o trabalho com a equipe multidisciplinar” pós-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
O ACS não tem dificuldade de trabalhar em equipe
A presença de vários profissionais de saúde é vista como muito positivo pelo ACS
Os ACS mobilizam vários profissionais de saúde para as atividades de promoção da saúde

Observou-se que não houve mudanças muito nítidas sobre o trabalho multidisciplinar na fala dos ACS após a capacitação. No entanto, é possível inferir que apesar da ausência de falas dos participantes, as ações multidisciplinares poderão melhorar a partir das ideias e habilidades que gostaram e ganharam segundo avaliação ao final das oficinas (Tabelas 6, 7, 8 e 9), tais como:

- Ideias que ganhou “Saber ouvir e respeitar o outro” (54,2%), “Companheirismo, compartilhamento e motivação” (38%);
- Habilidades que ganhou “Relacionamento interpessoal” (35,7%);
- Ideias que gostou “Convivência, compartilhamento” (26,9%);
- Ideias mais uteis “Respeito ao outro, compartilhamento” (26,4%).

Destaca-se que duas Ideias Centrais apareceram tanto na pré como na pós-capacitação, como exposto a seguir.

- A presença de vários profissionais de saúde é vista como muito positivo pelo ACS

“O médico foi uma bênção. Ele cobre a minha área e cobre a área dos agentes de saúde que não tem médico. Tem outro clínico geral, tem o pessoal da nutrição, tem o pessoal da psicóloga, tem assistente social e tem a fonoaudióloga. E tem muita enfermeira, quer dizer, graças a Deus, o posto é abençoado. Eu tenho orgulho que eu tenho uma equipe formada. Tem medico, tem o enfermeiro, tem a auxiliar. Eu me sinto privilegiada, porque tem médicos manhã, tarde e terceiro turno, tem GO, assistente social, psicólogos” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Eu procuro ver apoio agora pro pessoal do NASF, que agora tá chegando na minha unidade, o NASF já tivemos uma reunião e nas reuniões eu faço questão de tá, quero conhecer, quero saber como é o trabalho, como é que você vai agir na comunidade, o

que a gente tem pra oferecer e você, tem o que pra nós?” Tem o NASF que agora dá palestra a tarde, pronto, já é um recurso pra onde eu vou me escorar, já fico lá dentro do posto” (DSC-ACS, pós-capacitação).

- Os ACS mobilizam vários profissionais de saúde para as atividades de promoção da saúde

“Tem um momento que é dos diabéticos e hipertensos, esse momento é com a nutricionista, com o educador físico e toda a equipe do NASF, e os enfermeiros. Todo mês a gente fazia essa palestra, com a psicóloga, assistente social” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Tem outra equipe que se destaca por ela ter uma equipe mais completa, uma enfermeira que puxa mais pro lado do ACS e tudo. A gente também se reunia entre si pra ver o que que a gente podia melhorar, organizar os cronogramas, se reunia com o NASF pra ver quem podia fazer uma visita. Vamos já se programando, se preparando. Terapia comunitária, psicopedagogo, assistente social, e a minha, nossa comunidade, minha não, nossa comunidade. Elas tão interessadas” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Categoria 05: “ACS: identidade e reconhecimento”

Foram identificadas 06 Ideias Centrais na pré-capacitação e 15 Ideias Centrais na pós-capacitação na categoria 05, conforme Quadros 11 e 12.

Quadro 11. Ideias centrais da categoria 05 “ACS: identidade e reconhecimento” pré-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
O agente de saúde precisa ser criativo, paciente e gostar do que faz
Os ACSs tem uma ligação muito forte e uns protegem os outros
O ACS se identifica com a profissão
A comunidade confia e reconhece o valor do ACS
Não é atribuição do ACS trabalhar a violência e sim do poder público
O trabalho do ACS é promover saúde
A comunidade se identifica mais com o ACS do que com o restante da equipe
O ACS é quem tem o maior conhecimento da comunidade

Quadro 12. Ideias centrais da categoria 05 “ACS: identidade e reconhecimento” pós-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
O ACS se esforça para a promoção da saúde acontecer
Algumas pessoas da comunidade não valorizam o trabalho do ACS
O ACS estabelece um vínculo muito forte com a comunidade
Os ACSs tem uma ligação muito forte e uns protegem os outros
O ACS é muito capacitado para fazer promoção da saúde
O ACS foi desvalorizado após mudança de pessoal auxiliar administrativo
O ACS se identifica com a profissão
A comunidade confia e reconhece o valor do ACS
O trabalho do ACS é promover saúde
A comunidade se identifica mais com o ACS do que com o restante da equipe
O ACS muitas vezes é responsabilizado pelos desfechos desfavoráveis de saúde
O ACS faz atividades que não são de sua responsabilidade
Os ACS não são valorizados como os demais profissionais da equipe de saúde
O ACS sofre cobrança para fazer ações que não são de sua responsabilidade, pois alguns ACS o fazem
O ACS as vezes é desvalorizado por ter pouco estudo

Segundo as falas, os ACS se identificam com a profissão, reconhecem o seu papel na promoção da saúde e percebem algumas características que são fundamentais para desenvolver as ações tais como criatividade e paciência. Foram destacados discursos com essas ideias centrais:

➤ **O ACS se identifica com a profissão**

“Parabéns pra nós, agentes de saúde, que fazemos além do nosso trabalho. O agente de saúde tem que vestir a farda como eu visto, além de eu vestir a farda, eu visto em pessoa, porque eu amo a minha profissão, eu amo o que faço. O ACS eu costumo dizer que é um diplomata, sem diploma” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Então é isso que eu quero dizer eu me orgulho de ser ACS, eu já tenho 24 anos de serviço e vou me aposentar como ACS se Deus quiser, é uma coisa que eu amo fazer é ser ACS” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ **Os ACS tem uma ligação muito forte e uns protegem os outros**

“Graças a Deus temos uma ligação muito forte, quando acontece alguma intercorrência de tipo droga ou alguém foi assassinado uma passa para a outra” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Nós o agente de saúde a gente tem uma coisa muito boa a nosso favor, nós fazemos nossos próprios trabalhos. Se a gente tem a meta pra cumprir duas, das visitas, a gente vê um horário bom pra gente, a gente tem parceria com os colegas, a gente se ajuda muito nisso aí, entendeu. A gente é um grupo, cada um tem a sua responsabilidade” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ O trabalho do ACS é promover saúde

“Eu não tenho conhecimento técnico, mas eu crio. O meu trabalho é promover a saúde” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Nós, agente de saúde, que estamos pra oferecer promoções de saúde na nossa comunidade. Nós temos 2 ACS, que ela faz tudo, ela leva para cá, para os hospitais, os pacientes, vai pegar remédio, vai marcar exame, faz tudo, o nosso trabalho é orientar, o nosso trabalho é dar o apoio” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Destacaram-se também duas deias Centrais que revelam a falta de apoio e infraestrutura para a realização das ações de promoção da saúde, já apontadas na categoria 01. Tais barreiras poderiam ser superadas através das características que eles julgam necessárias a um ACS:

➤ O agente de saúde precisa ser criativo, paciente e gostar do que faz

“Ser agente de saúde, na verdade, é ser criativo, é ser paciente, é gostar do que faz. O agente de saúde tem que inventar, procurar, pesquisar” (DSC-ACS, pré-capacitação).

➤ O agente de saúde se esforça para a promoção da saúde acontecer

“Esse nosso trabalho eu sempre digo que a gente é para tudo, tudo um pouco, na hora que chama, não tem horário para a gente trabalhar. Ser ACS é construir, construir cada vez mais, e é isso que eu quero para mim e para as minhas companheiras. Por isso que eu digo, cada curso que tiver, cada oportunidade que surgir, os obstáculos que eu puder enfrentar, eu enfrento, porque hoje em dia está no meu sangue, ACS, eu vivo diretamente em Brasília atrás do nosso sonho, e agora na próxima semana nós vamos

correr e vamos. E eu faço um trabalho, que eu tenho orgulho do meu trabalho, se precisar ir buscar eu vou, se precisar marcar eu vou” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Outra Ideia Central muito relevante e que aparece nos dois discursos do sujeito coletivo, pré e pós-capacitação, é o reconhecimento da comunidade

➤ **A comunidade confia e reconhece o valor do ACS**

“Eles passam a ter confiança em ti, acreditam no teu trabalho, na tua determinação, no teu valor” (DSC-ACS, pré-capacitação).

“Uma coisa que eu amo fazer é ser ACS. A gente fala muito das dificuldades, mas também tem a parte prazerosa, a credibilidade da comunidade com a gente” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Cabe ressaltar que as falas dos ACS também denotam a desvalorização que sentem, especialmente quando se comparam com os outros profissionais da equipe de saúde. Esta Ideia Central só aparece na pós-capacitação.

➤ **Os ACS não são tão valorizados como os demais profissionais da equipe de saúde**

“Uma coisa que eu acho que o agente de saúde é a peça fundamental da equipe, não só da boca pra fora, porque a gente escuta muito isso, mas valorização mesmo a gente num tem não. Tudo de erro é nosso. É, tem essa desvantagem também. Esse nosso trabalho eu sempre digo que a gente é para tudo, tudo um pouco, na hora que chama, não tem horário para a gente trabalhar. O ACS é completamente assim mais excluído da equipe, equipe pra eles é: médico, enfermeiro, dentista, auxiliar, o ACS as vezes eles nem olham muito que é da equipe, entendeu? O carro do PSF, por exemplo, é para carregar os médicos nós ACS, as vezes a gente não tem esse direito, só se for para fazer uma visita com o médico e a enfermeira, mas o carro nunca é disponível para o ACS, só para o ACS. O nosso trabalho de ACS ele vai mais longe, ele vai ter mais sucesso, mas só dizer que nós somos os olhos azuis, olhos não sei o que, não adianta, tem que dar chance, dar prioridade aos ACS também, assim como eles dão para médicos, enfermeira, dentista, é isso que eu queria, que eu queria não, que eu quero” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Confrontando o DSC apresentado nessa categoria com os resultados da avaliação da capacitação realizada ao final das oficinas (Tabela 6), a habilidade que os ACS disseram ter ganhado “Valorização enquanto profissional” (40,3%)

revela que os mesmos, a partir da capacitação, sentem que podem lutar por um maior reconhecimento e valorização, o que pode ser facilitado por outras habilidades que também ganharam como “Relacionamento interpessoal” (35,7%).

Categoria 06: “Capacitação Alfa Saúde: Mudanças e Demandas”

Na pós-capacitação foram identificadas muitas Ideias Centrais (18) na categoria 6. A maioria delas aponta pontos positivos da capacitação, conforme Quadro 13.

Quadro 13. Ideias centrais da categoria 06 “Capacitação Alfa Saúde: Mudanças e Demandas” pós-capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) atuantes em Fortaleza, Ceará, no âmbito do Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Ideias Centrais
A capacitação melhorou a comunicação com o paciente
A capacitação melhorou a sensibilidade do ACS para identificar pessoas com letramento em saúde limitado
A capacitação melhorou a compreensão do ACS sobre a importância de conhecer os serviços de saúde e a rede social de apoio
A capacitação melhorou a sensibilidade para escuta do paciente
O ACS deve passar o conhecimento adquirido na capacitação para os colegas que não participaram
A capacitação melhorou o desenvolvimento de atividades educativas
A capacitação reforçou a necessidade de falar da importância da atividade física e dieta saudável
A capacitação deveria ser com todos os ACS
A capacitação despertou para cobrança da equipe de que as prescrições sejam nítidas e fáceis de compreender
O ACS que foi capacitado é solicitado para resolver demandas de comunicação na saúde
Os conhecimentos da capacitação não foram aplicados por dificuldades no sistema de saúde
A capacitação não é muito útil para os ACS que trabalham em área nobre
A capacitação ajudou o ACS a ser mais tolerante com as adversidades
O tempo de capacitação foi pouco
A capacitação melhorou o papel do ACS de navegador de saúde
A capacitação despertou novo ânimo para o trabalho do ACS
A capacitação melhorou o entrosamento entre ACS e equipes de saúde
A capacitação ajudou o ACS a tentar superar barreiras

Inicialmente, é importante destacar que os DSC dos ACS três meses após a capacitação corroborou a avaliação da capacitação realizada após as oficinas. Todos os grupos de ACS (100%) disseram que uma ideia ganha foi “Como melhorar as ações”. Essa ideia apareceu nos DSC de diversas formas, como pode ser observado a seguir:

➤ A capacitação melhorou o desenvolvimento de atividades educativas

“Uma sensibilidade que a gente tem, quando a gente passa pela uma capacitação, uma pessoa falando ali, a outra pessoa falando acolá, vocês tentem absorver o melhor, porque sempre alguém deixa alguma coisinha pra gente, que no fundo nós já tínhamos mas fez só despertar. E o grupo, ele, ele explora isso, o despertar, a minha capacidade de servir o meu próximo. Então, a gente ouvir e saber também falar pra ele de um modo que ele possa entender isso, é de suma importância, pra o paciente e pra gente também saber fazer as duas coisas, ouvir e falar pra poder ter um entendimento. Essa capacitação veio a melhorar muito, pra mim pessoalmente e pra minha equipe, porque eu peguei as apostilas, xeroquei e cada um de nós, com essa apostila, a gente aproveita muito ela pra fazer palestra, ela tem um feedback maravilhoso pra falar sobre tudo a respeito do nosso trabalho. Pela apostila a gente sabe separar os assuntos pra trabalhar com eles, eu aprendi isso. Nessa capacitação o que eu vi e também me incentivou assim a falar mais, a ter mais intimidade com meu grupo de idoso, a ter mais intimidade com a minha comunidade que eu trabalho, com os colegas de trabalho. Você vê o outro como um todo. Esse grupo de idoso ele é de todas as equipes e a gente trabalha com parceria, agora eu aprendi a buscar, já to providenciando o dia do idoso, já fui atrás dos bombeiros, já fui no CESPE, já fiz toda uma parceria pra gente tá, no dia 13 a gente vai fazer a comemoração do dia do idoso, então eu já fiz várias parcerias. A regional agora tá dando mais atenção ao nosso grupo depois dessa formação, eu fui atrás de saber o que que tinha pra apoiar a gente, não financeiramente, eles nunca apoiaram financeiramente. Agora depois da formação que eu fui atrás juntamente com os colegas. Eu sentia uma carência muito grande na maneira do acolhimento. E eu aqui e acolá eu queria mudar, mas uma Andorinha só não faz verão. E o curso serviu demais para que eu levasse para o meu PSF, foi assim que eu fiz. No dia da reunião do PSF eu levei o que eu aprendi para a enfermeira, o nosso coordenador, e de imediato eu já tratei de botar para frente o que eu tinha aprendido e a gente fez um trabalho, e de acordo com o que eu aprendi aqui, que eu passei, nós somos 12 no nosso PSF, 12 ACS e você não tem noção do quanto foi maravilhoso o nosso acolhimento. Todo mundo notou, todo mundo percebeu, foi assim, radiante e a até hoje a gente está trabalhando dessa natureza. Mudou totalmente, totalmente. Até a nossa enfermeira parabenizou, o nosso coordenador ele foi para ver a nossa maneira de trabalhar e ele até falou que seria muito bom que numa reunião geral a gente passasse pra todo mundo. E ficou esse propósito de a gente tentar fazer isso, de tentar muito. Foi maravilhoso. Mudou totalmente. E através daqui eu soube entrar em contato e tirar de letra a situação com as pessoas. Hoje o meu entendimento com elas já melhorou bem muito, bem mais do que era antes.

A gente aprende tanta coisa bonita, tanta coisa importante, como: acolher, escutar histórias, identificar o problema, individualizar cada um, rico, pobre, preto ou branco, tudo isso nós aprendemos aqui. Pra uns não era, mas pra outros isso é muito novo, a história de entrar e servir o amigo, tudo isso aprendemos em parte, muita gente aprendeu aqui, isso para mim é fundamental” (DSC-ACS, pós-capacitação).

A melhoria nas atividades educativas ocorreu de diversas maneiras como: qualidade da comunicação profissional de saúde-paciente, sensibilidade para identificar pessoas com baixo letramento, sensibilidade para escuta, além de maior entrosamento entre ACS e a equipe de saúde. Tais melhorias podem ser vislumbradas nos DSC que seguem:

➤ **A capacitação melhorou a comunicação com o paciente**

“Depois dessa capacitação a gente vê que até nossa forma de se expressar, de tentar compreender o próximo, ficou mais fácil. Nós começamos a falar porque nós somos capacitados, passamos por essa capacitação. Então a gente fala línguas diferentes, com os colegas né, a gente fala de um jeito, “mas por que?”, eles ficam questionando, mas eu fiz uma capacitação, e eu acabo falando as vezes até pro médico da equipe, falando muito sobre letramento. A gente aprendeu bastante até aquela coragem de dizer assim: não pode fazer isso, porque isso, “mas porque você tá falando isso?”, eu tô assim bastante determinada de falar assim com toda segurança, tá errado, não pode fazer assim, o médico diz uma coisa e você faz outra e, e é muito bom, foi muito valioso pra gente, espero que não fique por aqui, que venha mais cursos, mais capacitação e para os outros colegas também. Esse treinamento, assim, ajudou muito pra que a gente tivesse argumentos pra falar e fazer com que a pessoa ficasse com sua medicação até passar pelo médico numa nova consulta” (DSC-ACS, pós capacitação).

➤ **A capacitação melhorou a sensibilidade do ACS para identificar pessoas com letramento em saúde limitado**

“O plano alfa que capacita os agentes de saúde ao letramento em saúde é muito importante porque você vai ter essa sensibilidade maior, eu chego num ambiente e vejo um grupo e aquele grupo tem sempre alguém que tá mais assim, arredio, tá mais assim excluído, mais tímido. Por que será? Será que é porque ele não sabe falar direitinho, será que é porque ele tá com algum problema, quando ele tá agressivo, o que será que ele tem?”, então a gente tem que ter essa sensibilidade, e essa capacitação me deu essa possibilidade de enxergar mais além o ser humano. Eu conheço as pessoas da minha comunidade e sei algumas carências, então eu convido aquelas pessoas que eu já consegui identificar com o meu olhar, depois da capacitação do letramento em saúde,

ai a gente junta aquele pessoal e vai tentar desenvolver alguma atividade com eles. Uma semana após a conclusão das palestras, eu fiz umas visitas domiciliares aquelas pessoas, eu fiz uma segmentação. Aquelas pessoas que tinham mais dificuldades em absorver as informações com relação a tomada de medicamentos, alguns procedimentos também, eu não fiz de um modo geral, porque tinham muitas pessoas até já tinham cuidadores, pessoas do tipo que não sabiam ler mas tinham uma filha, tinham um filho que poderiam dar as instruções, e essas pessoas é, eu passei as orientações apesar de que elas já tinham conhecimento de como agir. Então meu grupo ficou bem restrito, mais pra aquelas pessoas que não sabiam ler, pessoas sozinhas, que não tinham cuidadores, e foi assim de muita valia porque eles sentiam principalmente a preocupação que a gente tinha em transmitir alguma coisa pra eles e é, o acompanhamento também, não só transmitir, mas também fazer o acompanhamento semanal como eu fiz nos dois primeiros meses e foi uma experiência muito gratificante porque eles passavam inclusive até a valorizar mais o nosso trabalho dentro da área. Dentro da minha área eu estou fazendo um levantamento das pessoas que não sabem ler e escrever, principalmente aquelas pessoas mais idosas. Eu vou criar um grupo que é o alfabetijá, não é o alfabetizar, para ver se todas estas pessoas tem interesse em pelo menos aprender a ler para quando pegar uma receita médica pelo menos saber como vai tomar sua medicação e não está dependendo dos outros” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ **A capacitação melhorou a sensibilidade para escuta do paciente**

“A capacitação que nós fizemos aqui, é, pra mim gerou mais conhecimento e compreensão pra mim tratar o meu próximo de igual pra igual, entendeu, me colocando no lugar dele em determinadas situações, o saber ouvir, o saber compreender e o não julgar, pra mim foi muito importante. Eu acho que o saber ouvir é importante pra gente saber o que o paciente ou as pessoas da nossa área que a gente cuida na saúde em si, pra gente entender a necessidade de cada um. Às vezes não é preciso ele passar por um médico, por uma enfermeira, se a gente pode escutar ele, e até mesmo as vezes explicar a ele algum problema, pra uma situação que ele está vivenciando ou que ele precisa ouvir. Muitas das vezes a gente acaba tirando as dúvidas dele, esclarecendo alguma coisa pra ele saber como ele tomar uma medicação, como ele fazer uma procura por um médico especialista, uma coisa assim. Ontem mesmo após esse curso alfa que a gente fez, fez com eu aprendesse mais e mais a cuidar, ter atenção com as pessoas tá, ontem mesmo na unidade de saúde, se eu num tivesse aquela tranquilidade de ouvir o usuário, ele tinha saído dali sem ser atendido, e sabendo sim que tinha profissional pra atendê-lo. Nós não precisamos de um médico, de uma pessoa de nível superior pra resolver algum problema. Nós, sabendo ouvir, a gente pode muito bem resolver. Isso que aconteceu comigo ontem, por duas vezes, com dois usuários e eu fiquei muito feliz e agradecida. Um dos pontos que tenho colocado em prática são as palestras, as palestras educativas, a questão dos hipertensos, dos diabéticos. Já agora a gente está tentando colocar com a realidade dele, ouvindo mais ele, nós estamos tentando em cada mês, vê o que foi que mudou, tentando ouvir mais os pacientes, o que eles estão precisando, essas são algumas das mudanças que estamos tentando fazer logo após o curso” (DSC-ACS, pós-capacitação).

➤ A capacitação melhorou o entrosamento entre ACS e equipes de saúde

“Com o curso que eu fiz, lá a gente se entrosou mais com a equipe do NASF, porque a gente cria grupo de gestante, jovens, adolescentes, hipertenso e diabético e com ele a gente faz mais, um trabalho mais, como é que se diz, a gente se senti até mais seguro. A gente ainda tem muita dificuldade, a gente não tem aquele apoio total dentro do município, a gente quer fazer, mas ai não dar” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Mais uma vez percebe-se o nexos entre essas falas e a avaliação quanto às ideias e habilidades ganhas (Tabelas 6 e 7), onde foram citados o “Relacionamento interpessoal” (35,7%) e “Saber ouvir e respeitar o outro” (54,2%), Acredita-se que tais habilidades e ideias podem sobremaneira contribuir para maior integração dos ACS com os outros profissionais de saúde.

Destaca-se que ao final das oficinas os ACS também pontuaram como habilidade ganha na capacitação “Aplicar conhecimento sobre letramento e navegação” (48,6%), coerente com a ideia central abaixo citada e seu DSC correspondente:

➤ A capacitação melhorou o papel do ACS de navegador de saúde

“Um dos aspectos de referência que eu coloco é a questão da informação propriamente dita que a gente adquiriu durante todos os debates e os cursos, porque as informações, elas são necessárias, para o esclarecimento das pessoas aos serviços de saúde, onde diminui os obstáculos, as dificuldades dessas pessoas sem esclarecimento. O curso ele serve pra isso, pra você buscar novas informações e daí multiplicar, porque uma pessoa sem instrução, sem informação, ela faz o que o outro faz, ela não tem uma opinião própria, e esses conhecimentos que a gente pega em qualquer curso que a gente vai, só vai enriquecer a comunidade, para todos os tipos de aspectos, todos os aspectos que possa ser esclarecido pra essas pessoas. Esse curso foi muito importante porque aqui nesse manual, ele tá muito bem explicado, a gente aprendeu a navegação, assim o acolhimento. Aqui tem explicando tudo da maneira que é para ser, eu acho que ele tá ideal e a gente aprendeu como acolher, como melhor encaminhar os paciente para os locais de referência. Assim, aprendeu a maneira de melhor orientar. Porque aqui nesse manual está muito bem explicado. A cada ano que passa a gente acha que sabe tudo mas com esse curso eu to tentando, ainda não terminei de ler, mas com a participação que eu tive a gente está aprimorando muito” (DSC-ACS, pós-capacitação).

A importância da capacitação vai além do desenvolvimento de habilidades e ideias importantes para a práxis do ACS no que tange à promoção da saúde, conforme DSC que segue:

- A capacitação despertou novo ânimo para o trabalho do ACS

“Tenho experiência porque são 2 zonas diferentes, com pessoas de níveis diferentes, mas aí o curso, ele me deu mais, eu senti que eu tava, apesar dos anos, a gente se sente um pouco acomodada, e o curso ele me levantou, eu tenho mais, até assim, mais capacidade de enfrentar os problemas que existe e foi de grande importância. Eu já li bastante a apostila e tô tentando colocar algumas coisas que eu não fazia que eu não tinha alguns conhecimento e que tô tentando colocar na prática dentro do meu campo de trabalho” (DSC-ACS, pós-capacitação).

Por fim, trazem a demanda de ampliação da capacitação para todos os profissionais, como pode ser visto a seguir:

- A capacitação deveria ser com todos os ACS

“O saber dessa capacitação eu queria que fosse pra todos, voltar as pessoa a ter sensibilidade, voltar as pessoas a ver o outro com outro olhar, é isso que eu queria, pra todos os agentes de saúde, porque é muito difícil eu repassar pra eles o que eu aprendi, era bom que fosse passada a formação pra todos, pra poder adquirir essa sensibilidade” (DSC-ACS, pós-capacitação).

4.1.3.2 Círculos de Diálogos com integrantes do NASF

A exemplo da citação utilizada no início da avaliação dos círculos com ACS, vale iniciar também com um discurso síntese genérico do que pensaram os integrantes do NASF sobre a capacitação:

Eu fiquei satisfeita com o curso. Eu melhorei as técnicas esta questão de letramento de pacientes eu me toquei muito para isso. Eu vi que eu não sabia dar nenhuma informação [...] o mais interessante é que o profissional não pode chegar com uma visão e impor para o paciente o que é melhor para ele. A questão do letramento levou a compreender mais o paciente. (DSC NASF)

Confrontando os discursos dos profissionais do NASF em Círculos de Diálogos realizados em dois momentos distintos, antes e depois da capacitação, pode-se perceber a relevante contribuição de educação continuada e formação dada pelas ações do Plano Alfa-Saúde. Para a presente análise, serão tomadas as categorias estabelecidas no DSC, que surgiram das ideias centrais oriundas das “falas” dos sujeitos, como se segue: i) **Categoria 01: “O (des)conhecimento do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil”** (pré e pós capacitação); ii) **Categoria 2: “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o profissional, a equipe e o matriciamento”** (pré e pós capacitação); iii) **Categoria 3: “Aplicabilidade do Plano Estratégico para o Enfrentamento das DCNT: as debilidades”** (pré e pós capacitação); iv) **Categoria 4: “Aplicabilidade do Plano Estratégico para o Enfrentamento das DCNT: as fortalezas”** (pré e pós capacitação); v) **Categoria 5: “Promoção da saúde no local de trabalho: a educação como alicerce** (pré e pós capacitação); vi) **Categoria 06: “Promoção da saúde no local de trabalho: a diversidade de ações integradas”** (pré e pós capacitação); vii) **Categoria 7: “O NASF se capacita: o letramento e a navegação em saúde”** (pós capacitação).

Categoria 01: “O (des)conhecimento do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil”

Confrontando o conhecimento dos profissionais do NASF sobre o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o DSC no primeiro Círculo de Diálogo (pré-capacitação) revelou um conhecimento indutivo dos sujeitos entrevistados acerca do Plano, na medida em que apontaram ações específicas para descreverem “a estratégia”, como revela o discurso abaixo:

“O que eu conheço sobre implantação da estratégia de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, hoje, no NASF, a gente já trabalha a questão de hipertenso, diabético e outras doenças. É um dos programas que estão tentando implantar agora que vem a academia da saúde, para enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis

em alguns municípios que já estão aderindo para que isso aconteça, além dos programas voltados para o hipertenso, diabetes, problemas cardíacos. Eu acho que é isso mesmo” (DSC-NASF, pré-capacitação).

Além disso, os entrevistados confundiram o Plano “Estratégico” com a “Estratégia” Saúde da Família - ESF, denotando uma transposição de termos, neste caso “estratégia”, para duas propostas distintas, como mostra o segmento do DSC abaixo:

“Uma das principais estratégias hoje utilizadas no país é a própria estratégia de saúde da família. Trabalha na parte diagnóstica e medicação, aplicação de medicamentos e tratamentos através de medicamentos por diagnósticos médicos. Como também a parte de orientação na tentativa de mudanças ou adaptações nas culturas de cada povo, em suas regiões, em suas localizações, mudando seus hábitos alimentares, tentando justamente evitar ou reduzir os riscos destas doenças crônicas. É conscientizar a população; adaptar suas atividades de vida diária, que é justamente isso que essa nova estratégia está sendo retrçada. O trabalho de estratégia hoje acontece pelo PSF, já que o NASF começou a ser implantado lá agora. Lá tem o HIPERDIA, e foi feito os outros planos do governo como o programa de saúde na escola. O plano em si eu não conheço, mas a gente atua mesmo sem conhecer. A gente sabe que nos PSF são trabalhadas todas as doenças crônicas não transmissíveis” (DSC-NASF, pré-capacitação).

Após a capacitação pode-se perceber no discurso dos entrevistados uma melhora a respeito da compreensão, acerca do “Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil”, revelando, inclusive, leitura a respeito do assunto tratado, como mostra o DSC abaixo, o que não foi capturado no discurso antes da capacitação:

“Quando se fala de doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde preconiza muito o aspecto de prevenção e de promoção à saúde, todo o plano estratégico, quando fala de prevenção e promoção [...] o Ministério está incentivando muito a questão da alimentação saudável, das práticas corporais, mesmo até através de fornecer instrumentos aos municípios, como academia da saúde. Muitos municípios desde 2009 vêm se colocando em planos, em adesões as academias da saúde. Isso faz com que essas práticas que hoje são realizadas em locais até não muito apropriados no sentido de ter equipamentos, sejam feitas em local, e com equipe apropriada” (DSC-NASF, pós-capacitação).

Categoria 02: “Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o profissional, a equipe e o matriciamento”

Na análise dessa segunda categoria, pode parecer que houve pouca interferência das ações do Plano Alfa-Saúde na capacitação dos profissionais do NASF, porque os discursos dos sujeitos tiveram o foco bastante semelhante antes e após a capacitação, centrando-se em: i) Identidade profissional e o trabalho do NASF; ii) NASF como equipe multiprofissional e o matriciamento; iii) O trabalho do NASF que, por questões culturais, é mal interpretado.

Porém, confrontando os discursos dos sujeitos com a avaliação final da capacitação é possível visualizar os avanços de competências e habilidades adquiridas pela capacitação, conforme discriminado mais adiante. Em seguida estão elencados os discursos pré e pós-capacitação:

➤ **Identidade profissional e o trabalho do NASF**

“Nós do NASF não temos aquela obrigatoriedade de estar fazendo ambulatório tão aprofundado, como se fosse um consultório particular. A missão do NASF não é essa. A proposta do NASF é uma clínica ampliada. O NASF não pode fazer o atendimento individual, só que os municípios querem que a gente acabe fazendo. A gente está lá no PSF, trabalha com a demanda espontânea, com quem está lá esperando atendimento [...] Tem uma disparidade entre os profissionais da saúde. Existe o profissional da saúde e o médico. É uma disparidade impressionante, mas o NASF precisa ter um fortalecimento, ele existe e é importante igual ao PSF. É isso que tá faltando, o NASF é pró-ativo. A gente tem que mostrar a que veio; ele precisa ser fortalecido. Não sei como, mas ele precisa ser reconhecido como “eu vim pra ficar”, porque os nossos gestores sempre estão nos ameaçando que ele vai acabar, como ameaçam algumas vezes com o PSF” (DSC-NASF, pré-capacitação).

Nós fomos educados para a doença e não para a saúde. A gente faz muita visita, visita principalmente a acamado, a deficiente, a muitas coisas, mas esse atendimento individual que acho que muitas pessoas perceberam o relato na capacitação que muitos NASFs era sinônimo de atendimento individual, a gente pelo menos esse ponto positivo a gente tinha muito de não ter [...] Eu passei um semestre discutindo o que é SUS, o que é saúde e doença, então assim eu ainda tive essa, esse privilégio. Nossa formação ainda é muito hospitalocêntrica, muito clínica, muito consultório. Não é só a minha formação, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, a gente foi formada para uma elite, infelizmente. Hoje a gente vai ao psicólogo e é aquela coisa chique. Infelizmente nós temos esta carga. Nós temos pouquíssimos livros que são as pesquisas nessa área. Nós somos realmente formados para uma elite; para atender no consultório. Não foi para dar palestra na escola, não foi para atender pessoas que não estão doentes. A

atenção de promoção e prevenção. Nós fomos assim, nós somos guiados para ter uma pessoa já doente” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ NASF como equipe multiprofissional e o matriciamento

“A gente tem focado muito nas equipes multiprofissionais. A gente conversa muito a respeito dos casos e procuramos estar sempre juntos na mesma unidade, a equipe inteira. Nós estamos procurando realizar o matriciamento com os ACS. Quando eu entrei no NASF eu não tinha experiência nenhuma de NASF. Então eu me perguntei assim: E agora? O município não chega para você e diz: Olha, você vai fazer uma capacitação antes de entrar, para você estar aprendendo o que você vai fazer no NASF. Fui ler a cartilha das diretrizes; eu fui ver o que tinha sido feito antes de eu entrar. Lendo as diretrizes eu vi que seria um trabalho de prevenção e promoção à saúde. Também tem o matriciamento. Então eu chamei gente, vamos atrás de fazer o trabalho completo do NASF. A gente foi vendo que além desse trabalho com grupos, a gente tem que estar levando a prevenção e promoção à saúde. A gente tinha que trabalhar com os ACS, agentes comunitários de saúde, como também com os profissionais, médicos, dentistas, enfermeiros” (DSC-NASF, pré-capacitação).

“[...] além de que a gente trabalha muito com intersetorialidade, trabalha com PSF, trabalha com CRAS. Uma das atribuições do NASF é o matriciamento é o ajuntamento dos NASFs, porque houve uma troca de experiência muito gratificante. Esse mito do atendimento é muito forte, não só pelo usuário, mas até pelo próprio profissional, porque é bem tranquilo eu ficar na minha salinha de ar condicionado atendendo do que eu estar pegando transporte; indo para localidades distantes para estar fazendo essa promoção da saúde. Eu vou falar um pouquinho mais da prática, de como o NASF ele atua junto com as equipes. A gente teve uma melhorada agora com relação à integração da equipe do NASF e equipe do PSF, porque antes existia muito a questão do atendimento; só atendimento e as equipes de PSF não se detinham muito a questão de prevenção. Chegava, atendia, pronto. Não tinha aquela orientação básica. Muito superficial” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ O trabalho do NASF é mal interpretado (questões culturais)

“Outra questão é a precarização das nossas condições de trabalho. O nosso trabalho é de mudar cultura; mudança de hábitos não é fácil. Nós enfrentamos vários problemas da comunidade dizer: ‘lá vem a turma da brincadeira’. Gente isso é sério não é? Da brincadeira! Por quê? Porque não viu o trabalho que ia impactar na qualidade de vida e de saúde dessa população. Profissionais médicos diziam: “já vem esse povo para atrapalhar o meu serviço”. Nós já tivemos que ouvir duramente usuários dizer “ao invés de vir esse monte de gente para “pinotar”, que era a atividade física, para “pinotar”, contrate outro médico que nós estamos precisando aqui de outro médico”. Essa cultura é muito difícil. Eu vejo também muito a colocação dos próprios profissionais em si,

porque quantos não foram para um NASF, para um CRAS, para um CREAS, sem saber o que era. Porque foi a porta de entrada do primeiro emprego, muitos assim, “eu vou tentar porque é concurso”, o concurso tem lá só o nome psicólogo, assistente social, enfermeiro” (DSC-NASF, pré-capacitação).

“[...] Porque é o enfermeiro que segura todos os PSF. Se ele for bacana, ótimo, se não for, coitado da população, mas é ele e o NASF. Então o NASF ele cutuca o PSF para ele ir além de prestação de conta, “os diabéticos estão aqui eles estão só assinando (o documento provando que foi atendido) e o NASF eles querem deixar a gente nesses coisas que não trabalha, então, cheio de curvinhas nessa estrada [...]”. (DSC-NASF, pós-capacitação).

Como referido anteriormente, embora os discursos antes e depois da capacitação tenham sido semelhantes, podendo levar a uma conclusão precipitada acerca da possível ausência de interferência das ações educativas do Plano Alfa-Saúde, a avaliação da capacitação feita pelos entrevistados no fechamento das oficinas esclareceu essa questão, na medida em que mostrou que as ações educativas foram extremamente bem sucedidas, sobretudo em relação ao trabalho do profissional do NASF, como extraído das Tabelas 11 a 15 e apresentados abaixo:

- Ideias que GANHOU: metodologia de abordagem e formação de grupos (100,0%); letramento/navegação em saúde, melhoria das ações, humanização (61,0%); incentivo à autonomia/autocuidado (39,0%).
- Habilidades que GANHOU: falar em público e como melhor abordar o usuário (100,0%); planejar ações, realizar atividades em grupo, relação interpessoal, trabalho em equipe, motivação e esperança, saber ouvir (61,0%); autocrítica e aplicar o conceito de letramento (39,0%).
- Ideias que GOSTOU: Metodologia e estratégia para abordagem do usuário (100,0%); Ser multiplicador, convivência/compartilhamento/envolvimento, navegação, tema obesidade e tema tabagismo (61,0%).
- Ideias mais ÚTEIS: Letramento/Navegação, como melhor abordar o usuário, tema alimentação saudável (100,0%); temas hábitos saudáveis, obesidade e tabagismo, realizar atividades em grupo, compartilhar, metodologia geral (61,0%); treinamento em serviço (39,0%).

- Ideias que não foram úteis: Não ter tido a presença de todos os integrantes do NASF (61,0%); não houve (39,0%).

Categoria 03: “Aplicabilidade do Plano Estratégico para o Enfrentamento das DCNT: as debilidades

O Diálogo dos profissionais do NASF sobre aplicabilidade do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil forneceu à pesquisa Alfa-Saúde, em um primeiro momento, uma verdadeira escuta acerca dos entraves (as debilidades) encontrados para a operacionalização do referido Plano. A riqueza desses dados advém do discurso de profissionais que estão vivenciando em sua prática profissional, na Atenção Básica, a *práxis* de uma proposta a ser desenvolvida em longo prazo e sujeita a inúmeros fatores que transcendem o setor saúde, sendo por isso, de muita complexidade. Essa questão fica clara no discurso dos entrevistados que pode ser situado a partir das seguintes ideias centrais que emergiram nesta seção para análise dos discursos: i) a difícil integração entre as equipes dos profissionais de saúde (pré-capacitação); ii) aspectos culturais entravam as ações do NASF (pré e pós-capacitação); iii) a falta de infraestrutura (pré e pós-capacitação); iv) a demanda de usuários é muito grande (pré-capacitação); v) a falta de letramento em alimentação e nutrição dificulta as ações do NASF (pós-capacitação). A seguir, seguem os discursos reveladores de cada uma dessas ideias referidas:

- **A difícil integração entre as equipes dos profissionais de saúde**

“As dificuldades de como trabalhar da melhor forma e de fazer realmente o papel do NASF depende da parceira do pessoal do PSF. É muito difícil a equipe saúde da família com o NASF. A gente tenta um dia assim ... por mês nas unidades fazer reuniões com eles para que eles também possam participar, porque deve existir a interação do NASF com as equipes de cada unidade. A grande dificuldade é dessa interação do PSF com o NASF. Porque as ações sempre acontecem meio isoladas, por mais que a gente entre em contato, que solicite, que mande as circulares, mas sempre acontece essa dificuldade dessa interação. A parceria com a atenção básica, precisa ser fortalecida, porque ainda existe muita resistência, ou talvez limitações nesse olhar da integralidade,

da interdisciplinaridade. Nós vemos resistência, não uma parceria muito estreita, entre médico e enfermeiro, porque o agendamento dos médicos às vezes faz com que se afaste do agendamento da enfermagem, ela tem que tá em cima, pedindo, porque na hora que coloca a medicação na mão, a evasão, ela é grande. O NASF está tentando fazer isso integrando toda a equipe, não só as do NASF como a da atenção básica. Se a equipe de saúde da família participasse junto com a gente era perfeito. O problema é que nós somos pessoas, e trabalhar com pessoas é complicado. Tem ACS que é intrigada com a rua inteira. Como a gente vai ser bem recebido numa casa se quem vai nos levar é a ACS e ela é inimiga da dona da casa? Esse trabalho deve se dar de uma forma multidisciplinar, intersetorial. O NASF surge justamente para dar uma abrangência, o fortalecimento dessa atenção básica, uma perspectiva muito desafiadora. Por que? A proposta é de um trabalho coletivo, um trabalho integrado. E o que a gente percebe na prática é como se fosse o NASF que não nos servisse, é uma porta de entrada, essa integração, essa articulação, fica assim um pouco desconectada, é como se nós não fizessemos parte da atenção básica, e nós viemos pra fortalecer essa atenção básica, nós somos a atenção básica, e a nossa missão é essa, é esse fortalecimento, é essa educação, é essa integração, e a gente que tem que dar conta disso tudo” (DSC-NASF, pré-capacitação).

➤ Aspectos culturais entravam as ações do NASF

“É muito difícil isso, o gosto e a cultura. A população ainda só quer o medicamento, o médico ou a enfermeira. Eles vão para os PSF's para procurarem a medicação, para aferirem.... A pior barreira que acho é cultural, porque a própria ACS prefere dar o remédio; a própria enfermeira quer logo o próximo da prevenção, porque ela chega tem 60 prevenções para ela fazer. Ela não se senta com a gente e espera que termine a palestra. Então, a pior barreira que eu encontro lá é a barreira cultural, porque você tem nas atividades do PSF o planejamento familiar, tem unidade de saúde que é só entregar o anticoncepcional. A barreira cultural é realmente muito grande. Não só da população, mas também dos profissionais. A gente tem que lembrar também disso. Falta a sensibilização também dos profissionais de saúde. Aquela história de humanizar o profissional é muito feio, porque é muito difícil você humanizar um humano. Ensinar uma pessoa a ser humano, é complicado. Então, as barreiras tendem só a aumentar, apesar de lá a gente já tentar trabalhar com isso, então a barreira eu concordo que é mais cultural” (DSC-NASF, pré-capacitação).

“O paciente chega já bem determinado do que ele quer; ele vai, “ah doutor, passe aí pra mim o remédio tal”; “ah, eu to sentindo uma dor assim, passe pra mim aquele remédio”. Então ele já sabe o remédio que ele vai ter que tomar. Ele já chega já dizendo o que ele quer. O médico ou a enfermeira, ela já tem uma orientação maior, antes que era só atendimento; então agora já tem essa questão de orientar; de dizer, de ter uma orientação maior com relação ao paciente. Então já mudou bastante isso [...]. Então é um trabalho muito difícil porque a gente esbarra com a questão cultural” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ A falta de infraestrutura

“As dificuldades de como trabalhar da melhor forma e de fazer realmente o papel como o NASF [...] a dificuldade de carro. No nosso município a gente tem dificuldade de deslocamento. A dificuldade realmente que eu sinto é a parte estrutural. É a questão do carro, que a gente não tem. Eu tenho plena consciência de que se o NASF tivesse um carro para ele, a gente teria como trabalhar melhor. Porque tem dia que a gente vai para localidade, faz atividade nessa localidade, e fica lá até aparecer um carro para trazer a gente de volta. Se tivesse um carro a gente fazia a atividade, voltaria para o posto, atenderia, fazia demanda espontânea, então seria duas atividades numa manhã, que ajudaria o nosso trabalho melhor. Isso é fundamental, só que, assim, recai muito a questão estrutural dos municípios [...] como que você vai fazer trabalho de promoção NASF que referencia 8 unidades, 9 unidades de saúde, sem transporte? É fato. Transporte da sede que é perto, se a equipe tiver sensibilidade pode estar indo com o seu transporte, 3 km, 5 km não mata ninguém nem deixa ninguém mais pobre nem mais rico, mas tem equipes que ficam longe mesmo, 15 km, 20 km. [...] Não só a questão do transporte, mas da estrutura física em si, porque como o NASF veio como apoio, e veio depois, todas as unidades básicas de lá são bem estruturadas mas não tem esse espaço para o NASF, então só sobra o que? A sala de espera. É difícil. Como a gente vai fazer uma atividade educativa, uma oficina numa sala de espera? A gente não tem esse espaço. Então a gente acaba tendo que esperar um dia que o médico falte, ou não esteja na unidade para gente poder ocupar a sala dele. Muitas vezes acontece do enfermeiro ceder a sala dele; deixar de atender para gente poder atender, ou fazer a nossa atividade, e a gente acaba ficando um pouco frustrado com essa situação. Então, terapia mental gente, não dá para fazer em qualquer espaço. Tem que ter privacidade. Você vai ter que dar suporte; acontece choro; acontece depoimento. A gente não está tendo muito esse apoio. A gente busca salão paroquial, associações, mas eles também tem cronograma, e às vezes a prioridade, como o espaço é deles, quebra. E quando quebra essa sequência, para você reestruturar grupo, dificulta bastante. Então a gente fica meio que com uma vontade de desistir, mas ao mesmo tempo não, eu vou mostrar para ele que eu tenho um objetivo para estar aqui [...]” (DSC-NASF, pré-capacitação).

“Tirando aqueles postos que são ambulantes, que ele não tem a estrutura física ai cada dia é em uma casa de uma pessoa, é em uma igreja de outra, a gente tenta ir, mas ai também é aquela problemática ai se não tem carro ai não é nada conveniente nem a própria pessoa vai porque tem pontos que não são postos, são pontos de apoios, eles são ambulantes. [...] Acho que é uma coisa que tem que ser implementada, criar um espaço saudável, um espaço em que, onde a gente possa realizar oficinas com estrutura, porque a gente as vezes não tem uma estrutura legal. Se o CRAS tivesse a estrutura que era para ter, a gente faria esses momentos no CRAS, porque já faria até uma parceria, uma intersetorialidade, mas infelizmente não tem. Geralmente os prédios são alugados; não existe um espaço amplo e isso já dificulta” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ A demanda de usuários é muito grande

“Porque é uma demanda muito grande. [...] porque era muita gente e um barulho muito grande no posto. Acaba chegando muita demanda [...] O município lá é enorme, muita gente, uma população gigantesca, nós não temos a referência da atenção secundária por exemplo. O paciente que eu visito se precisa do atendimento individual, se ele não vier para mim ele não vai para ninguém e o NASF não é porta de entrada, e ele tem que vir da equipe de saúde da família [...] É uma demanda enorme, e tem os atendimentos individuais, que infelizmente na população é o mais válido, então super lota, e a gente não tem como acabar com fila de espera. Cada dia que passa aumenta mais e a população só dá valor ao atendimento, quando já tem uma patologia “não vou pra grupo não, porque eu quero ser atendido no consultório”. Eu quero bater realmente na mesma tecla. A gente hoje, eu atendo 47 pessoas, e é uma fila enorme na lista de espera. Como é que eles vão contratar novos profissionais? A gente sempre conversa... Ou a gente fica só no NASF e contratam outros profissionais pra ficar só no atendimento individual que nunca vai deixar de existir” (DSC-NASF, pré-capacitação).

➤ A falta de letramento em alimentação e nutrição dificulta as ações do NASF

“Eu vou para o NASF, levo maçã, já levo lavadinha, levo um papel alumínio e tal; mas o que é mais prático? É andar com a barra de cereal dentro da bolsa ou andar com uma maçã? Muitas vezes fala que a alimentação é cara. Mas é só questão mesmo de como você vê o benefício. Porque muitas vezes é caro comprar um real de maçã, que são três maçãs; dá para três lanches ou três pessoas e não é caro comprar um real de doce. Então é muito questão mesmo do hábito da pessoa que é o grande desafio dos profissionais da saúde quando se trata de doenças crônicas não transmissíveis. É realmente sensibilizar as pessoas que a alimentação tem o custo benefício. Vai investir na saúde e para a pessoa entender isso é que eu acho o grande desafio mesmo dos profissionais da saúde” (DSC-NASF, pós-capacitação).

Categoria 04: “Aplicabilidade do Plano Estratégico para o Enfrentamento das DCNT: as fortalezas

Os profissionais do NASF foram bastante concisos quanto às fortalezas encontradas na aplicabilidade do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil. Poucas ideias centrais no

discurso dos profissionais de saúde, que apontassem na direção de elementos positivos na aplicação do Plano, puderam ser capturadas, tanto na pré quanto na pós-capacitação. Para se conhecer as razões da escassez de pontos positivos identificados pelos profissionais, seriam necessários outros Círculos de Diálogo que tivessem essa questão específica como tema a ser dialogado e aprofundado, mesmo porque a primeira ideia central que emergiu no processo dialógico da pré-capacitação desta 4ª Categoria - *“existe integração entre as equipes profissionais”* - se contrapõe ao discurso anterior em que os pesquisados apontaram *“a difícil integração entre as equipes dos profissionais de saúde”*, aludido na 3ª Categoria. Isso mostra que no processo de formação continuada desses profissionais outros momentos dialógicos devem ser proporcionados para que haja a oportunidade de se reelaborar, através da reflexão e do diálogo, a prática vivenciada por eles no campo da promoção da saúde e prevenção de DCNT.

Dessa forma, as ideias centrais identificadas no discurso dos entrevistados foram: i) existe integração entre as equipes dos profissionais de saúde (pré-capacitação); ii) é muito positivo ter diversidade de ações (pré-capacitação); iii) a relevância das ações de prevenção com mães-crianças (pós-capacitação). Abaixo estão os discursos representativos de cada ideia central mencionada:

➤ **Existe integração entre as equipes dos profissionais de saúde**

“Porque o médico participa, a enfermeira participa, desde quando tudo é bem planejado [...] não são todos os postos mas eu consigo na maioria a participação do médico e do enfermeiro [...]” (DSC-NASF, pré-capacitação).

➤ **É muito positivo ter diversidade de ações**

“Nosso maior desafio não era implementar ações, pelo contrario a gente conseguia fazer uma diversidade de ações. A gente queria que fossem ações longitudinais para realmente ter um impacto na vida daquelas pessoas que não fosse só em um dia de campanha, mas que fosse algo que perdurasse. A gente tenta trazer o ACS pra perto e foi assim que deu certo, por exemplo. A gente tem todo mês uma capacitação com os temas que eles trazem vindos da população” (DSC-NASF, pré-capacitação).

➤ **A relevância das ações de prevenção com mães-crianças**

“Com relação ao PSE eu concordo aqui com a colega aqui que a gente tem tido bons resultados oportunidade de estar com as crianças desde cedo, fazendo um trabalho preventivo e também com as mães das creches. Que também é um trabalho preventivo porque é dentro de casa, na família” (DSC-NASF, pós-capacitação).

Categoria 5: “Promoção da saúde no local de trabalho: a educação como alicerce

Os entrevistados manifestaram em seus discursos bastante dinamismo a respeito das ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT realizadas em seus ambientes de trabalho. Isso mostra integração com a Estratégia Saúde da Família, principal organizadora da Atenção Básica, que desempenha, dentre outras funções, a articulação de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação - trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2009). Os discursos apresentados abaixo surgiram dos diálogos dos entrevistados, cujas ideias centrais identificadas foram: i) educação em saúde, nutrição e atividade física com hipertensos, diabéticos e outros grupos (pré e pós-capacitação); ii) educação com saúde vocal nas escolas (pós-capacitação); iii) estratégias de prevenção de DCNT com escolares (pós-capacitação).

➤ **Educação em saúde, nutrição e atividade física com hipertensos, diabéticos e outros grupos**

“A experiência que eu quero relatar aqui é em relação a um trabalho que eu venho desenvolvendo. Momentos educativos, orientando na parte nutricional. O trabalho que é feito mais intensificado é com relação ao hipertenso e diabético [...] o festival de sucos, é realizado dentro dos postos de saúde, em escolas ou em creches. A gente mostra o que é que compõe aquele suco; quais são as vitaminas que existem e para que serve. São vários tipos de sucos. Dura em média uma hora. A gente faz cinco variedades de sucos, mostrando a importância do valor nutricional de cada um. Isso para reduzir também o consumo de sucos industrializados e refrigerantes e também fazer o aproveitamento de coisas que se joga fora, que pode ser aproveitado. Outra experiência, da última campanha da gripe, em que participaram hipertensos diabéticos, pessoas idosas, gestantes, nutrizes e mães de crianças menores de 2 anos. Eu tive a oportunidade de fazer vários grupos para esclarecer a questão da alimentação

saudável. Existe também um trabalho voltado para o pró-jovem. A gente se preocupa muito com a questão do diabetes na adolescência e a diabete gestacional. A gente trabalha com educação em saúde. É estratégia de educação mesmo. Na maioria das vezes é só educação alimentar. Eu trabalho muito com educador físico e geralmente vai a nutricionista e o educador físico para as ações. Ele faz atividade física na praça. [...] O trabalho com orientação em saúde. A gente escolhe uma igreja, uma escola, um galpão, algum lugar que a gente possa se reunir junto com a população e fazer as orientações através de slides, ou então dinâmicas ou então oficinas. A gente consegue obter bons resultados através de oficinas, oficinas de mastigação, oficina de voz, teatrinho, fantoches com crianças [...] A gente trabalha grupos de hipertensos, diabéticos. Qual a necessidade deles? e as perguntas básicas eram assim: O que eles conheciam sobre a hipertensão arterial. A maioria conhece muito pouco; só sabe que a pressão está alta. Muitos deles procuram evitar o sal; muitos não tem uma atividade física. E aí perguntamos se eles queriam entender o que é a hipertensão arterial. Nós temos todo mês. Em um dos encontros a gente trabalha o que é hipertensão e diabetes; no segundo a gente trabalha a importância da prática regular da atividade física; no outro encontro a gente trabalha a alimentação saudável; no outro encontro a gente trabalha a autoestima; no outro encontro a gente trabalha o uso racional de medicamentos. A gente tem uma proposta de que a cada seis meses muda esses grupos, dentro do PSF, vamos dizer se esse semestre aquela unidade trabalhou hipertensos e diabéticos com bases nos problemas, numa avaliação epidemiológica da área descrita, eles dizem “não agora, a gente tá pretendendo trabalhar as gestantes”. De acordo com a necessidade nós elaboramos as orientações, as palestras e fornecemos. Às vezes orientamos alimentação, o que cada alimento. A educadora física também faz semanalmente grupos com hidroginástica.. Antes das palestras a gente faz um exercício físico; quando é idoso a gente faz exercício com eles sentados mesmo. A atividade física junto com a informação. Informação que vai trazer para eles uma melhoria no seu dia a dia, na sua alimentação [...] tem a semana do hipertenso, e o diabético, então a gente sempre tá levando informação tanto pro hipertenso quanto pro diabético, tanto a assistente no nosso NASF a assistente social, nutricionista, psicólogo e educadora física. Nós também trabalhamos a saúde com a educadora física, então tem toda semana tem a caminhada, principalmente as pessoas que tem sobrepeso, tá sendo feito um projeto agora com as crianças diabéticas, sobrepeso e diabete, pra trabalhar de uma forma mais lúdica, teatro de boneco, seria um vídeo animado. A gente está conseguindo essa maneira criativa para trabalhar esse tipo de doença no nosso PSF. A aplicabilidade no meu local de trabalho tá sendo boa. A gente consegue atender os 5 PSF. Estamos trabalhando principalmente nas zonas rurais, que são as zonas que tem muito casos de diabetes, porque lá tem muito engenho, e tem muita gente que tem diabete, e a gente tá tentando trabalhar muito em cima da alimentação saudável, pra essas” (DSC-NASF, pré-capacitação).

“Orientações nutricionais para aquele grupo de hipertensos e diabéticos em uma roda de diálogos que ela falava e eles iam tirando as dúvidas, colocando as experiências diárias dele A gente começou a trazer principalmente em forma da sala de espera. A gente ia no dia do hiperdia, no dia do diabetes, no dia la dos idosos, no grupo de gestantes e nos demais grupos que a gente ta tentando fazer, o de tabagismo, dentre outros. A gente vinha tentando trazer a cada dia a tabela e falava sobre os alimentos.

No dia que a nutricionista ia falar [...] cutucava, mulher o que é isso? o que é uma porção? E aí vocês entenderam e o que é o açúcar na comida? A gente tenta fazer com que o paciente pergunte. A gente faz a brincadeira da bola de cristal, da música de tirar búzios e eles se animam e tentam realmente dar o máximo de informação [...] Então nós temos um programa no NASF, que a gente tá acompanhando as gestantes, então cada profissional do NASF desenvolve um tema, uma atividade educativa ou mesmo, um grupo, uma roda de conversa relacionada a sua área. Então assim, eu como psicóloga, trabalho muito essa questão da autoestima e do vínculo com o bebê, porque se não houver uma boa aceitação dessa criança, essa gestação muitas vezes não corre bem e com o nascimento dessa criança a gente sabe que também existe riscos da depressão pós-parto. [...] Mas eu fiquei impressionada, porque um brócolis, uma rúcula, uma ou outra verdura diferente, a verdura mesmo, realmente em termo de paladar às vezes não é gostoso mesmo, porque eu, particularmente, tem coisas que eu não gosto, mas a fruta doce, exposta, de graça e era recusada. Nas palestras educativas que a gente fala muito com hipertensos, nos postos de saúde, e a maioria fala assim, “mas é tão bom um tocinho, é tão bom, uma feijoada”, o que eles gostam é disso mesmo, é da gordura. Então, para os hipertensos está” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ Educação em saúde com saúde vocal nas escolas

“Também faço grupos nas escolas. Com relação à saúde vocal com os professores. Algumas pessoas da escola, funcionários da escola que não são professores, da coordenação, serviços gerais, vai todo mundo. Já chegou a ir até o vigia” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ Estratégias de prevenção de DCNT com escolares

“Eu acho o PSE uma estratégia muito boa para se trabalhar essa prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Porque as crianças elas têm preocupação com os pais, com os avós, “é tia, isso aí meu avô tem, é mesmo”, “tia o que que é bom pra isso?” Elas têm preocupação não só com elas, mas com os pais e avós” (DSC-NASF, pós-capacitação).

Categoria 06: “Promoção da saúde no local de trabalho: a diversidade de ações integradas”

Ao dialogar sobre o tema “O que conheço sobre o plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil? O que penso sobre sua aplicabilidade? Como tenho desenvolvido as atividades de promoção da saúde no meu local de trabalho?”, os entrevistados

relataram as ações desenvolvidas em seus locais de trabalho. O discurso dos profissionais mostra várias ações que podem ser consideradas bastante relevantes para a promoção da saúde e prevenção de DCNT. No entanto, os entrevistados não relacionaram tais ações como pontos positivos, no que diz respeito à aplicabilidade do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas no Brasil, como discutido acima. Isso corrobora a necessidade apontada anteriormente de que uma capacitação continuada contribuirá para o aperfeiçoamento das ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF, na medida em que eles forem identificando as fortalezas e debilidades no trabalho da equipe.

No discurso foram identificadas as seguintes ideias centrais: i) as ações de promoção e prevenção de DCNT (pré e pós-capacitação); ii) Ações com usuários dentro do CSF (pré-capacitação). Abaixo estão os discursos representativos dessas ideias centrais:

➤ **As ações de promoção e prevenção de DCNT**

“Outra coisa também que a gente faz, geralmente eu e o educador físico, é ir para a rádio; quando deixam porque isso é complicado arranjar uma vaga na rádio. Mas eu adoro, porque é uma hora que eles ligam fazendo perguntas. Uma vez eu fui falar sobre diabetes [...] um grande número de homens diabéticos descompensados, totalmente descompensados, e eu falei na rádio, sobre diabetes, e falei da possibilidade da impotência. Foi uma coisa fantástica. Eu nunca vi tanto homem na minha sala de espera. Eu tentei fazer um grupo mas eu não consegui, eu só consegui atender individualmente, mas estava cheio de homens os diabéticos. Então eu acho que a rádio é um veículo bem interessante. Já falei sobre diabetes, hipertensão, alimentação saudável. Temas de acordo com o calendário da saúde. Tive uma resposta muito boa. [...] a promoção da saúde é realizada dessa forma, nós temos também a atividade física na praça, aonde toda a população em vai. Nós temos atividades de saúde do homem, que gente começou a fazer no terço dos homens. Pedimos permissão ao padre. No final do terço dos homens, nós nos reunimos com os homens na igreja e passamos para eles algumas temáticas relativas à saúde do homem. Relativo a saúde geral a gente trabalha com a educação em saúde” (DSC-NASF, pré-capacitação).

“A gente está trabalhando a promoção da saúde através de práticas preventivas e saudáveis de vida. Eu trabalho com o programa do leite no meu município, e eu estou aproveitando e aplicando o questionário do SISVAN, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e marcadores de alimentos, de consumo alimentar. É impressionante como os idosos não comem verduras; raro aqueles que comem uma tomate, uma cebola e

um pimentão. Se você for falar de abóbora, de brócolis, de qualquer outra leguminosa, nesse sentido, eles não conhecem. Não sabem nem o que é, fazem é rir, “doutora, o que é isso?” Eu fiquei realmente assustada quanto ao nível alimentar ... como esses idosos se alimentam. Quando você parte para uma pessoa mais jovem, aí não, “não, eu como...”. A grávida, que a gente já faz essa aplicação desse questionário, também em grávidas, “não, eu como duas vezes, como três vezes”. Mas o idoso não sabe; para o idoso é o arroz, o feijão, a mistura e o leite, é assim que eles falam. Impressionante como realmente não há essa cultura alimentar no idoso. Verdura para eles é realmente uma coisa muito inédita [...] A gente trabalha com as mães, com as gestantes e no momento as crianças se fazem presentes para a degustação, porque se tem o hábito hoje em dia da mãe trazer já pronto, ki-suco, refrigerante. Então se faz a demonstração de como aproveitar um alimento que é jogado fora como a casca do abacaxi. A gente faz o aproveitamento do suco com a folha da seriguela. As crianças tomam, acham bom e as mães ficam admiradas que elas tomam e se fosse em casa talvez eles não tomassem [...] grupos com gestantes, aquelas mães que já estão próximas do 7º mês mais ou menos. Para passar orientação com relação à fala e à linguagem da criança do início até um ano e meio de idade. Com relação à audição também. Faço os grupos. Aproveito que vai todo o município para nossa sede e eu aproveito que as mães estão lá e faço estes grupos. Às vezes 20, chega até ser 30. Eu divido porque é muita gente. Sempre faço às sextas-feiras. No meu município eles estão implantando o HIPERDIA que é o acompanhamento de diabéticos e hipertensos. A gente está começando a fazer este trabalho com eles e ainda não posso dizer definitivamente se está sendo eficiente ou não, mas a gente está tendo este programa, até porque é o governo que está implantando uma sistematização de programas. Cada equipe forma grupos na medida do possível grupo de hipertensos, grupos de diabéticos, grupo de gestantes. O que eles pedem muito é sobre alimentação, até no último encontro que nós tivemos com o grupo de hipertensos, eles buscaram entender mais o rótulo dos alimentos, porque às vezes a gente fala muito sobre o consumo de sódio, sobre calorias. É importante eles entenderem o que vem no rótulo e como eles vão compreender aquelas informações. A partir do primeiro encontro eles, eles solicitam os próximos temas a serem discutidos, para não ser uma imposição da equipe. Outra coisa também é quando se refere à prevenção dessas doenças crônicas. Nós estamos trabalhando o PSE para não trabalhar só já o tratamento, mas também a prevenção. É feito o PSE em todas as escolas. É trabalhado a alimentação saudável, vários temas, mas a partir da antropometria quando a gente detecta alguma alteração, nós buscamos as famílias, para trabalhar tanto as famílias e as crianças, para não ficar só nas crianças. As informações também são repassadas para as famílias, justamente para prevenir obesidade, hipertensão, porque o índice de obesidade está elevadíssimo lá no município, já que a obesidade, leva à hipertensão e/ou diabetes” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ **Ações com usuários dentro do CSF**

“Outra coisa que nós fazemos é aproveitar a sala de espera. Não propor a palestra, mas já na sala de espera trabalhar esses assuntos. Os usuários vão buscar medicamento, pela consulta. Na sala de espera a gente já aborda esses assuntos que já é um momento

que vai passar mais rápido. É uma forma de evitar atritos por demoras, e “ah, tá passando na minha frente”, ali na sala de espera essa ação já vai ajudar nessa questão. Tem grupos formados com educador físico, em determinadas localidades. É programada uma ação com eles, ou do nutricionista, ou do fisioterapeuta, e assim vai levando [...] O PSF e o NASF criaram um projeto chamado saúde e movimento. Nesse projeto todos os profissionais participam, só que a atuação maior é dos fisioterapeutas e da educadora física e da nutricionista. O objetivo maior é para grupos de obesos. Temos também grupos com gestantes que a nutricionista, fonoaudiólogo orienta muito nessa área. Estamos fazendo sempre ações em educação em saúde de acordo com a necessidade de cada PSF, geralmente a gente conversa com as enfermeiras e vê a necessidade maior do grupo delas” (DSC-NASF, pré-capacitação).

Categoria 07: “O NASF se capacita: o letramento e a navegação em saúde”

Esta categoria representa o ápice da capacitação realizada pelo Plano Alfa-Saúde, porque os entrevistados revelaram, através do Círculo de Diálogo, a contribuição que a ação educativa trouxe para a melhoria das suas competências e habilidades em seus locais de trabalho. De todas as seções dos discursos, esta foi a que mais ideias centrais surgiram para a presente análise, corroborando, assim, o acréscimo intelectual e técnico dirigido aos profissionais capacitados. Foram identificadas as seguintes ideias centrais do DSC: i) A importância da capacitação para a prática no serviço; ii) Adequação da linguagem do profissional à do usuário; iii) Identificando o letramento do usuário; iv) Sensibilização para a questão do letramento; v) Enfoque do letramento com ACS; vi) Compreensão da realidade do letramento do usuário. Abaixo estão elencados os DSC das referidas ideias centrais.

➤ **A importância da capacitação para a prática no serviço**

“A contribuição do curso no nosso cotidiano é .. eu acredito assim que a gente já desenvolvia estas atividades antes do curso [...] eu acho que aos poucos a gente pode estar trabalhando esta dificuldade que você está tendo. Não precisa ser repassado este letramento assim de uma vez só, aos poucos você vai injetando, esclarecendo, mesmo em grupo pequeno você pode conseguir algumas coisas. E quando chegar um determinado tempo acho que você já tem concluído um percentual bem bom. Lá em (município x) nós tentamos repassar para as agentes de saúde infelizmente neste dia nós não tivemos tempo porque estava havendo outra capacitação, mas ficamos de

repassar. Acredito que elas receberam de bom grado, porque elas iriam referir como uma coisa a mais que elas teriam que abordar junto ao paciente, junto às famílias que elas dão acompanhamento. Eu acho que não deve pegar como uma carga negativa. Aos poucos vai trabalhando que consegue melhor. Se não fica muito angustiada e não consegue fazer. E são temas tão bons, tão interessantes [...] bem como também me preocupo com a navegação do usuário de que eu solicito um retorno daquela instituição de ele foi realmente atendido, se não foi, qual é realmente o problema dele. Porque as vezes o usuário chega pra gente e fala uma coisa diferente daquilo que foi colocado pela instituição. E com este treinamento eu melhorei as técnicas; aprendi de uma forma adequada. Foi um treinamento que muito enriquecedor para mim. Eu levo isso desde o começo, tentando sempre aprimorar o que foi passado no treinamento, apesar de já ter uma noção, já ter aquela intenção de estar fazendo mais ou menos o que foi passado. Eu fiquei satisfeita com o curso porque foi um momento que eu pude encontrar, conhecer profissionais que também estão na luta de tentar melhorar o trabalho do NASF; de mostrar como é que realmente é o trabalho do NASF. Foi uma troca de experiência” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ **Adequação da linguagem do profissional à do usuário**

“Eu venho tentando da minha forma falar a linguagem deles; ver dentro do posto as orientações e verificar se eles realmente assimilaram alguma coisa. Isso ai é uma coisa que eu passei a fazer depois do treinamento. Ai antes eu não me atentava para esta questão de ter gente que não sabia ler ai eu entregava o plano e nunca imaginei, nunca me atentei para isso. A partir dai eu já comecei. Quanto esta questão de letramento de pacientes eu me toquei muito para isso. Eu vi que eu não sabia dar nenhuma informação e hoje eu chego muito cedo na secretaria e com os pacientes e “olha como é que eu posso” e hoje em dia já. E alerto as pessoas, os meus colegas como é que se faz isso porque os coitados são completamente perdidos. Principalmente quando ele tem um serviço que não é para ter, aí é que a gente precisa ajudar” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ **Identificando o letramento do usuário**

“Os pacientes diabéticos que eu tenho, pobres, quando eu vou fazer a anamnese, vou fazer perguntas a eles eu tenho certeza absoluta que eles não comem aquilo porque eles dizem que comem verdura. Então às vezes eu digo alguma coisa que nem tem em (município x), tipo assim, você gosta de rúcula? Ela diz, eu adoro rúcula. Eu tenho certeza que ele não sabe nem o que é cheiro verde quanto mais rúcula. Esse é um letramento que eles tem que [...] fico espantada, que a gente superestima e as vezes a gente subestima demais. É terrível o estado do diabéticos no interior, terrível, terrível, eles vivem à base de carboidratos. Então é muito difícil, mas eles tem um letramento que é televisivo, eles sabem o que a gente está falando, por isso que as vezes eles se

sentem envergonhados de dizer que não tem aquilo para comer. às vezes não sabem assinar e têm vergonha” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ **Sensibilização para a questão do letramento**

“Apesar de eu ter uma certa sensibilidade; sempre tive uma empatia com as pessoas sejam de que nível for. Eu sempre tentei me comunicar da melhor maneira possível. Em nutrição, alimentação, em educação alimentar, se você não tiver, você não é entendido de maneira nenhuma. Com qualquer médico de saúde pública, enfim, a linguagem que eles usam é muito interessante, dá para escrever um livro então alimentação também é a mesma coisa [...] É uma experiência que eu tive, é um acolhimento em saúde mental. Eu fui fazer o acolhimento naqueles pacientes que estão indo para o psiquiatra e uma das estratégias que eu utilizei é para esta questão de saber se a pessoa tem baixo letramento para dar um suporte melhor e a gente tem a produção e a pessoa precisa assinar a produção [...] “não eu não sei assinar”, então você já tem um cuidado melhor e a dificuldade que eu vejo, muito pacientes quando eu estava ali naquele acolhimento que ele entrava na sala do médico, quando ele saía ele me pedia orientação para dizer como é que era. Então, o que é que eu percebi?. Eles não assinam a produção do médico porque eles assinam antes na recepção e assim que pegam a ficha, eles assinam. Então o médico não tem esta oportunidade de ver ou de perceber que aquele usuário não sabe assinar, não sabe ler, nem escrever. Eu senti muita esta necessidade [...] “doutora como é aqui o remédio; é assim... assim... com muitas dúvidas quando sai da sala do médico e eu acho que isso sim é (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ **Enfoque do letramento com ACS**

“Sempre com relação ao letramento eu faço com as agentes de saúde, constantemente. Passo para elas algumas informações para elas passarem para as mães” (DSC-NASF, pós-capacitação).

➤ **Compreensão da realidade do letramento do usuário**

“Eu acho que o letramento, o que ficou mais, que foi mais interessante é que o profissional não pode chegar com uma visão e impor para o paciente o que é melhor para ele. Ele tem que realmente ser sensibilizado e a partir do que ele entender e da realidade dele, ele melhorar o estilo de vida. Até a questão do tabagismo. A pessoa sabe que cigarro prejudica a saúde. Não adianta a pessoa chegar dizendo “você não pode fumar”; “você tem que parar de fumar porque prejudica a...”; a pessoa já sabe. Realmente orientar. A questão do letramento levou a compreender mais o paciente; compreender com relação àqueles maus hábitos que eles têm; o estilo de vida dele. O nível de escolaridade também, porque a gente chega para fazer uma palestra com o material, panfleto e tudo, e às vezes naquele panfleto tem termos mais técnicos, que às vezes dificulta até a gente usar sinônimos para poder passar uma informação para eles.

Às vezes até a maioria não sabe ler, não sabe escrever; às vezes faz só o nome. A gente agora está fazendo um material mais ilustrativo. Antes tinha ilustração, mas agora a gente está voltado mais para o ilustrativo, para que ele possa entender mais a informação que a gente está querendo passar. Até também a questão do visual, datashow. Numa oficina, ou apenas no falar mesmo, termos, expressões mais conhecidas deles; usar o linguajar dele para que ele possa estar entendendo e fazer com que ele participe” (DSC-NASF, pós-capacitação).

4.2 Análise dos materiais educativos escritos dirigidos aos usuários do SUS

Neste subcapítulo serão apresentados os achados referentes à avaliação dos 47 materiais educativos escritos encontrados nos sites do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde e INCA, segundo o SMOG e segundo SAM, ambos os instrumentos recomendados para avaliação de instrumentos com foco no letramento em saúde da população. Serão ainda apresentadas as propostas para melhor adequação de tais materiais aos pressupostos do letramento em saúde, quando pertinente. Na Tabela 16 são listados os temas enfocados nos materiais encontrados.

Tabela 16. Materiais educativos escritos nacionais oficiais destinados à população. Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Tema enfocado*	Número
Câncer	18
Nutrição e Alimentação	9
Tabagismo	8
Saúde nos ciclos da vida	4
Hipertensão arterial	3
Diabetes Melito	2
Obesidade	1
Alcoolismo	1
Atividade física	1

*Selecionados nos sites do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde e Instituto Nacional do Câncer.

4.2.1 Avaliação dos materiais educativos escritos segundo SMOG e SAM

A Tabela 17 exibe a classificação dos materiais educativos segundo o SMOG (Simple Measure of Gobbledygook). Consta-se que uma minoria dos materiais esteve adequado no que tange à exigência de anos de estudo para ser compreendido, uma vez que é desejável que todo material escrito seja redigido para nível equivalente a 6 anos de estudo ou à 6ª série do ensino fundamental (Rudd et al., 2005; Mayer e Villaire, 2007). A média de anos de estudo necessários para compreensão dos materiais educativos escritos segundo o SMOG foi de 8,4 anos.

Tabela 17. Proporção dos materiais educativos avaliados (n = 47), segundo a demanda por anos de estudo para compreensão adequada. Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Anos de Estudo necessários*	%
≤ 6	29,8
7-12	63,8
≥ 13	6,4
Total	100,0

*Avaliação segundo SMOG - Simple Measure of Gobbledygook (McLaughlin, 1969).

Quanto à avaliação segundo SAM, a Tabela 18 traz a classificação dos materiais educativos escritos avaliados segundo item constante nas 6 categorias deste instrumento de aferição.

Conforme preconizado para análise dos dados gerados pela aplicação do instrumento SAM, em um total de 100% de adequação, o material é considerado superior quando sua pontuação atingir de 70 a 100%, adequado de 40 a 69% e não adequado de 0 a 39% (DOAK, DOAK, ROOT, 1996). Na Tabela 19 é apresentada a classificação geral dos materiais segundo esta orientação.

Tabela 18. Classificação da adequação dos materiais educativos avaliados (n = 47) segundo os itens do instrumento SAM (Suitability Assessment of Materials)*. Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Itens avaliados	Classificação			
	Inadequado (%)	Adequado (%)	Superior (%)	Não se aplica (%)
Conteúdo				
Propósito evidente	---	19,2	80,8	---
Conteúdo sobre comportamentos	21,3	27,6	51,1	---
Escopo delimitado	6,4	23,4	70,2	---
Resumo ou revisão incluído	51,1	27,6	21,3	---
Demanda por alfabetização				
Nível de ensino	85,1	14,9	---	---
Estilo de escrita	48,9	29,8	21,3	---
Vocabulário	19,2	59,6	21,3	---
Contexto informado antes	10,6	21,3	68,1	---
Sinalizadores	10,6	6,4	83,0	---
Imagens/ilustrações				
Imagem de capa	2,1	14,9	27,7	55,3
Tipo de imagens	17,0	8,5	34,0	40,5
Relevância das ilustrações	61,7	25,5	12,8	---
Imagens explicadas	4,3	23,3	27,7	44,7
Legendas usadas para imagens	40,5	10,6	10,6	38,3
Layout e tipografia				
Fatores de layout	---	23,4	76,6	---
Tipografia	2,1	93,6	4,3	---
Uso de subtítulos	27,7	14,9	57,4	---
Estímulo/Motivação à aprendizagem				
Interações utilizadas	44,7	48,9	6,4	---
Comportamentos modelados e específicos	12,8	42,5	44,7	---
Motivação (auto eficácia)	4,2	21,3	74,5	---
Adequação cultural				
Coincidir na lógica, linguagem e experiência	10,6	34,1	55,3	---
Imagens e exemplos culturais	4,3	25,5	14,9	55,3

*SAM (Doak, Doak, Root, 1996).

Tabela 19. Classificação geral dos materiais educativos escritos avaliados segundo SAM (Suitability Assessment of Materials)*. Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Classificação	N	%
Inadequado	4	8,5
Adequado	30	63,8
Superior	13	27,7
Total	47	100,0

*SAM (Doak, Doak, Root, 1996).

Os dados constantes na Tabela 19 dão uma impressão otimista de que a presença de inadequação nos materiais avaliados é baixa. No entanto, ao se avaliar segundo as categorias do instrumento, percebe-se que há várias inadequações presentes, ainda que não impliquem em uma classificação geral como material inadequado (Tabela 20). Tais inadequações necessitam ser corrigidas a fim de se ter um material que seja devidamente compreendido pelo público alvo.

Tabela 20. Classificação da adequação dos materiais educativos avaliados (n = 47) segundo as categorias do instrumento SAM (Suitability Assessment of Materials)*. Plano Alfa-Saúde. Fortaleza, 2014.

Categorias*	Inadequação (%)
Conteúdo	55,3
Demanda por Alfabetização	87,2
Imagens	89,4
Layout/Tipografia	27,7
Estímulo/Motivação à Aprendizagem	42,6
Adequação Cultural	14,9

*SAM (Doak, Doak, Root, 1996).

4.2.2 Propostas para reformulação dos materiais educativos segundo os pressupostos do Letramento em Saúde

Neste subcapítulo serão apresentadas sugestões de reformulação para cada um dos materiais avaliados nos pontos em que não atingiram a pontuação

desejável. Tais sugestões, como referido na Metodologia, foram apoiadas em Rudd e Anderson (2006), Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2006) Soricone et al. (2007), Mayer e Villaire (2007) e Osborne (2013)

Material 01: Folheto Alimentação Saudável

Fonte: Dicas em Saúde (BVS - Ministério da Saúde, 2010)

Inadequação 1 – ausência de resumo ou revisão

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Atenção! Procure consumir uma variedade de alimentos in natura como regra da sua alimentação. Evite produtos processados com muito sal, açúcar e gorduras”.

Inadequação 2 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 14 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou a substituição de palavras polissílabas. A maioria das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 3 – não possui imagens

Sugestão de mudança: Poderia ser incluído um prato da cultura brasileira representando o uso dos alimentos in natura, o que poderia ilustrar outras características da alimentação saudável trabalhadas no texto como variedade, colorida, harmoniosa e com apresentação atrativa.

Inadequação 4 – relevância das ilustrações (ausência de ilustrações)

Sugestão de mudança: Incluir a imagem do prato da cultura brasileira sugerido no item anterior.

Inadequação 5 – subtítulos usados

Sugestão de mudança: O texto é dividido em 04 partes. As três primeiras partes possuem subtítulos com 01 a 06 itens, o que está adequado. Porém a última parte, não tem subtítulo e possui uma lista com 10 itens, o que ultrapassa a recomendação de no máximo 07 itens independentes. Sugerimos que essa última parte tenha um subtítulo denominado de “Orientações ou dicas para um estilo de vida saudável”, pois incluem dicas de alimentação, prática de atividade física e desestímulo ao uso de bebidas alcóolicas e tabaco. Ou que diminua a lista de 10 itens, retirando a parte de atividade física, álcool e tabagismo, deixando somente dicas de alimentação, já que o título e a mensagem principal do material é só alimentação saudável e não estilo de vida saudável.

Inadequação 6 – interação utilizada (não há estímulo para aprendizagem)

Sugestão de mudança: Das 04 partes, somente 01 é em formato de pergunta (a primeira). Sugerimos que as outras 03 partes também se adequem, substituindo frases por perguntas ao leitor. Parte 2 – Você conhece a responsabilidade do setor público para promoção da saúde? Parte 3 – Você sabe quais as principais características de uma alimentação saudável? Parte 4 – Você sabe como se alimentar de maneira saudável?

Material 02: Folheto Alimentação Saudável para crianças

Fonte: Dicas em Saúde (BVS - Ministério da Saúde, 2010)

Inadequação 1 – ausência de resumo ou revisão

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Atenção! Dê somente leite materno até os 06 meses de vida e após essa idade, dê uma variedade de alimentos in natura e evite alimentos com muito sal, açúcar e gorduras”.

Inadequação 2 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 13 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou a substituição de palavras polissílabas. A maioria das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 3 - contexto não é dado

Sugestão de mudança: Seria interessante que antes de dar orientações de como alimentar crianças menores de 02 anos fosse trazido o contexto da má alimentação nessa fase, falando brevemente sobre o impacto da má alimentação na saúde infantil.

Inadequação 4 – não possui imagens

Sugestão de mudança: Poderia ser incluído um prato que ilustrasse a consistência da papa do bebê (espessada com a colher). Ou, como se fala muito de alimentação variada com alimentos de diferentes grupos, seria interessante ilustrar pratos com alimentos de vários grupos.

Inadequação 5 - relevância das ilustrações (ausência de ilustrações)

Sugestão de mudança: Incluir as imagens sugeridas no tópico anterior.

Inadequação 6 - subtítulos usados

Sugestão de mudança: O texto é dividido em 02 partes. As duas primeiras partes possuem subtítulos com 10 itens cada uma, o que está inadequado (máximo de 07).

Poderiam ser excluídos itens que fogem ao escopo do material como a orientação sobre uso da TV, videogame e computador.

Inadequação 7 – interação utilizada (não há estímulo para aprendizagem)

Sugestão de mudança: Os títulos na forma de frases das duas partes do material devem ser substituídos por perguntas como “Você sabe como alimentar a criança pequena?”

Material 03: Folheto Alimentação de crianças

Fonte: Dicas em Saúde (BVS - Ministério da Saúde, 2005)

Inadequação 1 – ausência de resumo ou revisão

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Atenção! Dê somente leite materno até os 06 meses de vida e após essa idade, dê uma variedade de alimentos in natura e evite alimentos com muito sal, açúcar e gorduras”.

Inadequação 2 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 11 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou a substituição de palavras polissílabas. Algumas sentenças têm mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 3 – estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Começar todas as sentenças com voz ativa, exemplos: “Dê somente leite materno,,,”; “Ofereça de forma lenta e gradual, a partir dos seis meses, ...”; “Dê alimentos complementares, a partir dos seis meses...”; “Ofereça alimentação complementar sem rigidez de horários...”; “Dê a alimentação complementar espessa/grossa desde o início...”; “Ofereça a crianças diferentes alimentos...”; “estimule o consumo diário de frutas...”; “Evite açúcar, café...”; “Cuide da higiene no preparo...”; “Estimule a criança doente...”.

Inadequação 4 – legendas para imagens

Sugestão de mudança: A única imagem usada representa ou explica o passo 5 quando fala que a alimentação deve ser espessa e oferecida de colher. Portanto deveria ficar próxima à frase que representa a imagem.

Inadequação 5 – interação utilizada (não há estímulo para aprendizagem)

Sugestão de mudança: Só há 01 título no material, sugerimos que esse título se transforme em uma pergunta (“Você sabe como alimentar a criança pequena?”) a fim de que exista uma interação pelo menos passiva.

Material 04: Folheto Alimentação saudável para adolescentes e maiores de 60 anos

Fonte: Dicas em Saúde (BVS - Ministério da Saúde, 2010)

Inadequação 1 – ausência de resumo ou revisão

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Não esqueça, alimente-se preferencialmente com uma variedade de alimentos in natura (frutas, verduras, legumes, grãos, arroz, feijão) e evite alimentos com muito sal, açúcar e gorduras”.

Inadequação 2 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 10 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou a substituição de palavras polissílabas. Algumas sentenças têm mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 3 - contexto não é dado

Sugestão de mudança: Seria interessante que antes de dar orientações sobre alimentação saudável para adolescentes e maiores de 60 anos fossem trazidas informações sobre os benefícios gerais que esses comportamentos, em conjunto, trariam para saúde tais como maior proteção contra doenças, maior expectativa de vida e melhor qualidade de vida.

Inadequação 4 – tipos de imagens

Sugestão de mudança: Poderia ser incluído um prato típico brasileiro, como arroz com feijão, carne e salada para ilustrar boa parte do que o material propõe como uma alimentação saudável. O resumo ou revisão sugerido na inadequação 1 poderia vir após essa imagem.

Inadequação 5 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Não há ilustrações no material. Sugerimos a inclusão do prato típico brasileiro com almoço, conforme orientação anterior.

Inadequação 6 – legendas para imagens

Sugestão de mudança: Com a inclusão da imagem do prato típico brasileiro a legenda seria o resumo ou revisão do material, conforme sugerido na inadequação 1.

Inadequação 7 – subtítulos usados

Sugestão de mudança: Há duas partes no material, cada qual com um subtítulo. Mas cada parte tem mais do que 07 itens independentes. A primeira e segunda parte tem 10 itens cada. Sugerimos reduzir o número de itens retirando orientações voltadas à prática

de atividade física, uso de TV, computador, consumo de álcool e tabaco, pois fogem ao escopo do material que traz como ideia central a alimentação saudável e não estilo de vida saudável. Ou criar outro subtítulo intitulado “outros hábitos saudáveis”.

Inadequação 8 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os dois subtítulos que são frases podem ser substituídos por perguntas como “Você sabe como ter uma alimentação saudável na adolescência?” “Você sabe como os maiores de 60 anos devem se alimentar?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação do tipo pergunta e resposta.

Inadequação 9 – instruções para comportamento

Sugestão de mudança: A informação é apresentada em termos inespecíficos ou categorias, como grupos de alimentos, por exemplo. Fala demasiadamente de porções de grupos de alimentos, mas não explica o que é uma porção e por vezes diz o número de porções e em outras, não. Exemplos de outros termos inespecíficos e muito técnicos: combinação completa de proteínas, lanches saudáveis, diminua o consumo de sal (não especifica a quantidade que pode ser ingerida), coma no café da manhã (não especifica o que o adolescente deve comer). Os termos muito inespecíficos e categorias devem ser evitados, dando informações que direcionem melhor o comportamento do leitor. Exemplo: explicar o que é uma porção de todos os alimentos de todos os grupos mencionados, dizer o número de porções de todos os grupos, retirar a expressão combinação completa de proteínas, citar exemplos de lanches saudáveis entre parênteses, especificar a quantidade de sal que deve ser consumida por dia para uma pessoa e para uma média de 04 pessoas, especificar como deve ser um café da manhã saudável para o adolescente.

Material 05: Folheto Adolescência saudável

Fonte: Dicas em Saúde (BVS - Ministério da Saúde, 2006)

Inadequação 1 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 10 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou a substituição de palavras polissílabas. Algumas sentenças têm mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 2 – tipos de imagens

Sugestão de mudança: A mensagem só deve ser utilizada para explicar alguma informação. Nesse sentido, sugerimos colocar uma imagem como a tabela dos valores de IMC orientando o limite de peso saudável para eles (que é uma informação muito inespecífica dada no material). Ou, uma imagem de um poro da pele tampado pela gordura, o que facilitaria a explicação que a má alimentação contribui para o aparecimento de acnes.

Inadequação 3 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Não há ilustrações no material. Sugerimos a inclusão das imagens do item anterior.

Inadequação 4 – legendas para imagens

Sugestão de mudança: Com a inclusão da imagem sugerida anteriormente a explicação sobre a influência da má alimentação sobre o aparecimento de acne viria como legenda da ilustração sugerida.

Inadequação 5 – subtítulos usados

Sugestão de mudança: Há três partes no material, cada qual com um subtítulo. Mas a 2ª parte, que fala sobre alimentação saudável, tem 10 itens independentes. Sugerimos reduzir o número de itens da parte alimentação saudável retirando orientações voltadas à prática de atividade física, mastigação e manutenção do peso criando outro subtítulo para essas outras orientações sobre estilo de vida saudável.

Inadequação 6 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os três subtítulos que são frases podem ser substituídos por perguntas como “Você sabe por que devemos cuidar da saúde da nossa boca?” “Você sabe como os adolescentes devem se alimentar para ter mais saúde?”, “Como fazer para evitar ou cuidar da acne?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação passiva, do tipo pergunta e resposta.

Material 06: Manual pare de fumar 01 (Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde)

Fonte: Publicações (INCA - Ministério da Saúde, 2004)

Inadequação 1 – ausência de resumo ou revisão

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do manual poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Portanto, pense nos males que o cigarro traz a sua saúde, analise o seu desejo de parar de fumar, escolha o método mais adequado para você deixar de fumar e comece! Lembre-se: o hábito de fumar prejudica a saúde”. Ou fazer uma breve revisão em cada tópico.

Inadequação 2 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 11 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou a substituição de palavras polissílabas. Metade das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 3 – Imagem e exemplos culturais

Sugestão de mudança: A imagem do homem fumando é muito caricaturada e exagerada e culturalmente falando a maioria dos brasileiros não se veste de paletó, como no exemplo fornecido ao longo do material. Sugerimos a substituição da imagem por outra menos caricaturada, sem paletó, que se assemelhe ao tipo físico da maioria dos brasileiros e poderia ter imagem de homem e mulher, para não associar o hábito de fumar somente ao sexo masculino.

Material 07: Manual pare de fumar 02 (Deixando de fumar sem mistérios: os primeiros dias sem fumar)

Fonte: Publicações (INCA - Ministério da Saúde, 2004)

Inadequação 1 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 10 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. Metade das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Material 08: Folheto Hipertensão

Fonte: Dicas em Saúde (Ministério da Saúde – BVS, 2004)

Inadequação 1 – ausência de resumo ou revisão

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do manual poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Portanto, para prevenir o aparecimento da hipertensão tenha um estilo de vida saudável: alimente-se bem, faça atividade física e evite estresse, álcool e fumo”.

Inadequação 2 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 9 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. Algumas sentenças têm mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 3 – tipos de imagens

Sugestão de mudança: A mensagem só deve ser utilizada para explicar alguma informação. Nesse sentido, sugerimos colocar uma imagem que ilustrasse um estilo de vida mais saudável, incluindo alimentação saudável e atividade física.

Inadequação 4 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Não há ilustrações no material. Sugerimos a inclusão das imagens do item anterior.

Inadequação 5 – legendas para imagens

Sugestão de mudança: Com a inclusão da imagem sugerida anteriormente a explicação sobre a influência do estilo de vida saudável sobre o não aparecimento de hipertensão viria como legenda da ilustração sugerida, reforçando inclusive a informação.

Inadequação 6 – subtítulos usados

Sugestão de mudança: Há quatro partes no material, sendo que somente duas tem subtítulo (sintomas, prevenção e controle). Sugerimos que as duas primeiras partes tenham subtítulos (o que é hipertensão? e O que pode levar uma pessoa a ter hipertensão?). Na última parte (prevenção e controle) apesar do número de 08 itens, só ultrapassa em 01 item, considerando o valor máximo sugerido de 07 itens independentes. Por isso, sugerimos mantê-los precisando ser adequados usando voz ativa: Mantenha o peso adequado; Não abuse do sal; Pratique atividade física regular; Aproveite momentos de lazer, Abandone o fumo; Modere o álcool; Evite alimentos gordurosos e Controle o diabetes, se tiver.

Inadequação 7 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os dois subtítulos existentes que são frases podem ser substituídos por perguntas como “Você sabe quais os sintomas que uma pessoa sente quando está hipertensa?” “Você sabe o que fazer para prevenir e controlar a hipertensão?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação do tipo pergunta e resposta.

Material 09: Saúde do Coração

Fonte: Dicas em Saúde (Ministério da Saúde – BVS, 2004)

Inadequação 1 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 9 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. Algumas sentenças têm mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 2 – legendas para imagens

Sugestão de mudança: A imagem usada é de um coração, não como ele é dentro do ser humano, mas sua imagem simbólica. Não é usado para explicação, deveria ser retirado.

Inadequação 3 – subtítulos usados

Sugestão de mudança: Há seis partes no material e destes, 05 tem subtítulos (vantagens da caminhada, criar o hábito de caminhar, atenção, mudando hábitos e os 10 mandamentos do coração saudável). Sugerimos colocar subtítulo na primeira parte (O que é e para que serve o nosso coração?). E o número de itens do último subtítulo deve ser reduzido de 10 para 07.

Inadequação 4 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os subtítulos, que são frases, podem ser substituídos por perguntas como “Você sabe as vantagens para o coração se caminhar regularmente?” “Você sabe como criar o hábito de caminhar?”, “Você sabia que mudar hábitos simples do dia a dia ajuda seu coração?”, “Você conhece os 10 mandamentos do coração saudável?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação do tipo pergunta e resposta.

Material 10: Folder da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Fonte: Saúde para você/Saúde do Homem/Publicações/Materiais Gráficos e Educativos (Ministério da Saúde, 2013)

Inadequação 1 – nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 12 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. Algumas sentenças têm mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 2 – tipos de imagens

Sugestão de mudança: Não há imagens no corpo do texto.

Material 11: Folheto Alcoolismo

Fonte: Dicas em saúde (BVS, 2004)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugestão de mudança: Pouco conteúdo sobre comportamento é encontrado no texto. Sugerimos maior conteúdo sobre comportamento, do tipo quantidade sugerida de consumo seguro de álcool por dia (01 dose para mulher e 02 doses para homem por dia) e não dirigir se consumir bebidas alcóolicas.

Inadequação 2 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 12 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. Algumas sentenças têm mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 3 – estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: É difícil colocar na voz ativa, pois o conteúdo não é focado em comportamentos, prevalecendo informações científicas. Com a sugestão de inclusão de mais conteúdo sobre comportamento, pode-se utilizar mais voz ativa: “Se for consumir bebidas alcóolicas, ingira no máximo 01 dose, no caso de mulher e 02 doses, no caso dos homens.”, “Se beber, não dirija”.

Inadequação 4 – vocabulário

Sugestão de mudança: Devem ser usadas palavras comuns e explícitas e evitar instrução em termos gerais como categorias e juízo de valor. Sugerimos a retirada de termos técnicos e gerais tais como: consequências irreversíveis, fermentação de elementos naturais, digerido no estômago e absorvido no intestino, corrente sanguínea, células, digestão.

Inadequação 5 – tipos de imagens

Sugestão de mudança: sugerimos a inclusão de imagens simples e familiares relativas aos efeitos e perigos do álcool.

Inadequação 6 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos-chave visualmente tais como efeitos e perigos do álcool no organismo.

Inadequação 7 – listas e tabelas explicadas

Sugestão de mudança: Há uma lista de perguntas que o indivíduo deve fazer para perceber em si sinais de alcoolismo. No entanto, não há um breve direcionamento para isso. O tópico é “Sinais de alcoolismo” e assim sugerimos a sua substituição por um breve direcionamento, antes da lista, do tipo: “Aos primeiros sinais de alcoolismo, o indivíduo deve procurar um médico ou outro profissional da saúde para discutir esses sinais. Para saber se você tem esses sinais, se faça as seguintes perguntas”.

Inadequação 8 – ausência de legenda nas imagens.

Sugestão de mudança: Sugeriu-se a inclusão de imagens relacionadas aos efeitos e perigos do álcool. Depois dessas imagens, devem vir as legendas com resumo ou síntese das mensagens-chave.

Inadequação 9 - instruções para comportamento

Sugestão de mudança: Incluir modelos específicos ou habilidades, do tipo quantidade sugerida de consumo seguro de álcool por dia (01 dose para mulher e 02 doses para homem por dia) e não dirigir se consumir bebidas alcólicas, conforme sugestão de mudança de conteúdo.

Material 12: Folheto Diabetes

Fonte: Dicas em saúde (BVS, 2009)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugestão de mudança: Pouco conteúdo sobre comportamento é encontrado no texto. Das cinco subdivisões do material, somente a última é conteúdo de comportamento. Sugerimos maior conteúdo sobre comportamento, do tipo o que fazer para identificar as complicações e não explicar as complicações.

Inadequação 2 - escopo limitado

Sugestão de mudança: Mais do que 40% é informação não essencial, não comportamental. São muitas mensagens-chave (conceito de diabetes, aparecimento do diabetes, tipos e sintomas do diabetes, complicações e prevenção e controle). O material deveria ser dividido em mais de um, com escopo mais limitado. Nesse caso, sugerimos manter e parte com conteúdo mais comportamental que é a de complicações do diabetes e prevenção e controle.

Inadequação 3 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Fique atento aos sintomas do diabetes e suas complicações”, “Prevenir é o melhor remédio, tenha um estilo de vida saudável!”.

Inadequação 4 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 15 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. A maioria sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 5 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: É difícil colocar na voz ativa, pois o conteúdo não é focado em comportamentos, prevalecendo informações científicas. A parte que traz mais conteúdo

voltada ao comportamento deve ser colocada na voz ativa: “Mantenha o peso normal; não fume; controle a pressão arterial, evite medicamentos que potencialmente podem agredir o pâncreas; pratique atividade física regular. Realize exame diário dos pés para evitar o aparecimento de lesões; mantenha uma alimentação saudável; utilize os medicamentos prescritos; pratique atividades físicas; mantenha um bom controle da glicemia, seguindo corretamente as orientações médicas.

Inadequação 6 - vocabulário

Sugestão de mudança: Devem ser usadas palavras comuns e explícitas e evitar instrução em termos gerais como categorias e juízo de valor. Sugerimos a retirada de termos técnicos e gerais tais como síndrome metabólica, metabolismo da glicose, células, sistema imunológico, anticorpos, resistência à insulina, secreção de insulina, defeitos genéticos, células beta, pâncreas exócrino, hemacromatose, betabloqueadores, vasos sanguíneos, distúrbios digestivos, obstrução, arteriosclerose, incisão cirúrgica, retina do olho.

Inadequação 7 - tipos de imagens

Sugestão de mudança: sugerimos a inclusão de imagens simples e familiares relativas aos sintomas e complicações do diabetes.

Inadequação 8 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos-chave visualmente tais como sintomas e complicações do diabetes.

Inadequação 9 – listas e tabelas explicadas

Sugestão de mudança: Há cinco partes do material, sendo que em quatro delas tem subtítulo. Sugerimos mais um subtítulo no início “Você sabe o que é e como surge o diabetes?”. Cada parte tem uma lista que é apresentada sem explicação. Quando fala em sintomas deveria direcionar o “como fazer para perceber” com uma breve introdução no início.

Inadequação 10 – ausência de legenda nas imagens.

Sugestão de mudança: Sugeriu-se a inclusão de imagens relacionadas aos sintomas e complicações do diabetes. Depois dessas imagens, devem vir as legendas com resumo ou síntese das mensagens-chave.

Inadequação 11 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os subtítulos, que são frases, podem ser substituídos por perguntas como “Você sabe o que é e como surge o diabetes?” “Você sabe quais os tipos de diabetes?”, “Você conhece os sintomas que aparecem em uma pessoa com diabetes?”, “Você conhece as complicações que uma pessoa pode ter com diabetes mal tratado?” “Você sabe como prevenir e controlar a doença?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação passiva, do tipo pergunta e resposta.

Inadequação 12 - instruções para comportamento

Sugestão de mudança: Retirar informação técnica com termos inespecíficos ou categorias e inserir maior conteúdo sobre comportamento, do tipo o que fazer para identificar as complicações e não explicar as complicações.

Inadequação 13 – coincidir na lógica, linguagem e experiência (adequação cultural)

Sugestão de mudança: Os conceitos e ideias centrais do material não parecem ser culturalmente semelhantes na lógica, linguagem e experiência do público alvo. A retirada dos termos técnicos sugerida anteriormente poderá melhorar bastante a qualidade do material no que tange adequação cultural.

Material 13: Folheto Nutrição da Pessoa Idosa

Fonte: Dicas em saúde (BVS, 2010)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Tenha um ritmo favorável de envelhecimento, alimente-se bem, pratique atividade física e evite fumo e álcool!”.

Inadequação 2 - sinalizadores

Sugestão de mudança: O único sinalizador é a legenda “Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas”. No entanto, as informações que seguem não falam somente de alimentação, o 10º passo, por exemplo, fala de prática de exercício físico e consumo de bebidas alcólicas e fumo. Sugere-se um sinalizador para outro tópico que seria “Outros hábitos de vida saudáveis”.

Inadequação 3 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como estilo de vida saudável e envelhecimento favorável.

Inadequação 4 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: O único subtítulo é uma frase, que poderá ser substituído por pergunta como “Você sabe como se alimentar para ter um envelhecimento saudável?” Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação passiva, do tipo pergunta e resposta.

Material 14: Folheto Alimentos Funcionais

Fonte: Dicas em saúde (BVS, 2009)

Inadequação 1 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 9 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. Aproximadamente metade das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses

materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 2 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Na parte “Consumo de alimentos funcionais” são sugeridos comportamentos ao consumidor, mas não estão na voz ativa. Sugerimos que os quatro itens dessa parte sejam adequados “Consuma esses alimentos de forma regular a fim de que seus benefícios sejam alcançados. Use em maior quantidade vegetais, frutas, cereais integrais na alimentação do dia a dia. Substitua em parte o consumo de carne de vaca, embutidos e outros produtos à base de carne vermelha por soja e derivados (especialmente carne de soja e isolados protéicos de soja) ou peixes ricos em ômega 3. Fique atento e procure saber se o alimento que está comprando (referimo-nos aqueles processados pela indústria) teve sua eficácia avaliada por pesquisas sérias. Siga as instruções da rotulagem, utilizando o produto de forma recomendada pelo seu fabricante para que os resultados sejam mais eficazes.

Inadequação 3 - vocabulário

Sugestão de mudança: Devem ser usadas palavras comuns e explícitas e evitar instrução em termos gerais como categorias e juízo de valor. Sugerimos a retirada de termos técnicos e gerais tais como funções nutricionais básicas, composição química, cereais integrais, componentes ativos, dieta equilibrada, microflora intestinal, tumores hormônio-dependentes, funções gastrointestinais, vasoconstritor, sistema imunológico, anti-inflamatório, antioxidante, degeneração macular, indutores de enzimas protetoras, vasodilatadora.

Inadequação 4 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a importância de seguir as instruções de consumo do rótulo, o que facilitaria a localização dessa informação pelo usuário.

Inadequação 5 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: O único subtítulo é uma frase, que poderá ser substituído por pergunta como “Você sabe o que são e quais os benefícios dos alimentos funcionais?” Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação passiva, do tipo pergunta e resposta.

Inadequação 6 – coincidir na lógica, linguagem e experiência (adequação cultural)

Sugestão de mudança: Os conceitos e ideias centrais do material não parecem ser culturalmente semelhantes na lógica, linguagem e experiência do público alvo. A retirada dos termos técnicos sugerida anteriormente poderá melhorar bastante a qualidade do material no que tange adequação cultural. Além disso, mencionam alimentos que não correspondem a cultura como amora, framboesa e mirtilo.

Material 15: Folheto Rótulos de Alimentos: orientações ao consumidor

Fonte: Dicas em saúde (BVS, 2011)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugestão de mudança: Pouco conteúdo sobre comportamento é encontrado no texto. Sugerimos maior conteúdo sobre comportamento, do tipo antes do subtítulo “Informação nutricional obrigatória” poderia ser colocado conteúdo comportamental “Leia com atenção o rótulo!” ou “ Use as informações repassadas e escolha alimentos mais saudáveis, lendo as informações e a composição nutricional dos rótulos”. No último parágrafo sugerimos “Evite o consumo frequente e em grande quantidade de sal, açúcar, doces, refrigerantes, salgadinhos, frituras e outros alimentos industrializados, pois aumentam o risco de doenças como câncer, obesidade, hipertensão arterial, diabetes e doenças do coração.”

Inadequação 2 - escopo delimitado

Sugestão de mudança: São muitas mensagens-chave (o que são os rótulos, sua importância, quem regulamenta a sua elaboração, todas as informações nutricionais do rótulo – 11 itens). O material deveria ser dividido em mais de um, com escopo mais limitado. Nesse caso, sugere-se diminuir o número de informações dividindo o material em dois: o primeiro com a parte do que é o rótulo, sua importância, órgão que regulamenta sua elaboração, o porquê de ler os rótulos e a explicação do que é porção, medida caseira e %VD. A explicação de cada item de informação nutricional poderia vir em outro material.

Inadequação 3 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 9 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. A maioria das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 4 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem ser facilmente transformadas em voz ativa, tais como: Leia a informação nutricional obrigatória! Preste atenção nas informações que seguem. Observe o que significa os itens da tabela de informação nutricional dos rótulos de alimentos. O consumo de gorduras saturadas deve ser moderado, pois em grandes quantidades pode aumentar o risco de doenças do coração. Consuma sal de cozinha e alimentos industrializados com moderação uma vez que seu consumo excessivo pode levar ao aumento da pressão arterial. Não consuma frequentemente e em grande quantidade sal, açúcar, doces, refrigerantes, salgadinhos, frituras e outros alimentos industrializados, pois aumentam o risco de doenças como câncer, obesidade, hipertensão arterial, diabetes e doenças do coração.

Inadequação 5 - vocabulário

Sugestão de mudança: Devem ser usadas palavras comuns e explícitas e evitar instrução em termos gerais como categorias e juízo de valor. Sugerimos a retirada ou substituição de termos técnicos e gerais tais como valores diários de referência; órgãos, tecidos e células; alimentos integrais, funcionamento do intestino, absorção, gorduras vegetais hidrogenadas.

Inadequação 6 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos-chave visualmente tais como a imagem de um rótulo e a localização das informações nutricionais.

Inadequação 7 – subtítulos usados

Sugestão de mudança: Há três partes no material e destes, 01 tem subtítulo (informação nutricional obrigatória). Sugerimos colocar subtítulo na primeira parte (Você sabe o que é, e a importância e qual órgão diz como deve ser o rótulo? Você sabe por que devemos ler o rótulo atentamente e fazer escolhas alimentares saudáveis?). Além disso, o subtítulo informação nutricional obrigatória tem 11 itens, ultrapassando a recomendação de 07 itens. Com a mudança proposta na inadequação relativa ao escopo delimitado isso seria melhorado.

Inadequação 8 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os subtítulos que são frases podem ser substituídos por perguntas como “Você sabe o que é, a importância e qual órgão diz como deve ser o rótulo? Você sabe por que devemos ler o rótulo atentamente e fazer escolhas alimentares saudáveis?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação passiva, do tipo pergunta e resposta.

Material 16: Folheto Atividade física faz bem à saúde

Fonte: Dicas em saúde (BVS, 2010)

Inadequação 1 - contexto não é dado

Sugestão de mudança: Sugere-se que antes de fornecer orientações sobre atividade física viessem informações sobre os benefícios gerais que esses comportamentos trariam para saúde tais como maior proteção contra doenças e maior qualidade de vida.

Inadequação 2 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos-chave visualmente tais como a imagem que simbolize a prática de atividade física em atividades do cotidiano.

Material 17: Folheto Como parar de fumar

Fonte: Dicas em saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Lembre-se dos benefícios que terá se deixar de fumar. Proteja sua saúde!”.

Inadequação 2 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que representasse os exercícios de relaxamento sugeridos no material.

Inadequação 3 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os subtítulos que são frases podem ser substituídos por perguntas como “Você sabe o que eu ganho parando de fumar? Você sabe quanto tempo dura os sintomas da síndrome da abstinência? Você sabe como se prevenir das recaídas? “Você sabe quais os cuidados que deve ter com o peso e alimentação durante o processo de abandono do fumo?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação do tipo pergunta e resposta.

Material 18: Folheto Tabagismo

Fonte: Dicas em saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Lembre-se sempre dos inúmeros benefícios que você tem se continuar sem fumar, menos doença e mais saúde para você e todos ao seu redor!”.

Inadequação 2 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: O conteúdo não é focado em comportamentos. Tendo em vista isso, fica difícil transformar a maioria dos textos na voz ativa. Sugere-se no início ou final de cada parte do material trazer uma orientação de comportamento tais como “Evite produtos como os cigarros”, “Proteja a saúde das pessoas ao seu redor, evite produtos como cigarro”, “Observe e sinta os benefícios que seu corpo sente quando você para de fumar”.

Inadequação 3 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize o tabagismo passivo, uma das mensagens centrais do material.

Material 19: Folder Tabagismo

Fonte: Publicações/folhetos (INCA, 2010)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugestão de mudança: Adicionar orientação de comportamento tais como “Evite produtos como os cigarros”, “Proteja a saúde das pessoas ao seu redor, evite produtos como cigarro”, “Observe e sinta os benefícios que seu corpo sente quando você para de fumar”. Estes comportamentos podem ser sugeridos ao final de cada parte que tem o objetivo de sensibilizar ou contextualizar a mudança de comportamento proposta.

Inadequação 2 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Outros pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Lembre-se sempre dos inúmeros benefícios que você tem se continuar sem fumar, menos doença e mais saúde para você e todos ao seu redor!”.

Inadequação 3 – ausência de legenda nas imagens.

Sugestão de mudança: A imagem de capa deveria incluir legenda como, por exemplo, “Dê um basta ao cigarro!” ou “Parar de fumar? Dê o primeiro passo”.

Material 20: Folder Fumar - Faz mal pra você, faz mal pro planeta

Fonte: Publicações/folhetos (INCA, 2012)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugestão de mudança: Pouco conteúdo sobre comportamento é encontrado no texto. Sugerimos maior conteúdo sobre comportamento, do tipo “Evite o cigarro!”, “Proteja sua saúde e do planeta que vivemos!”, “Ajude as pessoas que querem parar de fumar”, “Conscientize as pessoas que você conhece sobre os problemas do cigarro para saúde do planeta.”

Inadequação 2 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Não esqueça, fumar acaba com a sua saúde e a do planeta!”, “Lembre-se: o cigarro polui o ambiente, causa danos à saúde de quem fuma e quem o produz, contribui para surgimento de incêndios e contribui com o aquecimento do planeta”.

Inadequação 3 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 9 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. Metade das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 4 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Inserir conteúdo sobre comportamentos ao final de cada parágrafo que traz informação para sensibilizar para mudança, tais como “Ajude a combater a poluição do nosso planeta”, “Ajude a proteger a saúde das pessoas que moram perto ou trabalham em áreas de produção de produtos como fumo”, “Proteja o meio ambiente, lute contra o cigarro”.

Inadequação 5 - sinalizadores

Sugestão de mudança: O texto pode ser subdividido com uso de sinalizadores – pequenas frases que digam mais especificamente o que está por vir, tais como “Agora, vamos falar sobre os malefícios do cigarro para o Planeta”.

Inadequação 6 – ausência de legenda nas imagens.

Sugestão de mudança: A imagem do cigarro sendo apagado poderia vir com uma legenda do tipo “Apague o cigarro, proteja vidas”.

Inadequação 7 – subtítulos usados

Sugestão de mudança: Subdivisão do texto em três partes - prejuízos para o planeta; prejuízos para saúde das pessoas; riscos para os produtores de cigarro.

Inadequação 8 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os subtítulos são frases e podem ser substituídos por perguntas como “Você sabia que o cigarro não combina com a sua saúde e com a saúde do planeta?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação do tipo pergunta e resposta.

Inadequação 9 – motivação (auto eficácia)

Sugestão de mudança: Fracionar o material em partes guiando melhor o leitor, conforme sugerido na inadequação 7, o que melhora a motivação do leitor para a mensagem.

Inadequação 10 – imagens e exemplos culturais

Sugestão de mudança: As imagens (capa e corpo do material) estão muito exageradas e caricaturadas. Substituir por traços mais simples.

Material 21: Manual pare de fumar 01 (Deixando de fumar sem mistérios: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar)

Fonte: Publicações (INCA - Ministério da Saúde, 2004)

Inadequação 1 – ausência de legenda nas imagens.

Sugestão de mudança: Incluir legenda após cada imagem. Primeira imagem (“As pessoas continuarão a oferecer. Diga não ao cigarro!”); terceira imagem (“Exercite-se mais depois que parou de fumar.”).

Material 22: Manual pare de fumar 02 (Deixando de fumar sem mistérios: benefícios obtidos após fumar)

Fonte: Publicações (INCA - Ministério da Saúde, 2004)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Alguns pontos chave poderiam ser revistos já que o material contempla muitas partes (06 partes), com alusões do tipo “Para continuar sem cigarro

previna recaídas, pense sobre os benefícios que já alcançou e planeje estratégias que lhe ajudem a ficar sem o cigarro”.

Inadequação 2 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 9 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. Algumas sentenças têm mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 3 – ausência de legenda nas imagens.

Sugestão de mudança: A primeira imagem deve receber uma legenda do tipo “Antes do cigarro você não conseguia exercitar-se muito bem. Perceba quanta disposição após parar de fumar”.

Material 23: Caderneta de saúde da pessoa idosa

Fonte: Ministério da Saúde, s/d

Inadequação 1 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 10 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. Algumas sentenças têm mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 2 - relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize um estilo de vida saudável.

Inadequação 3 - ausência de legenda nas imagens.

Sugestão de mudança: Sugeriu-se a inclusão de imagens relacionadas ao estilo de vida saudável. Depois dessas imagens, devem vir às legendas com resumo ou síntese das mensagens-chave.

Inadequação 4 - interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os subtítulos, que são frases, podem ser substituídos por perguntas como “Você sabe o que representa a caderneta de saúde da pessoa idosa?”. No item 06, substituir pela pergunta “Como você considera a sua saúde?”, item 07 “Quais são os seus problemas atuais de saúde?”, item 08 “Quais os medicamentos que você usa, as dosagens e quantas vezes ao dia? item 9.3 “Você possui alergias ou

intolerâncias?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação do tipo pergunta e resposta.

Material 24: Saiba como cuidar e controlar o diabetes

Fonte: Cartaz/folheto (Ministério da Saúde, 2011)

Inadequação 1 - contexto não é dado

Sugestão de mudança: Sugere-se que antes de fornecer orientações sobre estilo de vida para controlar o diabetes viessem informações sobre os riscos de complicações relacionadas ao diabetes e os benefícios gerais que esses comportamentos trariam para saúde, como maior qualidade de vida e menor risco de complicações.

Inadequação 2 – ausência de legenda nas imagens

Sugestão de mudança: Sugeriu-se a inclusão de legendas nas quatro imagens do material. Na verdade, elas existem mais não estão diretamente relacionadas com as imagens. A recomendação é que a legenda venha logo após a imagem.

Inadequação 3 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os subtítulos que são frases podem ser substituídos por perguntas como “Você sabe como controlar e cuidar do diabetes? ou “Você sabe como prevenir complicações do diabetes?”. Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação passiva, do tipo pergunta e resposta.

Material 25: Dez dicas para se proteger do câncer

Fonte: Dicas em Saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “ Para se prevenir do câncer evite álcool, fumo, faça adequada higiene oral e alimente-se de forma saudável. Além disso, realize exames de saúde periodicamente!”.

Inadequação 3 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize os comportamentos sugeridos como consumo de alimentação saudável ou como se proteger do sol.

Inadequação 4 – ausência de legenda nas imagens

Sugestão de mudança: Sugeriu-se a inclusão de imagens relacionadas aos comportamentos propostos no material como alimentação saudável e proteção do sol. Depois dessas imagens, devem vir às legendas com resumo ou síntese das mensagens-chave.

Inadequação 5 – subtítulos usados

Sugestão de mudança: Há somente uma parte no material intitulada dez dicas para se proteger do câncer. O material poderia incluir subtítulos dividindo hábitos de vida saudáveis (abandono de álcool, fumo, higiene oral e consumo de alimentação saudável) e outra, exames de prevenção.

Inadequação 6 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: O subtítulo que existe pode ser substituído por uma pergunta do tipo “Você sabe como se prevenir do câncer?” e os outros que foram propostos poderiam também trazer interações passivas tais como “Você sabe quais os hábitos de vida ajudam a prevenir o câncer?”, “Você conhece os exames que deve fazer e de quanto em quanto tempo deve fazer para descobrir precocemente um câncer?”.

Inadequação 7 – motivação (auto eficácia)

Sugestão de mudança: Fracionar o material em duas partes conforme proposto na inadequação 05.

Material 26: Folder Alimentação Saudável

Fonte: Publicações/folhetos (INCA, 2012)

Inadequação 1 – ausência de legenda nas imagens.

Sugestão de mudança: Sugere-se uma legenda para o prato de almoço ou jantar que está no corpo do material, do tipo “Coloque no seu prato mais verduras”.

Material 27: Folheto câncer de boca

Dicas em saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Outros pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Habitue-se a fazer o autoexame da boca. Procure um local iluminado e conheça bem a sua boca”.

Inadequação 2 - sinalizadores

Sugestão de mudança: O sinalizador deve anunciar o que está por vir. Neste material deveria vir um parágrafo introdutório apresentando o conteúdo do material que inclui: o que é o câncer, fatores de risco para câncer de boca, como descobrir no início, onde e como realizar o exame de boca.

Inadequação 3 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize sinais de alterações da boca sugestivas de câncer.

Inadequação 4 – subtítulos usados

Sugestão de mudança: Não há uma subdivisão clara do material. Como são muitos assuntos abordados sugere-se uma subdivisão: Informações sobre o câncer de boca e orientações para prevenção do câncer de boca e situar as perguntas dentro delas.

Material 28: Folder câncer de mama

Fonte: Publicações (INCA, 2012)

Inadequação 01 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: As sentenças podem ser facilmente transformadas na voz ativa com a orientação voltada para comportamentos. Exemplo: A resposta da pergunta 2 pode mudar para “Realize alguns exames, principalmente exame clínico das mamas e mamografia”. A resposta da pergunta 3 também pode mudar para “Procure um posto de saúde para ter suas mamas examinadas por um profissional de saúde anualmente, se você já tem 40 anos ou mais. Faça uma mamografia a cada dois anos se já tem idade entre 50 e 69 anos”. Na última pergunta sugere-se reescrever o texto usando voz ativa “Não abuse de bebidas alcóolicas. Não fume. Alimente-se bem. Pratique atividade física. Controle o peso do seu corpo.” Assim poderia ser feito com todos os parágrafos.

Inadequação 02 - relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Sugere-se substituição das imagens existentes, que são meramente ilustrativas, para o uso de imagem que ajude na explicação de parte do texto, tal como imagem que ilustrasse o exame clínico das mamas.

Material 29: Folheto Câncer de Mama – A cura é possível. Conhecer é necessário

Fonte: Publicações (INCA, s/d)

Inadequação 1 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: As sentenças podem ser facilmente transformadas na voz ativa com a orientação voltada para comportamentos. Exemplo: A pergunta 02 pode ser modificada a fim de facilitar a voz ativa para “Você sabe como perceber a doença?”. A resposta também muda para voz ativa “Conheça seu corpo e reconheça sinais de alterações: caroços no seio ou debaixo do braço; alteração da pele da mama que fica com aspecto de casca de laranja. Procure um profissional de saúde caso perceba alguns desses sinais do seu corpo.” Assim poderia ser feito com todos os parágrafos.

Inadequação 2 - vocabulário

Sugestão de mudança: Devem ser usadas palavras comuns e explícitas e evitar instrução em termos gerais como categorias e juízo de valor. Sugerimos a retirada ou substituição de termos técnicos e gerais tais como desenvolvimento anormal das células, tumor maligno, raio X e radiação.

Inadequação 3 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Ilustração confusa tipo arte abstrata. Sugere-se o uso de imagem mais simples e que relacionem com o comportamento de realização de autoexame.

Material 30: Folder Câncer de Pele

Fonte: Publicações (INCA, 2012)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Mais pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Proteja-se do câncer evitando exposição excessiva e sem proteção ao sol!”.

Inadequação 2 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem incorporar a voz ativa. Exemplo: na pergunta 2 substituir que “o sol é importante para saúde, mas é preciso ter cuidado com o excesso” por “Cuide-se e proteja-se do excesso de sol, apesar de que ele é, nos momentos certos, importante para saúde”; na pergunta 03 substituir “usar o filtro solar apenas uma vez durante todo o dia não protege por longos períodos” por “Use o filtro solar a cada duas horas durante o dia para garantir proteção o dia inteiro”; pergunta 5 “Observe manchas que coçam, ardem, descamam ou sangram”.

Inadequação 3 - relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Algumas imagens não se relacionam a comportamentos propostos e não é possível compreender com facilidade as mensagens-chave visualmente. Sugere-se uma nova leitura dessas imagens e adequação as mensagens.

Material 31: Folder Câncer de colo de útero

Fonte: Publicações (INCA, 2011)

Inadequação 1 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem ser facilmente transformadas em voz ativa. Na pergunta 2 (o que a mulher pode sentir?) sugere-se modificar o parágrafo iniciando “Faça o exame preventivo no tempo certo, pois no início da doença e mulher não sente nada. Observe sinais de sangramento, corrimento e dor, pois podem aparecer numa fase mais avançada da doença”. Assim poderiam ser feitos com outros parágrafos

Inadequação 2 - imagem de capa

Sugestão de mudança: Poderia ser substituída, pois não retrata claramente o propósito do material para o público-alvo.

Material 32: Folder (Folheto) Saúde das Mamas - conheça as alterações suspeitas de câncer de mama e fique atenta

Fonte: Publicações/Detecção precoce (INCA, 2013)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugestão de mudança: Sugere-se maior conteúdo sobre comportamento, do tipo no primeiro parágrafo: “Observe que cada mulher possui mamas com forma e consistência particulares”; “Procure conhecer bem o seu corpo pois assim consegue perceber mudança e fique alerta para os sinais de alterações das mamas”, “Fique tranquila se perceber desconforto, dor e nódulos nas mamas nos dias próximos a menstruação, pois é uma mudança normal e desaparece naturalmente”, “Olhe, palpe e sinta sua mama. Faça uma avaliação médica caso a alteração persistir”. E assim tentar converter os demais parágrafos.

Inadequação 2 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Outros pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Não se esqueça das alterações que você deve perceber e sentir: nódulo, mudança na pele da mama, saída de líquido do bico do peito, vermelhidão, mudança na posição ou formato do mamilo e nódulo no pescoço ou nas axilas” e “Lembre-se que a mamografia de rastreamento deve ser feita em mulheres na idade de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos!”.

Inadequação 3 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem ser facilmente transformadas em voz ativa. As sugestões da inadequação 01 também ajudariam na nesta inadequação.

Inadequação 4 - vocabulário

Sugestão de mudança: Devem ser usadas palavras comuns e explícitas e evitar instrução em termos gerais como categorias e juízo de valor. Sugere-se a retirada ou substituição de termos técnicos e gerais tais como consistências particulares, idade reprodutiva, retração, rastreamento, menos densas, tecido glandular.

Inadequação 5 - relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser modificadas as ilustrações existentes a fim de que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize a realização do autoexame das mamas.

Inadequação 6 - instrução de comportamentos

Sugestão de mudança: Retirando os termos inespecíficos e ou técnicos sugeridos na inadequação anterior bem como as propostas da inadequação 01 atenderiam a adequação da presente inadequação também.

Inadequação 7 - coincidir na lógica, linguagem e experiência (adequação cultural)

Sugestão de mudança: Os conceitos e ideias centrais do material não parecem ser culturalmente semelhantes na lógica, linguagem e experiência do público alvo. A

retirada dos termos técnicos sugerida anteriormente poderá melhorar bastante a qualidade do material no que tange adequação cultural.

Material 33: Folder Reciclando as ideias sobre alimentação e câncer

Fonte: Publicações/Folhetos (INCA, 2013)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugestão de mudança: Pouco conteúdo sobre comportamento é encontrado no texto. Sugerimos maior conteúdo sobre comportamento, do tipo “Mantenha o peso corporal dentro dos limites adequados que é uma das principais formas de prevenir o câncer”, “Amamente, pois a amamentação protege as mães do câncer de mama e os bebês de sobrepeso e obesidade. Dê somente o leite materno até os 6 meses e, a partir de então, continue amamentando e inclua uma alimentação complementar saudável”. E assim fazer com as demais orientações do texto.

Inadequação 2 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Outros pontos chave da mensagem principal do folder poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Não esqueça: procure manter um peso saudável, alimente-se bem, pratique exercícios e evite álcool e fumo!”, “Se possível, prefira alimentos orgânicos”.

Inadequação 3 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem ser facilmente transformadas em voz ativa. As mudanças propostas na inadequação 01 também melhorariam essa inadequação.

Inadequação 4 - vocabulário

Sugestão de mudança: Devem ser usadas palavras comuns e explícitas e evitar instrução em termos gerais como categorias e juízo de valor. Sugerimos a retirada ou substituição de termos técnicos e gerais tais como crescimento desordenado, células, tecidos, órgãos do corpo, fotoquímicos, cereais integrais, vitaminas, minerais, sistema imunológico, suplementos alimentares, políticas públicas.

Inadequação 5 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: As ilustrações estão diferentes do real, meio confusas. Sugere-se adequá-las usando imagens mais reais.

Inadequação 6 – interações utilizadas

Sugestão de mudança: Os subtítulos, que são frases, podem ser substituídos por perguntas como “Vamos reciclar as ideias sobre alimentação e câncer?” (frase de capa), “Você sabe o que fazer para prevenir o câncer?” (para chamar atenção para as demais orientações do material). Deste modo, poderá ser proporcionada uma interação passiva, do tipo pergunta e resposta. Na frase final poderia adicionar também “Você consegue lembrar o que fazer para diminuir as chances de ter um câncer?” E não dar resposta, proporcionado maior estimulação no leitor.

Inadequação 7 - instruções para comportamento

Sugestão de mudança: Retirar informação técnica com termos inespecíficos ou categorias (proposta da inadequação 4) e inserir maior conteúdo sobre comportamento (proposta da inadequação 1) ajudariam na melhora deste item também.

Inadequação 8 – coincidir na lógica, linguagem e experiência (adequação cultural)

Sugestão de mudança: Os conceitos e ideias centrais do material não parecem ser culturalmente semelhantes na lógica, linguagem e experiência do público alvo. A retirada dos termos técnicos sugerida anteriormente poderá melhorar bastante a qualidade do material no que tange adequação cultural.

Material 34: Folder Dicas para se prevenir do câncer

Fonte: Publicações (INCA, 2013)

Inadequação 1 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Apesar de usar em alguns momentos a voz ativa, poderia ser mais utilizada. No item alimentação, sugere-se “Se alimente de forma saudável”. No item do exame preventivo ginecológico, sugere-se “Realize exame preventivo a cada 02 anos se tem entre 25 e 64 anos”. O mesmo para o exame clínico das mamas “Faça o exame clínico da mama anualmente”. No item do preservativo, sugere-se “Use camisinha para prevenir infecção pelo HPV”. Além disso, devem-se evitar frases longas ou múltiplas frases incluídas numa sentença.

Inadequação 2 – ausência de legenda nas imagens.

Sugestão de mudança: Sugere-se a adição de legenda a imagem referente ao grupo de mulheres conversando, a fim de tornar a mensagem mais clara.

Material 35: Folder câncer de boca

Fonte: Publicações (INCA, 2013)

Inadequação 1 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem ser facilmente transformadas em voz ativa. No segundo item do material (Quais os principais alertas para o câncer de boca?) sugere-se trocar o “deve-se ficar atento” por “Fique atento a”. No terceiro item do material (Além desses, existem outros sinais e sintomas?) sugere-se trocar por “Fique atento à presença de caroços no pescoço e rouquidão persistente. Cuide-se, pois em fases mais avançadas da doença você pode apresentar dificuldade para falar, mastigar ou engolir.” Assim poderia ser feito com os demais parágrafos.

Inadequação 2 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Talvez o prato saudável não seja uma ilustração tão importante. Talvez imagens que ajudasse em medidas comportamentais mais importantes

sugeridas fossem mais relevantes, tais como os sinais de câncer de boca a serem observados pelo paciente.

Inadequação 3 – ausência de legenda nas imagens

Sugestão de mudança: A ilustração do prato está sem legenda e longe da parte do texto referente a ela. A imagem das bebidas alcóolicas também poderia vir com uma pequena legenda com orientação de comportamento do tipo “Evite bebidas alcóolicas, pois aumentam o risco de câncer de boca”.

Material 36: Folheto câncer de colo de útero

Fonte: Dicas em saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Fique atenta à frequência para realização do exame de prevenção do colo de útero: os dois primeiros exames no primeiro ano de investigação e após, caso dê normal, somente 01 vez a cada três anos!”.

Inadequação 2 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem ser facilmente transformadas em voz ativa, incluindo mais comportamentos, tais como: pergunta 02 “Faça o exame de prevenção regularmente, pois quando a mulher tem uma lesão precursora não sente nada”; pergunta 04 “Faça o exame preventivo (Papanicolau) regularmente, pois quando as ações que antecedem o câncer são identificadas e tratadas é possível prevenir a doença em 100% dos casos”; pergunta 05 “Observe que durante o exame o médico coleta o material do colo do útero por meio de escapula e escovinha”; pergunta 06 “Faça o exame se tiver entre 25 e 64 anos se tiver ou já teve relação sexual”; pergunta 07 “Faça os dois primeiros exames no intervalo de um ano. Se os resultados estiverem normal, faça o exame a cada 03 anos”; pergunta 08 “Realize o exame preventivo fora do período menstrual e no dia anterior ao exame não tenha relações sexuais”; pergunta 09 “Retorne ao local onde realizou o exame para receber o resultado e as orientações”; pergunta 10 “Repita o exame preventivo, caso seja orientado por seu médico ou realize outros exames que venham a ser solicitados. Siga o tratamento indicado”.

Inadequação 3 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: As imagens utilizadas não servem para explicar alguma informação, sendo meramente ilustrativas. Sugere-se adicionar foto que ajudasse explicar alguma informação.

Material 37: Folheto câncer de intestino

Fonte: Dicas em Saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugestão de mudança: Sugere-se incluir mais conteúdo sobre comportamento. Na resposta da pergunta 02, colocar em voz ativa orientando para comportamento tais como “Evite uma alimentação rica em gordura e pobre em fibras. Não fume. Não consuma frequentemente bebidas alcólicas. Tenha mais atenção se já tem 50 anos ou mais. Fique mais atento se tem história de problemas no intestino. Na resposta da pergunta 03, colocar “Observe se teve mudança no hábito intestinal (diarreia ou constipação); presença de sangue nas fezes; vontade frequente de ir ao banheiro (com sensação de evacuação incompleta); presença de dor, gases e cólicas; perda de peso sem explicação aparente; cansaço, fraqueza ou anemia”. No parágrafo da pergunta 03 trocar o texto: “Realize exames preventivos para detecção precoce da doença, pois no início não é comum a ocorrência de sintomas”. Na resposta da pergunta 04 colocar “Realize anualmente o exame de sangue oculto nas fezes se já tem 50 anos ou mais”. “Não tenha medo é um exame simples e que pode ser solicitado pelo médico clínico”. Na resposta da pergunta 05 colocar “Procure um ambulatório, posto ou centro de saúde mais próximo da sua casa para solicitar ao médico a realização desse exame.” Na resposta da pergunta 06 colocar “Faça atividade física na maioria dos dias da semana. Tenha uma alimentação rica em fibras e pobre em gordura animais. Não fume. Evite o consumo de bebidas alcólicas. “Realize exames anuais, após os 50 anos, para descobrir cedo a doença e realizar tratamento adequados”.

Inadequação 2 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Realize anualmente o exame de sangue oculto nas fezes se já tem a partir de 50 anos!”.

Inadequação 3 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: As sugestões da inadequação 01 já resolvem essa inadequação também.

Inadequação 4 - vocabulário

Sugestão de mudança: Devem ser usadas palavras comuns e explícitas e evitar instrução em termos gerais como categorias e juízo de valor. Sugerimos a retirada ou substituição de termos técnicos e gerais tais como intestino grosso, pólipos, lesões benignas, parede do intestino, fibras, sangue oculto nas fezes, colonoscopia e detecção.

Inadequação 5 - contexto não é dado

Sugestão de mudança: Sugere-se que antes de fornecer orientações das partes específicas do material que são seis, seja dado um contexto antes. Por exemplo, antes dizer o que é o câncer de intestino, falar que é um câncer comum na população brasileira e que pode ser prevenido com cuidados simples.

Inadequação 6 – relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize hábitos de vida saudáveis que ajudam na prevenção da doença.

Inadequação 7 - instruções para comportamento

Sugestão de mudança: Retirar informação técnica com termos inespecíficos ou categorias e inserir maior conteúdo sobre comportamento, conforme orientado na inadequação 1.

Inadequação 8 – coincidir na lógica, linguagem e experiência (adequação cultural)

Sugestão de mudança: Os conceitos e ideias centrais do material não parecem ser culturalmente semelhantes na lógica, linguagem e experiência do público alvo. A retirada dos termos técnicos e que não correspondem à cultura do paciente, sugerida anteriormente, poderá melhorar bastante a qualidade do material no que tange adequação cultural.

Material 38: Folheto câncer de mama

Fonte: Dicas em Saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugere-se incluir mais conteúdo sobre comportamento. Exemplo: A pergunta 01 pode ser modificada a fim de facilitar a voz ativa para “Você sabe como perceber a doença?”. A resposta também muda para voz ativa “Conheça seu corpo e reconheça sinais de alterações: caroços no seio ou debaixo do braço; alteração da pele da mama que fica com aspecto de casca de laranja. Procure um profissional de saúde caso perceba alguns desses sinais do seu corpo.”. Assim poderia ser feito com todos os parágrafos.

Inadequação 2 - resumo ou revisão não incluídos

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Fique atenta aos sinais de alterações da sua mama e realize sempre o exame clínico das mamas anualmente a partir dos 40 anos!”.

Inadequação 3 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: As sentenças podem ser facilmente transformadas na voz ativa com a orientação voltada para comportamentos (modificações já propostas na inadequação 01).

Inadequação 4 - relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize a prática do autoexame da mama.

Material 39: Folheto câncer de próstata

Fonte: Dicas em Saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - conteúdo sobre comportamento

Sugestão de mudança: Sugere-se reescrita dos parágrafos para que o conteúdo possa ser passado como comportamento a ser seguido. Exemplo: Na pergunta 2, a resposta pode ser “Fique atento aos sinais que podem indicar o câncer como dor nas costas, problemas de ereção, dor na bacia ou joelhos e sangramento pela uretra”. Na pergunta 3, a resposta pode ser “Realize o exame de toque retal e dosagem de PSA a partir dos 50 anos para investigar possível câncer de próstata. Se alterados, realize os novos exames que serão solicitados por seu médico”. Na pergunta 6, a resposta pode ser “Vá ao médico para investigar os sintomas que percebeu, somente ele poderá identificar o problema”. Na pergunta 7, a resposta pode ser “Discuta e decida com seu médico sobre a realização do toque retal e da dosagem de PSA se você tem 50 anos e não apresenta nenhum sintoma.” Na pergunta 8, a resposta pode ser “Mantenha uma alimentação saudável, não fume, seja ativo e visite regularmente seu médico”.

Inadequação 2 - escopo delimitado

Sugestão de mudança: São muitas mensagens-chave (o que é a próstata, sintomas do câncer de próstata, como descobrir os sintomas, o que fazer nos casos de exames alterados e nos casos de não alterados, como é prevenido, relação com hereditariedade— são 8 itens). O material deveria ser dividido em mais de um, com escopo mais limitado. Nesse caso, sugere-se diminuir o número de informações dividindo o material em dois: o primeiro com a parte do que é a próstata, os sintomas e qual exame realizar. As informações sobre prevenção e hereditariedade poderiam vir em outro material que tivesse como objetivo explicar os fatores causais da doença.

Inadequação 3 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Fique atento aos sintomas do câncer de próstata como dor nas costas, problemas de ereção e sangramentos!” ou “Informe-se com seu médico sobre a necessidade de realização do toque retal e do exame PSA”.

Inadequação 4 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: As sugestões para inadequação 01 também resolveriam esta inadequação.

Inadequação 5 - relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize o diálogo com o médico.

Material 40: Folder câncer ocupacional

Fonte: Publicações/Folhetos (INCA, s/d)

Inadequação 1 - ausência de legenda nas imagens

Sugestão de mudança: Sugeriu-se a inclusão de legendas nas imagens já existentes.

Material 41: Folheto leucemia

Fonte: Dicas em Saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Os pontos chave da mensagem principal do folheto poderiam ser revisados ao final, com alusões do tipo “Fique atento aos sinais que podem indicar leucemia como cansaço, palpitações, sangramentos, dores nos ossos e articulações, dores de cabeça, náuseas, vômitos, visão dupla e desorientação!”.

Inadequação 2 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: O texto não é focado em comportamentos. Pelo contrário, excessivamente expõe informações técnicas de difícil compreensão. Em alguns pontos podem ser incluídos comportamentos sugeridos nos quais pode se usar a voz ativa como observação aos sintomas sugestivos de leucemia.

Inadequação 3 - vocabulário

Sugestão de mudança: Devem ser usadas palavras comuns e explícitas e evitar instrução em termos gerais como categorias e juízo de valor. Sugerimos a retirada ou substituição de termos técnicos e gerais tais como maligna, glóbulos brancos (leucócitos), células jovens (blásticas), medula óssea, células sanguíneas, células mães ou percussoras, glóbulos vermelhos, plaquetas, manifestações clínicas, proliferação excessiva de células imaturas da medula óssea, amígdalas, linfonodos, baço, sistema nervoso central, eritrócitos, células leucêmicas nos ossos e remissão.

Inadequação 4 - relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize os sintomas indicativos da leucemia.

Material 42: Folheto Exame preventivo do câncer de colo uterino (Papanicolau)

Fonte: Dicas em Saúde (BVS, 2011)

Inadequação 1 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem ser facilmente transformadas em voz ativa, tais como: “Realize o teste do Papanicolau que é utilizado para encontrar alterações no útero. Este teste ajuda a descobrir a doença ainda no começo”. “Faça o teste do Papanicolau em postos ou unidades de saúde da rede pública que tenha profissionais capacitados”. “Busque orientações nos serviços de saúde sobre o que é e qual a importância do exame de prevenção”. “Fique tranquila o exame é simples, indolor e rápido”. “Não faça relações sexuais nos dois dias anteriores ao exame, evite usar duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores à realização do exame e não esteja menstruada”. “Faça o exame mesmo que esteja grávida, pois não há problema nem para você nem para o bebê”.

“Observe que para fazer o exame o médico coloca o bico de pato, olha o interior da vagina e do útero, escama a região com espátula de madeira e escovinha e coloca o material em local adequado para enviar ao laboratório”. “Faça o exame anualmente, se você tem ou já teve relação sexual e principalmente já tem entre 25 e 59 anos. Após dois exames normais, realize o exame de novo somente a cada 03 anos”. “Retorne ao local onde foi realizado o exame na data marcada e receba o resultado do exame, receba instruções e mostre o resultado ao seu médico”. “Faça novo exame preventivo em 01 ano, após receber o primeiro exame preventivo com resultado negativo. Nos casos em que já tem 01 exame preventivo com resultado negativo, após o segundo, só faça novamente o exame depois de 03 anos”. “Repita os exames seis meses depois nos casos de NIC I”. “Converse com seu médico sobre quando realizar novos exames nos casos de NIC II, III”. “Repita os exames 06 meses depois se apresentar infecção pelo HPV”. “Repita o exame logo que possível caso receba a notícia que a quantidade de material recolhido não foi suficiente”. “Siga o tratamento corretamente e oriente seu companheiro sobre o tratamento dele, pois algumas vezes é necessário”. “Converse com os profissionais de saúde dos serviços e tire todas as suas dúvidas”.

Inadequação 2 - ausência de legenda nas imagens

Sugestão de mudança: Sugeriu-se a inclusão de imagens relacionadas a como é feito o exame. Depois dessa imagem, deve vir à legenda com resumo ou síntese das mensagens-chave.

Material 43: Folheto Onde se tratar de câncer pelo SUS

Fonte: Dicas em Saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem ser transformadas em voz ativa, tais como: “Procure o tratamento do câncer nos hospitais gerais habilitados pelo Ministério da Saúde”. “Busque essa informação com os profissionais e serviços de saúde mais próximos de você”. “Para detectar câncer, faça exame preventivo (Papanicolau), exame clínico das mamas e nos casos necessários a mamografia”. “Realize o toque retal e o teste de dosagem sanguínea se suspeita de câncer de próstata e, quando necessário, faça ultrassom da próstata com biopsia, caso indicado pelo médico”. “Observe se junto com o encaminhamento médico estão anexados os exames que suspeitam de câncer”.

Material 44: Folheto Direitos do paciente com câncer

Fonte: Dicas em Saúde (BVS, 2007)

Inadequação 1 - estilo da escrita não é voz ativa

Sugestão de mudança: Algumas sentenças do material podem ser transformadas em voz ativa ao longo dos parágrafos, tais como: Na primeira pergunta colocar o “Divida a renda familiar pelo número de pessoas que vivem na mesma casa (cônjuge, companheiro, pais, filhos e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos)”. “Recorra ao benefício por incapacidade nos casos de estágio avançado da doença”. “Faça o exame médico no INSS para comprovar sua deficiência”.

“Encaminhe um requerimento à Agência de Previdência Social com a apresentação dos seguintes documentos:”. Assim todos os parágrafos poderiam incluir um pouco de voz ativa.

Inadequação 2 - relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como os documentos necessários para alguns benefícios, como o laudo médico a fim de que o paciente observe, assim que receber se o preenchimento correto.

Inadequação 3 - subtítulos usados

Sugestão de mudança: Há onde partes no material. Sugere-se dividir o material em pedaços menores.

Material 45: Cartilha tratar a pressão alta é um ato de fé na vida

Fonte: Publicações (BVS, s/d)

Inadequação 1 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 12 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. A maioria das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo recomendado. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 2 - subtítulos usados

Sugestão de mudança: Há oito partes no material e destes, um subtítulo tem 09 itens, ultrapassando a recomendação de no máximo sete itens. Sugere-se adequar ao número recomendado.

Material 46: Folheto Obesidade

Fonte: Dicas em Saúde (BVS, 2009)

Inadequação 1 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 12 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. A maioria das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 2 - relevância das ilustrações

Sugestão de mudança: Poderiam ser adicionadas ilustrações que mostrassem pontos chave visualmente tais como a imagem que simbolize a mudança de estilo de vida proposta para tratamento da obesidade.

Material 47: Caderneta de saúde da criança

Fonte: Ministério da Saúde (BVS, 2013)

Inadequação 1 - resumo e revisão não incluído

Sugestão de mudança: Como é um material muito extenso, sugere-se que ao final de cada parte os pontos chave da mensagem principal pudessem ser revisados com intuito de destacar informações comportamentais mais importantes.

Inadequação 2 - nível de escolaridade requerido para leitura e compreensão

Sugestão de mudança: Os anos de escolaridade requeridos para leitura e compreensão do material deverão ser diminuídos para menos de 12 anos (pontuação encontrada). Para isso, deve-se diminuir o número de palavras com mais de duas sílabas e reduzir o número médio de palavras por sentenças, priorizando a retirada ou substituição de palavras polissílabas. A maioria das sentenças tem mais que 15 palavras, que é o máximo sugerido. Sugere-se também uso de palavras de fácil compreensão, que são mais comuns no linguajar da população, pois muitas vezes esses materiais educativos mais parecem ser destinados aos profissionais da área do que à população.

Inadequação 3 - tipografia

Sugestão de mudança: Sugerem-se mudanças no tipo de letra (serif), tamanho da fonte, sem ALL CAPES para cabeçalhos longos ou texto corrido.

Inadequação 4 - subtítulos usados

Sugestão de mudança: Há muitas partes no material, sugere-se adequação do número de itens por subtítulo, restringindo no máximo sete itens por subtítulo. Exemplo: Na parte "Direito das crianças" tem 11 itens.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

- O Plano Alfa-Saúde conseguiu capacitar ACS e integrantes do NASF para o desenvolvimento de ações educativas à luz dos pressupostos do letramento e navegação em saúde.
 - Houve melhora dos conhecimentos relativos a Letramento em Saúde, Navegação em Saúde e Estilo de Vida Saudável no contexto de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.
 - Percebeu-se, inicialmente, que não havia a presença de alta proporção de desconhecimento dos conteúdos enfocados entre os participantes, mas sim uma dificuldade de traduzir os conhecimentos em práticas profissionais bem sucedidas, o que parece ter sido relevantemente melhorado, considerando o desempenho comparativo do pré-teste e pós-teste de conhecimentos, os depoimentos referentes ao Bonequinho Alfa e os depoimentos antes e 3 meses após a capacitação.
- 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 e presentes nos círculos de diálogo evidenciam uma mudança de posição, do “não faço porque não dá para fazer” para o “eu posso tentar porque eu posso fazer a diferença”.
- O Plano AlfaSaúde pode 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 do Participante desenvolvido pelos pesquisadores pode se transformar em um Guia Nacional para Capacitação de Recursos Humanos para o SUS, a ser adotado em todo o sistema, com desenvolvimento de indicadores de acompanhamento e avaliação de ações e resultados em saúde.

- Há necessidade de reformulação de materiais educativos elaborados pelo Ministério da Saúde para a população e foram elaboradas propostas para melhor adequação dos mesmos, as quais serão enviadas ao órgão.
- A formação de navegadores em saúde na comunidade é parte importante do processo de atendimento dos usuários do SUS, mas há necessidade de formação de grupos de estudo para se encontrar caminhos de viabilização de tal proposta, pois a estratégia adotada pelo Plano Alfa-Saúde não alcançou o sucesso pretendido.
 - Como ponto inicial de discussão sugere-se a possibilidade de ampliação da carga horária da capacitação, com uma menor concentração de tempo por encontro e com uma participação um pouco mais diretiva dos facilitadores, face as características deste grupo-alvo.

Finalizando este relatório, vale exibir uma produção criativa de um grupo capitaneado por um agente comunitário de saúde sobre o tema Tabagismo:

TABAGISMO

MUSICA: ASA BRANCA

*UM DIA AQUI NO CRIO
UM BOM CURSO COMEÇOU
ENTRAR EM GUERRA
CONTRA O CIGARRO
E ESSA EQUIPE ENTÃO TOPOU

O CIGARRO É UMA DROGA
E VAI AOS POUCOS CONSUMINDO
E ATÉ AQUELES QUE ERAM GORDOS
COM O CIGARRO VAI É SUMINDO

TEM TAMBÉM UM CHEIRO FORTE
QUE SE CHAMA NICOTINA
ATACA O CÉREBRO E O CORAÇÃO
E NO AMBIENTE POLUIÇÃO*

NÃO EXISTE PULMÃO FORTE

PRA QUEM TRAGA ESSE VENENO
TEM ATÉ ALGUNS QUE MANCHAM LOGO
E OUTROS VÃO ENFRAQUECENDO

COM O VÍCIO VEM A TOSSE
UNS PIGARROS INSISTENTES
E UM MAU HÁLITO INSUPORTÁVEL
A GENGIVITE E ATACA OS DENTES

EXAMINE SUA BOCA
VEJA SE ESTÁ SAUDÁVEL
POIS O CIGARRO TAMBÉM TRAZ CÂNCER
MAS SE PARAR É EVITÁVEL

FAÇA TERAPIA EM GRUPO
E PRESTE MUUITA ATENÇÃO
O SEU ESFORÇO É IMPORTANTE
É BEM MELHOR QUE A MEDICAÇÃO

ABSTINÊNCIA NÃO É FÁCIL
DIFÍCIL DE PROSSEGUIR
MAS UNIDOS NESTA LUTA
AS ACS ESTÃO AQUI

A CAROL É SHOW DE BOLA
A SORAIA ESSA É DEMAIS
TUDO ISSO COMO SUPORTE
PRA VOCÊ NÃO FUMAR MAIS

LETRAMENTO EM SAÚDE
ISSO COM A NAVEGAÇÃO
SE PERGUNTAREM EXPLICAREMOS
COM A MAIOR EXATIDÃO

APROVEITO ESSE ENSEJO
E QUERO PARABENIZAR
AO PLANO ALFA SAÚDE
MEU MUNICÍPIO VAI AJUDAR

C. C. D.
AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE

REFERENCIAS

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

BAKER, D. W.; PARKER, R. M.; WILLIAMS, M. V. et al. The health care experience of patients with low literacy. **Archives of Family Medicine**, v. 5, n.6, 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.

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

BARRETT, S. E., PURYEAR, J. S.; WESTPHALING, K. (2008). **Health literacy practices in primary care settings: Examples from the field**. New York: The Commonwealth Fund, 2008. Disponível em: < http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Barrett_hliliteracypracticesprimarycaresettingsexamplesfield_1093.pdf?section=4039> Acesso em: 02 junho 2011.

BENNETT, I. M.; CHEN, J. C.; SOROUI, J. S.; WHITE, S.. 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.

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.

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 agosto 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.

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.

CARTHERY-GOULART, M. T. *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.

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.

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 junho 2010.

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.

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.

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, 2011. 116 p. Disponível em: <www.nap.edu> Acesso em 06 jan 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Improving Adult Literacy Instruction: Options for Practice and Research**, 2012. 505 p. Disponível em: <www.nap.edu/catalog.php?record_id=13242>. Acesso em 8 dez. 2014.

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.

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 2012.

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 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.

KUTNER, M.; GREENBER, E.; JIN, Y.; PAULSEN, C. **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.

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. **Comunic. Saúde. Educ**,v.10, n.20, p.517-24, 2006.

MAYER, G. G.; VILLAIRE, 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.

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.

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.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; SABRY, M. O. D.; SÁ, M. L. B.; CABRAL, L. A. **Letramento funcional em saúde e nutrição**. Fortaleza: EdUECE, 2011. 95p.

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

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.

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 março 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.

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.

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, Special Supplement on Bioterrorism, v.8, supplement 1, p. 104–115, 2003.

RUDD, R. et al. **Health literacy study circles**. Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and Health and Adult Literacy and Learning Initiative, 2005.

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.

SAMPAIO, H. A. C. et al. **Plano Alfanutri: Um novo paradigma nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas**. Volumes 1 e 2 [Relatório Técnico Final] Fortaleza, 2012.

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

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

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

SHAB, L. C.; WEST, P.; BREMMEYR, K.; SAVOY-MOORE, R. T. 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

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.

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

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

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.

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.

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 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/uie/.../6b.pdf – França>. Acesso em: 12 maio 2012.

VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C.; MIALHE, F. L. Bulas de medicamentos 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.

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 06/06/2010.

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 1/03/2009.

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

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