Universidade Estadual do Ceará

Centro de Ciências da Saúde

Curso de Nutrição

Grupo de Pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas

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

RELATÓRIO TÉCNICO FINAL

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Maria Olganê Dantas Sabry

Maria da Penha Baião Passamai

Nádia Tavares Soares

José Arimatéa Barros Bezerra

Maria Auristela Magalhães Coelho

Francisco Jose Maia Pinto

Fortaleza

2012

RESUMO

Introdução: O Brasil passa por uma transição epidemiológica onde se assiste a quadros de desnutrição e outras deficiências e altas prevalências de diferentes doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes melito, hipertensão arterial, câncer e obesidade, entre outras. Há uma extensa interface destas doenças com a Nutrição, tanto no aspecto preventivo, como no de controle. Desta forma, a estratégia da educação nutricional tem sido a mais utilizada para tentar prevenir ou minimizar o impacto negativo sobre a saúde representado pelas DCNT. Recentemente, começou-se a questionar qual a educação nutricional que se quer no que tange a viabilizar o empoderamento da população referente às diretrizes de uma alimentação dita saudável e mesmo de um estilo de vida saudável, englobando dieta e prática de atividade física adequadas. Nesta nova linha de discussões, um novo paradigma começou a ser incipientemente desenvolvido, a alfabetização nutricional. Embora nova na área de Nutrição, a preocupação com alfabetização científica e em saúde já soma quase meio século. **Objetivo:** Planejar, elaborar, implantar e avaliar um plano de alfabetização nutricional, o Plano AlfaNutri, como estratégia para incentivo à alimentação adequada e prática regular de atividade física na prevenção e controle de DCNT para a clientela usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). O Plano AlfaNutri pretendido compreendeu a reformulação do “Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável” com base no nível de letramento nutricional e em saúde do grupo avaliado e por um manual destinado à utilização pelos profissionais de saúde que atuam no SUS. **Metodologia:** Foram avaliados 908 pacientes em atendimento preventivo ou para tratamento de doenças crônicas em postos de saúde e ambulatórios hospitalares públicos. Os mesmos foram divididos em grupos que responderam a instrumentos de diagnóstico de letramento em saúde e nutrição: Test of Functional Health Literacy in Adults, Newest Vital Sign ou Nutritional Literacy Scale, traduzidos para o português. Foram realizados círculos de diálogo para avaliação do entendimento do Guia Alimentar nacional, em sua versão bolso, destinada à comunidade. **Resultados:** Foi alta a prevalência de letramento não adequado (inadequado e marginal) em saúde e em nutrição. Os pacientes apontaram muitas dificuldades de entendimento do conteúdo da publicação avaliada, tendo sido efetuada uma reformulação da mesma frente às reivindicações. Tal reformulação foi avaliada e aprovada pelos pacientes. O documento resultante foi entregue a uma amostra de usuários do SUS. Foi elaborado um manual para orientação dos profissionais de saúde, para um atendimento direcionado a respeitar o letramento em saúde e nutrição da clientela. Todos os profissionais dos locais onde houve pacientes entrevistados receberam um exemplar. **Conclusão:** Há necessidade de uma reformulação das ações educativas realizadas com vistas a se adequar a pessoas com baixo letramento em saúde e nutrição. Sugere-se que o diagnóstico de letramento em saúde e em nutrição seja investigado na rotina de atendimento do usuário do SUS.

Palavras-chave: letramento em saúde; letramento nutricional; doença crônica; atendimento; alimentação; Sistema Único de Saúde

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
1.1 Educação, Educação em Saúde, Educação Nutricional, Alfabetização Científica e Alfabetização nutricional: uma mudança de paradigma.....	9
1.2 Promoção da alimentação saudável.....	15
1.3 Promoção da pratica regular de atividade física.....	18
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Geral.....	24
2.2 Especificos.....	24
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 Tipo de estudo.....	25
3.2 Local do Estudo.....	25
3.3 Universo e Amostra.....	25
3.4 Coleta, tabulação e análise de dados.....	26
3.4.1 Diagnostico e Preparação.....	27
3.4.2 Intervenção – Elaboração do Plano AlfaNutri.....	36
3.4.3 Avaliação.....	38
3.5 Aspectos éticos.....	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.1 Caracterização do grupo estudado	40
4.2 Diagnóstico de letramento em saúde e em nutrição dos grupos estudados e suas inter-relações.....	48
4.3 O guia alimentar, em sua versão bolso, na ótica dos usuários do SUS.....	67
4.4. Avaliação do Plano AlfaNutri quanto ao guia alimentar reformulado.....	87
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	91
6 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA PESQUISA	93
REFERÊNCIAS.....	107
ANEXOS	116
ANEXO A. Licença para uso do TOFHILA	117

ANEXO B. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará	119
APÊNDICES	123
APÊNDICE A. Manual de treinamento para pesquisa de campo - TOFHLA	124
APÊNDICE B. Instrumento de coleta de dados	133
APÊNDICE C. Palavras difíceis do Guia Alimentar – como ter uma alimentação saudável	148
APÊNDICE D. Guia alimentar - Uma proposta para modificação da publicação do Ministério da Saúde - Visualização das alterações efetuadas	155
APÊNDICE E. Guia alimentar – Uma proposta para modificação da publicação do Ministério da Saúde - Cartilha entregue aos usuários do SUS	190
APÊNDICE F. Letramento funcional em saúde e nutrição - Publicação destinada aos profissionais de saúde que atuam no SUS	203
APÊNDICE G. Termo de consentimento livre e esclarecido de participação na pesquisa – Entrevistas	253
APÊNDICE H. Termo de consentimento livre e esclarecido de participação na pesquisa - Círculos de Diálogos	255
APÊNDICE I. Minicurso - Letramento funcional em saúde e nutrição como indicador no planejamento de ações educativas - Estrutura e conteúdo resumido	257
APÊNDICE J. Banco de dados da revisão sistemática realizada - Lista de publicações	277

1 INTRODUÇÃO

As transformações relacionadas à crescente modernização e urbanização, ocorridas em vários países no mundo todo, ai se incluindo o Brasil, estão associadas a mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares da população, sendo estas mudanças consideradas como favorecedoras para o desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis (WHO, 1997; MENDONÇA; ANJOS, 2004).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), também chamadas de agravos não-transmissíveis, figuram como principal causa mundial de mortalidade e incapacidade e têm sido responsáveis por 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo, sendo que, nos países em desenvolvimento esse percentual sobe para 78% (BRASIL, 2005).

Estudos epidemiológicos em populações latino-americanas têm relatado dados alarmantes. À medida que se consegue erradicar a miséria entre as camadas mais pobres da população, a obesidade desponta como um problema mais freqüente e mais grave que a desnutrição. É o fenômeno da transição nutricional, que sobrecarrega o sistema de saúde com uma demanda crescente de atendimento a doenças crônicas relacionadas com a obesidade, como o diabetes melito tipo 2, a doença coronariana, a hipertensão arterial e diversos tipos de câncer. É provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina (MONTEIRO *et al.*, 1995; COELHO; KAC; VELÁSQUEZ, 2001). No Brasil, em 2001, as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde - SUS (BARRETO *et al.*, 2005).

A transição nutricional em curso na maioria dos países em desenvolvimento, junto com o aumento expressivo da obesidade e mesmo sua coexistência com o baixo peso, constitui um dos fatores mais importantes para explicar o aumento da carga das DCNT nesses países (BARRETO *et al.*, 2003). O crescimento da incidência das referidas morbidades está relacionado, em grande parte, com os hábitos de vida adquiridos nas últimas décadas,

destacando-se os comportamentos que desequilibram o balanço energético, induzindo ganho excessivo de peso. Estima-se que, para cada 5% de aumento de peso acima daquele apresentado aos 20 anos de idade, ocorra um aumento de 200% no risco de desenvolver a síndrome metabólica na meia idade (EVERSONS *et al.*, 1998). Esse complexo metabólico, inflamatório e hemodinâmico, por sua vez, também está associado à presença de doença cardiovascular e de outras DCNT (SCHMIDT; DUNCAN, 2003; LORENZO *et al.*, 2003).

Alem do peso e da ingestão energética, outros fatores dietéticos são associados ao surgimento das DCNT. Por exemplo, especificamente em relação ao câncer, refere-se que podem ser responsáveis por 30% dos casos de câncer nos países ocidentais e por até 20% nos países em desenvolvimento. O padrão alimentar perde apenas para o fumo, como principal causa de câncer que pode ser evitada (BARRETO *et al.*, 2005). Vários autores apontam que, dentre as neoplasias, as de mama feminina e próstata são as que mais têm sido relacionadas a fatores dietéticos ou ao peso e composição corporal (BYERS *et al.*, 2002; MACLNNIS *et al.*, 2003; OH; YOON; SHIN *et al.*, 2005).

Os fatores dietéticos na gênese das DCNT acabam por ter atenção ampliada devido a mudanças de padrão alimentar principalmente ocasionadas por um processo histórico a que se denomina globalização. Este data do final da década de 1980 e corresponde a um aprofundamento da integração econômica, social, cultural e política entre os países. Essa tendência, interpretada por alguns autores como sinônimo de progresso, revelou, ao longo do tempo, exclusão, concentração de renda, subdesenvolvimento e graves danos ambientais, agredindo e restringindo direitos humanos essenciais. Além disso, a globalização inseriu a população dos países ditos periféricos numa realidade de novidades perigosas no seguimento alimentação (DUPAS, 2007).

A discussão da globalização vem atrelada, por sua vez, ao conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Esse conceito leva em conta três aspectos principais: quantidade, qualidade e regularidade no acesso aos

alimentos (BELIK, 2003). A ameaça que a globalização pode representar à SAN reside na pressão que se exerce sobre regiões e culturas específicas para que substituam a alimentação tradicional por produtos “globais”, ferindo o aspecto da qualidade contido na própria definição de SAN (SILIPRANDI, 2004). O desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e combate às doenças crônicas deve levar em conta que estas são fortemente influenciadas pelo consumo de alguns produtos alimentares trazidos pela globalização.

Considerando o Brasil, pode-se dizer que não há, ainda, uma política de nutrição agressiva o suficiente, mas os primeiros passos vêm sendo dados desde 2004, com a criação do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006a), um dos instrumentos construídos no âmbito das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. O referido Guia constitui-se num documento que pretende ensinar a população a se alimentar melhor em âmbito individual, familiar e coletivo.

No entanto, ainda é necessário aprofundar a discussão sobre o papel da educação alimentar e nutricional dentro do contexto atual de elevados índices de doenças decorrentes de uma alimentação excessiva e sem qualidade nutricional, e qual seria a sua real contribuição para essas novas demandas apontadas (SANTOS, 2005).

Nessa perspectiva, é fundamental que se resgate o conceito de promoção da saúde. Esta envolve qualquer momento e qualquer atividade de saúde em prevenção primária, secundária e terciária, onde se promove concepção positiva de saúde. Tal concepção é compreendida sob o ponto de vista holístico, não só configurando ausência de doença. A promoção em saúde prevê uma integralidade de ações em promoção propriamente dita e em clínica.

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 re-orientação dos serviços de saúde. E 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.

A principal estratégia utilizada em promoção da saúde tem sido a educação em saúde. Infelizmente o sucesso de tais ações tem sido muito aquém do desejável, da mesma forma como tem ocorrido com um segmento específico da educação em saúde que é a educação nutricional, como já citado.

Há algumas décadas começou-se a questionar a educação, na forma que ocorre, despontando novos termos, como letramento e alfabetização (PELLA; O'HEARN; GALE, 1966). Este debate envolveu várias áreas do conhecimento, inicialmente sendo discutido o letramento científico (SHEN, 1975), depois se estendendo para a saúde, nas décadas de 80 e 90 (PISA, 2001). No âmbito específico da nutrição, incipientemente tais termos também começam a aparecer (BIZZO; LEDER, 2005). Começa a ser gerado um novo paradigma de abordagem, que é a alfabetização nutricional, ainda sem experiências relatadas.

Surgiu, então, a idéia de desenvolvimento do presente estudo, onde se questiona qual a educação nutricional que se quer no que tange a viabilizar o empoderamento da população referente às diretrizes de uma alimentação dita saudável e mesmo de um estilo de vida saudável, englobando dieta e prática de atividade física adequadas. E pretensão do mesmo que a alfabetização nutricional seja utilizada como uma estratégia que atenda inicialmente a três campos previstos na Carta de Ottawa (WHO, 1986): criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Ao serem abrangidos tais campos, espera-se por fim atender aos outros dois, ou seja, a elaboração e implementação de políticas para o incentivo a alimentação promotora da saúde e preventiva de doenças, culminando com uma reorientação dos serviços de saúde.

Pretende-se abranger dois segmentos populacionais atendidos pelo SUS, os portadores de doenças crônicas não transmissíveis e os que buscam outro tipo de atendimento, mas podem se beneficiar com ações que levem à

prevenção de tais doenças. A meta principal é prevenir o surgimento ou as complicações de DCNT. Como foco central do projeto estão a obesidade, hipertensão arterial, diabetes melito tipo 2, dislipidemia e câncer, cujo conjunto representa a maior prevalência de DCNT na população.

O estudo parece plenamente justificado, ao se considerar:

- o impacto negativo representado pelas doenças crônicas não transmissíveis no mundo todo, ai se incluindo o Brasil;
- a importância da nutrição na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis;
- a inferência de que as estratégias educativas atuais não são satisfatórias, uma vez que as DCNT vêm avançando;
- a falta de discussão, planejamento, execução e avaliação de uma nova estratégia – a alfabetização nutricional no combate as DCNT.

O projeto apresenta a vantagem de, pela primeira vez, estar propondo uma interpretação da visão que os indivíduos atendidos pelo SUS possuem sobre as informações de Nutrição que lhes são passadas, propondo ainda a elaboração de um plano que leve em consideração tal visão. Espera-se, assim, contribuir para o aprimoramento das ações do SUS na prevenção e controle de doenças crônicas.

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

1.1 Educação, Educação em Saúde, Educação Nutricional, Alfabetização Científica e Alfabetização nutricional: uma mudança de paradigma

Educare, originado do latim, significa *alimentar, criar* (HAIDT, 2001). Numa perspectiva social a Educação é uma ação que orienta o conjunto de conhecimentos, normas, valores, crenças, a conduta, usos e costumes aceitos pelo grupo social (HAIDT, 2001).

A Educação é, portanto, um processo inerente à vida, onde o ser humano aprende e se desenvolve ao longo de sua existência no esforço por responder aos desafios cotidianos. É nesse cotidiano social e também por intermédio de ações de instrução e ensino planejadas por pessoas capacitadas para tal que o fenômeno educativo se consolida (BOOG, 2004).

Há um vínculo muito estreito entre a Educação e a Saúde. A Educação para a Saúde é resultante da confluência desses dois fenômenos (BRASIL, 1998), configurando-se como um campo interdisciplinar.

A Educação para a Saúde deve ser tomada como um processo orientado para a utilização de estratégias que possam capacitar os indivíduos e a comunidade para adotar comportamentos que lhes favoreçam alcançar um melhor nível de saúde (OMS, 1985). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, também, a necessidade de se capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estágios do seu desenvolvimento, para lutarem, sobretudo, contra as doenças crônicas e incapacidades (WHO, 1986). Segundo Carvalho e Carvalho (2006), as intervenções educativas “devem ter lugar em vários contextos como a escola, o trabalho e as organizações comunitárias e serem realizadas por organismos educacionais, profissionais e de solidariedade social”.

O momento das transições epidemiológica, demográfica e nutricional pelo qual vem passando o país pode ser encarado como uma janela aberta às oportunidades para desenvolver estratégias efetivas e sustentáveis de promoção da saúde, da prevenção e controle integrados dos principais fatores de risco comuns para as DCNT (BARRETO *et al*, 2005).

É nesse contexto que se insere a Educação Nutricional. Em um sentido abrangente, a Educação Nutricional pode ser concebida como “um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente

adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social” (BOOG, 2004).

Aponta-se, também, como condição básica para a efetividade das intervenções no âmbito da Educação Nutricional “a necessidade de uma visão abrangente de alimentação, apoiada em conhecimentos das áreas de psicologia social e antropologia, além de nutrição” (BOOG, 2004).

Ferreira e Magalhães (2007) discutem que, atualmente, a Educação Nutricional deve ser um processo de aprendizagem e não de adestramento, sendo tomada no sentido mais amplo da Educação e devendo envolver metodologia do ensino e da aprendizagem para o desenvolvimento de habilidades individuais, que permitam enfrentar as questões relacionadas à alimentação e nutrição e abranger o físico, o emocional e o intelectual. As autoras consideram, também, que a respeito das ações direcionadas à capacitação dos indivíduos, o objetivo é a garantia das condições que permitam à população exercer sua autonomia decisória e escolher alimentos mais saudáveis. Nesse contexto, a Educação Nutricional é um exercício de cidadania.

A proposta de diversos autores para a Educação Nutricional tem se voltado para a abordagem da educação problematizadora, seguindo o modelo freireano para a Educação (MANÇO; COSTA, 2004; SANTOS, 2005; CERVATO *et al.*, 2005; FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Segundo Freire (1987): “a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir ‘conhecimentos’ e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação ‘bancária’, mas um ato cognoscente. Como situação gnosiológica, em que o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador, de um lado, educandos, de outro, a educação problematizadora coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador-educandos. Sem esta, não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível”.

A *Educação Problematizadora* é, portanto, dialógica. Paulo Freire considera que o diálogo é um caminho pelo qual “os homens ganham significação enquanto homens” e nesse encontro de palavras e de significados “se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado” (FREIRE, 1987). Para o educador o *Diálogo*, como fenômeno humano, guarda em si duas dimensões: ação e reflexão, concretizadas recursivamente como *práxis*, no sentido de transformação.

A partir de visões mais avançadas sobre Educação, surgiu a concepção de *Alfabetização Científica* ampliada para os diferentes campos específicos de conhecimento, derivando para constructos diversificados como: alfabetização matemática, alfabetização ecológica, alfabetização biológica, alfabetização em saúde, alfabetização nutricional etc, que, em última instância, não deixam de estar inseridos no campo da Educação Científica. Esta tem extrapolado os limites da educação formal, se expandindo para as situações da educação informal e não-formal (GASPAR, 1993; KICKBUSCH, 2001; BIANCONI; CARUSO, 2005; MARTINS, 2006; MARIGA, 2006).

O debate acerca da *Alfabetização* ou *Letramento Científico* tem se aprofundado desde o início do século XX, sendo seu conceito muito controverso (JENKINS, 1990, 1994). Estudos têm sugerido que há uma série de fatores que podem influenciar as interpretações do conceito em questão, como: os diferentes grupos interessados nessa abordagem (educadores, cientistas sociais, comunicadores, etc), diferentes caminhos para a mensuração do que seja um sujeito cientificamente alfabetizado, a natureza e propósitos do conceito, etc.,. Mesmo assim, o tema tem sido um *slogan* educacional internacionalmente bem reconhecido e tomado como uma meta educacional contemporânea (LAUGKSCH, 2000).

O trabalho considerado como pioneiro no sentido de fornecer as bases empíricas para a definição de *Alfabetização/Letramento Científico* foi o de Pella, O’hearn e Gale (1966). Os autores, após um levantamento minucioso na literatura, concluíram que um indivíduo cientificamente *letrado* é aquele que compreende: a) a inter-relação de Ciência e sociedade; b) a ética que controla

o trabalho do cientista; c) a natureza da Ciência; d) a diferença entre Ciência e Tecnologia; e) os conceitos básicos de Ciência; f) a inter-relação entre Ciências e as humanidades.

Shen (1975) considera que a *Alfabetização/Letramento Científico* “pode abranger muitas coisas, desde saber como preparar uma refeição nutritiva, até saber apreciar as leis da física”. Discutindo sobre a educação científica, Shen (1975) diferencia três categorias de *Alfabetização Científica/Letramento científico*: 1) prática; 2) cívica; 3) cultural. Considerando o escopo do presente projeto, abordar-se-á apenas a primeira. A mesma diz respeito à solução dos problemas básicos que afetam a vida do indivíduo. Ela está relacionada com as necessidades humanas mais básicas como alimentação, saúde e habitação. Uma pessoa com conhecimentos mínimos sobre estes assuntos pode tomar suas decisões de forma consciente, mudando seus hábitos, preservando a sua saúde e exigindo condições dignas para a sua vida e a dos demais seres humanos (LORENZETTI; DEMETRIO, 2001). Esta alfabetização deve proporcionar “um tipo de conhecimento científico e técnico que pode ser posto em uso imediatamente, para ajudar a melhorar os padrões de vida” (SHEN, 1975).

O campo da *Alfabetização/Letramento em Saúde* emergiu nas décadas de 1980 e 1990. Apesar de ser uma área de estudo independente, constitui uma ponte de ligação entre a saúde e a alfabetização/letramento. Essa interdisciplinaridade enfrenta desafios bastante significativos, porque tanto o discurso da saúde quanto o da alfabetização são definidos de maneiras diferentes dentro do campo interdisciplinar, em cada disciplina separadamente e nos diversos contextos socioculturais (PLEASANT; KURUVILLA, 2008).

Não há um consenso na literatura sobre a definição de *Alfabetização/letramento em Saúde*. A maioria dos estudos conecta o conceito em questão a outros como: promoção da saúde, educação, empoderamento e a educação e alfabetização de adultos na perspectiva freireana (NUTBEAM, 2000; KICKBUSCH, 2001; RATZAN, 2001; ST LEGER, 2001; ZARCADOOLAS PLEASANT; GREER, 2006). No entanto, embora haja variações conceituais os

diferentes discursos estabelecem entre si uma certa proximidade, porque focalizam a **capacidade do indivíduo para entender, avaliar e utilizar a informação para a tomada de decisão relacionada à saúde** (grifo nosso), o que leva, conseqüentemente, a uma melhoria e/ou redução de iniquidades na saúde.

A *American Medical Association* (AMA) detalha as habilidades esperadas, considerando realizar leitura básica e procedimentos numéricos, requeridos para a prática no cuidado com a saúde (AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY, 1999, *apud* KICBUSCH, 2001).

No bojo das diferentes concepções de *Alfabetização/Letramento em Saúde*, se encontra a discussão acerca do conhecimento na manutenção da saúde individual e coletiva. Nesse sentido, Pleasant e Kuruvilla (2008) mencionam que a difusão e o uso do conhecimento na sociedade constituem os fatores mais importantes para melhorar o resultado na saúde, mas que, apesar do conhecimento ser freqüentemente considerado um pré-requisito para mudança de atitudes e comportamentos, perfilando uma melhoria da saúde, essa relação nem sempre é “direta, positiva, linear ou até necessariamente presente” (GALLI, 1978; AZJEN; FISHBEIN, 1980; DURANT *et al.*, 1992; DIERKES; VON GROTE, 2000).

Há vários instrumentos para se mensurar o grau de *Alfabetização/Letramento em Saúde* da população, sendo os mais utilizados o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* – REALM (DAVIS *et al.*, 1991) e o *Test of Functional Health Literacy in Adults* - TOFHLA (PARKER *et al.*, 1995), Porém, tanto Rogers *et al.* (2001) quanto Baker (2006) consideram que nenhum destes testes são suficientemente abrangentes para medir a *Alfabetização/Letramento em Saúde*.

Enquanto a literatura tem abordado de maneira mais extensa acerca da *Alfabetização/Letramento Científico* nas diversas áreas de conhecimento como já citado, poucos são os estudos que abordam a *Alfabetização/Letramento em Nutrição*.

Na revisão bibliográfica para a realização do presente estudo foram encontradas duas referências ao termo letramento/alfabetização nutricional, na proposta pretendida, uma americana (DIAMOND, 2007) e uma brasileira (BIZZO; LEDER, 2005). A última apenas refere-se ao termo em âmbito da educação nutricional escolar dentro dos parâmetros curriculares nacionais, destacando a importância de se levar em consideração a alfabetização em Nutrição, instrumentalizando para obter saúde. Já Diamond (2007) propõe um teste para medir alfabetização nutricional, o Nutritional Literacy Scale – NLS que por sua vez é baseado no TOFHLA (PARKER *et al.*, 1995). O teste permite categorizar o indivíduo quanto ao seu letramento para, a partir daí planejar a ação educativa.

Embora a Nutrição seja uma subárea da Saúde e se possa inferir o letramento/alfabetização nutricional a partir do letramento/alfabetização em saúde, parece importante que se mensure especificamente o segmento nutricional, com vistas a planejamentos educativos mais dirigidos.

1.2 Promoção da alimentação saudável

As DCNT, dada sua alta prevalência e impacto negativo sobre morbimortalidade da população, vem tendo seu manejo preventivo e de controle abordado sob a forma de diretrizes.

Nessas diretrizes, o tema Nutrição, juntamente com atividade física, estão sempre em destaque, principalmente no enfoque preventivo. No Brasil é freqüente a elaboração de diretrizes baseadas em organismos americanos, além de serem consideradas as preconizações da Organização Mundial da Saúde. Assim, hoje são disponíveis diretrizes para abordagem preventiva global das doenças crônicas (JOINT WHO/FAO, 2003; BRASIL, 2006a), bem como para prevenção e controle de doenças específicas, como: diabetes melito (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009; American Diabetes Association, 2012), hipertensão arterial (JOINT NATIONAL COMMITTEE 7, 2003; VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – SOCIEDADE BRASILEIRA DE

CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), dislipidemias (National Cholesterol Education Program – NCEP, 2001, IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção de Aterosclerose – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007), câncer (WORLD CANCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2007) e obesidade [North American Association for the Study of Obesity/National Heart, Lung, and Blood Institute (NAASO/NHLBI, 2000); Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2009/2010)].

Apesar de haver particularidades em cada diretriz, frente a doença visada, de um modo geral a abordagem nutricional é semelhante e devidamente contemplada no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006a). O Ministério da Saúde endossa sua utilização no SUS, além de também disponibilizar mais três cartilhas para intervenção educativa na perspectiva das DCNT: a de obesidade (BRASIL, 2006b), a de hipertensão arterial (BRASIL, 2006c) e a de envelhecimento saudável (BRASIL, 2006d).

A seguir são resumidos os aspectos nutricionais principais que podem ser extraídos dos documentos citados:

- 1) Manter o peso saudável, entendido como um IMC de 18,5-24,99Kg/m²
- 2) Controlar o excesso de gordura dietética
 - a. Percentual calórico proveniente de gorduras totais: 15-30%
 - b. Percentual calórico proveniente de gorduras saturadas: < 10%
 - i. Priorizar consumo de carnes magras
 - ii. Priorizar consumo de laticínios desnatados ou semi-desnatados
 - c. Limitar consumo de gorduras trans para não mais do que 1% do total calórico ingerido
 - d. Quantidade diária de colesterol: < 300mg
- 3) Ingestão adequada de proteínas, atingindo de 10-15% do percentual calórico
- 4) Ingestão adequada de carboidratos

- a. Percentual calórico proveniente de carboidratos totais: 55-75%
 - b. Percentual calórico proveniente de açúcar refinado: < 10%
 - i. Não consumir mais do que duas porções de doces ao dia
 - c. Dar preferência a cereais integrais
 - d. Quantidade diária de fibras totais: $\geq 25\text{g}$
- 5) Evitar excesso de consumo de sal, mantendo quantidade diária $\leq 5\text{g}$
- 6) Evitar excesso de consumo de sódio, mantendo quantidade diária $\leq 2400\text{mg}$
- 7) Priorizar o consumo de frutas e hortaliças, mantendo quantidade diária conjunta $\geq 400\text{g}$
- 8) Limitar o consumo de bebidas alcoólicas para não mais que 30g de etanol/dia se homem e não mais de 15g de etanol por dia, se mulher
- a. Quantidade de bebida alcoólica que equivale a 15g de etanol: cerca de 350ml de cerveja, 45ml de bebida destilada, 150ml de vinho.

Avaliando-se o resumo descrito, percebe-se que não é tarefa fácil conseguir traduzir estas diretrizes em práticas. Muito do que é previsto, principalmente as quantificações de nutrientes necessitam de um plano dietético personalizado, com os respectivos cálculos, o que fica inviável de se realizar no atendimento ao cliente do SUS, pois empiricamente tem sido observado que o profissional de saúde atende um mínimo de 16 pacientes num turno de quatro horas. Tal situação é agravada pelo fato de nem todo serviço de atendimento pelo SUS contar com um profissional especializado para este planejamento individualizado, no caso o nutricionista.

Um outro aspecto que merece debate é como está a compreensão dos usuários do SUS quanto ao valor de uma porção de um dado grupo alimentar. Como consta no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006a) e na sua versão em bolso, Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável (BRASIL, 2006e) esta destinada para a clientela, existe um detalhamento muito grande e, na verdade, não se avaliou ainda de uma forma abrangente como o instrumento é compreendido, face ao tempo disponível para consultas e face

ao fato de não haver sempre a presença do profissional especializado em Nutrição.

1.3 Promoção da prática regular de atividade física

Habitualmente, as diretrizes para uma alimentação saudável vêm associadas a recomendações de atividade física. Nos documentos citados no subcapítulo anterior, a atividade física é recomendada em bases gerais, obviamente sem a pretensão de se relegar a importância de um profissional desta área no processo de educação da clientela.

Atualmente existem evidências científicas suficientes que denotam a necessidade da adoção de um estilo de vida saudável para a obtenção da qualidade de vida de indivíduos em populações (OMS, 2004). Parece consenso a necessidade não só de acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade como também buscar determinantes da saúde em toda a sua amplitude. Para isso é imprescindível um envolvimento interdisciplinar, o que requer políticas públicas saudáveis juntamente com o poder público e a mobilização da população.

Como já discutido, a promoção da saúde vem sendo utilizada como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas modernas (WHO, 1986). Nesse contexto pensa-se em medidas preventivas que alteram o ambiente físico e o estilo de vida através de atividades dirigidas à transformação do comportamento das pessoas, aí se incluindo a dieta, já enfocada, e a atividade física, alvo deste subcapítulo.

O exercício físico é uma atividade sistematizada, com repetições ou não de movimentos orientados com aumento da necessidade de oxigênio, no intuito de produzir resultados fisiológicos. O exercício representa um subgrupo da atividade física planejada (que gera força muscular e interrompe a homeostase) com a finalidade de manter ou melhorar o condicionamento físico. O exercício

físico provoca uma série de respostas fisiológicas nos sistemas, principalmente no sistema cardiovascular (McARDLE, KATCH; KATCH, 2001).

Os ajustes fisiológicos do exercício físico são feitos a partir das demandas metabólicas e podem ser classificados em agudos, imediatos ou tardios, e crônicos. Os efeitos agudos imediatos ocorrem no período pós imediato ao exercício físico, como a elevação da frequência cardíaca, da ventilação pulmonar e sudorese. Os efeitos agudos tardios acontecem após as primeiras 24 horas e se estendem até 72h e podem ser identificados na redução da pressão arterial, na expansão do volume plasmático, na potencialização da ação e aumento da sensibilidade insulínica na musculatura esquelética. Os efeitos crônicos, também conhecidos por adaptações, incluem a baixa da frequência cardíaca de repouso, a hipertrofia muscular, a hipertrofia (saudável) ventricular esquerda fisiológica e o aumento do $VO_2\text{max}$ - consumo máximo de oxigênio (McARDLE, KATCH; KATCH, 2001).

De um modo geral, pode-se praticar atividade física em qualquer lugar onde haja espaço suficiente e seguro. Podem ser citados parques, praças e praias, por serem espaços públicos e de fácil acesso a população ou a prática pode ocorrer em centros fechados, como ginásios e academias, mas que muitas vezes limitam o acesso aos usuários pelos custos inacessíveis.

Com a falta de orientação de um profissional de Educação Física, a prática da atividade física se torna muitas vezes uma tarefa inviável. As pessoas ficam inseguras e perguntas simples como: quantas vezes por semana, por quanto tempo e como deveriam praticar a atividade física; se podem praticá-la ou quais restrições existem nessa prática, chegam a impedir que o início e o despertar de um estilo de vida mais ativo se instale.

Outra preocupação, uma vez iniciada a prática, são as desistências que ocorrem muito antes dos exercícios surtirem algum resultado e seus benefícios serem percebidos. As pessoas podem interromper sua prática de atividade física limitadas por diversas dificuldades como, por exemplo, lesões, gravidez, agravos nos problemas de saúde, mudança de endereço, perda de emprego ou dificuldade financeira ou falta de tempo por excesso de trabalho.

Portanto, para que uma prática de atividade física se efetive, o processo pode ser dividido em quatro momentos: a contemplação, a preparação, a ação e a manutenção (SABA, 2003). É necessário que se evolua gradativamente pelas quatro fases, para que se incorporem as mudanças de hábito de forma duradoura. A evolução dessas fases envolve progressos, adaptações e um aprendizado gradual. A seguir as mesmas serão resumidas sob a ótica de Saba (2003).

Após a conscientização da necessidade de adoção de um estilo de vida fisicamente mais ativo é imprescindível que se deseje uma condição física diferente e um corpo mais saudável. Esse é o primeiro momento chamado de contemplação.

Num segundo momento passa-se para a fase de preparação, onde pequenas mudanças são inseridas no cotidiano em direção a prática da atividade física. É importante nessa fase, se programar e se organizar para que haja disciplina no planejamento de tal atividade. É necessário inserir a atividade física em algum momento do dia e a partir desse ponto firmar uma mudança comportamental com essa reestrutura das tarefas diárias. É preciso planejar essa mudança por escrito, montando um calendário das atividades que deverão ser executadas, com horários pré-estabelecidos e disponibilizados.

Entra, então, a terceira fase tão importante quanto as demais, porém mais preocupante por ser a que abrange o maior número de desistências. A fase da ação é a parte da prática efetiva de exercícios, que deverá começar gradativa e até esporádica, pois ainda não se tem consciência e realmente noção de todos os benefícios que os exercícios físicos trarão em uma prática regular. Será necessário um acompanhamento de perto e uma estimulação constante para que o novo praticante não desista e venha a atingir as metas propostas. Por isso a necessidade do acompanhamento interdisciplinar para o efetivo resultado do programa.

A última fase será de manutenção, onde os benefícios trazidos pela prática da atividade física se fazem presentes na saúde e qualidade de vida do praticante.

Considerando o tipo de atividade física, seria interessante que houvesse mais de um. Outro ponto de destaque, e que também seria apropriado associar o trabalho aeróbico com o trabalho de força ou localizado e o trabalho de flexibilidade, formando um programa completo em termos de promoção da saúde (HEYWARD, 2004).

Deve ser ressaltado, ainda, a importância de que a pessoa se torne mais ativa em suas rotinas diárias, passando a subir escadas, sair para dançar, cuidar de um jardim, lavar o carro, passear no parque, a palavra de ordem é movimento (BARROS, 2002).

Quanto à frequência da prática de exercício físico, a OMS (2004) recomenda 5 vezes por semana, evitando assim o risco de não haver benefícios fisiológicos. Existe também a recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010), dirigida a pessoas com hipertensão arterial, onde é preconizado que antes do programa ser iniciado seja realizada uma avaliação clínica. Mas, segundo este órgão, a prática deve ser regular, 3 a 6 vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração, com intensidade leve e moderada, isto se aplicando tanto à prevenção como ao controle. Fica claro, portanto, que mesmo que haja uma orientação genérica, a presença de alguma doença já requer uma avaliação prévia.

No tópico duração, pesquisas recentes apontam um novo conceito quanto ao tempo das sessões das atividades físicas. O que antes era recomendado de forma contínua passa a ser aceito de forma fracionada apontando benefícios também com esse novo conceito. Existe indicação para um mínimo de 30 minutos de atividade física diária, que podem ser realizados em duas sessões de 15 minutos ou até 3 sessões de 10 minutos cada. Isto facilita principalmente a adesão de pessoas sedentárias, com dificuldades de alguma natureza ou com pouca disponibilidade de tempo (Barros, 2002).

A questão referente à intensidade é a mais complicada a ser equacionada, porque sua definição passa pela individualidade biológica e essa avaliação quando executada de forma errônea pode trazer não só a

desestímulo do indivíduo à prática da atividade física, como também pode ser prejudicial. É necessário se atentar também à progressão natural da intensidade do trabalho como fator de ajuste fisiológico (McARDLE, KATCH; KATCH, 2001).

Uma maneira de se medir a intensidade da prática de atividade física é através da frequência cardíaca. A aptidão respiratória é determinante na intensidade do esforço que os sistemas cardíaco e respiratório suportam. Esse é um número importante que representa a individualidade biológica de cada um e depende de fatores genéticos, do estado geral de saúde e do nível de atividade física que se está acostumado a praticar. Essa frequência cardíaca máxima (FC max) está diretamente relacionada à aptidão cardiorespiratória e expressa o número de vezes que o coração é capaz de bater por minuto (NEGRÃO; BARRETO, 2006). Esse passa a ser então o ponto limite do exercício físico, seu sinal vermelho, o ápice máximo de trabalho que o músculo cardíaco pode suportar e, portanto não deve ser desrespeitado. Para se calcular esse valor é utilizada uma fórmula que traz uma estimativa de frequência submáxima como medida de segurança. Esses números primeiramente são estabelecidos a partir da idade e embora esses valores sejam individuais, a idade é um parâmetro generalizado que denota bem as frequências ideais. Assim, para se calcular a FC max aplica-se a seguinte fórmula: $FC\ max = 220 - idade$ (NEGRÃO; BARRETO, 2006).

As frequências de treinamento são determinadas por porcentagens do total da FC max (SANTOS, 2003). Os exercícios que visam a saúde deverão estar dentro de 60 a 80% dessa frequência, devendo logicamente iniciar as atividades físicas com 60% da FC max e ir aumentando gradativamente (HEYWARD, 2004). É necessário também que seja controlada essa frequência cardíaca durante o exercício, principalmente no início, para que não se exponha o coração a riscos que poderão ser sérios e danosos a saúde. Para que seja feito esse controle pode-se utilizar tanto um aparelho para medir a frequência cardíaca ou, na impossibilidade e ausência deste, medir a pulsação com dois dedos da mão direita sobre a carótida do pescoço (HEYWARD, 2004).

Considerando as diretrizes básicas discutidas quanto à importância de se incentivar a prática regular do exercício físico, percebe-se que, no âmbito do SUS, as orientações mais genéricas provavelmente terão maior chance de adesão. Assim, seriam atividades de mais fácil operacionalização: caminhar mais, subir escadas, dançar, correr, andar de bicicleta, jogar bola, brincar com os filhos, limpar a casa, cuidar de uma horta, fazer alongamento. Isto é previsto inclusive no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2006a). É importante que a população entenda que a prática por pequenos períodos durante o dia também é eficaz, mas tentando chegar a pelo menos 30 minutos diários (BRASIL, 2006a). Deve ser incentivada a formação de grupos de amigos para a prática de atividade física. Se não for possível a supervisão constante de um profissional especializado, pelo menos deve se proceder à formação de multiplicadores, elegendo-se temas mínimos que deverão ser ensinados para que possam levar a cabo as tarefas mais simples de supervisão.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Planejar, elaborar, implantar e avaliar um plano de alfabetização nutricional, o Plano AlfaNutri, como estratégia para incentivo à alimentação adequada e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis para a clientela usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Específicos

- Diagnosticar o grau de letramento/alfabetização nutricional e em saúde da clientela assistida por serviços de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis do SUS;

- Elaborar um plano de alfabetização nutricional, o Plano AlfaNutri, integrado por alterações do “Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável” com base no nível de letramento/alfabetização nutricional e em saúde do grupo avaliado e por um manual destinado à utilização pelos profissionais de saúde que atuam no SUS;

- Avaliar o Plano AlfaNutri proposto, em seu segmento relativo às alterações do Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável”, sob a ótica da clientela do SUS.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

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

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em serviços públicos de atendimento ambulatorial pelo SUS, especificamente envolvendo o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), ambos localizados na cidade de Fortaleza, além dos centros de saúde integrantes da Secretaria Executiva Regional (SER) I, II, III, IV, V e VI, da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza.

3.3 Universo e Amostra

O universo do estudo abrange a população atendida nos serviços citados, para prevenção e tratamento de doenças crônicas. Especificamente no que tange ao Hospital Universitário Walter Cantídio a clientela inclui a assistida nos seguintes ambulatórios da Instituição: obesidade, diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial e câncer; no caso da Maternidade Escola Assis Chateaubriand inclui a clientela atendida na prevenção e tratamento do câncer; quanto aos postos de saúde, que já são exclusivamente ambulatoriais, toda a clientela ou acompanhante está potencialmente em prevenção ou tratamento de doenças e constituem o universo do estudo.

O tamanho da amostra foi determinado estimando uma prevalência de 50% de letramento nutricional insuficiente para a adoção de comportamentos alimentares e de atividade física saudáveis para prevenção e controle de

DCNT. A literatura é omissa quanto a esta prevalência no âmbito do SUS, mas alguns estudos americanos referem percentuais de 30% (GARBERS; CHIASSON, 2004) e 52% (SCHILLINGER *et al.*, 2002). Deve ser lembrado, no entanto, que a situação no Brasil pode ser pior, dada a presença de piores índices de escolarização formal do que os presentes nos Estados Unidos. Selecionou-se um intervalo de confiança de 95%, correspondente a um erro relativo de 8%, ficando a amostra constituída por 600 indivíduos.

A amostra supracitada foi considerada a principal do estudo e o número final ultrapassou o contingente previsto, envolvendo 506 pessoas atendidas nas diferentes regionais municipais de saúde de Fortaleza e 176 atendidas no Hospital Universitário Walter Cantídio, totalizando 682 indivíduos.

Foram também definidas subamostras para investigação de diferentes instrumentos de letramento/alfabetização em saúde/nutrição. Assim, foram investigadas mais outras 226 pessoas, atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand e no Hospital Universitário Walter Cantídio, como discriminado no subcapítulo 3.4.1.

Como critério de inclusão foram estudados todos os indivíduos adultos (≥ 18 e < 60 anos), independente do sexo, não gestantes, no caso de mulheres, e que estavam sendo atendidos pelo SUS em pelo menos um dos locais citados. O não atendimento a qualquer destas condições configurou critério de exclusão. Como exigência dos testes aplicados foi ainda necessário que os participantes soubessem ler e escrever e que tivessem uma acuidade visual mínima, como também será detalhado no subcapítulo 3.4.1.

3.4 Coleta, tabulação e análise de dados

O estudo foi estruturado para se desenvolver em 3 etapas: diagnóstico e preparação, intervenção e avaliação.

3.4.1 Diagnóstico e preparação

Esta etapa compreendeu dois segmentos: o diagnóstico do letramento/alfabetização em saúde e em nutrição da clientela e a busca de subsídios para elaboração do Plano AlfaNutri.

A. Diagnóstico do letramento/alfabetização em saúde e em nutrição da clientela

Os instrumentos *Test of Functional Health Literacy in Adults* - TOFHLA (PARKER *et al.*, 1995; NURSS *et al.*, 1995), *Newest Vital Sign* – NVS (WEISS *et al.*, 2005) e *Nutritional Literacy Scale* – NLS (DIAMOND, 2007) foram traduzidos para a investigação do letramento/alfabetização em saúde e em nutrição da clientela.

O TOFHLA é proposto para diagnóstico de letramento funcional em saúde (PARKER *et al.*, 1995; NURSS *et al.*, 1995), havendo três versões do mesmo: uma completa (*full* TOFHLA), que investiga habilidades de numeramento e leitura; uma versão resumida (*short* TOHFLA - STHOFLA), que investiga apenas habilidades de leitura; e uma versão breve (aqui adotada com a sigla BTOFHLA), que investiga algumas habilidades de numeramento incluídas na versão completa, e habilidades de leitura. A autorização para utilização do TOFHLA foi adquirida junto à Peppercorn Books & Press, Inc., sob número 027/10 (ANEXO A).

Para a presente pesquisa, foi utilizada a versão breve. A mesma foi aplicada junto à totalidade da amostra, 682 pessoas, 176 atendidas no Hospital Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis Chateaubriand, aqui chamadas de Grupo 1 e 506 atendidas nos centros de saúde municipais, aqui colocadas como Grupo 2. Como exigência do teste (PARKER *et al.*, 1995; NURSS *et al.*, 1995), todas as pessoas que reponderam ao mesmo tiveram sua acuidade visual determinada, sendo incluídas no estudo, aquelas com acuidade visual mínima de 20/50 segundo a escala de sinais de Snellen. Esta escala é adotada no Projeto Olhar Brasil, cujo manual de orientação inclui uma versão

em cartão da mesma (BRASIL, 2008), a qual foi utilizada na determinação da acuidade visual dos participantes. Devido à maior complexidade operacional de utilização deste instrumento, foi desenvolvido um manual de treinamento para sua aplicação por pesquisadores e alunos integrantes da pesquisa (APÊNDICE A, identificado com marca d'água Plano AlfaNutri).

O NVS (WEISS *et al.*, 2005) é proposto para investigação de letramento funcional em saúde, mas, segundo Martinez (2011), também se aplica ao diagnóstico de letramento nutricional, de forma que no presente estudo o instrumento foi aplicado com o objetivo de utilizar os achados para categorizar ambos os diagnósticos. A utilização é livre, sendo que o endereço eletrônico atual para a captura do instrumento é <http://www.pfizerhealthliteracy.com/public-policy-researchers/NewestVitalSign.aspx> (PFIZER INC., 2011). O mesmo foi aplicado na clientela da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em um total de 156 pessoas, sendo aqui reunidas no chamado Grupo 3.

O NLS (Diamond, 2007) foi desenvolvido para determinação de diagnóstico de letramento nutricional. O instrumento pode ser utilizado sem custo, mediante contato e solicitação de uma cópia diretamente com seu autor james.diamond@jefferson.edu. O mesmo foi aplicado na clientela do Hospital Universitário Walter Cantídio e da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, totalizando 70 pessoas, reunidas no aqui chamado Grupo 4.

O APÊNDICE B inclui o instrumento de coleta de dados utilizado onde há dados de caracterização do grupo estudado, identificado com a marca d'água Plano AlfaNutri [página 1: idade, acuidade visual, sexo, instituição, escolaridade, tipo de escola formadora (pública ou privada), ocupação e hábitos de leitura], além dos 3 instrumentos citados traduzidos para o português, também identificados com marca d'água: BTOFHLA (TOFHLA Plano AlfaNutri), NVS (NVS Plano AlfaNutri) e NLS (NLS Plano AlfaNutri). Ressalte-se que, devido ao fato dos três instrumentos citados não envolverem aspectos culturais, os mesmos não passaram por um processo de adaptação cultural e validação prévias, além da tradução. Os dados referentes a tipo de escola formadora, hábitos de leitura e ocupação foram levantados apenas junto

aos grupos 1 e 2, pois Carthery-Goulart *et al.* (2009), autores que foram os primeiros a aplicar o TOFHILA no Brasil, destacaram a importância de avaliar estas variáveis. Optou-se, assim, em confrontar os achados relativos às mesmas com o desempenho no TOFHILA.

A coleta de dados ocorreu junto à clientela durante a sua permanência na sala de espera dos serviços, sucessivamente, nos dias de atendimento, até se atingir o número de sujeitos previsto.

Neste segmento os dados foram tabulados para apresentação em tabelas de frequências simples e/ou percentual. Os achados foram comparados considerando grupo, sexo e anos de estudo; para os grupos 1 e 2 foram ainda comparados segundo tipo de escola cursada e hábito de leitura presente ou não. Quando pertinente, foi efetuada análise estatística através do teste Qui-quadrado, adotando-se $p < 0,05$ como nível de significância.

B. Busca de subsídios para elaboração do plano AlfaNutri

A busca de subsídios para a elaboração do Plano AlfaNutri visou identificar as dificuldades de compreensão do Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável (BRASIL, 2006e), publicação em versão bolso destinada à comunidade. Para tanto, este segmento englobou dois tipos de atividade. Inicialmente, dois dos pesquisadores do grupo, com formação específica em Nutrição, fizeram uma lista de palavras potencialmente difíceis presentes na referida publicação, adaptando uma escala do tipo Likert (LIKERT, 1932; McCALL, 2001) para avaliação junto ao grupo alvo. Foram elencadas 35 palavras (APÊNDICE C). Para avaliar sua compreensão foram entrevistadas 149 pessoas em atendimento nas diferentes SERs (104 pacientes) e nos ambulatórios do Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis Chateaubriand (45 pacientes), escolhidas aleatoriamente, independente de sexo e faixa etária, que não haviam respondido ao instrumento de diagnóstico de letramento em saúde e em nutrição.

Os conceitos referentes a cada uma das 35 palavras foram buscados em livro técnico da área de Nutrição (SILVA; MURA, 2010) e em dicionário da língua portuguesa (FERREIRA, 1986); quando não encontrados nestas publicações, foram procurados em outros textos (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008; BARBOSA; COSTA, 2010, DICIONÁRIO INFORMAL, 2011). Para cada conceito enunciado, foi considerado acerto as respostas “concordo em parte” e “concordo totalmente” e erro as repostas “não concordo” e “não sei”.

A segunda atividade foi referente a dois Círculos de Diálogos. Para tal, foram sorteados e convidados 20 indivíduos que haviam respondido ao teste de letramento funcional em saúde e em nutrição, sendo 10 dentre os que tinham obtido diagnóstico de letramento adequado (Círculos A), e 10 que tinham obtido diagnóstico de letramento marginal ou inadequado (Círculos B). Aceitaram o convite, respectivamente, 9 e 8 pacientes. Ressalte-se que tais participantes convidados eram pacientes do Hospital Universitário Walter Cantídio, pois apenas neste local foi encontrada infra-estrutura física para a realização dos encontros.

A seguir será colocado um resumo do referencial teórico principal associado à escolha desta estratégia metodológica, bem como os aspectos operacionais envolvidos.

Um dos propósitos preliminares do *Diálogo* é atingir uma transformação na consciência coletiva. “Começa a surgir um novo tipo de mentalidade, baseado no significado comum...As pessoas não estão mais em oposição ... mas sim participando desse conjunto de significado comum, que é capaz de desenvolvimento de mudança constantes” (SENGE, 2002).

A Técnica do “*Diálogo*”

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 (SENGE, 2002). As sessões de diálogo permitem que uma equipe se reúna para “praticar”. Para que esse

processo ocorra é necessário um acordo dos participantes em torno da regra básica que, em síntese, possui a seguinte estrutura (SENGE, 2002):

- **Tamanho do Grupo:** O grupo deve ter até 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. Tanto o diálogo quanto a discussão podem levar a rumos para a ação; mas as ações freqüentemente são foco de discussão, enquanto as novas ações surgem como subprodutos do diálogo. Uma equipe que aprende domina o movimento de vaivém entre diálogo e discussão.
- **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 vêem como colegas em uma busca mútua de novas idéias e clareza. Essa atitude é importante pois gera um pensamento participativo. "No diálogo as pessoas se sentem como se

estivessem construindo alguma coisa, uma nova compreensão mais profunda”. Isso não significa que se tenha que ter concordância de visões.

- **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 freqüentemente desenvolvidas nas escolas: leitura, escrita, fala, e escuta; a escuta é a menos exigida.
- **Reflexão e Indagação:** Parte da visão do diálogo é o pressuposto de “um conjunto de significados maior acessível apenas para um grupo.” Esse processo se dá na medida em que se cultiva a indagação coletiva e o desenvolvimento do consenso. Nas organizações que aprendem se concebe que há dois tipos de consenso: o primeiro consenso parte do “conteúdo” de nossas visões individuais – da descoberta de que parte da minha visão é compartilhada por você e pelos outros. O segundo tipo de consenso parte da idéia de que cada um de nós tem uma “visão, uma forma de encarar a realidade mais ampla. Se eu puder ver com os seus olhos e você com os meus, cada um de nós verá algo que talvez não tivéssemos visto sozinho.

Feita esta breve explanação dos pressupostos teóricos que norteiam a eleição da estratégia, será agora detalhado como foi operacionalizada a atividade.

Os “*Círculos de Diálogo*” foram organizados de acordo com a metodologia proposta para aprendizagem no âmbito da Administração de Empresas, com enfoque nas “Organizações que Aprendem” (SENGE, 2002).

Foi realizado um encontro semanal de 2 horas de duração cada um, durante 8 semanas, perfazendo um total de 16 horas, adaptando a orientação metodológica de Rudd *et al.* (2005).

Os temas propostos para o “*Diálogo*” foram voltados para o conteúdo do Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável (BRASIL, 2006f), que é a versão de bolso e destinada à população da versão completa Guia Alimentar

para a População Brasileira - Promovendo a Alimentação Saudável (Brasil, 2006a), esta destinada a uso profissional. A organização das atividades seguiu a seguinte estrutura:

Temática Geral: *“Como ter uma Alimentação Saudável”*

Objetivo Geral: Analisar o nível de compreensão do grupo a respeito das mensagens sobre alimentação saudável, atividade física e sua relação com a saúde, transmitidas pelo texto da “versão de bolso” do Guia Alimentar.

1º Círculo de Diálogo (1ª Semana)

Tema 1: Como está a sua alimentação?

Objetivos Específicos:

- Analisar se o Guia permite que a pessoa avalie sua própria alimentação;
- Identificar as barreiras lingüísticas e semânticas do vocabulário utilizado no Guia;
- Avaliar a habilidade de cálculo como requisito para compreensão do número de porções consumidas por dia.

1º Momento: “Lendo o Guia e respondendo os itens” (Atividade Prévia - Duração: 1 h).

2º Momento: “Lá vem esse tal de Ministério da Saúde com palavras difíceis!” (Diálogo em Grupo - Duração: 1 h).

2º Círculo de Diálogo (2ª Semana)

Tema 2: Dez Passos para uma Alimentação Saudável: conceito

Objetivos Específicos:

- Avaliar a compreensão do grupo sobre o conceito de Alimentação Saudável de acordo com a mensagem expressa no Guia;
- Identificar a compreensão do vocabulário referente à Alimentação Saudável, utilizado no Guia.

1º Momento: “Lendo o Guia e assinalando as palavras incompreensíveis” (Atividade Prévia - Duração: 30 minutos).

2º Momento: “Interpretando e compreendendo as palavras do Ministério da Saúde” (Diálogo em Grupo - Duração: 1:30 h).

3º Círculo de Diálogo (3ª Semana)

Tema 2: Dez Passos para uma Alimentação Saudável: orientações práticas (Passos de 1-5)

Objetivos Específicos:

- Identificar as principais barreiras encontradas pelo grupo quanto à compreensão e interpretação do vocabulário, utilizado nos cinco primeiros passos do Guia;
- Avaliar a habilidade dos entrevistados para compreender a proporção qualitativa de alimentos que devem ser consumidos, conforme orientação do Guia.

1º Momento: “Leitura conjunta do Guia passo a passo: identificando as barreiras” (Atividade Prévia - Duração: 1 h).

2º Momento: “Compartilhando compreensões e experiências” (Diálogo em Grupo - Duração: 1 h).

4º Círculo de Diálogo (4ª Semana)

Tema 2: Dez Passos para uma Alimentação Saudável: orientações práticas (Passos de 6-10)

Objetivos Específicos:

- Identificar as principais barreiras encontradas pelo grupo quanto à compreensão e interpretação do vocabulário, utilizado nos cinco últimos passos do Guia;
- Avaliar a habilidade do grupo para compreender a proporção qualitativa de alimentos que devem ser consumidos, conforme orientação do Guia;
- Avaliar a habilidade de cálculo do próprio IMC.

1º Momento: “Leitura conjunta do Guia passo a passo: identificando as barreiras” (Atividade Prévia - Duração: 1 h).

2º Momento: “Compartilhando compreensões e experiências” (Diálogo em Grupo - Duração: 1 h).

5º Círculo de Diálogo (5ª Semana)

Tema 3: Porções de alimentos em medidas caseiras

Objetivos Específicos:

- Identificar as principais barreiras encontradas pelo grupo quanto à compreensão e interpretação do vocabulário, incluindo conceitos científicos e matemáticos;
- Avaliar a habilidade do grupo para compreender a equivalência de medidas entre as porções dos alimentos que devem ser consumidos, conforme orientação do Guia.

1º Momento: “Leitura das equivalências entre as porções: identificando as barreiras” (Atividade Prévia - Duração: 1 h).

2º Momento: “Compartilhando compreensões e experiências” (Diálogo em Grupo - Duração: 1 h).

6º Círculo de Diálogo (6ª Semana)

Tema 4: Resumindo as Informações sobre Alimentação Saudável

Objetivo Específico:

- Identificar as principais barreiras encontradas pelo grupo quanto à compreensão e interpretação do vocabulário, incluindo as informações de uma tabela nutricional de rótulos de alimentos, como sugerido no Guia.

1º Momento: “Leitura do Guia e de rótulos de alimentos” (Atividade Prévia - Duração: 1 h).

2º Momento: “Compartilhando compreensões e experiências” (Diálogo em Grupo - Duração: 1 h).

7º Círculo de Diálogo (7ª Semana)

Tema 5: O Ministério da Saúde Quer Você Saudável

Objetivos Específicos:

- Analisar a concepção do grupo sobre alimentação saudável através da construção do conhecimento em uma perspectiva dialógica calcada nas orientações transmitidas pelo Guia;
- Conhecer as concepções do grupo sobre “ser saudável”.

Momento Único: “Compartilhando compreensões e interpretações” (Diálogo em Grupo - Duração: 2 h).

8º Círculo de Diálogo (8ª Semana)

Tema 6: Sugestões e Contribuições da Comunidade para o Ministério da Saúde

Objetivo Específico:

- Levantar sugestões e propostas do grupo para a construção de um Guia Alimentar para a População Brasileira a partir da elaboração conjunta e dialógica do conhecimento da comunidade.

Momento Único: “A Comunidade Sugere e o Ministério da Saúde Acata?” (Diálogo em Grupo - Duração: 2 h).

Técnica de Análise dos Dados dos Círculos de Diálogos

Os diálogos foram gravados, mediante a permissão dos participantes, para a posterior análise dos conteúdos. Para tal foi utilizado um gravador digital marca Sony[®], modelo ICD-P620, com editor de voz. 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) e respectivos discursos associados. Os discursos-síntese são 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 e LEFÉVRE, 2006).

3.4.2 Intervenção - Elaboração do Plano AlfaNutri

A partir da análise dos DSCs, além da avaliação das palavras que mostraram maior dificuldade na escala tipo Likert, foi elaborado o Plano AlfaNutri. O mesmo compreende dois documentos: uma versão reformulada do Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável (BRASIL, 2006e) com

base nas dificuldades identificadas e um manual destinado à utilização pelas equipes de saúde que atuam no SUS. A meta é que tais instrumentos educativos possam viabilizar o empoderamento de profissionais e clientela do SUS para garantir a saúde no que tange à alimentação saudável e prática regular de atividade física.

O APÊNDICE D traz o modelo reformulado do guia alimentar versão bolso, permitindo visualizar, em cor diferente (verde), as modificações efetuadas. Para a elaboração do referido modelo, foi obtida uma assessoria pedagógica no sentido de se atender às orientações quanto à elaboração de materiais educativos direcionados à utilização por grupos populacionais de baixo letramento. Assim, todo o modelo proposto foi elaborado quanto a tamanho de letras, espaços entre linhas, gravuras, e redação textual para maximizar a apreensão de populações aptas a ler textos equivalentes à sexta série (ZARCADOOLAS; PLEASANT; GREER, 2006; MAYER; VILLAIRES, 2007; OSBORNE, 2012).

O APÊNDICE E exhibe a versão reformulada que foi entregue a 50% dos respondentes do teste de letramento funcional em saúde e em nutrição.

Quanto ao instrumento educativo direcionado aos profissionais de saúde que atendem à clientela do SUS, foram enfocados os pressupostos básicos e operacionais de letramento em saúde e em nutrição. Uma versão do mesmo encontra-se no APÊNDICE F.

Por ocasião da elaboração do relatório final da presente pesquisa, serão enviados ao Ministério da Saúde, além de uma cópia deste, os 3 documentos citados de forma separada: a versão reformulada do guia, permitindo a visualização das modificações, a versão reformulada do guia na forma em que foi entregue ao paciente do SUS e o manual entregue às equipes de saúde do SUS.

3.4.3 Avaliação

O Plano AlfaNutri foi avaliado quanto à nova versão do Guia Alimentar - Como ter uma alimentação saudável, elaborada com base nas discussões ocorridas durante a realização dos Círculos A e Círculos B. O modelo foi discutido quanto à sua compreensão, antes da entrega prevista para os usuários do SUS.

Para tanto, foi planejada a realização de mais dois círculos de diálogos, cada um com a duração de duas horas, para cada grupo (Círculos A e Círculos B). Todos os participantes de tais círculos aceitaram comparecer a esta atividade de avaliação, a qual ocorreu no mesmo local onde haviam sido realizados os círculos anteriores.

Tanto os integrantes dos Círculos A, como os dos Círculos B consideraram desnecessária a realização de um segundo círculo de diálogos, de forma que o processo de avaliação ocorreu durante apenas um encontro com cada grupo.

O critério para considerar que o plano Alfa Nutri foi bem-sucedido junto a este grupo populacional foi a existência de menos de 50% das críticas que haviam sido feitas à versão original.

3.5 Aspectos éticos

O projeto foi delineado de acordo com a Resolução 196/96 (Brasil, 1996) que rege pesquisas com seres humanos e somente foi iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, protocolo 08628438-0, CAAE 0002.0.038.000-09 (ANEXO B).

A pesquisa não envolveu risco físico à saúde dos pacientes, 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, tanto para serem entrevistados (APÊNDICE G), quanto para participarem dos Círculos de Diálogos (APÊNDICE H).

Ainda considerando preceitos da ética em pesquisa com seres humanos, a entrega de uma proposta a usuários e profissionais do SUS (Plano AlfaNutri) já configura um retorno à clientela, assim como o envio dos resultados e propostas ao Ministério da Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização do grupo estudado

Inicialmente será exibida a caracterização dos pacientes integrantes dos grupos 1 e 2 (tabelas 1 a 7), que foram avaliados mediante aplicação do TOFHLA.

Dentre os pacientes entrevistados a tabela 1 exhibe a distribuição dos mesmos segundo grupo avaliado e sexo.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes entrevistados segundo grupo avaliado e sexo. Fortaleza, 2012.

Grupo	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
1	43	6,3	133	19,5	176	25,8
2	100	14,7	406	59,5	506	74,2
Total	143	21,0	539	79,0	682	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais públicos integrantes do estudo; Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza

Observa-se em ambos os grupos uma maior concentração do sexo feminino, sem diferença estatística entre os grupos ($\chi^2 = 1,72$; $p = 0,190$).

As tabelas 2 e 3 exibem, respectivamente, a distribuição dos avaliados dos grupos 1 e 2 segundo faixa etária e sexo.

Observa-se em ambos os grupos uma maior concentração em indivíduos de 35 anos ou mais, embora o grupo 1 seja integrado por mais indivíduos de 55 a 60 anos do que o grupo 2. Considerando os sexos, as faixas etárias de maior prevalência se repetem.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 1 segundo faixa etária e sexo. Fortaleza, 2012.

Faixa etária (anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
< 25	7	16,3	7	5,3	14	7,9
25 – 34	6	14,0	18	13,5	24	13,6
35 – 44	11	25,5	25	18,8	36	20,5
45 – 54	13	30,2	51	38,3	64	36,4
55 - 60	6	14,0	32	24,1	38	21,6
Total	43	100,0	133	100,0	176	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais públicos integrantes do estudo

Tabela 3. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 2 segundo faixa etária e sexo. Fortaleza, 2012.

Faixa etária (anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
< 25	15	15,0	46	11,3	61	12,0
25 – 34	32	32,0	103	25,4	135	26,7
35 – 44	25	25,0	112	27,6	137	27,1
45 – 54	16	16,0	104	25,6	120	23,7
55 - 60	12	12,0	41	10,1	53	10,5
Total	100	100,0	406	100,0	506	100,0

Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza

Considerando-se a faixa etária até 44 aos, há uma distribuição diferente entre os grupos 1 e 2 ($\chi^2 = 30,65$; $p < 0,001$). No grupo 1 há 42% de indivíduos nessa faixa etária, enquanto, no grupo 2, esse percentual chega a 65,8%. Considerando-se apenas o sexo masculino dos dois grupos, neste mesmo ponto de corte, não há diferença entre os mesmos ($\chi^2 = 3,57$; $p = 0,059$), mas sim no sexo feminino ($\chi^2 = 29,24$; $p < 0,001$), sendo as mulheres do grupo 2 mais jovens.

Ainda utilizando-se esse ponto de corte etário e comparando-se homens e mulheres do grupo 1, estes são mais jovens ($\chi^2 = 2,12$; $p = 0,035$). Não há diferença entre homens e mulheres do grupo 2 ($\chi^2 = 2,12$; $p = 0,145$).

As tabelas 4 e 5 apresentam a distribuição dos indivíduos entrevistados dos grupos 1 e 2 segundo anos de estudo, tipo de escola frequentada, hábito de leitura e sexo.

A análise estatística foi realizada, quanto a anos de estudo, confrontando-se ≤ 8 anos e > 8 anos e, quanto ao tipo de escola, comparando-se pública e não pública; para hábitos de leitura nenhuma fonte *versus* uma ou mais fontes de leitura

Considerando anos de estudo, há diferença estatística entre os grupos 1 e 2 ($\chi^2 = 26,30$; $p < 0,001$). Há, também, diferença no tipo de escola, com mais frequentadores de escola pública no grupo 2 ($\chi^2 = 4,33$; $p = 0,037$). Quanto ao hábito de leitura não há diferença entre os grupos ($\chi^2 = 0,70$; $p = 0,404$).

Considerando-se apenas o grupo 1, não há diferença entre sexos, seja considerando anos de estudo ($\chi^2 = 2,84$; $p = 0,092$), tipo de escola ($\chi^2 = 0,80$; $p = 0,371$) ou hábito de leitura ($\chi^2 = 1,66$; $p = 0,197$).

Tabela 4. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 1 segundo anos de estudo, tipo de escola frequentada, hábito de leitura e sexo. Fortaleza, 2012.

Variável	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Anos de estudo						
≤ 8	15	34,9	66	49,6	81	46,0
9 – 11	23	53,5	58	43,6	81	46,0
≥ 12	5	11,6	9	6,8	14	8,0
Total	43	100,0	133	100,0	176	100,0
Tipo de escola						
Pública	29	67,5	99	74,4	128	72,7
Privada	4	9,2	17	12,8	21	11,9
Outras	10	23,3	17	12,8	27	15,4
Total	43	100,0	133	100,0	176	100,0
Hábito de leitura						
Nenhuma fonte	15	34,9	33	24,8	48	27,3
Uma ou mais	28	65,1	100	75,2	128	72,7
Total	43	100,0	133	100,0	176	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais integrantes do estudo

Tabela 5. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 2 segundo anos de estudo, tipo de escola frequentada, hábito de leitura e sexo. Fortaleza, 2012.

Variável	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Anos de estudo						
≤ 8	50	50,0	293	72,2	343	67,8
9 – 11	19	19,0	56	13,8	75	14,8
≥ 12	31	31,0	57	14,0	88	17,4
Total	100	100,0	100	100,0	100	100,0
Tipo de escola						
Pública	73	73,0	333	82,0	406	80,2
Privada	15	15,0	22	5,4	37	7,3
Outras	12	12,0	51	12,6	63	12,5
Total	100	100,0	406	100,0	506	100,0
Hábito de leitura						
Nenhuma fonte	25	25,0	97	23,9	122	24,1
Uma ou mais	75	75,0	304	74,9	379	74,9
Não declarou	-	-	5	1,2	5	1,0
Total	100	100,0	406	100,0	506	100,0

Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza

Quanto ao grupo 2, a situação é um pouco distinta, havendo diferença entre os sexos no que tange a anos de estudo ($\chi^2 = 18,06$; $p < 0,001$) e tipo de escola ($\chi^2 = 4,12$; $p = 0,043$), mas não quanto ao hábito de leitura ($\chi^2 = 0,03$; $p = 0,866$).

Avaliando-se comparativamente o sexo masculino nos grupos 1 e 2, não houve diferença estatística considerando anos de estudo ($\chi^2 = 2,77$; $p = 0,095$), tipo de escola ($\chi^2 = 0,45$; $p = 0,500$) e hábito de leitura ($\chi^2 = 1,46$; $p = 0,227$). Da mesma forma não houve diferença entre os grupos 1 e 2 quanto ao sexo feminino, considerando tipo de escola ($\chi^2 = 3,62$; $p = 0,057$) e hábito de leitura ($\chi^2 = 0,02$; $p = 0,885$). Quanto aos anos de estudo, há mais mulheres do grupo 2 com tempo ≤ 8 anos ($\chi^2 = 22,89$; $p < 0,001$).

As tabelas 6 e 7 mostram respectivamente, as atividades desenvolvidas pelos entrevistados dos grupos 1 e 2.

Tabela 6. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 1 segundo ocupação e sexo. Fortaleza, 2012.

Grupamentos de Atividades*	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Comércio, reparação de veículos automotores e de objetos pessoais e domésticos e comércio a varejo de combustíveis	11	25,6	7	5,3	18	10,2
Educação, saúde, serviços sociais, administração pública, defesa e seguridade social	6	14,0	34	25,6	40	22,7
Serviços domésticos	1	2,3	57	42,8	58	32,9
Outros serviços (alojamento e alimentação, transporte, armazenagem e comunicações, limpeza urbana, atividades associativas, recreativas, culturais e desportivas, serviços pessoais)	7	16,3	-	-	7	4,0
Outras Atividades	13	30,2	28	21,0	41	23,3
Desempregado	1	2,3	-	-	1	0,6
Não Declarou	4	9,3	7	5,3	11	6,3
Total	43	100,0	133	100,0	176	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais integrantes do estudo; *Segundo Indicadores do IBGE. Pesquisa Mensal de Empregos, 2011 (IBGE, 2011a); Outras atividades - atividades que não abrangidas pelos demais grupamentos

Tabela 7. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 2 segundo ocupação e sexo. Fortaleza, 2012.

Grupamentos de Atividades*	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Indústria extrativa, de transformação e distribuição de eletricidade, gás e água	5	5,0	-	-	5	1,0
Construção	11	11,0	-	-	11	2,2
Comércio, reparação de veículos automotores e de objetos pessoais e domésticos e comércio a varejo de combustíveis	7	7,0	26	6,4	33	6,5
Serviços prestados a empresa, aluguéis, atividades imobiliárias e intermediação financeira	11	11,0	15	3,7	26	5,2
Educação, saúde, serviços sociais, administração pública, defesa e seguridade social	24	24,0	88	21,7	112	22,1
Serviços domésticos	-	-	65	16,0	65	12,8
Outros serviços (alojamento e alimentação, transporte, armazenagem e comunicações, limpeza urbana, atividades associativas, recreativas, culturais e desportivas, serviços pessoais)	20	20,0	30	7,4	50	9,9
Outras Atividades	13	13,0	161	39,7	174	34,4
Desempregado	5	5,0	17	4,2	22	4,3
Não Declarou	4	4,0	4	0,9	8	1,6
Total	100	100,0	406	100,0	506	100,0

Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza; *Segundo Indicadores do IBGE. Pesquisa Mensal de Empregos, 2011 (IBGE, 2011a); Outras atividades - atividades que não abrangidas pelos demais grupamentos

Embora uma análise estatística dos dois grupos não seja possível devido à ampla distribuição dos entrevistados, observa-se uma maior concentração de indivíduos exercendo serviços domésticos no grupo 1. Já no grupo 2, a maior concentração é para outras atividades que também ocupam lugar de destaque no grupo 1, sendo a segunda prevalência mais freqüente de atividades. Vale destacar que, em outras atividades foram citadas: agricultura, autônomo e empresário. Percentual similar foi encontrado entre os pacientes no grupamento de atividades ligadas à educação, saúde, serviços sociais, administração pública, defesa e seguridade social. Em ambos os grupos foi baixo o percentual de desempregados, principalmente no grupo 1.

As tabelas 8 e 9 referem-se à caracterização dos pacientes avaliados integrantes do grupo 3, ou seja, os que responderam ao NVS. Todos os respondentes eram do sexo feminino, por se tratar de pacientes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Tabela 8. Distribuição das pacientes entrevistadas do grupo 3 segundo faixa etária. Fortaleza, 2012.

Faixa etária (anos)	N	%
< 25	12	7,7
25 – 34	21	13,5
35 – 44	44	28,2
45 – 54	63	40,4
55 - 60	16	10,2
Total	156	100,0

Grupo 3: pacientes do sexo feminino atendidas em um dos hospitais integrantes do estudo

Tabela 9. Distribuição das pacientes entrevistadas do grupo 3 segundo anos de estudo. Fortaleza, 2012.

Anos de estudo	N	%
≤ 8	75	48,1
9 – 11	67	42,9
≥ 12	14	9,0
Total	156	100,0

Grupo 3: pacientes do sexo feminino atendidas em um dos hospitais integrantes do estudo

A tabela 8 mostra a distribuição dessas pacientes segundo faixa etária, observando-se uma leve maioria acima de 44 anos. A tabela 9 exibe os dados relativos aos anos de estudo. Observa-se uma similaridade maior deste grupo, com o grupo 1, no que tange a anos de estudo, o que era esperado, considerando que o grupo 1 também envolveu clientes da MEAC.

Os pacientes integrantes do grupo 4 responderam ao NLS. Todos os participantes tinham idade entre 22 a 35 anos, havendo 32 (45,7%) homens e 38 (54,3%) mulheres. Vale referir que a escolha pela faixa etária menor se deu devido ao fato de haver uma única utilização desse instrumento no Brasil em estudo anterior também realizado em Fortaleza junto a adultos jovens (SILVA, 2011). Nesse estudo referido, foi realizada uma comparação de desempenho de dois grupos populacionais nesse instrumento: um integrado por freqüentadores de um shopping center localizado em uma área nobre da cidade e um outro representado pelo grupo 4 do presente estudo. A tabela 10 mostra a distribuição do grupo 4 segundo anos de estudo e sexo.

Tabela 10. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 4 segundo anos de estudo e sexo. Fortaleza, 2012.

Variável	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Anos de estudo						
≤ 8	4	12,5	6	15,8	10	14,3
9 – 11	17	53,1	26	68,4	43	61,4
≥ 12	11	34,4	6	15,8	17	24,3
Total	32	100,0	38	100,0	70	100,0

Grupo 4: pacientes atendidos nos dois hospitais integrantes do estudo

Observa-se que, em relação aos outros 3 grupos avaliados, há uma menor concentração de indivíduos com 8 ou menos anos de estudo. Por outro lado, o percentual de pessoas com escolaridade de 9 a 11 anos de estudo se aproximam do grupo avaliado por Diamond (2007), que foi de 71%, quando este autor desenvolveu o NLS. É importante que se refira que os dados de anos de estudo foram coletados apesar de já se ter um perfil da clientela do HUWC e MEAC (Grupo 1), devido ao fato deste grupo, em particular, envolver

indivíduos adultos jovens, provavelmente com melhor escolaridade propiciada por melhores condições de vida nos últimos anos.

De um modo geral, ao finalizar a caracterização dos 4 grupos, pode-se verificar que a clientela atendida nas SERs exibe um pior perfil de escolaridade do que a atendida nos ambulatórios hospitalares.

4.2 Diagnóstico de letramento em saúde e em nutrição dos grupos estudados e suas inter-relações

A tabela 11 exibe o diagnóstico de letramento em saúde e/ou nutrição dos grupos 1 e 2.

Tabela 11. Diagnóstico de letramento em saúde dos pacientes entrevistados dos grupos 1 e 2, segundo sexo. Fortaleza, 2012.

Diagnóstico de letramento*	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Grupo 1						
Inadequado	17	39,5	69	51,9	86	48,9
Marginal	3	7,0	13	9,8	16	9,1
Adequado	23	53,5	51	38,3	74	42,0
Total	43	100,0	133	100,0	176	100,0
Grupo 2						
Inadequado	44	44,0	257	63,3	301	59,5
Marginal	10	10,0	34	8,4	44	8,7
Adequado	46	46,0	115	28,3	161	31,8
Total	100	100,0	406	100,0	506	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais integrantes do estudo; Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza; *Diagnóstico do letramento em saúde realizado através do Test of Functional Health Literacy in Adults – TOFHLA (Parker *et al.*, 1995)

A tabela 12 exibe o diagnóstico de letramento em saúde e em nutrição do grupo 3. Embora haja nomenclatura diferenciada para tal diagnóstico segundo o NVS, a título de comparação pode-se considerar que “alta probabilidade de inadequação” equivale a letramento inadequado e “possibilidade de inadequação” equivale a letramento marginal.

Tabela 12. Diagnóstico de letramento em saúde e em nutrição das pacientes entrevistadas do grupo 3. Fortaleza, 2012.

Diagnóstico de letramento*	N	%
Alta probabilidade de inadequação	70	44,9
Possibilidade de inadequação	42	26,9
Adequado	44	28,2
Total	156	100,0

Grupo 3: pacientes do sexo feminino atendidas em um dos hospitais integrantes do estudo; *Diagnóstico do letramento em saúde realizado através do Newest Vital Sign – NVS (Weiss *et al.*, 2005)

O presente estudo representa uma primeira experiência com a utilização do NVS no Brasil. A baixa prevalência de letramento adequado (28,2%) detectada, se contrapõe aos achados de Adams *et al.* (2009), que obtiveram 55% de letramento adequado em australianos com mais de 15 anos de idade. No entanto, essa elevada prevalência detectada por esses autores pode estar associada às características da população estudada, a qual apresentou: 76,4% com residência na área metropolitana, 18,2% com ensino superior completo ou mais e 58,5% com acesso a assistência privada de saúde, portanto com perfil diferente do aqui encontrado.

Em estudo transversal, também Shah *et al.* (2010) encontraram prevalência de letramento adequado de 48,1% entre adultos e 59,7% entre jovens atletas. Como a amostra e o nível de escolaridade também foram maiores (88% dos adultos apresentaram ensino médio completo ou ensino superior), pode ser que tenha ocorrido alguma influência nos resultados.

Patel *et al.* (2011), em estudo comparativo dos instrumentos NVS e TOFHLA, na avaliação do letramento em saúde em pacientes idosos, encontraram 42% de letramento adequado através do NVS, pacientes estes também com escolaridade alta, com média de $12,3 \pm 3,1$ anos de estudo.

A tabela 13 exhibe o diagnóstico de letramento em nutrição do grupo 4. Este também é o primeiro estudo nacional a verificar nível de letramento nutricional, com a proposta exatamente de evidenciar a necessidade da aferição desta condição na população brasileira, mediante a aplicação de instrumentos validados. No entanto, não foram encontradas publicações

indexadas utilizando o NLS, exceto a publicação de seu idealizador (DIAMOND, 2007), o que dificulta realizar comparações dos presentes achados.

Tabela 13. Diagnóstico de letramento em nutrição dos pacientes entrevistados do grupo 4, segundo sexo. Fortaleza, 2012.

Diagnóstico de letramento*	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Marginal	2	6,3	5	13,2	7	10,0
Adequado	30	93,7	33	86,8	63	90,0
Total	32	100,0	38	100,0	70	100,0

Grupo 4: pacientes atendidos nos dois hospitais integrantes do estudo; *Diagnóstico do letramento em saúde realizado através do Nutritional Literacy Scale – NLS (Diamond, 2007)

Diferente do desempenho observado com os outros dois instrumentos, o grupo 4 chegou a excelentes resultados.

Vale destacar que o NLS foi desenvolvido utilizando o STOFHLA (PARKER *et al.*, 1995) como referência para testar sua validade e a conclusão foi que o teste pode ser utilizado com proposta de avaliar letramento e, no caso, letramento nutricional (DIAMOND, 2007).

O NLS foi originalmente aplicado (DIAMOND, 2007) em 341 pacientes de ambos os sexos, divididos em grupos segundo atendimento em quatro setores de um hospital americano: os grupos 1, 2 e 3 eram integrados por pacientes atendidos em um serviço público ligado à Universidade, da área de medicina da família, e o grupo 4 incluiu pacientes com sobrepeso e obesidade. A escolaridade dos quatro grupos foi maior que a aqui detectada, pois 71% dos pacientes possuíam escolaridade superior ao ensino médio (≥ 12 anos). O letramento nutricional também foi considerado satisfatório para a maioria dos entrevistados, com média de $23,7 \pm 4,1$ escores. Os participantes do presente estudo, ainda que com menos anos de escolaridade do que os grupos avaliados por Diamond (2007) acabaram por atingir desempenho similar.

Os textos sobre o tema referem (PARKER *et al.*, 1995; ZARCADOOLAS; PLEASANT E GREER, 2006; OSBORNE, 2012) que é maior a dificuldade de compreensão de mensagens de saúde e nutrição entre portadores de diagnóstico de letramento em saúde e nutrição marginal ou inadequado. Assim, a análise estatística foi realizada confrontando-se letramento não adequado (marginal e inadequado) com letramento adequado.

Nesta perspectiva, percebe-se que ao se utilizar o TOFHLA é alta a prevalência de pessoas com potenciais dificuldades de compreensão, 58% no grupo 1 e 68,2% no grupo 2, com diferença estatística ($\chi^2 = 6,05$; $p = 0,014$). Assim, evidencia-se que o desempenho dos freqüentadores dos ambulatórios hospitalares que integraram o estudo foi melhor.

O desempenho de diferentes grupos populacionais medido pelo TOFHLA tem se mostrado muito variado. Assim, Barber *et al.* (2009) detectaram prevalências de apenas 6,8% em um grupo australiano, Jeppesen, Coyle e Miser (2009) encontraram porcentagem de 15,1% e Hanchate *et al.* (2008) detectaram 25%. Em uma revisão de 85 estudos, compilando dados de 31.129 pessoas, Paasche-Orlow *et al.* (2005) confirmaram essa variação, detectando prevalência de letramento inadequado de 68%. A média encontrada por esses autores foi de 46%, sendo 26% de letramento inadequado e 20% de marginal.

Devido ao fato da primeira aplicação do TOFHLA no País ter sido realizada por Carthery-Goulart *et al.* (2009), é importante que sejam comparados os dados de ambos os estudos. Embora esses autores refiram, em sua publicação, que aplicaram o STOFHLA, na verdade, pelos relatos descritos foi uma versão curta, mas envolvendo investigação de numeramento, o BTOFHLA, ou seja a mesma versão do instrumento aqui aplicado. Os autores também investigaram grupo populacional atendido pelo SUS e detectaram a presença de 23,4% de letramento inadequado e 9% de letramento marginal. Assim, os achados do presente estudo apontam uma pior situação entre os entrevistados.

A utilização do NVS também evidencia pessoas com potencial dificuldade de compreensão de mensagens em saúde e nutrição (alta probabilidade de inadequação e possibilidade de inadequação), 71,8%.

Ao se utilizar esse último instrumento, o desempenho comparando-se com o grupo 1 é pior ($\chi^2 = 6,91$; $p = 0,002$). Por outro lado, comparando-se os grupos 2 e 3, não há diferença de desempenho ($\chi^2 = 0,73$; $p = 0,394$). Considerando-se que os participantes dos grupos 1 e 3 são atendidos nos mesmos serviços não seria esperada a diferença encontrada. Um fato que pode explicar tal diferença é a maior necessidade de habilidade de numeramento para responder ao NVS. Realmente, o desempenho nas respostas no NVS acabou por se aproximar ao desempenho observado no grupo 2. É possível que, caso o grupo 3 fosse integrado por um maior número de indivíduos, fosse detectada diferença estatística também na comparação com o grupo 2.

O desempenho do grupo 4 mostra uma realidade bem diferente, pois não houve letramento inadequado e 90% dos indivíduos tiveram letramento adequado. Obviamente houve diferença na comparação com o grupo 1 ($\chi^2 = 46,67$; $p < 0,001$), com o grupo 2 ($\chi^2 = 87,59$; $p < 0,001$) e com o grupo 3 ($\chi^2 = 74,01$; $p < 0,001$). Destaque-se, no entanto, que o NLS praticamente não exige habilidade de numeramento.

É possível avaliar o desempenho segundo sexo para os grupos 1, 2 e 4. No grupo 1 não houve diferença de desempenho entre homens e mulheres ($\chi^2 = 3,06$; $p = 0,080$). No grupo 2 houve pior desempenho entre as mulheres ($\chi^2 = 11,55$; $p = 0,001$). Apesar do pequeno número de indivíduos com letramento marginal no grupo 4, o teste estatístico mostrou não haver diferença de desempenho entre os sexos (p de Fisher = 0,442).

Comparando-se os sexos entre os grupos, percebe-se que, para os grupos 1 e 2 o desempenho do sexo masculino foi igual ($\chi^2 = 0,68$; $p = 0,411$). Comparando-se homens do grupo 1 com homens do grupo 4 há diferença de desempenho, pois este foi melhor no grupo 4 ($\chi^2 = 14,35$; $p < 0,001$). Esta

última análise, no entanto, não é muito confiável devido ao fato de haver apenas 2 homens na casela de letramento não adequado no grupo 4.

No caso das mulheres foi possível comparar o desempenho nos 4 grupos. Analisando-se os grupos 1 e 2, nota-se pior desempenho das integrantes do grupo 2 ($\chi^2 = 4,72$; $p = 0,030$). Comparando-se as mulheres dos grupos 1 e 3, não houve diferença de desempenho ($\chi^2 = 3,35$; $p = 0,067$), assim como não houve comparando-se grupos 2 e 3 ($\chi^2 = 0,00$; $p = 0,977$). Novamente com a limitação quantitativa na casela referente ao letramento inadequado no grupo 4, observou-se melhor desempenho das mulheres integrantes deste em relação às integrantes do grupo 1 ($\chi^2 = 27,81$; $p < 0,001$), do grupo 2 ($\chi^2 = 53,54$; $p < 0,001$) e do grupo 3 ($\chi^2 = 43,89$; $p < 0,001$).

A inter-relação entre sexo e desempenho não é consensual na literatura. Jeppesen, Coyle e Miser (2009) encontraram um pior letramento no sexo masculino, enquanto revisão de Paasche-Orlow *et al.* (2005) não encontrou associação com sexo.

Considerando os achados, percebe-se que há uma potencial influência da presença ou não de questões que exigem habilidades de numeramento em instrumentos para diagnóstico de letramento em saúde e em nutrição. Diferente dos instrumentos NVS (WEISS *et al.*, 2005) e NLS (DIAMOND, 2007), onde não há distinção nas questões incluídas quanto às que visam avaliar numeramento e às que visam avaliar leitura, no TOFHILA (PARKER *et al.*, 1995; NURSS *et al.*, 1995) esta separação é formal, sendo possível avaliar o desempenho segundo as duas habilidades. As tabelas 14 e 15 exibem respectivamente o desempenho nos escores de numeramento dos grupos 1 e 2.

Vale lembrar que no TOFHILA a pontuação obtida na investigação de habilidades de numeramento pode variar de zero a 28 escores, pois o BTOFHILA aqui utilizado englobou 4 questões de avaliação de habilidades de numeramento, cada uma delas valendo 7 escores (PARKER *et al.*, 1995; NURSS *et al.*, 1995).

Tabela 14. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 1, segundo desempenho na aferição de habilidades de numeramento pelo instrumento TOFHILA e sexo. Fortaleza, 2012.

Numeramento (escores)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
0	-	-	8	6,0	8	4,5
7	10	23,3	29	21,8	39	22,2
14	13	30,2	46	34,6	59	33,5
21	13	30,2	31	23,3	44	25,0
28	7	16,3	19	14,3	26	14,8
Total	43	100,0	133	100,0	176	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais integrantes do estudo; TOFHILA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker *et al.*, 1995)

Tabela 15. Distribuição dos pacientes entrevistados do Grupo 2, segundo desempenho na aferição de habilidades de numeramento pelo instrumento TOFHILA e sexo. Fortaleza, 2012.

Numeramento (escores)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
0	09	9,0	71	17,5	61	15,8
7	27	27,0	108	26,6	135	26,7
14	25	25,0	106	26,1	137	25,9
21	23	23,0	72	17,7	120	18,8
28	16	16,0	49	12,1	53	12,8
Total	100	100,0	406	100,0	506	100,0

Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza; TOFHILA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker *et al.*, 1995)

Considerando-se os maiores acertos, 21 e 28 escores, não houve diferença entre os grupos ($\chi^2 = 1,77$; $p = 0,183$). Também não houve diferença entre homens e mulheres do grupo 1 ($\chi^2 = 1,08$; $p = 0,299$) e entre homens e mulheres do grupo 2 ($\chi^2 = 3,14$; $p = 0,077$). Analisando-se segundo grupo e sexo, ainda observando-se 21 e 28 escores, não houve diferença no desempenho entre os grupos, considerando-se sexo masculino ($\chi^2 = 0,70$; $p = 0,403$) e sexo feminino ($\chi^2 = 2,81$; $p = 0,094$).

As tabelas 16 e 17 mostram respectivamente o desempenho dos grupos 1 e 2 quanto às habilidades de leitura, lembrando que esta aferição compreende 36 questões cada uma valendo 2 escores, portanto o desempenho variando de 0 a 72 escores.

Tabela 16. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 1, segundo desempenho na aferição de habilidades de leitura pelo instrumento TOFHILA e sexo. Fortaleza, 2012.

Leitura (escores)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
0	-	-	2	1,5	2	1,1
2-18	8	18,6	26	19,6	34	19,3
20-36	9	20,9	39	29,3	48	27,3
38-54	6	14,0	22	16,5	28	15,9
56-72	20	46,5	44	33,1	64	36,4
Total	43	100,0	133	80,0	176	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais integrantes do estudo; TOFHILA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker *et al.*, 1995)

Tabela 17. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 2, segundo desempenho na aferição de habilidades de leitura pelo instrumento TOFHILA e sexo. Fortaleza, 2012.

Leitura (escores)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
0	4	4,0	38	9,4	42	8,3
2-18	21	21,0	137	33,7	158	31,2
20-36	16	16,0	78	19,2	94	18,6
38-54	11	11,0	45	11,1	56	11,1
56-72	48	48,0	108	26,6	156	30,8
Total	100	100,0	406	80,0	506	100,0

Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza; TOFHILA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker *et al.*, 1995)

Comparando-se as tabelas de numeramento e leitura, percebe-se que a maioria (53,3%) dos respondentes do grupo 1 encontram-se com desempenho maior do que 50% (38 escores ou mais). Tal porcentagem no grupo 2 atinge 41,9%. Mesmo não representando a maioria, o desempenho do grupo 2 na

habilidade de leitura foi maior do que na habilidade de numeramento. Utilizando o ponto de corte de pelo menos 38 escores o desempenho do grupo 1 realmente foi melhor ($\chi^2 = 5,59$; $p = 0,017$).

Avaliando-se segundo sexo e utilizando o mesmo ponto de corte de 38 escores, não há diferença entre homens e mulheres do grupo 1 ($\chi^2 = 1,53$; $p = 0,216$), mas sim entre homens e mulheres do grupo 2, com pior desempenho destas ($\chi^2 = 14,98$; $p < 0,001$). Não houve diferença entre os homens dos grupos 1 e 2 ($\chi^2 = 0,03$; $p = 0,870$), mas sim entre as mulheres dos dois grupos, com desempenho pior no grupo 2 ($\chi^2 = 5,92$; $p = 0,015$).

Carthery-Goulart *et al.* (2009) detectaram, também, uma diferença no desempenho nas habilidades de nomenclatura e leitura com porcentagem de acertos, respectivamente, de 45% e 59,4%.

Embora o NLS e o NVS não separem questões relativas para aferir habilidade de numeramento e habilidade de leitura, vale, também, avaliar o desempenho por questões de cada instrumento. Assim, a tabela 18 mostra o desempenho das mulheres do grupo 3 nas 6 perguntas que compõem o NVS (APÊNDICE B).

Em relação ao percentual de acertos das questões integrantes deste instrumento, foram encontradas duas publicações que realizaram análise similar, de Ozdemir *et al.* (2010) e de Shah *et al.* (2010).

Tabela 18. Prevalência de acerto de cada questão contida no NVS pelas pacientes entrevistadas do grupo 3 (n = 176). Fortaleza, 2012.

Questão	Prevalência de Acertos (%)
1	40,4
2	31,4
3	33,3
4	18,6
5	87,2
6	28,9

Grupo 3: pacientes do sexo feminino atendidas em um dos hospitais integrantes do estudo; NVS: Newest Vital Sign (Weiss *et al.*, 2005)

A questão 4 apresentou o mais baixo percentual de acertos (18,6%), enquanto a questão 5 teve o maior percentual de acerto (87,2%). No estudo de Ozdemir *et al.* (2010), a quinta questão também foi a mais respondida corretamente, com 73,7% de acertos, percentual esse menor do que o encontrado no presente estudo. Em virtude da relação dessa questão com a seguinte, a sexta pergunta obteve 71,1% de acertos. Já na presente pesquisa, verifica-se um percentual bem inferior a esse (28,9%), o que pode estar associado ao fato de as entrevistadas não terem, na realidade, compreendido a questão, respondendo de forma arbitrária. Para esses autores, a terceira questão apresentou apenas 8,8% de acertos, valor inferior ao encontrado nesta pesquisa (33,3%). Já a primeira e a segunda questão foram respondidas corretamente por, aproximadamente, um terço dos entrevistados, percentual semelhante ao encontrado no presente estudo (40,1% e 31,4%, respectivamente). Em relação à quarta questão, nada foi referido por Ozdemir *et al.* (2010).

Shah *et al.* (2010), avaliaram esses percentuais de acertos por grupos, adultos e jovens atletas e obtiveram diferenças estatísticas em todas as questões, exceto a primeira. Nas demais, foi verificado um melhor desempenho por parte dos atletas, o que pode ser explicado pelo fato de que atletas muitas vezes buscam mais informações sobre saúde e nutrição²¹, compreendendo-as melhor. Para os dois grupos, a questão de menor percentual de acerto também foi a quarta (39,7% e 48,5% respectivamente).

O baixo percentual obtido neste estudo pode estar relacionado ao requerimento de habilidades matemáticas mais complexas, como as necessárias para efetuar cálculos de porcentagem.

Rothman *et al.* (2006), ao analisarem a habilidade de leitura e compreensão de rótulos nutricionais de pacientes de uma clínica de atenção primária, através da aplicação de outro instrumento, o *Nutrition Literacy Scale* (outro instrumento com nome similar ao NLS aqui investigado), verificaram que houve maior propensão a erros quando era requisito um maior entendimento

de frações e decimais, com dificuldades em compreender o valor percentual diário.

A tabela 19 exibe o desempenho para as 28 questões do NLS segundo sexo. Em negrito as questões com desempenho menor ou igual a 50%.

Tabela 19. Prevalência (%) de acertos do NLS entre os pacientes entrevistados do Grupo 4, segundo questão e sexo. Fortaleza, 2012.

Ques- tão	Femi- nino n = 38	Mascu- lino n = 32	Total n = 70	Ques- tão	Femi- nino n = 38	Mascu- lino n = 32	Total n = 70
1	81,6%	84,4%	84,0%	15	50,6%	56,3%	54,3%
2	26,0%	78,1%	27,1%	16	94,7%	78,1%	87,2%
3	94,7%	15,6%	91,4%	17	65,8%	68,5%	64,3%
4	86,8%	93,8%	82,9%	18	76,3%	78,1%	77,1%
5	68,4%	84,4%	68,6%	19	81,6%	87,5%	84,3%
6	60,5%	90,6%	71,4%	20	76,7%	75,0%	74,3%
7	70,3%	78,1%	77,1%	21	42,1%	59,4%	50,0%
8	30,6%	15,6%	24,3%	22	52,6%	65,6%	58,6%
9	78,9%	93,8%	87,1%	23	57,9%	68,7%	64,3%
10	63,2%	84,4%	72,9%	24	44,7%	87,5%	64,3%
11	84,2%	90,6%	87,1%	25	63,2%	68,5%	64,3%
12	60,5%	75,0%	67,1%	26	63,2%	53,1%	58,6%
13	65,8%	68,8%	67,1%	27	47,4%	40,6%	44,3%
14	84,2%	93,0%	88,6%	28	73,7%	59,4%	67,0%

Grupo 4: pacientes atendidos nos dois hospitais integrantes do estudo; NLS: Nutritional Literacy Scale (Diamond, 2007)

Observa-se que apenas 4 delas exibiram esse pior desempenho – 2, 8, 21 e 27. No entanto, comparando-se por sexo, as mulheres mostraram tal desempenho nas mesmas questões e adicionalmente na questão 24. Os homens se comportaram de forma diferente, tendo desempenho menor ou igual a 50% nas questões 3, 8 e 27. Portanto, as maiores dificuldades comuns a ambos os sexos foram nas questões 8 e 27.

As questões em negrito enfocam: noções sobre alimentação saudável (2); importância da variedade alimentar (3); conhecimento sobre gorduras trans (8); aspectos de segurança alimentar (21); necessidade de proteínas (24); e

associação entre tamanho de porção alimentar e peso (27). Detalhes das questões podem ser visualizados no APÊNDICE B.

Várias discussões podem ser realizadas a partir dos achados relativos à aplicação do NLS.. O instrumento investiga diferentes questões ligadas à Nutrição, as quais, em maior ou menor proporção, costumam ser enfocadas em atividades educativas promotoras de saúde. Caso não se observe o desempenho específico por questão, o teste pode estar descrevendo uma realidade de bom letramento nutricional, mas pode também estar superestimando o entendimento. Para se ter esta certeza, seria importante conhecer os conteúdos de educação nutricional aos quais o grupo já foi exposto, a fim de se afastar a influência dos mesmos no desempenho observado.

Outro aspecto que pode ter influenciado os achados é a ausência de conteúdos que demandem maior habilidade de numeramento no instrumento observado, pois apenas três questões envolvem números e, ainda assim, com lacunas preenchidas com palavras (questões 13, 23 e 24 – APÊNDICE B).

Como já discutido, o adequado letramento em saúde pressupõe habilidades adequadas tanto em leitura como em numeramento. O NLS foi testado quanto à sua validade em comparação com o STOFHLA, como já citado, que inclui apenas tópicos de avaliação de habilidades de leitura. Em nutrição, principalmente, as habilidades adequadas de numeramento são importantes, pois os participantes precisam saber definir quantidades e porções de alimentos em seu dia-a-dia. O próprio Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável (BRASIL, 2006e), demanda essa compreensão, pois os dez passos para a alimentação saudável e as porções alimentares requerem essa habilidade. Na citada publicação, o participante precisa ainda entender o cálculo de seu índice de massa corporal, tanto em termos de efetuá-lo, como em termos de entender se está com peso normal, insuficiente ou excessivo (BRASIL, 2006e).

Após esta análise mais descritiva do diagnóstico de letramento em saúde e/ou em nutrição realizado, tentou-se verificar a presença de algumas associações.

Assim, inicialmente, o diagnóstico de letramento foi confrontado com os anos de estudo dos grupos 1, 2 e 3 avaliados. As tabelas 20 e 21 exibem os achados.

Tabela 20. Distribuição dos pacientes entrevistados dos grupos 1 e 2 segundo diagnóstico de letramento pelo TOFHLA, sexo e anos de estudo. Fortaleza, 2012.

Diagnóstico de Letramento/Sexo	Anos de estudo						Total	
	≤ 8		9-11		≥ 12		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Grupo 1								
Inadequado								
Masculino	12	70,6	5	29,4	-	-	17	100,0
Feminino	53	76,8	15	21,7	1	1,5	69	100,0
Marginal								
Masculino	1	33,3	2	66,7	-	-	3	100,0
Feminino	4	30,8	9	69,2	-	-	13	100,0
Adequado								
Masculino	2	8,7	16	69,6	5	21,7	23	100,0
Feminino	9	17,6	34	66,7	8	15,7	51	100,0
Grupo 2								
Inadequado								
Masculino	39	88,6	4	9,1	1	2,3	44	100,0
Feminino	236	91,8	14	5,5	7	2,7	257	100,0
Marginal								
Masculino	7	70,0	3	30,0	-	-	10	100,0
Feminino	23	67,7	10	29,4	1	2,9	34	100,0
Adequado								
Masculino	4	8,7	12	26,1	30	65,2	46	100,0
Feminino	34	29,6	32	27,8	49	42,6	115	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais públicos integrantes do estudo; Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza; TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker *et al.*, 1995)

Tabela 21. Distribuição das pacientes entrevistadas do grupo 3 segundo diagnóstico de letramento pelo NVS e anos de estudo. Fortaleza, 2012.

Diagnóstico de Letramento*	Anos de estudo						Total	
	≤ 8		9-11		≥ 12		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Inadequado	20	28,6	22	31,4	28	40,0	70	100,0
Marginal	18	42,9	9	21,4	15	35,7	42	100,0
Adequado	9	20,5	11	25,0	24	54,5	44	100,0

Grupo 3: pacientes do sexo feminino atendidas em um dos hospitais integrantes do estudo; NVS: Newest Vital Sign (Weiss *et al.*, 2005); * Inadequado = alta probabilidade de inadequação; Marginal = possibilidade de inadequação; Adequado = adequado

Como esperado, observa-se que utilizando o ponto de corte de ≤ 8 e 9 ou mais anos de estudo e considerando o diagnóstico de letramento em duas categorias: adequado e não adequado (marginal e inadequado), ocorreu um melhor letramento entre aqueles que estudaram mais no grupo 1 ($\chi^2 = 49,9$; $p < 0,001$) e no grupo 2 ($\chi^2 = 211,11$; $p < 0,001$). Já no grupo 3 tal diferença não foi detectada ($\chi^2 = 2,72$; $p = 0,099$).

Carthery-Goulart *et al.* (2009) detectaram diferença de desempenho segundo anos de estudo, onde aqueles com maior número de anos tiveram escores mais altos. Embora os autores tenham usado ponto de corte de anos de estudo diferente do aqui adotado, os mesmos detectaram 82,3% de letramento inadequado entre os pacientes com menos de 8 anos de estudo e 84,8% de letramento adequado entre os detentores de 8 anos ou mais de estudos.

Outros estudos, como revisão de Paasche-Orlow *et al.* (2005), Lewinthal *et al.* (2008) e Jeppesen, Coyle e Miser (2009), também encontraram associação entre desempenho em teste de letramento em saúde e escolaridade.

Considerando o sexo, o desempenho dos homens do grupo 1 também foi melhor naqueles com mais anos de estudo ($\chi^2 = 14,93$; $p < 0,001$). O mesmo ocorreu entre as mulheres desse grupo ($\chi^2 = 33,84$; $p < 0,001$). Não houve diferença no desempenho entre homens e mulheres do grupo 1 ($\chi^2 = 3,06$; $p = 0,080$).

Analisando-se o desempenho do grupo 2 segundo sexo, houve diferença entre os homens ($x^2 = 58,13$; $p < 0,001$), entre as mulheres ($x^2 = 144,98$; $p < 0,001$) e entre homens e mulheres ($x^2 = 11,55$; $p = 0,001$).

Devido ao fato de 90% do grupo 4 ter exibido letramento adequado e não ter sido detectada presença de letramento inadequado entre os mesmos, optou-se por confrontar os anos de estudo e letramento desse grupo pela média de acertos das 28 questões integrantes do NLS como exposto na tabela 22.

Tabela 22. Distribuição dos pacientes entrevistados do grupo 4 segundo anos de estudo, sexo e média com desvio-padrão de acertos no NLS. Fortaleza, 2012.

Anos de estudo	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
≤ 8	18,3 ± 3,3	15,0 ± 3,8	16,3 ± 2,8
9 – 11	18,9 ± 4,6	18,8 ± 3,9	18,8 ± 4,2
≥ 12	21,5 ± 3,0	22,0 ± 4,0	21,6 ± 3,3

Grupo 4: pacientes atendidos nos dois hospitais integrantes do estudo; NLS: Nutritional Literacy Scale (Diamond, 2007)

Considerando-se que o grupo 4 é integrado por um menor número de indivíduos, a avaliação estatística foi feita independente da distribuição por sexo. Constatou-se diferença estatística evidenciando melhor desempenho no teste entre aqueles com mais anos de estudo, tanto confrontando ≤ 8 anos com 9-11 anos ($p = 0,030$) como confrontando ≤ 8 anos com ≥ 12 anos ($p < 0,001$) e 9-11 anos com ≥ 12 anos ($p = 0,001$).

Os integrantes dos grupos 1 e 2 foram também avaliados confrontando-se o desempenho no TOFHLA com o tipo de escola freqüentada e o hábito de leitura. Como já descrito na metodologia, estas duas variáveis foram investigadas apenas nesses dois grupos. Para tal análise, no que tange às escolas, foram definidas duas categorias: pública e não pública. A tabela 23 exibe os achados.

Tabela 23. Distribuição dos pacientes entrevistados dos grupos 1 e 2 segundo diagnóstico de letramento pelo TOFHILA, sexo e tipo de escola cursada. Fortaleza, 2012.

Grupo Diagnóstico de Letramento/Sexo	Tipo de escola				Total	
	Pública		Não Pública			
	N	%	N	%	N	%
Grupo 1						
Inadequado						
Masculino	11	64,7	6	35,3	17	100,0
Feminino	59	85,5	10	14,5	69	100,0
Marginal						
Masculino	3	100,0	-	-	3	100,0
Feminino	9	69,2	4	30,8	13	100,0
Adequado						
Masculino	15	65,2	8	34,8	23	100,0
Feminino	31	62,0	19	38,0	50	100,0
Grupo 2						
Inadequado						
Masculino	40	90,9	4	9,1	44	100,0
Feminino	230	89,5	27	10,5	257	100,0
Marginal						
Masculino	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Feminino	30	88,2	4	11,8	34	100,0
Adequado						
Masculino	23	50,0	23	50,0	46	100,0
Feminino	74	64,3	41	35,7	115	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais públicos integrantes do estudo; Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza; TOFHILA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker *et al.*, 1995)

No grupo 1 há uma maior concentração de presença de letramento não adequado (inadequado e marginal) entre os que cursaram escola pública ($\chi^2 = 6,54$; $p = 0,011$). Tal fato não foi confirmado para o sexo masculino ($\chi^2 = 0,11$; $p = 0,739$), mas sim para o feminino ($\chi^2 = 7,25$; $p = 0,007$).

Na mesma tabela, considerando o grupo 2 também observa-se que há um melhor desempenho para o grupo em geral em frequentadores de escola não pública ($\chi^2 = 59,50$; $p < 0,001$). Tal fato foi confirmado tanto para o sexo masculino ($\chi^2 = 20,45$; $p < 0,001$), como para o feminino ($\chi^2 = 35,31$; $p < 0,001$).

A tabela 24 mostra a situação dos grupos 1 e 2 segundo diagnóstico de letramento, sexo e presença ou não de hábito de leitura.

Analisando-se o grupo 1, não houve diferença de desempenho no TOFHLA considerando hábito de leitura ($x^2 = 3,16$; $p = 0,076$). Igualmente não houve diferença considerando o sexo feminino ($x^2 = 0,47$; $p = 0,495$), mas sim considerando o sexo masculino ($x^2 = 6,66$; $p = 0,010$). Já considerando o grupo 2, houve melhor desempenho entre os indivíduos que tinham o hábito de leitura, tanto em geral ($x^2 = 12,70$; $p < 0,001$) como no sexos masculino ($x^2 = 12,08$; $p = 0,001$) e feminino ($x^2 = 4,92$; $p = 0,027$).

Tabela 24. Distribuição dos pacientes entrevistados dos grupos 1 e 2 segundo diagnóstico de letramento pelo TOFHLA, sexo e presença de hábito de leitura. Fortaleza, 2012.

Grupo Diagnóstico de Letramento/Sexo	Hábito de leitura				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Grupo 1						
Inadequado						
Masculino	7	41,2	10	58,8	17	100,0
Feminino	48	69,6	21	30,4	69	100,0
Marginal						
Masculino	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Feminino	12	92,3	1	7,7	13	100,0
Adequado						
Masculino	19	82,6	4	17,4	23	100,0
Feminino	40	78,4	11	21,6	51	100,0
Grupo 2						
Inadequado						
Masculino	28	63,6	16	36,4	44	100,0
Feminino	183	71,8	72	28,2	255	100,0
Marginal						
Masculino	5	50,0	5	50,0	10	100,0
Feminino	26	81,3	6	18,7	32	100,0
Adequado						
Masculino	42	91,3	4	8,7	46	100,0
Feminino	95	83,3	19	16,7	114	100,0

Grupo 1: pacientes atendidos nos dois hospitais públicos integrantes do estudo; Grupo 2: pacientes atendidos nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza; TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker et al., 1995)

Há poucos estudos verificando associação entre letramento em saúde e hábito de leitura. Baker *et al.* (2000) confirmaram especificamente a associação de leitura de jornais com o desempenho no STOFHLA.

Portanto, considerando a situação de letramento em saúde dos pacientes dos grupos 1 e 2 que foram diagnosticados através do TOFHLA, percebe-se que há uma alta prevalência de letramento inadequado e marginal em ambos os grupos, que tal situação é pior entre as mulheres, que há uma maior limitação em habilidade de numeramento, e que os anos de estudo, tipo de escola e hábitos de leitura interferem nesse diagnóstico em determinados segmentos desses dois grupos.

Constatou-se, ainda, um pior desempenho quando aplicado o NVS e um bom desempenho quando aplicado o NLS.

Finalizando este sub-capítulo, pode-se concluir que, em uma visão mais geral, há uma alta prevalência de letramento não adequado (marginal e inadequado) entre os pacientes atendidos pelo SUS aqui avaliados, e que tal realidade demanda um maior envolvimento dos serviços de saúde no processo de orientação, viabilizando o empoderamento da clientela para a auto-gestão de sua saúde.

Existe uma lacuna importante nesta temática. Apesar de se destacar a importância de se conhecer o grau de letramento em saúde dos pacientes para o delineamento de ações de promoção da saúde e controle de doenças, como apontado na revisão de literatura do presente estudo, operacionalmente isto ainda não foi sistematizado, particularmente no Brasil. CARTHERY-GOULART *et al.* (2009) foram pioneiros no despertar nacional para esta problemática, ao aplicar o TOFHLA em pacientes atendidos em um grande hospital de São Paulo.

Pleasant, Mckinney e Rikard (2011) destacam a importância da elaboração de métodos confiáveis para diagnosticar o grau de letramento/alfabetização em saúde da população. As especificidades da

Nutrição tornam também importante verificar letramento nutricional de uma forma mais direcionada.

Há, portanto, necessidade urgente de testar instrumentos já existentes de letramento em saúde e em nutrição, além dos aqui aplicados, ou desenvolver e validar instrumentos direcionados às particularidades da população brasileira. Como não existe, ainda, um instrumento ideal, o uso repetido de diferentes instrumentos poderá identificar o de melhor custo-benefício.

Além da confiabilidade, tais instrumentos deverão ser de rápida aplicação, pois deverão ser incluídos na abordagem inicial da população, integrando sua anamnese. Deverão, ainda, investigar tanto numeramento como leitura, com vistas a serem mais abrangentes na identificação de entraves ao processo educativo em saúde (DONELLE; AROCHA; HOFFMAN-GOETZ, 2008).

Nessa perspectiva, o TOFHLA investiga habilidades de numeramento e leitura, mas não é tão rápido na sua aplicação, levando em torno de 10 a 20 minutos, dependendo da versão utilizada (full TOFHLA, STOFHLA E BTOFHLA), sendo que o BTOFHLA é descrito como tendo a duração de 12 minutos (NURSS *et al.*, 1995). Carthery-Goulart *et al.* (2009) consideram que o TOFHLA se adequa à aferição de letramento em saúde da população brasileira.

O NVS é rápido de aplicar, cerca de três minutos (WEISS *et al.*, 2005), mas é mais limitado na avaliação de leitura. Por outro lado, o uso de rótulo nutricional para avaliar o letramento em saúde se mostra bastante interessante considerando que são itens familiares (WEISS *et al.*, 2005; ROTHMAN *et al.*, 2006). Assim, entender como a pessoa interpreta rótulos nutricionais pode ser ampliado para entender como ela interpreta bulas de medicamentos e outros materiais escritos.

Já o NLS (DIAMOND, 2007) é muito concentrado em investigação de habilidades de leitura. Seu autor não estabelece limites de tempo para sua

aplicação, mas esta não é tão rápida quanto o NVS, por incluir 28 questões. Esse instrumento foi construído totalmente com questões lacunadas, seguindo uma adaptação do procedimento Cloze. Tal procedimento é discutido por Martins e Filgueiras (2007). O uso de questões lacunadas pode facilitar o acerto, ainda que a questão não seja, na realidade, bem compreendida.

4.3 O Guia Alimentar, em sua versão bolso, na ótica dos usuários do SUS

Inicialmente, como descrito na Metodologia, foram buscadas palavras potencialmente de difícil compreensão quanto ao seu significado e presentes no Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável (BRASIL, 2006e), versão de bolso.

Na Tabela 25 são exibidas as palavras selecionadas e a prevalência de acertos entre os entrevistados. Em negrito as palavras com respectivas prevalências de acerto inferiores a 75%.

As palavras em negrito foram modificadas ou mantidas como exibidas originalmente, caso não consideradas de difícil compreensão nos círculos de diálogos realizados ou, ainda, quando possível inseri-las em novo contexto.

Assim, foram mantidas as palavras “específica” e “gordura saturada”; foram adaptadas a um novo contexto as palavras “tubérculo” e “leguminosa”; e foram substituídas as seguintes palavras: “diretriz” por “orientação”, “evidência científica” por “pesquisas realizadas”; “hipovitaminose A” por “deficiência de vitamina A”, “atributos” por “características” e “gordura aparente” por “gordura que está”.

Como proposto pelos autores (Lefèvre; Lefèvre, 2003; 2006), os círculos de diálogos foram avaliados identificando-se as Idéias Centrais (IC) e o discurso para cada uma delas. Os dados são apresentados a seguir, onde são separados os círculos A e B apenas quando foram apresentadas diferentes ideias centrais e respectivos discursos pelos mesmos.

Tabela 25. Prevalência (%) de acertos, entre os pacientes entrevistados (n = 149), de conceitos referentes a palavras utilizadas no Guia Alimentar em sua versão bolso*. Fortaleza, 2012.

Conceitos	Acertos (%)	Conceitos	Acertos (%)
Promoção da saúde	85,9	Valor calórico de um alimento	75,8
Saudável	96,0	Unidade de fruta	77,9
Diretriz	58,4	Tubérculo	33,6
Prioridade	86,6	Unidade de pão	75,8
Segurança alimentar e nutricional	91,9	Porção de alimento	87,9
Fundamental	81,2	Gordura aparente de um alimento	62,4
Refletir	95,3	Alimento light	82,6
Evidência científica	63,1	Alimento típico	81,9
Cultura	84,6	Carboidratos	87,2
Hipovitaminose A	47,7	Gordura saturada	72,5
Endereço na internet	77,2	Gordura trans	76,5
Atributos	65,8	Fibras alimentares	89,9
Harmonia	83,9	Nutrientes	95,3
Segurança sanitária	92,6	Proteínas	87,2
Específica	66,4	Leguminosa	59,1
Nutricionista	96,6	Vitaminas e minerais	88,6
Conservação de alimentos	89,9	Guloseimas	77,9
Medidas caseiras de alimentos	80,5		

Pacientes atendidos nos dois hospitais públicos integrantes do estudo e nos postos de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza; *Guia Alimentar – Como ter uma alimentação saudável (BRASIL, 2006e)

Inicialmente são apresentados os achados do primeiro círculo de diálogo que objetivou, principalmente, a identificação das palavras difíceis.

1º Círculo de Diálogo (1ª Semana)

Tema 1: Como está a sua alimentação?

Quais as palavras difíceis do Guia Alimentar?

IC 1: Termos científicos

Discurso: Quando ela fica dizendo assim: você tem que comer mais carboidrato mais isso mais aquilo. Devia dizer você tem que comer mais pão ou mais arroz ou mais isso, 99% das pessoas que não são ligadas a isso não sabe o que significa.

Essa parte com base nas evidências científicas e nos hábitos culturais e alimentares do brasileiro, também não entendi essa evidência.

IC 2: Palavras desconhecidas

Discurso: Esta palavra hipovitaminose, não sei o que é essa palavra hipovitaminose, acho que muita gente não sabe o que é. Hipovitaminose A, eu acredito que seja falta de vitamina no organismo.

A promoção de uma alimentação saudável é uma diretriz, eu não estou entendendo essa palavra. Na minha maneira de ver uma diretriz da política nacional quer dizer uma prioridade da política nacional, estão levando isso muito a sério para através da alimentação diminuir o número de pessoas doentes. Diretriz também pode significar prevenção, eles estão prevenindo, o Ministério da Saúde quer que os gastos que eles estão tendo agora revertam numa vida melhor.

Tubérculos pode ser batata, inhame, aipim macaxeira, mandioca, batata doce, tipos de massa tipo de raízes também.

IC 3: Expressões regionais

Discurso: Mandioca, macaxeira, aipim tudo aqui é uma coisa só. Esses detalhes que vem complicar mais ainda.

Cará, cará a gente pensa que é um peixe mas não é um peixe. Batata baroa. Nessa questão a 3ª questão que ficamos de resolver, eu queria que falasse sobre essa terceira.

Tem grão-de-bico, muita gente não sabe o que é.

IC 4: Dificuldade na interpretação do texto

Discurso: Em média a quantidade de carne é a carne de gado, de porco, aves, peixes e outros ou ovos que você come por dia, no meu caso eu entenderia assim, não consumo nenhum tipo de carne, eu particularmente não gosto de carne de gado, mas eu como frango, com frequência uma vez ou outra o peixe. São perguntas que deveriam ser mais explicativas para a gente entender melhor.

Eu entendo que alimentação saudável seja uma alimentação que não prejudique a saúde como comida gordurosa a pele da galinha, a gordura da carne, refrigerante, tudo que eles proíbem a gente de comer.

Segurança alimentar eu acho é o que você vai comer no dia a dia às vezes você está comendo uma porção grande e não serve para você, encher sua fome.

Todo mundo agora é cheio de hormônios qualquer pessoa depois dos 30 anos se for fazer um exame: hormônio.

As comidas que você come do supermercado tudo que ver vai comendo vai comprando e não sabe o que tá comendo aí você tem que ter segurança também na sua alimentação.

Algum tempo atrás passou uma notícia não sei se foi nos Estados Unidos, que as pessoas estavam com excesso de peso, então o governo propôs lá fazer alguma coisa para as pessoas emagrecerem. Cada vez mais as pessoas estão engordando, principalmente as crianças estão com problemas de saúde, hipertensão, diabetes todas essas doenças causadas pela má alimentação deve ser isso a preocupação do governo com a segurança alimentar e nutricional.

O significado da alimentação saudável nem todos nós sabemos que é o mais difícil para a gente quando a gente pensa o que é uma alimentação saudável então eu acho que é uma frase muito difícil para muita gente.

Pelas IC 1, 2 e 3 percebe-se que também na discussão algumas das palavras identificadas como de difícil compreensão (Tabela 25) foram confirmadas, como “evidência científica”, “hipovitaminose”, “diretriz”, “tubérculos”.

Além disso, os participantes tiveram dificuldades no entendimento de alimentos cujos nomes são diferentes dependendo da região onde o indivíduo vive, como mandioca e macaxeira; cará (tubérculo) e cará (peixe); batata baroa.

Um aspecto interessante nesse primeiro círculo é o fato dos integrantes perceberem e discutirem os malefícios dos excessos dietéticos sobre a saúde.

A seguir, são apresentados os achados referentes ao segundo círculo de diálogo, onde foram discutidos aspectos conceituais dos dez passos para uma alimentação saudável. Novamente se evidenciaram algumas dificuldades de interpretação de significados de componentes alimentares, como gordura trans e gordura saturada, corante *versus* edulcorante, sal iodado *versus* não iodado. Adicionalmente, a palavra “sanitariamente seguro” também gerou dificuldade na interpretação da magnitude de seu significado, pois os participantes limitaram seu significado ao “estar bem lavado”.

Os participantes reconheceram que uma dieta equilibrada deve conter vários tipos de alimentos (IC4). As dificuldades de interpretação de rótulos alimentares também foi discutida (IC6).

2º Círculo de Diálogo (2ª Semana)

Tema 2: Dez Passos para uma Alimentação Saudável: conceito

Interpretando e compreendendo as palavras do Ministério da Saúde

IC 1: Gordura Trans

Discurso: Eu vi outro dia no programa e ele falou sobre gordura trans e aí eu digo: Ah! Eu não tenho problema nenhum de comer gordura trans porque eu não tenho alergia eu não tenho esse tipo de alergia. Eu creio que as gorduras trans são aquelas que já vêm nos produtos fabricados como margarina, manteiga essas coisas todas. E a gordura saturada é aquela que a gente proporciona talvez com a fritura.

IC 2: Corantes, Edulcorantes

Discurso: eu não sei o que é edulcorantes. Aí tem adoçantes artificiais que não são bons para a saúde será que é os adoçantes que as vezes a gente compra que é esse nome edulcorante?

IC 3: Sal Iodado

Discurso: Outra coisa esse sal iodado, eu não sei o que é. Sal iodado é ruim você compra geralmente é tipo um ajimoto que é um sal que não é sal você pode botar o vidro toda que não salga eu to falando porque eu adoro sal e sou hipertenso, mas é um sal que não é sal é um sal bem reduzido a parte de sódio que é bem reduzido então é só mesmo pra dizer que você ta botando sal porque ele salga dá um tempero bem fraquinho, só que ele é menos prejudicial do que o sal que é vendido.

Eu achava que eu tava comprando o certo um pacotinho de sal que tem assim iodado, o sal normal comum. Eu conheço porque um dia minha mulher disse compre sal aí eu fui lá comprei um pacote de sal e tinha escrito iodado, é isso não é aquele pacote normal de 1 kg?

O sal iodado é o sal de cozinha que eu conheço é o normal que a gente usa.

IC 4: Harmonia na Refeição

Discurso: Uma alimentação saudável é aquela que reúne os seguintes atributos, é harmônica, que é o que a gente tava conversando aqui é aquela harmonia que a gente tem com as frutas e verduras. Porque harmonia a gente sabe que é o que a gente gosta de comer no prato. Só que a quantidade também é importante não adianta fazer essa harmonia toda e a gente comer um prato daqueles, se você exagerar já acabou a harmonia. Eu acredito que harmonia, por exemplo, num prato é ter um feijão, um arroz, a salada, a salada colorida, a carne, a harmonia que nós devemos comer diariamente.

IC 5: Sanitariamente Seguro

Discurso: Outra coisa também que eu to lendo aqui que eu acho que pode até ter dúvida em outras pessoas essa segura sanitariamente. Sanitariamente eu acho que deve ser bem lavado. Ele falou sanitariamente ele tá correto na resposta mesmo lá em casa pelo menos a minha mulher bota aquelas alface essas coisas tem que botar dentro numa vasilha com água com vinagre espera meia hora é um ritual danado.

IC 6: Rótulos

Discurso: Rótulo vem colado no produto dizendo o que tem nele. Mesmo eu lendo os rótulos eu tenho dificuldade em saber o que é certo para mim e o que é errado em quantidade. Muitas vezes o que vem dizendo no rótulo não é o que tá dentro da embalagem, não condiz com aquilo não é. Bem o rótulo serve pra, por exemplo, uma nutricionista passa uma quantidade calórica pra você por dia então isso vai ajudar a você manter. Pode acontecer também de o rótulo tá errado não conter aquele produto que eles estão dizendo. Se eu pegar o produto e ler aquele rótulo eu não entendo nada como é que eu vou saber se aquilo é certo, será que é verdade, será que tem aquilo ali mesmo?

Os 10 passos para uma alimentação saudável foram discutidos também em sua parte prática no 3º e 4º círculos de diálogo, respectivamente passos 1 a 5 e passos 6 a 10, como descrito a seguir.

3º Círculo de Diálogo (3ª Semana)

Tema 2: Dez Passos para uma Alimentação Saudável: orientações práticas (Passos de 1-5)

Compartilhando compreensões e experiências

Círculo A

IC1: Comer na hora certa e as refeições que o guia sugere

Discurso: Se eu num fizer minhas refeições direitinho eu fico com a fome que eu tenho que comer qualquer coisa... as vezes eu sai de casa, eu passo um tempinho, eu fico até passando mal [...] essas refeições que tá indicando aqui a gente tem que cumprir direitinho, aí quando a gente não cumpre, aí a gente passa dificuldade.

Uma coisa que me veio agora a cabeça é que a primeira coisa pra se fazer pra seguir esses passos é ter a consciência do que é necessário para ter uma alimentação saudável.

O normal mesmo, pelo menos, a nutricionistas que eu fui, são seis alimentações, né, café da manhã, o lanche, o almoço, o lanche da tarde, a janta e o lanche antes de deitar [...] eu acho que fazendo essas seis alimentações bem direitinho, as alimentações saudáveis, você nem adocece, você mantém o peso, você emagrece, você fica saudável, você dorme bem...tudo fica legal pra você...

IC 2: Prato Colorido

Discurso: Eu acho que colorido, a pessoa pensa que vai botar beterraba, cenoura, tudo, não...eu acho que assim, a beterraba já num é vermelha? Então bota o repolho que já é branco e bota o alface, né?

IC 3: Custo da Alimentação Saudável

Discurso: Só tem uma barreira nisso aqui, a gente sabe que a gente comer verdura é saudável, né? Agora, o problema é a capacidade da pessoa financeira...porque é caro, viu?

O Ministério da Saúde deveria fazer sabe o que? como aumenta tanto o custo de vida da pessoa que faz tratamento, devia eles fazer também uns comprimidos, que nem eles tão dando pras pessoas com Alzheimer [...] os remédios também pra quem não pode comprar o queijo, muita gente não pode comer o queijo [...] Aí chega a doutora 'você num tá fazendo o tratamento?' Tô mesmo não...to comendo o que? O que tem no dia a dia...se tem arroz e feijão pra todo mundo, come arroz e feijão...aí num tem condição quem tem quatro, seis filhos, num tem condição de fazer uma dieta boa..rica, né?

IC 4: Porções

Discurso: Eu acho que a porção, se for de arroz, deve ser colher, né? Uma porção é uma colher. E legumes eu acho também que deve ser uma colher de arroz...porque num pode ser a mão [...] eu acho que deve ser uma colher de arroz...três porções, né, [...] Se for concha? Já é uma porção também.

Mas que tipo de colher pra medir essas porções? Uma colher de sobremesa pra colocar o arroz? Ou uma colher maior, de servir, daquelas que vem pra servir? Qual é a medida dessas porções?

Que a gente deve comer mais salada do que feijão e arroz...são duas de cada, três de cada, [...] se você vai comer o café da manhã? É uma fatia de pão integral pra uma fatiazinha de queijo branco...tudo elas dão as...as porções, né? [...] porque a gente, pelo menos, ter alimentações de leite, né, no dia... você pode tomar um iogurte, pode tomar um copo de leite, pode tomar uma coalhada, um pedaço de queijo...aí tudo elas dão a quantidade.

Uma porção de carne, pra mim, se for cozida, é um pedaço e se for grelhada, é um bife [...]se for um rodízio, haja boi.

Porção de legumes, eu acho que é a mesma coisa do arroz...três colher de arroz, três colher de legumes, se for cozido [...]se for ele cru também,uma porção é uma colher...colher de jantar.

IC 5: Alimentos

Discurso:

Tipos de feijão: É necessário mesmo variar esses tipos de feijão? Porque eu sou acostumado a comer só mais o carioquinha [...] É necessário essa variação? to querendo aprender com isso aqui, que eu vou ter que...experimentar o feijão verde, ou o de corda.

Ou não, são opções...você pode comer o carioquinha, pode comer o preto, pode comer o verde, num quer dizer que o senhor é obrigatoriamente comer um a cada dia...tem opções de substituição.

Mas se ele dissesse assim, 'você pode variar os tipo de feijões' se ele dissesse isso...mas ele num diz isso..ele diz assim 'varie os tipos de feijão' significa que você tem que mudar sempre...não ficar bitolado ao carioquinha só, ao preto só [...] isso aí deve causar algum benefício pra gente, a gente variando mais do que a gente permanecendo em um só.

Eu acho que o necessário, não importa quem o tipo de feijão, é o organismo da gente precisa do feijão...seja qual for o feijão, né?

Proteína: Você tava perguntando pra que servia a semente? Aí aqui tem...o que é proteína? Ninguém aqui sabe o que é proteína? É pra quem tá precisando, aí usa essa semente.

Cereais: Cereais, se for aquelas barrinhas, só come quem pode, só quem tem dinheiro...como eu não tenho...eu nem como, eu nem pergunto, nem quero saber...só pra quem é médico...estudante de medicina...faz essas coisas...Mas aqui tão falando cereais, como o arroz...

Círculo B

IC 1: Gorduras

Discurso: Gordura saturada, deve ser em excesso. Gordura trans é aquela gordura que coalha. Coalha no recipiente. Coalha também no organismo da pessoa. Ofende a saúde da pessoa. É a gordura que você usa e volta a usar, repete.

IC 2: Porção (Quantidades)

Discurso: Dois pedaços pra cada pessoa já seja suficiente aquela quantidade de carne. Pedaço que vai variar na base 100g a 150g. Uma colher de arroz, uma colher de feijão, duas colheres de salada, 2 pedaços de carne, 1 pedaço de frango, isso aí já se torna um prato feito que é suficiente pra alimentar qualquer pessoa. Porção seria 2 colheres de sopa, de verdura. Feijão, uma, arroz, uma, variava, Vai ficar uma porção grande. Acredito que três colheres de cada legume. O arroz já é cereais, faz parte também. Coloca arroz, feijão, as verduras, acredito que é 3 colheres. Três porções é uma coisa de cada. Acredito que a porção é assim, repolho é uma porção, o chuchu é outra porção, a tomate ou alface é outra porção.

IC 3: Refeições Variadas

Discurso: Comer várias frutas. Comer variada é você comer uma hoje, amanhã outra. Comer tudo junto variada. Não comer as comidas tudo junto. Refeições variadas. Almoça suponha carne, o bife. A noite você já come uma comida mais leve no jantar. Durante o dia nós nos alimentamos com vários tipos de alimento. Depende de cada pessoa, é uma variação de alimentos.

IC 4: Néctar de Frutas

Discurso: Néctar é o açúcar da fruta, porque tem gente que diz que não pode comer muita fruta porque é doce demais. Por que tem aquela que acumula muito açúcar. Néctar de fruta deve ser o sabor, o cheiro e o próprio nutriente que tem naquela fruta. Cada fruta tem seu nutriente. Uns tem ferro, outras tem vitamina C.

IC 5: Carboidratos

Discurso: Pães são muito rico em carboidrato. Algum tipo de vitamina. O ferro. As massas, que você consome. Comer em pouca quantidade, se torna saudável. Alimento saudável que você come e fica forte, não fica sentindo fome.

IC 6: Alimentos

Discurso:

Arroz e Feijão: Quando vou almoçar, misturo sempre 3 colheres de arroz e 3 de feijão. Se botar mais feijão fica melhor, fica mais forte, porque o arroz mesmo num contém quase proteína. Tiro o feijão com a espumadeira que não é tão grande mas também não é tão pequena, boto 2 ou 3 colheres de arroz.

Cereais: Você não pode comer as 6 porções toda numa hora só, tem que dividir o almoço e a janta. Essas estejam divididas no café da manhã, no almoço, na janta e até mesmo na merenda, porque ela inclui. Ela contém pães, massa. Pode ser bolo, uma fatia de bolo. Sempre tem de ser dividida.

Leite e Derivados: Acredito que seja o queijo, o requeijão, a margarina, tudo isso que é o derivado do leite. O leite é essencial. Tomar pelo menos uns 3 copos de leite por

dia, porque ele tem cálcio, nutriente pro organismo da gente, cálcio pros ossos. Acredito que 1 copo de leite, 1 fatia de queijo, 1 colher de requeijão passado no pão sejam as porções.

4º Círculo de Diálogo (4ª Semana)

Tema 2: Dez Passos para uma Alimentação Saudável: orientações práticas (Passos de 6-10)

Compartilhando compreensões e experiências

Círculo A

IC 1: Óleo

Discurso: A quantidade específica de óleo para uma família de 4 pessoas, para um mês, é de uma lata, mas isso é independente de haver algum imprevisto? Quais são as porções diárias de óleo e de margarina?

Nós que temos problemas de saúde devemos evitar ao máximo comer frituras. Uma vez por mês, eu acho que podemos quebrar essa regra dos salgadinhos e frituras.

A porção de óleo é uma colher e a margarina é meia colher.

IC 2: Produtos Industrializados

Discurso: Devemos evitar o grupo dos embutidos, pois possuem gordura e sal. Devemos esquecer esses temperos prontos, pois tem muito conservante e sal. Devemos evitar refrigerantes e sucos industrializados, já que se pode fazer o suco natural e que esses produtos possuem açúcar, que deve ser evitado.

Preferir alimentos integrais, pois são bons para a saúde e evitar bolos com recheio ou cobertura.

A má alimentação é resultado da facilidade de se comprar alimentos industrializados. Se o Governo dificultasse mais os supermercados, talvez a saúde melhorasse. A modernidade alimentar está sendo prejudicial a nossa saúde.

O que seria conserva de vegetais?

IC 3: Alimentação

Discurso: Você tem que saber o que vai comer e quando vai comer. Não se deve deixar de comer, apenas comer o que o corpo necessita. Tudo o que vamos comer tem que ser com moderação.

Hoje a facilidade e a condição financeira das pessoas melhoraram muito. Com isso, as pessoas exageram na alimentação e o resultado é o aparecimento de doenças mesmo em pessoas jovens. Se houvesse uma educação alimentar na escola, se o Governo ajudasse a inserir no país uma cultura de alimentação, melhoraria muito.

A alimentação depende muito da gente, mas depende muito mais do Ministério da Saúde para facilitar para o consumidor.

Nas escolas, deveriam ensinar às crianças a comer frutas e verduras. Tanto as públicas quanto as particulares, o Governo deveria impor que elas ensinassem como se alimentar de forma mais saudável.

IC 4: Gordura Trans

Discurso: O que é essa gordura trans? É aquela que vem nos alimentos industrializados, por exemplo, os embutidos, salsichas, linguiças, como uma forma de conservação desses produtos. Ela facilitou muito para a indústria e prejudicou a nossa saúde.

IC 5: Rótulos

Discurso: Eu não olho rótulo de nenhum tipo, apenas o da validade. É muito difícil entender o quanto vai se comer daquele produto pelo rótulo. Eles deveriam ser mais claros. O Ministério da Saúde deveria ver uma maneira de obrigar os fabricantes a melhorarem os rótulos, deixando-os numa linguagem mais popular e fácil de compreender. A letra também é muito pequena, o que dificulta a leitura. A nomenclatura deveria ser modificada para termos mais regionais e uma linguagem mais popular.

IC 6: Sal

Discurso: Aqui diz que se deve comer apenas duas bolachas cream cracker, mas se eu comer mais vai me afetar como? Eu não sei. Essa quantidade de sal recomendada é a que devo comer durante o dia? Ou só na hora de tomar o café ou almoçar? É necessário uma explicação maior para que soubéssemos em que quantidade podemos comer e o que devemos ou não comer. Não é só o sal que se bota na panela. Quando você compra um produto, ele já vem com o sal e isso dificulta medir essa quantidade diária, uma colher de chá rasa. Mas eu sei que essa quantidade de sal nos produtos industrializados faz mal à saúde.

IC 7: Água

Discurso: A recomendação de água é de 2 litros no mínimo, mas já ouvi dizer que essa quantidade é por peso.

IC 8: Atividade Física

Discurso: O exercício físico é fundamental e deve ser feito continuamente. A alimentação saudável e a prática regular de atividade física ajudam na perda de peso. A atividade física que era para ser feita continuamente, não é mais seguida, e há também um aumento nas facilidades, tudo isso leva a um desequilíbrio na balança. Temos que fazer um esforço e praticar uma atividade. Tudo leva ao conforto, mas isso é prejudicial à saúde.

*Círculo B***IC 1: Óleo**

Discurso: A porção de óleo do guia é pouco. O azeite de oliva é melhor que o óleo e é indicado por nutricionista.

IC 2: Sal

Discurso: Quanto mais sal, mais sabor tem a comida. A porção de sal do guia é pequena.

IC 3: Atividade física

Discurso: Precisamos fazer alguma atividade física como a caminhada, pois é importante para a saúde.

IC 4: Alimento industrializado

Discurso: Os alimentos fabricados em casa têm menos produtos artificiais, industrializados. Alimento preparado em casa é melhor, pois temos cuidado no que colocar.

IC 5: Sódio

Discurso: O refrigerante faz mal porque tem muito sódio que faz mal para o coração.

Os participantes conseguiram identificar alimentos mais recomendáveis nos passos 1 a 5, mas mostraram dificuldade na interpretação de quantidades. Houve uma dificuldade de entendimento quanto a distribuir o número de porções recomendado para um dado grupo alimentar, por dia, para cada refeição desse dia (3º círculo, Círculo B, IC2). Apenas os integrantes do Círculo A estabeleceram uma relação entre más condições financeiras e dificuldade de se ter uma alimentação saudável (3º círculo, Círculo A, IC3). As dificuldades de entendimento dos rótulos de produtos alimentícios continuaram a ser discutidas (4º círculo, Círculo A, IC5). A parte relativa a atividade física foi bem compreendida (4º círculo, Círculo A, IC8).

Percebe-se que o grupo integrante do Círculo B (com letramento inadequado e marginal) exibiu um entendimento mais limitado quanto aos tópicos discutidos no 4º círculo.

O círculo de diálogos onde mais dificuldades foram detectadas foi o 5º, onde foram discutidas porções de alimentos em medidas caseiras. Além de persistir a dificuldade de distribuição de porções ao longo do dia, houve dificuldades na interpretação do valor de uma porção.

Os integrantes do Círculo A criticaram a falta de utilização de uma medida comum a todos os alimentos, como por exemplo, a utilização de colheres das de sopa e das de servir dentro de um mesmo grupo alimentar, para identificar porções. Também apontaram a presença de exemplos de alimentos não habitualmente consumidos e a falta de alimentos mais consumidos na região.

Comparando-se os grupos dos Círculos A e B, percebe-se que o grupo A se posicionou mais em termos de críticas e sugestões, enquanto o grupo B tinha mais dúvidas, fazendo as discussões de forma interrogativa.

5º Círculo de Diálogo (5ª Semana)

Tema 3: Porções de alimentos em medidas caseiras

Compartilhando compreensões e experiências

Círculo A

IC 1: Porções de alimentos dentro do contexto

Discurso:

Cereais: O que eu entendi aqui, quando ele falou do café da manhã é que tem biscoito cream cracker, bolo de milho, cereal matinal, milho verde, pode ser pão de forma tradicional, pão francês, então acho que você tem que escolher. Não vai comer tudo de uma vez. Você pode comer até 6 coisas durante o dia. Aliás, aqui tá dizendo: coma 6 porções ao dia. E cada porção tem 150 calorias, aí você tem que ter o cuidado porque são 2000 por dia, né? Ainda tem as outras coisas, que não é só isso aqui, né? Aqui eles estão dando uma variedade. Não quer dizer que você vai comer tudo isso, você vai manter uma média. É uma orientação. Tem pessoa que não gosta de pão, pão francês, troca por uma torrada. Então você tem que ver o que é, pra você poder fazer substituições.

IC 2: Porções de alimentos fora do contexto

Discurso:

Cereais: No meu ver, não está tão esclarecido como poderia ser. Porque aqui, a quantidade de calorias dessas porções é de uma dieta de 2000 calorias, mas na minha concepção, por exemplo, arroz branco cozido são 4 colheres de sopa. Consuma 6 porções. Mas durante o dia a gente não pode consumir 6 porções de arroz. Dá quanto? Um absurdo de colheres. Se 4 colheres de sopa equivale a uma porção e você consome até 6, pode ser até 24 colheres de sopa ao dia. Nossa Senhora! É muito! Alguém falou sobre o biscoito cream cracker... se 5 unidades é uma porção e se pode comer até 6 porções por dia, pode comer até 30. Só essa a minha dúvida.

Hortaliças: A gente vendo aqui as verduras e legumes, pela quantidade de 15 calorias, mas se a gente for fazer uma salada com abóbora cozida, alface, brócolis, rúcula, cenoura, pepino, somando vai dar 120 calorias. Essa quantidade de verduras e legumes, 15 calorias, acho muito pouco! Onde nós deveríamos comer mais, né? A gente deveria comer mais fruta, verdura, legumes. Pelo menos dizem que isso aí é o mais saudável, né? Aí bota 15 calorias! Aí você diz: 15 folhas de alface. Poxa! Mas é muito pouquinho, num é verdade? 2 colheres de sopa de abóbora cozida, 2 colherzinhas não é pouquinho? É muito pouco!

Óleos e gorduras: Tem umas porções que ajudam muito, auxiliam. Isso é uma relação auxiliar muito bacana. Eu estou gostando! Os óleos, por exemplo, nós vamos aprender a controlar mais a quantidade de óleos, manteiga, margarina, tá certo? Você

vê que é uma porção só no dia. São 73 calorias, mas é o que? Azeite de oliva, uma colher de sopa, no máximo... se comer menos, melhor pra gente. Um óleo vegetal, uma margarina vegetal, da mesma forma. A manteiga, meia colher de sopa, é aquela colher de sopa que a gente se alimenta todos os dias, né?... A margarina vegetal, o óleo vegetal, tudo é um veneno pra gente, mas se a gente for parar pra pensar o que é bom e o que é ruim, o que serve e o que deixa de servir, você deixa de usar. Cabe a nós, dentro disso aqui, tirar e ter uma idéia de quanto usar.

Açúcares e doces: Tem coisas bacanas, por exemplo, doce e açúcar, consumir, no máximo, uma porção por dia, quer dizer, uma colher de sopa de açúcar, no máximo, por dia, tá certo? Geléia de fruta, uma colher de sopa, no máximo, mel duas e meia colheres de sopa por dia. Não tem que tomar isso, mas se for tomar, esse é o máximo que se pode tomar... já ajuda muito, por que o açúcar faz um mal terrível pra nossa saúde, né? Se a gente for contar tudo que a gente faz com o açúcar, muitas vezes dá muito mais do que 110 calorias.

IC 3: As porções de alimentos estão colocadas de forma confusa

Discurso:

Hortaliças: Então, são os detalhezinhos que a gente tem dificuldades, né? 2 colheres de sopa de beterraba... aí tem cenoura, 1 colher de servir... e tomate comum, 4 fatias.

Frutas: Mas, o livro aqui, pra mim, teria que ser mais explicado. Eu queria fazer uma pergunta: sabe essa quantidade exata desse suco de laranja? Esses três quartos, quanto é isso? Por favor, eu gostaria que vocês me dissessem quanto é, porque eu não tenho essa medida lá em casa e eu não sei quanto é. Você espreme a laranja em um copo de requeijão, e vai tirar 3/4, então quer dizer que vai ser mais ou menos 2 dedos do suco puro, não? Será que num é? Então 3/4 é a metade da metade da outra metade... O copo todo tem 4/4, não? Já fez a continha lá? A uva eu gosto de pegar um cacho e comer e aqui está dizendo que é 22 uvas. Sobre a goiaba, aqui uma porção tem 70 calorias e é meia unidade. Então quer dizer que você vai pegar a goiaba e vai partir no meio?... A fatia da melancia, a gente pode pegar uma grande ou uma menor. Aí tem essas medidazinhas pequenininhas que atrapalham o juízo da gente.

Leguminosas: Eu estava comentando com ela que a quantidade de feijão, 1 concha, metade de caldo, você não pode substituir o caldo e botar só o feijão? Porque depende da pessoa, tem pessoa que gosta com caldo, tem pessoas que não gostam. Então isso deveria ser mais explicado, mais detalhado.

Carnes: Bom, eu vou comer hoje um bife. O grande problema é saber qual o tamanho do bife? Depende, né? O que pra mim pode ser pequeno, pra você pode ser grande; depende do seu gostar e do bom senso... Imagine isso em 194 milhões de brasileiros! Você já vê que nós aqui, sete pessoas, não estamos chegando a uma conclusão. O filé de frango tem uma unidade, mas qual é o tamanho? O omelete também? Peixe espada cozido... E se o senhor for comer o pargo, como é que fica? Aqui não está explicado... Então deveria estipular um diâmetro, uma noção assim de bife padrão. Um tamanhinho que não deixe o cidadão nem grande, nem pequeno, nem baixo, nem magro, nem gordo. Saciado, pelo menos pra não ficar com fome. Não sei se é possível isso. O guia alimentar, o próximo que vier aí tem que ser bem trabalhado mesmo e vamos torcer e pedir a Deus que eles consigam, através de nossas opiniões certas ou erradas, descobrir uma maneira boa pra gente sobreviver melhor.

IC 4: Presença de alimentos desconhecidos/ não comuns

Discurso:

Hortalças: Esse pepino, né? Isso eu nunca comi na minha vida. Outra também, essa rúcula, eu não sei nem o que é...

Círculo B

IC 1: Porções de alimentos dentro do contexto

Discurso:

Frutas: Dizem muito na televisão, várias vezes: coma 3 frutas vermelha ao dia... O quê que você acha, 1 é suficiente? Ou você deve comer as 3? O certo era a gente fazer do jeito que o livro ensina, as porções. Se manda comer 3 é pra comer 3, agora, a gente obedecer é que é mais difícil, né? É você pode comer, por exemplo, uma goiaba pela manhã, uma maçã à noite, né? Aí você já ingeriu 2. Aí você pode ingerir uma porção de melancia, né? Ai completa as 3. É pra não ser a mesma fruta.

IC 2: Porções de alimentos fora do contexto

Discurso:

Cereais: Essa quantidade que tem ao lado, por exemplo, arroz branco, 4 colheres de sopa, é o que a gente tem que comer, né? Essas 4 colheres é o que a gente tem que ingerir diariamente. É uma porção. Por exemplo, eu vou almoçar, aí eu vou ingerir essa porção. Não pode ser mais, né? Só as 4 colheres. Você pode usar menos e acrescentar mais verduras, legumes... Pra mim eu acho que está bem claro. Eu posso comer 2 no almoço e 2 no jantar, né? Se eu for comer o arroz eu não boto o macarrão e se eu for comer o macarrão eu não boto o arroz. E essa batata cozida, como é que tu entende, é batata doce ou batatinha?... Eu creio que é batata inglesa. Aqui tem uma e meia unidade. A batatinha, eu sempre como 2 ou até mais. Já sabe que não pode... Eu acho que está ultrapassando. Outra coisa, a farinha de mandioca, aqui tem duas colheres de sopa, o que tu acha, muito ou pouco? Eu creio que tá normal, tá na média. Tá na média por que a farinha branca, ela tem goma, né?

Hortalças: Nas verduras, eu acho um absurdo 15 folhas de alface, eu vou comer alface no café da manhã, no almoço e no jantar?... Eu boto umas 6 folhas de alface, umas 3 ou 4 de acelga, corto um tomate, uma cebola no jantar. Agora no almoço, eu como tudo, de tudo um pouco.

Frutas: Já nas frutas, eu acho pouco uma fatia de abacaxi. Quando começo a comer abacaxi, eu como quase todo (risos). Mamão papaya, é meia unidade, quer dizer que meia unidade é que significa uma banda, uma talhada né? Metade!

Carnes: Digamos o peixe, eu gosto mais de cavala, como as postas são grandes e fechadas, aí eu consumo uma. O omelete que eu conheço, ele é um pouquinho mais do que um pão árabe e você come um e meio, é muito!

Leites, queijos e iogurtes: Eu não como nada disso: não como iogurte, nem queijo, nem leite, nada, nada, porque eu não gosto muito... As 3 fatias de mussarela, eu acho muito, porque eu me contento só com uma.

Óleos e gorduras: Esse óleo vegetal, eu uso todo santo dia, mas eu não coloco só uma colher, eu coloco mais, principalmente quando eu vou fritar frango, peixe, aí eu uso bastante. Eu também uso muito manteiga, margarina, né...

Açúcares e doces: Saber se o mel é de abelha ou se é de cana, né? Porque tem os 2 mel, tem o de abelha e tem o cana, né?... Eu acho que 2 colheres e meia tá normal, né? Colherzinha daquela de sopa. Você quer o mel pra remédio ou é pra se alimentar? É pra se alimentar mesmo, é pra comer, né?... Aí é muito pouco, só 2 colherzinhas, 2 colheres e meia.

IC 3: Presença de alimentos desconhecidos/ não comuns

Discurso:

Cereais: Esse cereal matinal, o que tu entende ser? Não sei explicar. Não tem aveia, né? Só que esse cereal é maiorzinho... Ele vem numa caixa também, numa embalagem, né?... Que você também pode usar com leite, pode também colocar numa fruta, do jeito que você quiser consumir. Deu pra entender (risos) assim, mais ou menos...

Hortaliças: Aqui, das verduras e legumes, a gente usa mesmo sempre é abóbora cozida, né? Abóbora, alface, beterraba, cenoura, pepino. Eu acho que brócolis e rúcula, pouquíssima gente consome, aqui do nosso grupo... Essa rúcula, pelo jeito que é, é uma verdura, mas eu nunca vi... Mais na frente vem dizendo 15 ramos, então deve ser uma folha, tipo alface ou então, parecido com o alface... Os mais conhecidos aqui faltou, acelga, couve e repolho, que a gente sempre consome.

Frutas: Esse mamão papaya, qual é? Vem até numa capinha de isopor pequenininha, ele é pequeno, diferente dos outros comuns. O hawai ele vem solto, e esse papaia vem todo enrolado. Não tem o mamão comum né? Por que será?... Eu creio que é o espaço aqui que é muito pequeno (risos), que é tanta da fruta e não coube. Eu acho que esse mamão que está aí é o ideal pra a gente consumir, por isso que ele não colocou o outro. Ah! Mas ele está aqui escondidinho, agora que eu encontrei ele, viu?... O comum, né? É pra fazer a salada, né? E o caqui? O que é caqui? É uma fruta que parece com tomate, o formato dela é de um tomate assim, muito gostosa, ela é vermelhinha, parecida demais com o tomate. E ameixa preta, por quê que tu acha que ela é importante? Eu não sei. É pra regular o intestino...

Leguminosas: Eu vi aqui, queria saber o que é isso aqui, lentilha cozida. Eu sei que a lentilha cozida é uns grãosinhos, pequenininhos, mas eu nunca comprei pra fazer. Sobre ervilha seca cozida, eu não conheço, eu conheço a de latinha, aquela conserva... Ervilha seca e soja cozida, já ouvi falar, mas nunca comi...

Carnes: Eu não conheço esse peixe espada...

IC 4: As letras são pequenas

Discurso: No início eu não sabia o que era porção. Eu ficava...meu Deus o que é porção? Foi bom porque aqui no final tá explicando o que é porção... Só não é melhor porque a letra é muito miúda, muito pequenininha... Eu tô com óculos, mas ainda é ruim pra ver. Eu acho que se a letra fosse maior seria melhor pra nós...

O 6º círculo de diálogo praticamente se resumiu à dificuldade de interpretação de rótulos, como exposto a seguir.

6º Círculo de Diálogo (6ª Semana)

Tema 4: Resumindo as Informações sobre Alimentação Saudável

Compartilhando compreensões e experiências

IC 1: Rótulo

Discurso: As informações no rótulo são muito confusas, tem muitos termos técnicos. Não há orientações de quantas vezes o alimento deve ser consumido. As letras são pequenas e as tabelas são confusas. Não há orientações claras para diabéticos. Não confio nos rótulos.

No 7º círculo de diálogos percebeu-se em todos as IC discutidas (IC 1 à IC 8), que há uma posição crítica em relação ao direito à saúde que a população tem e à dificuldade de se ter acesso a uma alimentação de qualidade por questões financeiras, hábitos e também comportamento. A inter-relação entre prática de atividade física e saúde foi bem compreendida. Os participantes deste círculo continuaram, a exemplo de círculos anteriores, a abordar a questão de rótulos de produtos alimentícios. No entanto, consideraram que os círculos prévios os levaram a compreender melhor os mesmos.

Esse círculo teve um funcionamento mais ligado à reflexão sobre os círculos anteriores, onde os participantes fizeram um balanço sobre a aprendizagem ao longo dos mesmos.

7º Círculo de Diálogo (7ª Semana)

Tema 5: O Ministério da Saúde Quer Você Saudável

IC 1: Limitação Financeira

Discurso: Ministério da Saúde quer realmente ver a gente saudável. Ele tem que ver também, no sentido financeiro, porque influi muito. Porque nem todos nós temos a condição de manter uma dieta saudável dentro de casa. Porque frutas e verduras poderiam ser mais em conta. Aí a gente teria uma nova condição de ter uma dieta mais saudável em casa. Secretária da Saúde deve convir que a gente com saúde tem uma durabilidade. Ministério, a questão do preço da alimentação, que é cara. Quem faz dieta sabe que a alimentação é cara. Uma alimentação variada de qualidade é cara. É muito caro as coisas.

IC 2: Segurança Alimentar

Discurso: Colocam um dia na semana de oferta para a gente comprar, chega lá coisas estragadas da semana todinha, acho que deveria ter também uma fiscalização sobre isso. “Está livre da fome e de ter uma alimentação saudável e adequada são direitos humanos, fundamentais dos povos.”, isso é um direito nosso, mas não temos. Ter acesso é difícil.

IC 3: Saúde x Doenças Crônicas

Discurso: Só o arroz, feijão, macarrão não vai ser útil para nós que temos problemas de saúde, como diabetes, pressão alta. Tenho um aparelho para tirar a glicemia, estava tirando e vendo que as comidas que estava comendo estava crescendo minha glicemia, por isso, eu estou mais consciente de ser saudável. Se você comer além do limite você fica descontrolado. Se for depois fazer uma física, aquele açúcar vai dá tudo certo, tudo bem. Se você for fazer movimento a glicemia cai. Se você ficar quietinho não tem condições de ficar saudável. O normal seria você comer a fruta com bagaço e tudo. Comer no almoço menos arroz e feijão e comer mais folhas para ver como fica a glicemia. Cada latinha de refrigerante tem 3 colheres de sopa de açúcar.

IC 4: Saúde e Exercício Físico

Discurso: Estou tendo consciência que tenho que fazer minhas caminhadas, porque tenho que chegar no ponto certo, porque tenho que perder mais peso ainda. Médico toda vez fala a mesma coisa, que eu preciso caminhar, se eu caminhar, minha pressão baixa e paro de tomar remédio. Se a gente faz atividade física regular, duas a quatro vezes na semana, eu procuro fazer. Fazer exercícios, isso faz parte de uma alimentação saudável para ter uma saúde boa, uma saúde com qualidade. Uma boa caminhada, é um jeito da gente conseguir. Para caminhar precisa de muita vontade. Não posso dar dois passos que fico ofegante. Preciso caminhar, me exercita, mudar de hábito.

IC 5: Informações Nutricionais (Rótulo)

Discurso: Me deu um conhecimento, esclarecimento de prestar atenção nas caixas. No rótulo. Na hora de comer, saber o que está comendo, o que está ingerindo. Coisas de rótulo, que é uma dificuldade para gente, ficou claro a porção, o que tem escrito nos rótulo, é uma coisa que a gente tem que fazer, ver a data de vencimento.

IC 6: Força de Vontade

Discurso: Ministério da Saúde, ele quer que a gente tenha uma vida saudável e tudo, aquele que tem força de vontade, mesmo com um pouquinho que tem, ainda faz, o que não tem força de vontade, não faz de jeito nenhum. Porque a força de vontade está em primeiro lugar. Tem que ter consciência que vai comer. Se você quer ser saudável, você vai ter seus limites. Mudar de hábito é fazer uma reflexão do que você está fazendo até hoje e o importante é fazer. Se não melhoramos a alimentação a nossa saúde vai piorar. Temos que procurar essas mudanças, nossa força de vontade.

IC 7: Quantidade e Qualidade

Discurso: Acho que a comida saudável é comer no horários certos, comer menos possível, encher a barriga não é saudável. No caso de medir tem que aquela obrigação de fazer aquele somatório, para poder chegar no final do dia e saber as calorias, isso tem que fazer, senão a coisa não anda. Porque depende da altura e do peso. Ensinou mais ainda quantidade, a qualidade, o que a gente pode fazer ou deixar de fazer ou até ajudar futuramente. Seria evitar óleos, frituras, massas. Ter uma vida tranqüila. Ter uma reeducação para mudar isso. Evitar refrigerante, sucos industrializados. Fazer um suco e tomar ou comer a própria fruta. Comer laranja com bagaço e tudo, faz bem pro intestino. Evitar sal, alimentos industrializado. Comer frutas e verduras. O importante é a qualidade, não vale só encher o prato, até mesmo as frutas, não pode comer todos. Podemos comer de tudo, mas manerando nas quantidades.

IC 8: Acompanhamento

Discurso: Como a pessoa vai ter uma atividade de nutrição saudável, sem você ter um acompanhamento. No país que a gente vive, como a gente pode ter uma alimentação saudável, sem ter um acompanhamento. "Caso opte por uma alimentação sem carne, ou sem ovos, leite ou derivados, procure uma nutricionista para alimentação adequada" e aí onde podemos encontrar uma nutricionista?!. Acho que nós deveríamos exigir nossos direitos. O Ministério tem que se preocupar em ter uma pessoa nos acompanhando dia-a-dia. É colocando gente especializada que estuda para nos atender.

O 8º círculo de diálogos foi desenvolvido para configurar as sugestões finais do grupo para melhoria do Guia Alimentar enquanto instrumento educativo.

Os participantes comentaram que, embora o instrumento seja bom, pode ser melhorado através do uso de uma linguagem mais popular, uma maior regionalização e ampliação de sua distribuição. Destacaram as dificuldades relativas à quantidades e porções.

Embora não diretamente relacionado ao instrumento educativo em si, os participantes sugeriram que o Ministério da Saúde amplie as propagandas sobre a alimentação saudável e os recursos visuais utilizados para tal, reduza os preços da alimentação saudável, melhore a apresentação dos rótulos de produtos alimentícios, reduza a quantidade de sal dos produtos e amplie o acesso aos profissionais de saúde que promovam a orientação de uma alimentação adequada.

8º Círculo de Diálogo (8ª Semana)

Tema 6: Sugestões e Contribuições da Comunidade para o Ministério da Saúde

IC 1: Compreensão do Guia

Discurso: O que não está adequado no guia alimentar para a minha leitura, que dificulta o meu aprendizado? O que poderia ser melhorado? O livro está bom, mas pode melhorar. Usar uma linguagem mais popular. O Ministério deve fazer um guia alimentar para todo mundo, que seja distribuído a toda a população.

IC 2: Conhecimento dos Alimentos

Discurso: Dificulta um pouco você não saber o que você está fazendo, não saber se o alimento vai fazer bem ou mal. O Ministério da Saúde deveria incentivar mais propagandas sobre alimentação saudável. Nos supermercados, deveriam ter informações sobre os alimentos, se fazem mal à saúde ou não.

IC 3: Escolaridade

Discurso: Para as pessoas de menor instrução escolar, poderia ser feito um guia alimentar com recursos visuais, com slides, vídeo, filme, desenho ou peça. Seria um complemento para esse guia alimentar que estão distribuindo.

IC 4: Nomenclatura Regional

Discurso: O Governo e o Ministério da Saúde poderiam fazer a regionalização do guia, incluindo uma nomenclatura regional. Por exemplo, separar por regiões a facilidade de frutas, verduras, ingredientes, pois isso facilitaria.

IC 4: Porco

Discurso: Porco é uma carne magra, conforme o que você vai fazer. É mais sadia do que a do gado. A gordura da carne de gado leva oito dias para ser digerida no seu organismo, enquanto a do porco vinte e quatro horas. Nada é “reimoso”. A doença causada por um verme do porco, não tem só no porco, mas na verdura também. Embora se diga que o óleo de soja não contém gordura, ele contém. Tudo contém gordura.

IC 5: Preço

Discurso: A alimentação deveria vir até nós mais barata, principalmente as frutas e verduras. O que falta mesmo é chegar até nós essa melhoria da alimentação.

IC 6: Produtos Industrializados

Discurso: A população da zona rural tem maior longevidade, pois consomem alimentos mais naturais. Os produtos industrializados, como temperos e molhos prontos, fazem mal à saúde. É preferível que haja uma conscientização da importância de continuar usando os temperos naturais, ervas frescas, fundamentais para a saúde.

IC 7: Quantidades e Porções

Discurso: Em relação à calorias, porções e quantidades, sempre há dúvida, por ser dependente do tipo de colher, por exemplo. Os números de quantidades e porção poderíamos ser mais claros para a população, se houvesse uma padronização dos instrumentos utilizados. Falta uma lista maior com os valores calóricos. É necessário se saber o valor das calorias, somando todas as calorias, para que se saiba o valor de cada alimento.

IC 8: Rótulos

Discurso: Pessoas de baixa escolaridade podem apresentar dificuldade para compreender os rótulos.

IC 9: Sal

Discurso: Os produtores de alimentos deveriam reduzir a quantidade de sal dos produtos.

IC 10: Saúde

Discurso: É importante o acesso a profissionais de saúde que entendam as doenças das pessoas, o auxílio, por exemplo, de uma nutricionista para atender a população, para que se mantenha uma alimentação saudável. Esse acompanhamento é importante para que se forme o hábito alimentar mais saudável.

Assim, percebe-se que, em relação ao instrumento educacional, há uma necessidade urgente de melhorar o conteúdo quanto à quantidade de porções alimentares para que o indivíduo possa traduzir tais informações em práticas cotidianas.

O instrumento deve se prestar, ainda, a abordar as questões dos rótulos alimentares com o intuito de facilitar a sua compreensão, uma vez que em curto prazo é mais complicado alterar a legislação brasileira quanto às regras de elaboração dos mesmos.

Face às discussões sobre o tema, passou-se a confrontar as quantidades propostas na publicação com diferentes tabelas, na busca de uma melhor e mais fidedigna padronização. Para tanto foram utilizadas as seguintes fontes bibliográficas: O Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável (Brasil, 2006a), que é a versão que serve de apoio à conduta dos profissionais de saúde; A Tabela de Equivalentes, Medidas Caseiras e Composição Química dos Alimentos (PACHECO, 2006); a Tabela para Avaliação do Consumo Alimentar em Medidas Caseiras

(PINHEIRO *et al.*, 2008) e a Tabela de Medidas Referidas para os Alimentos Consumidos no Brasil, publicação desenvolvida a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (IBGE, 2011b). Detectou-se grande discrepância, de forma que tentou-se manter a maior coerência possível nas medidas utilizadas e respectivas quantidades consideradas valores de uma porção alimentar.

Procedeu-se, ainda, à inclusão de um modelo de rótulo de produto alimentício industrializado, na forma como é apresentado nos alimentos e preparações comercializados no Brasil, com legendas direcionadas a tornar mais fácil seu entendimento.

A versão reformulada exibida no APÊNDICE D contempla as modificações sugeridas e as críticas referidas. Ressalte-se que, para atender à reivindicação de aumentar o tamanho da letra, o documento passou a ser não mais de bolso e, sim, cartilha, compatível com papel A5.

4.4. Avaliação do Plano AlfaNutri quanto ao guia alimentar reformulado

Como já foi referido na Metodologia, os integrantes do círculo A e do Círculo B consideraram que apenas um encontro seria suficiente para realizar a avaliação da versão reformulada do Guia alimentar – como ter uma alimentação saudável.

Realmente o tempo foi suficiente pois, apesar de ter sido programada uma sessão com 2 horas de duração, os integrantes do círculo A finalizaram o processo em 65 minutos e os integrantes do círculo B em 41 minutos.

Não houve necessidade de modificar a versão entregue para avaliação, pois a apreciação do documento foi totalmente favorável em ambos os círculos. Assim, a versão exibida no apêndice E corresponde à formatação definitiva entregue aos usuários do SUS. Houve um problema logístico com a impressão

do modelo de rótulo incluído, sendo necessária sua inclusão na forma de errata.

Segundo avaliação dos integrantes dos círculos A e B, praticamente não restaram aspectos negativos na nova versão, embora ainda tenham sido sentidas algumas dificuldades quanto a porções e rótulos alimentares. Nesta perspectiva, vale referir que realmente é difícil o entendimento de valor de porção alimentar até para utilização pelos profissionais de saúde, pois não há um consenso nas diferentes tabelas disponíveis. Como já discutido, tal fato foi constatado pelos pesquisadores por ocasião da tentativa de utilizar tais tabelas para melhorar o entendimento da versão original do Guia alimentar – como ter uma alimentação saudável (BRASIL, 2006f).

Houve uma diferença entre o tipo de discussão presente nos dois círculos. Os integrantes do grupo A realizaram duas etapas de abordagem: uma ligada à aprovação da nova versão e outra ligada à uma avaliação crítica do conteúdo presente na publicação. É provável que as dificuldades de entendimento da versão original não tenham permitido uma avaliação que levasse a críticas e questionamentos das informações. Por outro lado, é possível que o melhor entendimento do conteúdo da versão reformulada tenha propiciado a ocorrência de debates entre os participantes, quanto às recomendações. Esta segunda parte ocorrida no círculo A não aconteceu durante as realizações do círculo B.

De um modo geral, os participantes apreciaram a versão reformulada e consideraram que as solicitações do grupo foram atendidas, o que permite considerar o Plano AlfaNutri bem sucedido quanto a este segmento, pois o critério estabelecido era de que houvesse redução de pelo menos 50% das falhas originalmente apontadas.

A seguir são resumidas, em tópicos, as colocações dos integrantes de ambos os círculos.

1. Foi considerado adequado o tamanho da cartilha e da letra utilizada.
2. Foram eliminadas as palavras difíceis.

3. Melhorou a apresentação de porções e unidades recomendadas para consumo alimentar não só pela maior padronização, como também pela utilização de figuras.
4. Foi propiciada a compreensão do cálculo do índice de massa corporal (IMC) a partir do detalhamento e da gravura acrescentados.
5. Foi considerado positivo o fato de terem sido introduzidos exemplos de alimentos regionais e de uso mais comum.
6. Foi destacado como importante a presença da assessoria pedagógica
7. Foram ainda questionados alguns aspectos de conteúdo:
 - a. O que é bolo simples?
 - b. 38 rodela de pepino como uma porção está correto?
 - c. A discriminação calórica do grupo de laticínios, gorduras e doces X valores da porção de cada grupo está correta?
 - i. Margarina e manteiga tem a mesma caloria?
 - ii. Azeite de oliva tem a mesma caloria de óleo comum?
 - iii. Gelatina pode ser comparada com mel?
 - d. O Ministério da Saúde precisa facilitar a compreensão do rótulo de produtos alimentícios.
 - e. O Ministério da Saúde precisa reduzir o sal dos alimentos brasileiros

Finalizando esse sub-capítulo, vale transcrever alguns depoimentos dos integrantes dos círculos A e B.

“Esta nova versão ficou aqui, para mim, ficou ótima. Só a presença dela já me deixa alegre e feliz. Olha aqui esse negócio. Ficou uma linguagem bem popular mesmo, que todos nós entendemos. Não precisa ser formado em alguma coisa para entender aqui. Qualquer pessoa vai ler, dá para entender, sim. Ficou bem melhor, ficou bem mais fácil. Ficou bacana. Eu gostei muito de tudo nessa nova versão. É tudo aquilo que nós discutimos aqui durante aquele período, ficou excelente. Lógico gente que nada é perfeito, nada é definitivo, vai sempre rever alguma coisa, alguma melhora, vai sempre aperfeiçoando, mas isso aqui da

maneira que está hoje já dá para chutar a bola pro gol” (Círculo A, sexo masculino).

“Espero que o Ministério acate pelo menos 20% das propostas aqui, porque a gente só melhorou. Pelo menos 20% já seria de bom agrado, pelo menos a clareza, a objetividade dele, a clareza da linguagem, grandes exemplos. Se eles fizerem pelo menos 20% já é uma vitória pra gente, eu já ficaria muito feliz. Poxa, vem lá do Ceará, lá do Hospital das Clínicas com as autoras tal, tal e tal, já seria completo e, precisando, estamos aqui, nem que seja de muleta” (Círculo A, sexo masculino).

“Esse guia alimentar deveria estar nas escolas, nas igrejas, nas associações de bairro. Se ele pudesse chegar até lá seria maravilhoso. Essas pessoas teriam essa oportunidade como nós tivemos aqui” (Círculo A, sexo feminino).

“Se o Ministério da Saúde quer que a gente tenha uma vida saudável, que essa cartilhinha não fique só com a gente, que ela saia, que fique nas bancas, pra todo mundo comprar... Muita gente não se alimenta bem muitas vezes por falta de orientação, de informação, não tem tempo de ir ao médico, às vezes também não tem chance. Eu adoraria que eu visse muita gente lendo essa revistinha. No dia que eu fosse para o médico todo mundo lendo. Eu ficaria muito orgulhosa e contente” (Círculo B, sexo feminino).

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo permitiu que se chegasse às seguintes conclusões:

- Foi elevada a prevalência de letramento não adequado (inadequado e marginal) em saúde e em nutrição nos pacientes atendidos pelo SUS, especificamente quando presente a investigação de habilidades de numeramento;
- Foi atendida a meta de elaboração do Plano AlfaNutri com a reformulação do Guia Alimentar – como ter uma alimentação saudável fundamentada no diagnóstico de letramento em saúde e em nutrição e nas sugestões do grupo avaliado de usuários do SUS e com a elaboração de um manual destinado aos profissionais de saúde para utilização dos pressupostos do letramento em saúde e em nutrição na prática dos atendimentos;
- A clientela do SUS integrante do estudo aprovou a reformulação proposta para o Guia alimentar – como ter uma alimentação saudável.

Face as conclusões supracitadas, algumas recomendações são pertinentes:

- Realização de diagnóstico de letramento em saúde e nutrição na rotina de atendimento da clientela do SUS. Para tanto, até que se encontre um instrumento ideal para utilização junto à população brasileira, sugere-se a utilização da versão traduzida de Newest Vital Sign (NVS), pois este instrumento apresenta três características favoráveis: permite diagnóstico tanto de letramento em saúde como em nutrição; é de rápida aplicação; e investiga habilidades também de numeramento;

- Pesquisa para desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico de letramento em saúde e em nutrição ou adaptação dos já existentes à realidade brasileira;
- Realização de pesquisas similares junto a portadores de diferentes doenças, confrontando diagnósticos de letramento em saúde e nutrição com o controle das mesmas;
- Avaliação de outros materiais educativos utilizados no Brasil na área da saúde à luz dos pressupostos do letramento em saúde e nutrição.

6 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA PESQUISA

À época da solicitação de recursos para o presente projeto, foram previstas algumas ações ligadas à produção científica, como transcritas abaixo:

- Engajamento de três alunos como bolsista de iniciação científica, de acordo com cronograma de concessão de bolsas da FUNCAP;
- Engajamento de alunos de graduação (3 alunos), pós-graduação lato sensu (1 aluno) e stricto sensu (2 alunos) para elaboração de monografias, dissertações e teses;
- Elaboração de um relatório final;
- 10 resumos para apresentação como pôster ou tema livre em encontros locais, regionais, nacionais e internacionais, com publicação nos respectivos anais;
- 3 publicações em periódicos cadastrados na CAPES, sendo no mínimo enquadrados como B3;
- 1 Curso de 15 horas/aula sobre Educação x Alfabetização Nutricional.

Tal previsão foi atendida e mesmo ultrapassada em alguns aspectos, como detalhado a seguir.

1) Prêmios e títulos

Poster aprovado com destaque e menção honrosa (n. 127)

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL EM NUTRIÇÃO EM USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, AFERIDO SEGUNDO A TÉCNICA DE CLOZE

Evento: XIX Congresso Brasileiro de Nutrição Parenteral e Enteral, 2011, Curitiba

Tipo de evento: Nacional

2) Artigos aceitos para publicação

Autores: PASSAMAI, Maria da Penha Baião, SAMPAIO, H. A. C., Dias, A.M.I., Cabral, L. A.

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: CONCEITOS E REFLEXÕES SOBRE SEU IMPACTO NA INTERAÇÃO ENTRE USUÁRIOS, PROFISSIONAIS E SISTEMA DE SAÚDE

Publicação: Interface (Botucatu. Impresso), 2012. Qualis B2, CAPES Saúde Coletiva, 2012.

3) Artigos em fase de submissão para publicação

Autores: Silva, D. M. A.; SAMPAIO, H. A. C.; Chayb, A. P. V.; Sabry, M. O. D.; Carioca, A. A. F.

Título: LETRAMENTO NUTRICIONAL: UMA COMPARAÇÃO ENTRE DOIS GRUPOS POPULACIONAIS APONTANDO A URGÊNCIA DE UMA VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AFERIÇÃO

Publicação: Nutrire (submetido, aguardando parecer, Qualis B4, CAPES Saúde Coletiva, 2012)

Autores: Passamai, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; Sabry, M. O. D.; Coelho, M. A. M.; Cabral, L. A.; Passos, T. U.; Lima, G. P.

Título: OS CÍRCULOS DE DIÁLOGOS NA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL: UMA PROPOSTA PARA A CONSTRUÇÃO DO SABER

Publicação: Educação e Sociedade (submetido, aguardando parecer, Qualis B2, CAPES Saúde Coletiva, 2012)

Autores: Coelho, M. A. M.; SAMPAIO, H. A. C.; Sabry, M. O. D.; Passamai, M. P. B.; Cabral, L. A.; Passos, T. U.; Lima, G. P.

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: COMPREENSÃO DE RECOMENDAÇÕES DO GUIA ALIMENTAR BRASILEIRO

Publicação: Educação e Pesquisa (em processo de submissão, Qualis B2, CAPES Saúde Coletiva, 2012)

Autores: SAMPAIO, H. A. C.; Sabry, S. D.; Carioca, A. A. F.; Sabry, M. O. D.; Pinto, F. M.

Título: AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM NUTRIÇÃO SEGUNDO DOIS DIFERENTES MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Publicação: Revista Portuguesa de Saúde Pública (em processo de submissão, Qualis B3, CAPES Saúde Coletiva 2012)

4) Livros publicados (Plano AlfaNutri) – manual para uso profissional

Autores: Passamai, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; Sabry, M. O. D.; Sá, M. L. B.; Cabral, L. A.

Título: Letramento funcional em saúde e nutrição.

Local, Editora: Fortaleza: EdUECE - Editora da Universidade Estadual do Ceará, 2011, 95p.

5) Cartilha publicada (Plano AlfaNutri) – material instrucional para uso por pacientes do SUS

Autores: SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Coelho, M. A. M., Passamai, Maria da Penha Baião, Pereira, I.B.

Título: GUIA ALIMENTAR: UMA PROPOSTA PARA MODIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Local, Editora: Fortaleza: HBM Gráfica Digital e Editora, 2011, 40p.

6) Capítulo de livro em processo de publicação

Autores: Sabry, M. O. D.; Coelho, M. A. M.; SAMPAIO, H. A. C., Passamai, M. P. B.; Cabral, L. A.

Título: GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA EM SUA VERSÃO BOLSO: REFLEXÕES À LUZ DO LETRAMENTO NUTRICIONAL

Título do Livro: AS DIFERENTES FACES DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Autores do Livro: Ávila, M. M. M.; Soares, N. T.; SAMPAIO, H. A. C.

Local, Editora: Fortaleza: EdUECE - Editora da Universidade Estadual do Ceará, previsão para 2º semestre de 2012

7) Trabalhos publicados em anais de eventos

1)

Autores: Canabrava, N. V., SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Carioca, A.A.F., Passamai, Maria da Penha Baião, Praxedes, C. O.

Título: ALFABETIZAÇÃO NUTRICIONAL: UMA AVALIAÇÃO SEGUNDO O PROCEDIMENTO CLOZE

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.307 – 307

2)

Autores: Carioca, A.A.F., Sabry, Sabrina D., Sousa, F. A. N., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C., Pinto, F. J. M., Zanella, C. P.

Título: AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO: existe concordância entre os métodos de avaliação?

Evento: VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011, São Paulo

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Anais do VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011

3)

Autores: Coelho, M. A. M., SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Passamai, Maria da Penha Baião, Cabral, L. A., Coelho, Luana M.

Título: BAIXO LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: EM QUE COMPROMETE A COMPREENSÃO DAS PORÇÕES ALIMENTARES DO GUIA ALIMENTAR BRASILEIRO?

Evento: XVI Semana Universitária da UECE, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Local

Publicação: Anais da XVI Semana Universitária da UECE, 2011

4)

Autores: Lima, G. P., Silva, D.M.A., Carioca, A.A.F., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: DIFICULDADES NA COMPREENSÃO DE INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS DETECTADAS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO NUTRITIONAL LITERACY SCALE EM USUÁRIOS DO SUS

Evento: VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011, São Paulo

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Anais do VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011

5)

Autores: Lima, L. M., SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Carioca, A.A.F., Passamai, Maria da Penha Baião, Praxedes, C. O.

Título: ESCOLARIDADE E NÍVEL DE LETRAMENTO EM SAÚDE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.233 - 233

6)

Autores: Coelho, M. A. M., SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Passamai, Maria da Penha Baião, Cabral, L. A., Passos, Tatiana Uchôa

Título: GUIA ALIMENTAR BRASILEIRO: INFLUÊNCIA DO LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE SOBRE A COMPREENSÃO DAS PORÇÕES RECOMENDADAS

Evento: XIX Congresso Brasileiro de Nutrição Parenteral e Enteral, 2011, Curitiba

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Brasileira de Nutrição Clínica, v.26. p.78 – 78, 2011

7)

Autores: Santos, P. M., Lima, L. M., Pereira, I.B., Passamai, Maria da Penha Baião, Coelho, M. A. M., Sabry, M. O. D., SAMPAIO, H. A. C.

Título: GUIA ALIMENTAR BRASILEIRO, VERSÃO BOLSO: COMPREENSÃO DOS PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL POR USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Evento: XVI Semana Universitária da UECE, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Local

Publicação: Anais da XVI Semana Universitária da UECE, 2011

8)

Autores: Sabry, Sabrina D., Carioca, A.A.F., SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Santos, P. M., Sales, N.B., Lima, L. M., Pereira, I.B.

Título: GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA VERSÃO BOLSO: AS “PALAVRAS DIFÍCEIS” NA ÓTICA DOS USUÁRIOS DO SUS

Evento: VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011, São Paulo

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Anais do VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011

9)

Autores: Lima, L. M., Sabry, Maria Olganê Dantas, Coelho, M. A. M., Sales, N.B., Passamai, M. P. B., Santos, P. M., SAMPAIO, H. A. C.

Título: GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA, VERSÃO BOLSO: COMPREENSÃO DE SUA PROPOSTA POR USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Evento: XVI Semana Universitária da UECE, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Local

Publicação: Anais da XVI Semana Universitária da UECE, 2011

10)

Autores: Sales, N.B., Carioca, A.A.F., Sabry, Maria Olganê Dantas, Passamai, Maria da Penha Baião, SAMPAIO, H. A. C.

Título: LETRAMENTO EM NUTRIÇÃO E RÓTULOS ALIMENTÍCIOS: AVALIANDO O ENTENDIMENTO DA REDUÇÃO DE GORDURA SATURADA DIETÉTICA A PARTIR DA EXCLUSÃO DO CONSUMO DE SORVETE

Evento: XVI Semana Universitária da UECE, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Local

Publicação: Anais da XVI Semana Universitária da UECE, 2011

11)

Autores: Cabral, L. A., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: LETRAMENTO EM NUTRIÇÃO: UM ASSUNTO CARENTE DE EVIDÊNCIAS

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.253 - 253

12)

Autores: Cabral, L. A., SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Passamai, Maria da Penha Baião

Título: LETRAMENTO EM SAÚDE/NUTRIÇÃO E DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL: COMO ESTES TEMAS VÊM SENDO ENFOCADOS NA LITERATURA CIENTÍFICA

Evento: XVI Semana Universitária da UECE, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Local

Publicação: Anais da XVI Semana Universitária da UECE, 2011

13)

Autores: Zanella, C. P., SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Carioca, A.A.F., Silva, D.M.A.

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL E ESCOLARIDADE: APLICABILIDADE DO NUTRITIONAL LITERACY SCALE EM USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Evento: VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011, São Paulo

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Anais do VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011

14)

Autores: Santos, P. M., Sales, N.B., Rocha, D.C., Passamai, Maria da Penha Baião, Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL EM NUTRIÇÃO EM USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE AFERIDO SEGUNDO A TÉCNICA DE CLOZE

Evento: XIX Congresso Brasileiro de Nutrição Parenteral e Enteral, 2011, Curitiba

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Programa Oficial. São Paulo: SBNPE, 2011. p.105 - 105

15)

Autores: Santos, P. M., Pereira, I.B., Parente, N.A., Canabrava, N. V., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Evento: XIX Congresso Brasileiro de Nutrição Parenteral e Enteral, 2011, Curitiba

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Brasileira de Nutrição Clínica, v.26. p.22 – 22, 2011

16)

Autores: Rego, Juliana Magalhães da Cunha, SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Sousa, F. A. N., Carioca, A.A.F., LIMA, L. M., Santos, P. M., Parente, N.A., Rocha, D.C.

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE USUÁRIOS DO SUS: EXISTE RELAÇÃO COM A DOENÇA PRESENTE?

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.217 - 217

17)

Autores: Passamai, Maria da Penha Baião, Rocha, D.C., SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas, Santos, P. M., Sales, N.B.

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE USUÁRIOS DO SUS: UMA AVALIAÇÃO SEGUNDO A TÉCNICA DE CLOZE

Evento: VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011, São Paulo

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Anais do VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011

18)

Autores: Pinheiro, L. A., Santos, P. M., Lima, L. M., Sales, N.B., Canabrava, N. V., Sousa, F. A. N., Pereira, I.B., Carioca, A.A.F., Parente, N.A., Coelho, M. A. M., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: EXISTE DIFERENÇA ENTRE HOMENS E MULHERES?

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.224 - 224

19)

Autores: Santos, P. M., Carioca, A.A.F., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE VERSUS CONTROLE GLICÊMICO DE PACIENTES DIABÉTICOS: RESULTADOS PRELIMINARES

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.313 - 313

20)

Autores: SILVA, D.M.A., Carioca, A.A.F., SABRY, Maria Olganê Dantas, PASSAMAI, M. P. B., COELHO, M. A. M., SAMPAIO, H. A. C.

Título: LETRAMENTO NUTRICIONAL ADEQUADO EM HOMENS ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): BOA ESCOLARIDADE OU INSTRUMENTO INADEQUADO?

Evento: XVI Semana Universitária da UECE, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Local

Publicação: Anais da XVI Semana Universitária da UECE, 2011.

21)

Autores: Silva, D.M.A., Sabry, Maria Olganê Dantas, Canabrava, N. V., SAMPAIO, H. A. C., Passamai, Maria da Penha Baião, Sousa, F. A. N.

Título: LETRAMENTO NUTRICIONAL DE MULHERES ATENDIDAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.307 - 307

22)

Autores: Passamai, Maria da Penha Baião, Praxedes, C. O., SAMPAIO, H. A. C., Sabry, Maria Olganê Dantas

Título: MEDIDA DO LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ.

Evento: VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011, São Paulo

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Anais do VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2011

23)

Autores: Sales, N.B., Carioca, A.A.F., Santos, P. M., Parente, N.A., Rocha, D.C., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: NEWEST VITAL SIGN: EXISTE CORRELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE REALIZAÇÃO COM O ACERTO DE QUESTÕES?

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.306 - 306

24)

Autores: Sales, N.B., Carioca, A.A.F., Santos, P. M., Rocha, D.C., Sabry, M.

O. D., Passamai, Maria da Penha Baião, SAMPAIO, H. A. C.

Título: O LETRAMENTO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO É INFLUENCIADO PELO HÁBITO DE LEITURA

Evento: Mega Evento Nutrição 2011, 2011, São Paulo

Tipo de evento: Internacional

Publicação: Anais do Mega Evento Nutrição 2011, 2011. v.4. p.72 - 73

25)

Autores: Santos, P. M., Pereira, I.B., LIMA, L. M., Sales, N.B., Parente, N.A., Canabrava, N. V., Sousa, F. A. N., Carioca, A.A.F., Passamai, Maria da Penha Baião, Coelho, M. A. M., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: PERFIL DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE EM PACIENTES ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.312 - 312

26)

Autores: Rocha, D.C., SAMPAIO, H. A. C., Canabrava, N. V., Parente, N.A., Santos, P. M.

Título: PREVALÊNCIA DE ANALFABETISMO FUNCIONAL EM SAÚDE EM PACIENTES ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE VERSUS FAIXA ETÁRIA

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.307 - 307

27)

Autores: Santos, P. M., Pereira, I.B., LIMA, L. M., Sales, N.B., Parente, N.A., Canabrava, N. V., Sousa, F. A. N., Carioca, A.A.F., Passamai, Maria da Penha Baião, Coelho, M. A. M., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: RELAÇÃO ENTRE ANOS DE ESTUDO E LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE EM PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza.

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Anais do 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011

28)

Autores: Sales, N.B., Carioca, A.A.F., Santos, P. M., Parente, N.A., Rocha, D.C., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: RESULTADOS PRELIMINARES DA APLICAÇÃO DO NEWEST VITAL SIGN EM PACIENTES ATENDIDAS PELO SUS PARA PREVENÇÃO OU TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Evento: 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011, Fortaleza

Tipo de evento: Nacional

Publicação: Revista Nutrire - 11o Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição - SBAN, 2011. v.36. p.306 - 306

29)

Autores: Passamai, Maria da Penha Baião, Coelho, M. A. M., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: CÍRCULOS DE DIÁLOGOS: PROPOSTA DE UMA NOVA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COM USUÁRIOS DO SUS

Evento: XV Semana Universitária da UECE, 2010, Fortaleza

Tipo de evento: Local

Publicação: Anais da XV Semana Universitária da UECE, 2010

30)

Autores: Cabral, L. A., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C., Chayb, A.P.V., T.H.P.Ellery, Passamai, Maria da Penha Baião, Coelho, M. A. M., Soares, Nádia Tavares

Título: LETRAMENTO EM NUTRIÇÃO: DIFERENÇA ENTRE DOIS TIPOS DE GRUPO POPULACIONAL

Evento: IX Congresso Norte-Nordeste de Nutrição Parenteral e Enteral, 2010, Salvador

Tipo de evento: Regional

Publicação: Anais do IX Congresso Norte-Nordeste de Nutrição Parenteral e Enteral, 2010. p.55 - 55

31)

Autores: Cabral, L. A., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C., Chayb, A.P.V., T.H.P.Ellery, Passamai, Maria da Penha Baião, Coelho, M. A. M., Soares, Nádia Tavares

Título: LETRAMENTO EM NUTRIÇÃO: SUBSÍDIOS PARA AÇÕES DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM DOENÇAS CRÔNICAS

Evento: IX Congresso Norte-Nordeste de Nutrição Parenteral e Enteral, 2010, Salvador

Tipo de evento: Regional

Publicação: Anais do IX Congresso Norte-Nordeste de Nutrição Parenteral e Enteral, 2010. p.56 - 56

32)

Autores: Silva, D.M.A., Sousa, F. A. N., Carioca, A.A.F., Sabry, Maria Olganê Dantas, SAMPAIO, H. A. C.

Título: TESTE DE ALFABETIZAÇÃO FUNCIONAL DE SAÚDE EM ADULTOS – TOFHLA

Evento: XV Semana Universitária da UECE, 2010, Fortaleza

Tipo de evento: Local

Publicação: Anais da XV Semana Universitária da UECE, 2010

8) Curso de Curta Duração Ministrado

Título do Curso: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E NUTRIÇÃO COMO INDICADOR NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES EDUCATIVAS

Responsáveis: SAMPAIO, H. A. C., Passamai, Maria da Penha Baião, Cabral, L. A., Pereira, I.B.

Carga horária: 15 horas/aula

Evento e local: XVI Semana Universitária da UECE, 2011, Fortaleza, 2011.

O APÊNDICE I traz a estrutura do Curso e o resumo das aulas ministradas.

9) Alunos de Doutorado (em andamento)

1)

Christiane Pineda Zanella. VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ALFABETIZAÇÃO NUTRICIONAL. 2011. Tese (Saúde Coletiva - Uece - Ufc) - Universidade Estadual do Ceará

2)

Maria Auristela Magalhães Coelho. AVALIANDO O ENTENDIMENTO DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA: SUBSÍDIOS PARA UMA EDUCAÇÃO NUTRICIONAL APOIADA NOS PRESSUPOSTOS DO LETRAMENTO NUTRICIONAL. 2009. Tese (Saúde Coletiva - UECE – UFC-UNIFOR) - Universidade Estadual do Ceará

3)

Maria da Penha Baião Passamai. MEDIDA DO LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE ADULTOS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM CAMINHO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. 2009. Tese (Saúde Coletiva - UECE – UFC- UNIFOR) - Universidade Estadual do Ceará

10) Alunos com Dissertações de Mestrado concluídas, com bolsa de mestrado CNPq:

1)

Lisidna Almeida Cabral. ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO- INFECIOSAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. 2011. Dissertação (Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará

A dissertação acima constitui uma produção extremamente importante para o presente estudo, pois por se tratar de revisão sistemática sobre o tema da alfabetização em saúde e nutrição foi possível construir um banco de dados contendo 613 referências, a maioria com respectivos resumos, quando disponíveis, aqui adicionadas como APÊNDICE J, que compõe o volume 2 do presente relatório.

2)

Ana Paola Victor Chaib. SEGURANÇA ALIMENTAR, GLOBALIZAÇÃO E MODISMOS ALIMENTARES: O CONSUMO DE SUSHI E FAST FOODS E SUA INTERFACE COM O DESENCADEAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS. 2010. Dissertação (Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará

11) Aluno com Monografia de Curso de Especialização em Nutrição Clínica concluída

1)

Lisidna Almeida Cabral. ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO PARA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.. 2010. Monografia (Nutrição Clínica) - Universidade Estadual do Ceará.

12) Alunos com Monografias de Curso de Graduação concluídas

1)

Débora Maria de Almeida Silva. ALFABETIZAÇÃO NUTRICIONAL E CONHECIMENTO SOBRE SEGURANÇA ALIMENTAR: COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS POPULACIONAIS CEARENSES. 2011. Curso (Nutrição) - Universidade Estadual do Ceará

2)

Nara Beserra Sales. LETRAMENTO EM SAÚDE DE PACIENTES ATENDIDOS

PELO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO NEWEST VITAL SIGN. 2011. Curso (Nutrição) - Universidade Estadual do Ceará

13) Alunos bolsistas de Iniciação científica (concluídas ou em andamento)

1)

Thais Helena P. Ellery. 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. 2009. Nutrição - Universidade Estadual do Ceará

2)

Nara de Andrade Parente. 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. 2010. Nutrição - Universidade Estadual do Ceará

3)

Débora Maria de Almeida Silva. 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. 2010. Nutrição - Universidade Estadual do Ceará

4)

Fernando Átila Nascimento de Sousa. 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. 2010. Nutrição - Universidade Estadual do Ceará

5)

Patrícia Mariano dos Santos. 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. 2010. Nutrição - Universidade Estadual do Ceará

6)

Nara Beserra Sales. 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. 2010. Nutrição - Universidade Estadual do Ceará

7)

Antônio Augusto Ferreira Carioca. 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. 2011. Nutrição - Universidade Estadual do Ceará

8)

Isabella Barbosa Pereira. 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. 2010. Nutrição - Universidade Estadual do Ceará

14) Alunos Bolsistas BTT (concessão FUNCAP para este projeto)

1. Juliana Magalhães Da Cunha Rêgo
2. Daianne Cristina Rocha
3. Isabella Barbosa Pereira
4. Luiza Mouta de Lima
5. Patrícia Mariano dos Santos
6. Renata Melo Sampaio

REFERENCIAS

ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 2009/2010. ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes 2012. **Diabetes Care**, v. 35, suppl 1, p. S11-S63, 2012.

ADAMS, R.J. *et al.* Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. **Med J Aust**, v.191, n.10, p. 530–34, 2009.

AZJEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior**. Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1980.

BAKER, D. The meaning and the measure of health literacy. **Journal of General Internal Medicine**, n. 21, p. 878–883. 2006.

BAKER, D. W. *et al.* The association between age and health literacy among elderly persons. **Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 55, n. 6, p. S368-S374, 2000.

BARBER, M. N. *et al.* Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. **Health Promotion International**, v. 24, n. 3, p. 252-261, 2009.

BARBOSA, A. O.; COSTA, E. A.. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 3, p. 3361-3370, 2010.

BARRETO, S. M. *et al.* Quantifying the risk of coronary artery disease in a community: the Bambuí project. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 6, p. 556-561, 2003.

BARRETO, S. M. *et al.* Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde. In: Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde. Brasília**, v. 14, n. 1, p. 549-555, 2005

BARROS, T. L. **O programa das 10 semanas – uma proposta para trocar gordura por músculos e saúde**, Barueri: Ed. Manole, 2002.

BELIK, W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 1, p.12-20, jan./jun. 2003.

BIANCONI, M. L.; CARUSO, F. Educação não-formal. **Cienc. Cult.**, v. 57, n. 4, 2005. Disponível em:<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252005000400013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 25/02/2009.

BIZZO, M. L.; LEDER, L. Educação Nutricional nos Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental.. **Rev Nutr**, v. 18, n. 5, p. 661-667, 2005.

BOOG, M. C. F. Contribuições da Educação Nutricional à Construção da Segurança Alimentar. **Saúde em Revista**, v. 6, n.13. p. 17-23, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html> Acesso em: 20/08/2006.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: ciências naturais. Brasília: MEC/ Secretaria de Educação Fundamental, 1998.

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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a População Brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica nº. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica nº. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica nº. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Alimentar** - Como ter uma alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Olhar Brasil**: triagem de acuidade visual: manual de orientação. Ministério da saúde/Ministério da educação. Brasília: Ministério da saúde, 2008. 24 p.

BYERS, T. *et al.* ACS 2001 NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINE ADVISORY COMMITTEE. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention, reducing the risk of cancer with health food choices and physical activity. **CA Cancer J Clin.**, v.52, p.92-119, 2002.

CARVALHO, A.; CARVALHO, G. S. **Educação para a Saúde** : conceitos, práticas e necessidade de formação. Lisboa : Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.

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.

CERVATO A. M. *et al.* Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Rev Nutr*, v. 18, n. 1, p. 41-52, 2005.

COELHO, M. A. S. C.; KAC, G.; VELÁSQUEZ, G. Fatores associados à obesidade abdominal em mulheres em idade reprodutiva. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 30-37, 2001.

DAVIS, T. *et al.* Rapid assessment of literacy levels in adult primary care patients. *Family Medicine*, v. 23, 433–435. 1991.

DIAMOND, J. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutr J.*, v. 6, p. 1-4, 2007.

DICIONÁRIO INFORMAL. Significado de guloseima. Disponível em <http://www.dicionarioinformal.com.br/buscar.php?palavra=guloseima>. Acessado em 07/02/2011.

DIERKES, M.; VON GROTE, C. (eds). **Between Understanding and Trust: The Public, Science and Technology**. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000.

DONELLE, L.; AROCHA, J. F.; HOFFMAN-GOETZ, L. Health literacy and numeracy: Key factors in cancer risk comprehension. *Chronic Diseases in Canada*, v. 29, n. 1, p. 1-8, 2008.

DUPAS, G.. O mito do progresso. *Novos Estudos*, São Paulo, v. 77, p. 73-89, mar. 2007.

DURANT, J. *et al.* Public understanding of science in Britain: the role of medicine in the popular representation of science. *Public Understanding of Science*, v.1, p.161–182. 1992.

EVERSONS, A. *et al.* Weight gain and the risk of developing insulin resistance syndrome. *Care*, v. 21, p. 637-1643. 1998.

FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Publ*, v. 23. n. 7, p. 1674-1681, 2007.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, supl. 2, p. 2115-2122, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GALLI, N. **Foundations and Principles of Health Education**. Wiley, New York, 1978.

GARBERS, S.; CHIASSON, M. A. Inadequate Functional Health Literacy in Spanish as a Barrier to Cervical Cancer Screening Among Immigrant Latinas in New York City. **Prev Chronic Dis**, v. 1, n. 4, p. 1-10, 2004.

GASPAR, A.. *Museus e Centros de Ciências: conceituação e proposta de um referencial teórico.* Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Educação, 1993.118 p. (área de Didática).

GAZMARARIAN, J. A. *et al.* Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: A focus on health literacy. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 12, p. 1215-1221, 2006.

HAIDT, R. C.C. **Curso de Didática Geral**. São Paulo: Ática, 2001.

HANCHATE, A. D. *et al.* The Demographic Assessment for Health Literacy (DAHL): A new tool for estimating associations between health literacy and outcomes in national surveys. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 10, p. 1561-1566, 2008.

HEYWARD, V. H., **Avaliação Física e Prescrição de Exercício Técnicas avançadas**, Porto Alegre: Artmed, 2004.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: tabela de medidas referidas para os alimentos consumidos no Brasil**. IBGE: Rio de Janeiro. 2011b.

IBGE. Indicadores IBGE. **Pesquisa Mensal de Emprego**. IBGE: Brasília, 2011a.

JENKINS, E. W. Scientific literacy and school science education. **School Science Review**, v.71, n. 256, p. 43–51. 1990.

JENKINS, E. W. Scientific literacy. In Husen, T.; Postlethwaite, T. N. (Eds.), **The international encyclopedia of education**. 2 ed. Oxford, UK: Pergamon Press, 1994.

JEPPESEN, K. M.; COYLE, J. D.; MISER, W. F. Screening Questions to Predict Limited Health Literacy: A Cross-Sectional Study of Patients With Diabetes Mellitus. **Annals of Family Medicine**, v. 7, n. 1, p. 24-31, 2009.

JOINT NATIONAL COMMITTEE. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**, 2003. Bethesda : National Heart, Lung, and Blood Institute, NIH Publication No. 04-5230, 2004.

JOINT WHO/FAO. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Report of the Joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: World Health Organization, 2003.

KICKBUSCH, I. S. **Health literacy**: addressing the health and education divide. Health promotin International. Oxford University Press, v. 16, n.3, 2001.

LAUGKSCH, R. C Scientific Literacy: A Conceptual Overview. John Wiley & Sons, Inc. 2000.

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.

LEVINTHAL, B. R. *et al.* Cognition and health literacy in patients with hypertension. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 8, p. 1172-1176, 2008. I

LIKERT, R. A Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**, v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932.

LORENZETTI, L.; DEMÉTRIO, D. Alfabetização Científica no Contexto das Séries Iniciais, **Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 3 , n.1, p. 1-17, 2001.

LORENZO, C. *et al.* The Metabolic Syndrome as predictor of type 2: the San Antonio heart study. **Care**, n. 26, p. 3153- 3159. 2003.

MACLNNIS, R. J. *et al.* Body size and composition and prostate cancer risk. **Cancer Epidemiol Biomarkers & Prev**, v.12, n.2, p.1417-21, dez., 2003.

MANÇO, A. M.; COSTA F. N. A. Educação Nutricional: caminhos possíveis. **Alim Nutr**, v. 15, n. 2, p. 145-153, 2004.

MARIGA, J. T. Educação e Meio Ambiente. **Ciências Sociais em Perspectiva**, v. 5, n. 8, p. 139-145. 2006.

MARTINEZ, S. Consumer Literacy and the Readability of Health Education Materials. **Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse Populations**, v. 18, p. 20-26, 2011.

MARTINS, L. C. A relação museu/escola: teoria e prática educacionais nas visitas escolares ao Museu de Zoologia da USP. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Educação, 2006. 245 p.

MARTINS, S.; FILGUEIRAS, L. Métodos de Avaliação de Apreensibilidade das Informações Textuais: uma Aplicação em Sítios de Governo Eletrônico. El Congreso Latinoamericano de la Interacción Humano-Computadora (CLIHC). Workshop on Perspectives, Challenges and Opportunities for Human-Computer Interaction in Latin America. 2007, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.clihc.org/2007/papers/MetodosAvilacao_ID25_longpaper.pdf. Acessado em 7/01/2012.

McARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fisiologia do Exercício**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

McCALL, C. H. **AN EMPIRICAL EXAMINATION OF THE LIKERT SCALE: SOME ASSUMPTIONS, DEVELOPMENT, AND CAUTIONS**. 80th Annual CERA Conference LAKE TAHOE NOTES/DESKTOP.DOC, 2001. 11p.

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

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.20, Supl 3, p. S698-709. 2004.

MONTEIRO, C. A. *et al.* The nutrition transition in Brazil. **Eur J Clin Nutr**, v. 49, p. 105-113, 1995.

MORRIS, N.S.; MACLEAN, C.D.; LITTENBERG, B. Literacy and health outcomes: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes. **BMC Fam Pract**, v. 7, p. 49, 2006.

NAASO/NHLBI. **The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults**. NIH Publication, n. 00-4084, 2000, 80p.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP). **Guidelines on the Detection, Evaluation and Treatment of Elevated Cholesterol in Adults: Adult Treatment Panel III (ATP III)**, 2001. NIH Publication No. 02-5215, 2002.

NEGRÃO, C. E.; BARRETO, A. C. P. **Cardiologia do Exercício do atleta ao cardiopata**; 2ª edição, Barueri SP: Manole, 2006.

NURSS, J. R. *et al.* **TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults**. Emory University: Peppercorn Books & Press Inc, 1995.

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

OH, S. W.; YOON, Y. S.; SHIN, S. A. Effects of excess weight on cancer incidences depending on cancer sites and histologic findings among men: Korea National Health Insurance Corporation Study. **J Clin Oncol**, v.23, n.21, p.4742-54, jul., 2005.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Prevenindo e Controlando a Epidemia Global**. São Paulo: Roca, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Metas da Saúde para Todos**. Lisboa: Artes Gráficas, 1985.

OSBORNE, H. **Health Literacy from A to Z: Practical ways to communicate your health message**. 2nd. ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2012-2013. 256p.

OZDEMIR, H. *et al.* Health literacy among adults: a study from Turkey. **Health Educ Res**, v. 25, n.3, p. 464–477, 2010.

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.

PACHECO, M. **Tabela de equivalentes, medidas caseiras e composição química dos alimentos**. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

PARKER, R. *et al.* The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' health literacy. **Journal of General Internal Medicine**, v.10, p. 537–541. 1995.

PATEL, P.J. *et al.* Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African-American patients. **Patient Educ Couns**, v. 85, n. 3, p. 505–7, 2011.

PELLA, M. O., O'HEARN, G. T.; GALE, C. G. Referents to scientific literacy. **Journal of Research in Science Teaching**, v. 4, p. 199–208. 1966.

PFIZER INC. The Newest Vital Sign: A New Health Literacy Assessment Tool for Health Care Providers. Disponível em <http://www.pfizerhealthliteracy.com/physicians-providers/NewestVitalSign.aspx>. Acessado em 07/04/2011

PINHEIRO, A. B. V. *et al.* **Tabela para Avaliação de Consumo Alimentar em Medidas Caseiras**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

PISA. **Programa Internacional de Avaliação de Estudantes – Relatório Nacional Brasília**, dez, 2001. Disponível em <http://www.pisa.oecd.org/NatReports/PISA2000/Brazilnatrep.pdf>. Acessado em 01/02/2009.

PLEASANT, A.; KURUVILLA, S. A Tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. **Health Promotion International**, v. 23, n.2, p. 152-153, 2008.

PLEASANT, A; MCKINNEY, J; RIKARD, R. V. Health Literacy Measurement: A Proposed Research Agenda, **Journal of Health Communication**, 16: sup 3, p. 11 – 21, 2011.

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

ROGERS, E. M. *et al.* Health literacy: a nonissue in the 2000 presidential election. **American Behavioral Scientist**, v. 44, p. 2172–2195. 2001.

- ROTHMAN, R. L. *et al.* Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. **Am J Prev Med**, v. 31, n. 5, p. 391–8, 2006.
- 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.
- SANTOS, C. E. E. **Avaliação Funcional**, Rio de Janeiro, Editora Sprint, 2003.
- SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev Nutr**, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005.
- SABA, F. **Mexa-se - Atividade física, saúde e bem estar**. São Paulo: Editora Takano, 2003.
- SCHILLINGER, D. *et al.* Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. **JAMA**, v. 288, n. 4, p. 475-482, 2002.
- SCHMIDT, M.I., DUNCAN, B.B. Diabesity: an inflammatory metabolic condition. **Clinical Chemistry Laboratory Medicine**, v. 41, p. 120-1130. 2003.
- SENGE, P. M. **A Quinta Disciplina: arte e prática da organização que aprende**. 11 ed. São Paulo: Nova Cultural, 2002.
- SHAH, L.C. *et al.* Health literacy instrument in family medicine: the “Newest Vital Sign” ease of use and correlates. **J Am Board Fam Med**, v. 23, n. 2, p. 195–203, 2010.
- SHEN, B. S. P. Science Literacy. **American Scientist**, v. 63, p. 265-268, 1975.
- SILIPRANDI, E. Políticas de segurança alimentar e relações de gênero. São Paulo, Brasil: **SOF**, 2004. Disponível em: <<http://www.alasru.org>>. Acesso em: 10 agosto 2008.
- SILVA, D. M. A. **Alfabetização nutricional e conhecimento sobre segurança alimentar: comparação entre grupos populacionais cearenses**, 2011. [Monografia de Conclusão de Curso de Graduação – Nutrição], Universidade Estadual do Ceará.
- SILVA, S. M. C. S; MURA, J. D. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia**. 2ª Ed. São Paulo: Roca, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 84, n. 1, p. 1-27, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, supl. 1, p. 1-19, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** v. 95, supl.1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Sociedade Brasileira de Diabetes** 2009. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf. Acesso em: 09 mar, 2012.

ST LEGER, L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. **Health Promotion International**, v. 16, p. 197–205, 2001.

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.

WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, Nutrition, Physical Activity, and The Prevention of Cancer: a global perspective**. Washington, DC: American Institute for Cancer Research (AICR), 2007.

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. **Advancing Health Literacy: A Framework for Understanding and Action**. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

APÊNDICES

APÊNDICE A

Manual de treinamento para pesquisa de campo – TOFHLA

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados

APÊNDICE C

Palavras difíceis do Guia Alimentar – como ter uma alimentação saudável

APÊNDICE D

Guia alimentar - Uma proposta para modificação da publicação do Ministério da Saúde

Visualização das alterações efetuadas

APÊNDICE E

Guia alimentar – uma proposta para modificação da publicação do Ministério da Saúde

Cartilha entregue aos usuários do SUS

APÊNDICE F

Letramento funcional em saúde e nutrição

Publicação destinada aos profissionais de saúde que atuam no SUS

APÊNDICE G

Termo de comprometimento livre e esclarecido de participação na pesquisa

Entrevistas

APÊNDICE H

Termo de comprometimento livre e esclarecido de participação na pesquisa

Círculos de Diálogos

APÊNDICE I

Minicurso

Letramento funcional em saúde e nutrição como indicador no planejamento de ações educativas

Estrutura e conteúdo resumido

APÊNDICE J

Banco de dados da revisão sistemática realizada

Lista de publicações