



Universidade Nova de Lisboa • Escola Nacional de Saúde Pública

Avaliação, adequação e simplificação de informação de saúde

Doutoramento em Saúde Pública

Rosa Faria Pimentel

Julho 2018

Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública

Avaliação, adequação e simplificação de informação de saúde

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de doutora em promoção da saúde, realizada sob orientação científica de Prof^a. Doutora Isabel Loureiro e Prof. Doutor Luís da Graça Henriques

Julho, 2018

Avaliação, adequação e simplificação de informação de saúde, tese realizada por Rosa Faria Pimentel. A Universidade Nova de Lisboa tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradeço a: Joana Machado; Joana Graça; Noélia Arruda; Sofia Neto; Rita Leal; Sofia Melo; Gisele Câmara; Hugo Sousa; Sandra Fisher; Marta Cerqueira; Rute Borrego; Joana Sousa; Cristina Paiva; Margarida Barradas; Professores Pedro Aguiar; Teresa Lino; Luís Nunes; Mário Santos; Filomena Gamito; Cristina Henriques; Sílvia Coelho; Célia Filipe; Anabela Moreira; Conceição Gomes, Isabel Mendonça; Delfina Ribeiro; Rui Bernardino; ao centro de cópias Aquatro; ao centro de formação de adultos de Felgueiras e de Coimbra; ao centro de formação da indústria do calçado de Felgueiras; à Cruz Vermelha de Tavira; à AMI Porta Amiga das Olaias; ao centro de formação profissional MODATEX de Lisboa; à Escola Secundária Manuel da Fonseca; à Unidade de Saúde Pública de Santiago de Cacém; à Associação de Bombeiros Voluntários da Lourinhã; à União das freguesias de Lourinhã e Atalaia; à Câmara Municipal da Lourinhã; aos centros de apoio à vítima de Tavira e de Olhão.

À Fundação Calouste Gulbenkian, à Direção Geral da Saúde e à Merck Sharp & Dohme, um agradecimento pelo financiamento e viabilização do presente estudo.

Aos professores Doutores Isabel Loureiro e Luís da Graça Henriques, um agradecimento especial pela orientação da tese. À minha família, um enorme obrigado pelo apoio. Ao Mark, ainda devo uma dança de *fortnite*.

Resumo

A presente tese reúne dois estudos sobre informação de saúde no âmbito da alimentação, exercício físico, e obesidade. O primeiro é observacional, transversal, e possui os objetivos de avaliar a adequação de informação produzida por entidades afetas ao Ministério da Saúde, através do teste SAM, e testar procedimentos de simplificação de linguagem (*plain language*), através de um inquérito. O segundo constitui um estudo de caso e destina-se a analisar a produção, por parte de uma equipa de profissionais de saúde, de um glossário em linguagem simplificada, e a produzir diretrizes para a construção desta linguagem. Concluiu-se que metade dos folhetos avaliados é inadequada. Entre as inadequações detetadas destacaram-se: a inexistência, no início do folheto, de uma explicação clara sobre a finalidade da informação; o uso de letra com má *legibilidade*; a utilização de vocabulário difícil, como o jargão técnico; o estilo de escrita complicado; a omissão da voz ativa e; a falta de resumos. Relativamente ao inquérito a uma amostra de 239 indivíduos, os resultados confirmaram que as inadequações detetadas contribuem negativamente para a compreensão da informação, e que os procedimentos de simplificação de linguagem testados aumentaram a sua adequação. A linguagem simplificada testada foi preferida pela grande maioria dos inquiridos, no que se refere a todas as dimensões da informação. Na produção do glossário, os profissionais de saúde demonstraram grande dificuldade em adotar as regras da linguagem simplificada, nomeadamente em: utilizar frases curtas com estruturas gramaticais simples; não nominalizar os verbos; não recorrer à adjetivação múltipla; usar palavras vulgares e abolir o jargão técnico. Os resultados indicam que a linguagem simplificada poderá constituir um recurso válido para, no presente contexto de falência de estratégias de comunicação na área da saúde, promover uma maior adequação da informação de saúde. No sentido de ultrapassar as dificuldades na produção da linguagem simplificada, pensa-se que os futuros estudos deveriam recorrer a metodologias participadas, uma vez que estas permitem conhecer mais diretamente as necessidades e preferências das populações alvo.

Palavras chave: Literacia em saúde, informação escrita sobre saúde, adequação de materiais de saúde, linguagem simplificada, obesidade.

Abstract

The current thesis embraces two studies about health information concerning nutrition, physical activity, and obesity. The first study is an observational transversal research aimed to assess the *suitability* of health information leaflets, produced by the Portuguese Ministry of Health, through test SAM, and to test *plain language* procedures, through a survey. The second study is a case study designed to analyze the production of a *plain language* glossary, by a team of health professional's, and to develop *plain language* guidelines. The evaluation concluded that half of the assessed information is unsuitable. Between the main inadequacies are: the lack in stating the purpose clearly, in the beginning of the leaflets; employing small and low contrast letters; using difficult vocabulary, as jargon; using complex writing style; misuse of active voice; and absence of resumes. The survey, with a sample of 239 individuals, confirmed that the identified inadequacies contributed negatively for the comprehensibility of the information, while the tested plain language procedures improved his adequacy. The plain language information tested was preferred by the great majority of the interviewed, respecting all information dimensions. Regarding the plain language glossary production, the health professionals showed great difficulty with plain language guidelines as: constructing short phrases with simple grammatical structures; avoiding verb nominalization, multiple adjectives and jargon; and favoring the use of common words. Results show that in the current failure of health communication approaches, plain language may be a valid strategy to increase suitability of health information. In order to overcome difficulties producing plain language, future studies should include participative methodologies, since these can show audience's needs and preferences more directly.

Key words: Health literacy, written health information, suitability assessment of materials, plain language, obesity.

Índice

Lista de abreviaturas.....	XV
Índice de quadros.....	XVII
Índice de figuras.....	XXI
Índice de anexos.....	XVII
Parte I.....	1
Capítulo I	1
Fundamentação teórica.....	1
1-Introdução	1
2- Literacia em saúde.....	14
2.1- Evolução do conceito.....	14
2.2- Instrumentos de literacia em saúde.....	25
3- Promoção da saúde.....	35
3.1- Promoção da saúde história e significados.....	35
3.2-O conceito de <i>empowerment</i>	42
3.3-Promoção da saúde e modelos teóricos.....	46
4- O <i>Plain language</i>	49
4.1- O movimento <i>plain language</i>	49
4.2- O plain language como paradigma de comunicação.....	54
Parte II.....	59
5- Avaliação, adequação e simplificação de informação de saúde.....	59
Capítulo II.....	61
6.1- Finalidade.....	61
6.2- Objetivos.....	61
6.3-Questões.....	62
Capítulo III.....	65

7-Primeiro estudo: Avaliação e adequação de informação de saúde.....	65
7.1-Finalidade.....	65
7.2-Objetivos.....	65
7.3-Questões.....	67
8- Método.....	68
8.1-Tipo e desenho do estudo.....	68
8.2-Amostra.....	68
8.3-Instrumentos.....	70
8.4-Recolha de dados.....	72
8.5-Análise dos resultados.....	73
9-Resultados.....	74
9.1.1-Resultados da primeira fase.....	74
9.1.2- Relatório de avaliação da informação.....	87
9.2- Resultados da segunda fase.....	167
10-Discussão.....	171
Capítulo IV.....	177
11-Segundo estudo: simplificação de linguagem sobre saúde: directrizes e desafio...	177
11.1-Finalidade.....	177
11.2-Objetivos.....	177
11.3-Questões.....	178
12- Método.....	179
12.1-Tipo de estudo.....	179
12.2- Amostra.....	180
12.3-Instrumentos.....	181
12.4-Recolha de dados.....	181
12.5-Análise dos resultados.....	182

13- Procedimento.....	183
14-Resultados.....	188
15-Discussão.....	200
Capitulo V.....	205
15-Conclusões gerais.....	205
Referências Bibliográficas.....	209
Anexos.....	220

Lista de abreviaturas

AHRQ- *Agency for Healthcare Research and Quality*

AMA- *American Medical Association*

HLS-EU- *Health Literacy Survey Europe*

IALS- *International Adult Literacy Survey*

IMC- Índice de massa corporal

IMC- Índice de massa corporal

IOM- *Institute of Medicine*

JCNHES- Joint Committee on National Health Education Standards

OMS- Organização Mundial de Saúde

PISA- *Program for International Student Assessment*

Teste SAM- *Suitability Assessment of Materials (teste de adequação de materiais)*

TIC- Tecnologias de informação e comunicação

Índice de quadros

Quadro	Título	Capítulo	Página
3.1	Caraterização da amostra	III	69
4.1	Principais diretrizes da linguagem simplificada	IV	187
4.2	Correções realizadas pelos profissionais de saúde	IV	191
4.3	Regras da linguagem simplificada mais desrespeitadas	IV	196

Índice de figuras

Figura	Título	Cap.	Pág.
2.1	Esquema conceptual do estudo.....	II	63
3.1	Score de adequação dos folhetos.....	III	75
3.2	Média de adequação por categoria.....	III	78
3.3	Média de adequação por factores.....	III	80
3.4	Médias de adequação dos fatores escritos.....	III	81
3.5	Médias de adequação dos fatores gráficos.....	III	82
3.6	Fatores escritos mais comprometedores da compreensão da finalidade.....	III	84
3.7	Fatores gráficos mais comprometedores da compreensão da finalidade.....	III	85
4.1	Correções dos profissionais de saúde segundo o grupo.....	IV	194
4.2	Correções contrárias às regras da linguagem simplificada.....	IV	195
4.3	Correções dos profissionais de saúde segundo as categorias.....	IV	199

Índice de anexos

Anexos.....	220
1-Folhetos avaliados	221
1.1-Folheto 1.....	222
1.2-Folheto 2.....	223
1.3- Folheto 3.....	224
1.4-Folheto 4.....	225
1.5- Folheto 5.....	226
1.6- Folheto 6.....	227
1.7- Folheto 7.....	229
1.8- Folheto 8.....	231
2- Teste SAM.....	233
2.1- Folha de cotação do teste SAM.....	234
2.2- Versão resumida do teste SAM (TAISE).....	235
3- <i>Plain language checklist</i>	241
4-Resultados do teste SAM.....	243
4.1-Resultados do teste SAM- Segundo folheto, categorias e fatores.....	244
4.2-Scores de adequação segundo o grupo	245
4.3- Score de adequação segundo categoria- conteúdos escritos VS. gráficos.....	245
4.4-Score de adequação segundo fatores de informação.....	246
4.5-Distribuição dos fatores segundo intervalos de score adequação.....	246
5- Questionários.....	247
5.1- Questionário 1.....	248
5.2- Questionário 2.....	251
5.3- Questionário 3.....	253
5.4- Questionário 4.....	255

5.5- Questionário 5.....	257
5.6- Questionário 6.....	260
5.7- Questionário 7.....	261
5.8- Questionário 8.....	266
6-Operacionalização dos questionários.....	268
7-Resultados do inquérito.....	271
7.1-Resultados do Inquérito por questionário.....	272
7.2- Resultados das questões de compreensão.....	274
7.3- Resultados dos procedimentos de simplificação de linguagem.....	275
8- Resultados da produção do glossário.....	276
9- Materiais sobre linguagem simplificada.....	282
9.1- Materiais sobre linguagem simplificada.....	283
9.2- Conteúdo do folheto produzido.....	284
9.3--Regras da linguagem simplificada em saúde.....	285
9.4- Procedimentos de simplificação de linguagem.....	286
9.5- Linguagem simplificada e Layout.....	287

Parte I

Capítulo I

Fundamentação teórica

1-Introdução

O crescente envelhecimento da população e o aumento exponencial das doenças crônicas, que constituirão em 2020 73% do total de mortes a nível mundial (WHO, 2002), tornaram evidente a urgência em repensar as estratégias de intervenção relativas à saúde das populações e aos seus estilos de vida.

Assiste-se presentemente a uma crescente demanda dos cuidados de saúde, sob a eminência da insustentabilidade e disfuncionalidade de muitos serviços de saúde. Neste sentido urge dotar os cidadãos de capacidades e de estratégias que os habilitem a decidir e a agir, no sentido de promoverem e protegerem a sua saúde.

Face à falência das estratégias de saúde meramente curativas e preventivas, baseadas num modelo estritamente biomédico, e perante as ameaças e incertezas características de uma sociedade apelidada por Beck (2000) como “sociedade de risco”, tornou-se imperativo envolver a comunidade tanto na proteção e promoção da sua saúde, como na tomada de decisões cujo nível de “*uncertainty*” requer um debate na esfera pública (Ibidem, 2000).

Neste contexto, a Promoção da Saúde tem vindo a defender como seu eixo central o conceito de *empowerment*, definido como uma “(...) procura que os grupos e os indivíduos aumentem o controlo sobre os determinantes da sua saúde para, desta maneira, terem uma melhor saúde” (WHO, 1998, p.16).

Enquadrada nesta perspetiva comunitária de *empowerment*, a literacia em saúde tem vindo a adquirir, nos últimos anos, um papel crescente. A literacia em saúde “está relacionada com a literacia” (Sorensen et. al., 2012, p.3), e pode ser definida como constituindo o conjunto de competências emocionais “cognitivas e sociais que determinam

(...) a habilidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar a informação de modo a promover e manter a saúde”, (WHO, 1998, p.10) pessoal e comunitária.

Para Rima Rudd, (2000) o nível de literacia está diretamente relacionado com a literacia em saúde, porque determina a possibilidade do indivíduo aceder a informação fundamental sobre: i) os seus direitos como paciente; ii) as características dos serviços de saúde; iii) explicações sobre os autocuidados de saúde; iv) instruções sobre a medicação a seguir e; v) esclarecimentos sobre como prevenir a doença e como promover a saúde (Rudd et al., 2000).

Com efeito, vários estudos indicam que pacientes com capacidades de leitura reduzidas reportam uma pior autopercepção de saúde, aderem menos aos tratamentos, e erram mais nos autocuidados, como por exemplo na medicação. Estas pessoas tendem também a usar menos os serviços preventivos, a recorrer mais vezes aos serviços de urgência, e a incorrer em mais hospitalizações evitáveis (Berkman et al., 2004).

São também os indivíduos com menores capacidades de leitura os que incorrem em mais gastos de saúde. Este facto foi sublinhado pelo “*White Paper Americano intitulado Eradicating low health literacy: The first public health movement of the 21st century*”, (Pfizer, 2003) que revelou que os custos anuais de saúde de indivíduos com baixas competências de literacia são quatro vezes superiores aos custos incorridos por indivíduos com capacidades de literacia mais elevados.

Segundo Gomes, a literacia compreende a “capacidade de processamento, na vida diária (social, profissional e pessoal), de informação escrita de uso corrente, contida em materiais impressos vários (textos, documentos, gráficos)” (Gomes et al., 2002, p.1). O conceito abrange um conjunto de competências de leitura, de escrita e de cálculo, que se efetivam na vida quotidiana e que podem assumir diferentes graus de dificuldade.

Neste sentido, a literacia constitui a possibilidade de utilização eficaz da informação escrita, constituindo cada vez mais uma competência fundamental para a população adulta. Esta condiciona não apenas o acesso à informação e a aprendizagem ao longo da vida, como a própria reflexividade. Trata-se, segundo Habermas (1986) de uma “condição básica para a cidadania e para a participação na esfera pública, a base da democracia” (Lopes, 2011, p.3).

Tendo em conta que os níveis de literacia não equivalem diretamente a níveis de instrução, e uma vez que as exigências sociais dos países desenvolvidos são cada vez

mais complexas, facto que pode fazer aumentar a incidência de fenómenos de *analfabetismo funcional*” (Castells, 2002), onde os indivíduos são incapazes de lidar com a sociedade de informação atual surgiu a necessidade de avaliar as competências de literacia das populações.

O primeiro estudo de avaliação das competências de literacia das populações adultas teve lugar nos Estados Unidos da América, no início da década de 80, e concluiu que 30 milhões de cidadãos Americanos possuíam problemas de literacia. Este facto levou a *National Commission on Excellence in Education* a afirmar estar na presença de uma *“Nation at Risk”* (TNCEE, 1984).

A partir da década de 90 implementaram-se os inquéritos internacionais de literacia. São exemplos o *International Adult Literacy Survey (IALS)*, conduzido entre 1994 e 1998, e o *Adult Literacy and Life Skills Survey* decorrido entre 2003 e 2008.

Face aos resultados dos referidos estudos, em 2012 a Comissão Europeia emitiu um comunicado de imprensa alertando os estados-membros para a necessidade de reduzir a “crise de literacia” deste continente onde “...um em cada cinco jovens europeus de 15 anos, e quase um em cada cinco adultos, não adquiriram literacia necessária para participarem plenamente na sociedade moderna” (Comissão Europeia, 2012 p.1).

A participação de Portugal no Inquérito Internacional de Literacia para Adultos (IALS) teve lugar em 1998 (OCDE, 2000) e foi viabilizada pelo Estudo Nacional de Literacia, iniciado em 1994 sob a coordenação de Ana Benavente. O IALS concluiu que o perfil de literacia dos Portugueses era extremamente baixo e que cerca de 80% da população Portuguesa possuía competências de literacia abaixo do nível 3 (nível considerado mínimo para responder adequadamente às exigências sociais contemporâneas). Neste estudo, Portugal e o Chile obtiveram os piores resultados de literacia, entre os 22 países participantes.

Para Benavente, (1996) o baixo perfil de literacia dos Portugueses deve-se ao grande atraso do país no processo de escolarização, e tem como consequências uma menor competitividade do país e uma maior probabilidade dos seus cidadãos ficarem desempregados, receberem baixos salários, vivenciarem falta de oportunidades educativas, terem um envolvimento social pobre, experimentarem fraca participação na vida pública, e experimentarem estados de saúde mais débeis. (Benavente et al., 1996)

Neste contexto, que evidencia um histórico de insuficiente investimento nos níveis de literacia dos Portugueses, o Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação (DAPRI, 2009) sublinha a importância dos níveis de literacia das populações como determinante essencial do crescimento económico e do progresso social, e alerta para a necessidade de Portugal inverter o seu perfil de literacia, sob peso de estar a comprometer seriamente os seus objetivos económicos e sociais.

Segundo a referida entidade: “(...) Em 2000 o PIB *per capita* Português era de 16 034 dólares, um nível inferior, num total de 8 320, à média de 15 países seus homólogos na área da OCDE (...), a literacia é a chave para desbloquear esses benefícios” (DAPRI, 2009 p. 121).

Embora o nível de escolarização dos Portugueses tenha vindo a aumentar nas últimas décadas, sendo que entre 2009 e 2010 cerca de 50 000 estudantes com mais de 25 anos concluíram o ensino secundário (face a uma média de apenas 12 500 alunos nos anos anteriores) (OCDE, 2012), em 2010 Portugal ainda se situava entre os 3 países com menor taxa de educação secundária, no que respeita aos jovens com idades entre os 25 e os 34 anos. Sendo esta taxa de 52%, face a uma média de 82% entre os 26 países da OCDE (OCDE, 2010).

Portugal apresentava também, em 2010, a maior taxa de abandono escolar entre 26 países da organização (OCDE, 2010). Segundo os censos de 2011, o país sustentava ainda os níveis de escolarização mais baixos. No referido ano, 25% da população nacional tinha apenas a quarta classe, o ensino secundário era apanágio de 13%, apenas 12% tinham um curso superior completo, e 5,2% dos cidadãos não tinham qualquer formação (Moura, 2014).

Este atraso nos níveis de escolarização dos Portugueses é ainda visível em 2016, onde 50% da população possui 9 anos de escolaridade ou menos, face a uma média da OCDE de apenas 20%. Isto significa que enquanto nos restantes países da OCDE, cerca de 80% da população possui mais de 9 anos de escolaridade, em Portugal apenas 50% atinge essa meta. Neste sentido, na mesma data, 30% dos jovens Portugueses com idades entre os 25 e os 34 anos não tinham o 12º ano completo (OCDE, 2017).

Diretamente relacionados com os indicadores de literacia dos Portugueses estão, como advertido pelo Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação, os resultados económicos e sociais do país. Com efeito, em 2015 o país possuía uma taxa de

desemprego jovem de 32%, face a uma média da OCDE de 20,3% (Eurostat, 2016) e, 19% da sua população vivia abaixo do limiar de pobreza, definido como 60% do salário mínimo (€ 5268 em 2015). O País constitui ainda um dos países mais desiguais da União Europeia, sustentando o quarto *Coefficiente de Gini* (desigualdade na distribuição salarial) mais elevado entre esta organização (Simões et al., 2016).

Os baixos níveis de escolaridade dos Portugueses repercutem-se igualmente nos seus hábitos culturais. Segundo o Gabinete de Estatística da Comissão Europeia, em 2010 Portugal apresentava os mais poucos hábitos de leitura (no que se refere à leitura de livros) entre os 20 países Europeus estudados, e sustentava a menor taxa de domicílios com ligação à internet (entre 27 países) (Eurostat, 2011). Em 2009, Portugal era também o quarto país (entre 24) com pior desempenho em leitura, no estudo PISA (OCDE, 2012).

Tendo em conta a já referida relação entre os níveis de literacia e os resultados de saúde das populações, que conduz a que pacientes com baixa literacia possuam uma probabilidade entre 1,5 a 3 vezes superior de experienciar um determinado resultado negativo de saúde (DeWalt, 2004), surgiu a necessidade de mensurar os níveis de literacia em saúde das populações.

O primeiro inquérito de literacia a incluir questões relacionadas com a saúde teve lugar na América, em 2003, sob a denominação de *National Assessment of Adult Literacy* (Kutner et al., 2006). Na sequência deste estudo, o *Institute of Medicine* declarou que aproximadamente metade da população Americana adulta pode ter dificuldade em agir sobre a informação de saúde (IOM, 2004), e que a dimensão deste fenómeno tem consequências extremamente negativas, tanto para o bem-estar da referida população, como para o desenvolvimento social da nação.

No mesmo sentido a *Healthcare Research and Quality* (Berkman et al., 2004) afirmou que os adultos com menor literacia em saúde obtêm serviços e índices de saúde piores, e alertou para o facto da baixa literacia em saúde atingir dimensões verdadeiramente preocupantes, uma vez que nove em cada dez adultos poderiam não apresentar as capacidades necessárias para gerir a sua saúde e prevenir a doença.

Na Europa, o primeiro empreendimento com vista à mensuração dos níveis de literacia em saúde das populações foi levado a cabo entre 2009 e 2012, pelo *European Health Literacy Project* (HLS-EU), que inicialmente envolveu oito países Europeus: Áustria,

Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Holanda e Polónia. Segundo o estudo, 53% dos Europeus possuem um nível geral de literacia em saúde considerado inadequado ou problemático (HLS-EU, 2013 a)).

Face aos resultados do *European Health Literacy Survey*, a Organização Mundial de Saúde declarou estarmos perante uma crise da literacia em saúde (WHO, 2013), sendo urgente a adoção de medidas de combate à baixa literacia em saúde e à promoção de uma comunicação mais eficiente nesta área, tanto ao nível institucional, como a nível da interação com os profissionais de saúde, como ainda no que respeita aos materiais informativos.

Em Portugal, a aplicação do questionário HLS-EU, em 2015, permitiu constatar que cerca de metade da população apresenta níveis de literacia insatisfatórios (Espanha et al., 2015). Uma outra conclusão retirada do mesmo estudo foi a de que a níveis inferiores de literacia corresponde a autopercepção de um estado de saúde mais débil (Sorensen et al., 2012; Espanha et al., 2015; Loureiro e Miranda, 2016).

Para a O.M.S, os baixos níveis de literacia em saúde seguem o gradiente social e contribuem para o acentuar de iniquidades sociais (WHO, 2013), conseqüentemente o aumento da literacia em saúde das populações constitui um imperativo ético. Este objetivo poderá ser perseguido tanto através do incremento das competências de literacia dos utentes, como da abolição de barreiras estruturais à literacia em saúde.

Incluem-se nas abordagens que defendem uma perspetiva sistémica, com foco nos determinantes sociais, as intervenções com vista à facilitação da *navegação* nos sistemas de saúde, as estratégias para melhoria da comunicação estabelecida pelos profissionais de saúde, e a melhoria da acessibilidade e da adequação da informação sobre saúde.

Tendo em conta os seus objetivos principais, as intervenções no âmbito da literacia em saúde poderão então agrupar-se em três grupos centrais: 1) providenciar informação de saúde apropriada aos cidadãos, de modo a promover a aquisição de conhecimentos, habilidades e comportamentos saudáveis; 2) Incentivar o uso efetivo dos serviços de saúde, aumentando a afluência a serviços de prevenção e de promoção da saúde e; 3) abordar as iniquidades existentes tanto no acesso aos cuidados, como nos resultados de saúde, através da produção de materiais informativos específicos para grupos desfavorecidos, como são exemplo as populações de baixa literacia (Rudd, 2000).

O presente estudo enquadra-se no primeiro e terceiros grupos de intervenções citados, uma vez que pretende identificar as principais inadequações de materiais escritos sobre saúde e, visa estabelecer diretrizes para a produção de informação de saúde mais simples e eficaz, passível de ser facilmente entendida por pessoas de baixa escolaridade (*plain language*). O trabalho que se desenvolve relaciona-se ainda com o segundo grupo de intervenções, ao abordar as temáticas da alimentação saudável e do exercício físico, que constituem pilares da promoção da saúde.

Partindo da necessidade de adequar a informação escrita sobre saúde aos níveis de literacia das populações, têm vindo a ser desenvolvidos vários estudos sobre avaliação desta informação. A maioria destes estudos utiliza fórmulas de *lecturabilidade* (Almeida, 2014), que medem a complexidade dos textos, em anos de escolaridade, ou *checklists* para avaliação da informação. Na sua generalidade estes estudos apontam para a existência de uma grande discrepância entre as reais competências das audiências, e a complexidade da informação sobre saúde fornecida (sendo a última demasiado complexa).

A conclusão de que a informação sobre saúde exige níveis de literacia superiores às capacidades das populações foi ilustrada por mais de 1500 estudos, com revisão científica. Constatou-se que esta informação está por norma mal desenhada, possui uma escrita desadequada e é, na maior parte das vezes, dirigida a uma audiência com uma sofisticação muito superior à média (WHO, 2013).

Muitos dos estudos realizados focaram a disparidade entre as capacidades de leitura dos pacientes e o nível de literacia exigido por materiais educativos relativos a patologias específicas, como é o caso dos estudos com doentes com cancro (Cooley et al., 1995; Beaver, Lucker, 1997; Doak et. al., 1998), com pacientes diabéticos (Hosey et al., 1990); com pessoas com artrite (Hill; 1997); ou com doentes com Lúpus (Hearth-Holmes et al, 1997).

Entretanto o uso de fórmulas de *lecturabilidade* como instrumento de avaliação da complexidade dos textos foi criticado por autores como Mariner e McArdle (1985). Segundo os investigadores citados, estas fórmulas informam sobre a acessibilidade dos textos, mas não esclarecem sobre a compreensão que os pacientes têm deles (nomeadamente sobre a familiaridade dos leitores com os termos utilizados). Foi neste contexto que alguns

autores empreenderam esforços para avaliar a informação de saúde através de metodologias mais abrangentes.

Um exemplo dos trabalhos desenvolvidos foi levado a cabo por Cassileth e seus colegas (Cassileth et al., 1980), que estudaram a compreensão e evocação do conteúdo de consentimentos informados um dia após os pacientes terem assinado este documento. Os resultados indicaram que apenas 60% dos pacientes tinha compreendido o propósito do consentimento, e que apenas 55% entre estes conseguiam nomear um risco inerente ao procedimento a que se sujeitavam.

Após reflexões como as de Mariner e de Cassileth, surgiram estudos que analisaram a compreensão dos documentos de saúde de forma mais cuidada e que verificaram o mesmo desajuste entre as competências dos leitores e os textos sobre saúde, por norma demasiado complexos (Powers, 1998; Williams et al., 1996; Austin et al., 1995; Joly, Sanford, 1993, 1995; Logan et al., 1996).

Na procura de instrumentos passíveis de avaliar a informação sobre saúde de uma forma mais compreensiva do que as fórmulas de *lecturabilidade*, e sem a requisição dos recursos exigidos pelos estudos qualitativos, Doak e seus colegas (Doak et al., 1996) construíram um teste para avaliação da adequação de materiais sobre saúde, denominado por SAM (*Suitability Assessment of Materials*).

O SAM constitui um teste para avaliação de seis categorias da informação sobre saúde (conteúdo; nível de literacia; grafismos; *layout*; aprendizagem e adequação cultural) e foi validado pelos seus autores com 172 profissionais de saúde oriundos de várias culturas e, com estudantes de saúde pública da *North Carolina School of Public Health e da John Hopkins School of Medicine*, em 1994 (anexo 2).

O teste SAM deu origem a vários estudos, desenvolvidos principalmente nos Estados Unidos da América, tendo contribuído para uma maior compreensão das inadequações da informação de saúde deste continente. Na Europa contudo, o conhecimento sobre a adequação da informação de saúde escrita é ainda muito modesto, uma vez que os estudos sobre literacia em saúde são ainda escassos.

Sobre a referida lacuna, no que respeita aos estudos Europeus sobre informação de saúde, Kondilis comenta: “Na Europa existe uma grande necessidade de realizar investigação em todas as áreas da literacia da saúde, nomeadamente no que se refere à adaptação de instrumentos de avaliação da informação, como as fórmulas de

lecturabilidade. Os testes de literacia em saúde funcional devem ser testados em todas as línguas nativas” (Kondilis et al., 2008, p. 2). Segundo o trabalho do autor, os estudos Europeus sobre literacia em saúde representavam, em 2008, apenas um terço da investigação realizada nos E.U.A, na mesma área (Ibidem, 2008).

Por outro lado e segundo Rudd (Rudd, 2003 a), para produzir e divulgar informação de saúde adequada será necessário: i) reunir dados *baseline* sobre a informação de saúde existente; ii) mensurar a *lecturabilidade* dos materiais sobre saúde em circulação; iii) avaliar a efetividade de procedimentos de simplificação da informação; e iv) promover o uso do *plain language* (linguagem simplificada).

No que se refere à investigação a nível nacional, Santos (Santos, 2010) constata que os escassos estudos sobre literacia em saúde desenvolvidos em Portugal, ou possuem um carácter meramente local, ou são demasiado específicos, sendo que a maioria dos autores interessados na avaliação da informação sobre saúde se restringe a amostras de pequena dimensão, e principalmente a informação veiculada através da *internet*.

Com efeito, as últimas duas décadas conheceram um grande incremento do uso de tecnologias de informação e de comunicação, (TIC) como meios de divulgação de informação sobre saúde, principalmente no que diz respeito ao uso da *internet*. As TIC, nas suas diferentes materializações, incluindo as possibilidades oferecidas através dos *smartphones*, constituem enormes mais-valias na área da capacitação dos cidadãos sobre matérias de saúde.

Não obstante esta importância das TIC para a divulgação de informação sobre saúde, muitas pessoas possuem ainda dificuldades de acesso e de navegação nestas tecnologias, pelo que não se deverá restringir a difusão da informação sobre saúde a estes canais. Este postulado deverá ser particularmente verdadeiro no que se refere a populações com baixos níveis de literacia (nomeadamente de literacia digital), ou com baixa acessibilidade às novas tecnologias, como é o caso de uma parte significativa da população Portuguesa.

Com efeito, segundo os dados divulgados pela ANACOM, em 2008 (ANACOM, 2008) menos de 50% da população Portuguesa acedia à *internet*. Segundo Espanha e colegas (Espanha et al., 2015), 40% dos cidadãos Portugueses nunca usam a internet para obter informações, nem recorrem a processadores de texto, e cerca de 30% refere

nunca ter utilizado um computador. Esta falta de acessibilidade às novas tecnologias é particularmente acentuada nos estratos socioeconómicos e níveis de escolaridade mais baixos, e nas zonas do interior do país.

Neste sentido torna-se imprescindível não descurar o estudo e a distribuição da informação de saúde em suporte de papel (folhetos, revistas, bulas, etc.), assim como o uso de meios de comunicação de massas tradicionais, como o rádio e a televisão, sob o peso de, ao restringir a informação ao formato digital, se estar a contribuir para o acentuar de iniquidades sociais e desigualdades no acesso à informação de saúde.

Trata-se de atender à acessibilidade da informação, tanto no que se refere ao seu nível de literacia, como no que diz respeito ao seu acesso físico, tendo assim em conta as condicionantes da população Portuguesa, quer no que diz respeito aos seus níveis de escolaridade, como ao acesso às tecnologias de informação e de comunicação.

No sentido da divulgação de informação de saúde com maior qualidade, será igualmente necessário abandonar as práticas de produção desta informação em contextos académicos demasiado fechados, para adotar metodologias que permitam uma caracterização mais compreensiva das diferentes populações-alvo e das suas necessidades.

Consideram-se importantes os contributos do *marketing social* para a produção de uma informação mais eficaz, tanto no que se refere à importância que esta disciplina atribuí a uma correta segmentação das populações-alvo, como no recurso desta a técnicas qualitativas, como os estudos exploratórios, os grupos focais, e os pré-testes dos materiais com as respetivas audiências. Entende-se ainda que a informação de saúde será tão mais adequada quanto mais permeável for a esta participação das audiências ao longo de todo o seu processo de produção.

As metodologias participadas permitem construir uma comunicação mais centrada nas vivências e necessidades diárias das populações-alvo, o que resulta em mensagens mais pragmáticas e eficazes. O uso destas abordagens é especialmente importante no contexto Português onde, muitas vezes, entre o emissor e o recetor da mensagem existe uma diferença de três níveis de literacia e muito pouco conhecimento acerca dos hábitos e das rotinas diárias das populações-alvo.

A ilustrar o referido fenómeno estão inúmeros folhetos e artigos sobre saúde, receitas médicas, e bulas de medicamentos que, ao utilizarem uma linguagem excessivamente complexa, com demasiadas palavras técnicas e com recurso a noções de numeracia complicadas, não chegam a transmitir as suas mensagens às audiências.

Neste contexto, torna-se fundamental avaliar a informação de saúde escrita em circulação em Portugal. Dever-se-á atender tanto ao nível de literacia desta informação, como à sua acessibilidade física, como ainda à sua adequação cultural. Apenas através de uma avaliação prévia destes materiais será possível estudar estratégias para os tornar mais efetivos, contribuindo assim para uma melhor gestão das doenças crónicas e, para uma promoção da saúde mais eficaz.

Foi também no sentido de desenvolver estratégias capazes de corrigir a excessiva complexidade da linguagem sobre saúde, que surgiu o *plain language*. Este conceito, comumente definido como o tipo de comunicação que os seus recetores entendem logo na primeira vez que a ouvem ou leem (plainlanguage.gov, 2011), pretende responder aos interesses e necessidades do leitor ou do consumidor, em vez de servir os interesses (legais, burocráticos ou tecnológicos) do escritor ou de uma instituição (Mazur, 2012).

Vários estudos têm indicado que o uso do *plain language* no contexto de saúde tem várias vantagens. Esta forma de comunicação, mais simples e mais centrada nos utilizadores, tem como principais benefícios uma melhor compreensão das mensagens, tanto por parte das populações mais literadas, como por parte das populações com baixa literacia, e uma poupança significativa nas despesas.

O uso do *plain language* permite poupar recursos financeiros tanto devido à diminuição do número de esclarecimentos solicitados pelos utentes, como pela prevenção de acidentes, como ainda por evitar o agravamento de estados de saúde resultantes de falta de informação (Stableford, 2007).

Descurando as evidências apontadas pelos referidos estudos, em Portugal não se conhecem, no contexto da saúde, práticas de simplificação de linguagem associadas ao *plain language*, considerando-se urgente o debate académico e a investigação tanto sobre o seu uso, como sobre as suas especificidades linguísticas e culturais, tendo em conta as suas necessárias adaptações à língua Portuguesa e ao sistema de saúde Português.

No presente trabalho pretende-se desenvolver informação em *plain language* sobre alimentação, exercício físico e obesidade. Procura-se testar a aceitação e a compreensão de elementos desta linguagem junto de diferentes populações-alvo, e identificar as principais dificuldades que este tipo de linguagem coloca a profissionais de saúde, no sentido de se produzirem diretrizes para o seu desenvolvimento em Português.

Decidiu-se produzir informação sobre prevenção e tratamento da obesidade (abrangendo as temáticas da alimentação, exercício físico e obesidade), uma vez que a incidência desta patologia no nosso país é preocupante. Com efeito, em Portugal o excesso de peso e a obesidade têm vindo a assumir proporções cada vez maiores e a taxa de prevalência da obesidade infantil é das mais elevadas da Europa.

A obesidade, para além de constituir um importante fator de diminuição da qualidade de vida das populações, está diretamente associada à incidência de doenças cardiovasculares e ao desenvolvimento de doenças crónicas como a hipertensão, a diabetes e alguns tipos de cancro, sendo responsável por um aumento considerável dos custos dos sistemas de saúde.

Em Portugal, na década de 90 os custos diretos da obesidade representavam 3,5% das despesas anuais de saúde. Entre os 6 países estudados relativamente a esta variável, apenas os E.U.A excederam esta percentagem (Pereira et al., 2000). Neste sentido, enquanto em Portugal, em 2008, 59% dos adultos tinham excesso de peso e 25% eram obesos, nos restantes 46 países membros da OCDE a média relativa aos adultos era de 50% com excesso de peso e de 20% obesos (WHO, 2013^b).

No que respeita ao excesso de peso e à obesidade entre as crianças e os adolescentes, o panorama é ainda pior do que o sustentado pelas populações adultas, e Portugal situa-se entre os países da OCDE com piores indicadores. Ilustrando o referido está a prevalência de sobrepeso entre os jovens de 11 anos. Portugal possuía, em 2008, juntamente com a Grécia, a maior prevalência de sobrepeso na referida faixa etária. Sendo esta de 33% na Grécia, e de 32% em Portugal (Ibidem, 2013^b).

Ainda em 2008, entre as crianças Portuguesas de 7 anos, o excesso de peso afetava 40,5% dos rapazes e 35,5% das raparigas e a obesidade estava presente em 16,7% dos rapazes e em 12,6% das raparigas (WHO, 2013^b). Na opinião de Carvalho, a médio prazo, é expectável que 30% a 50% das crianças Portuguesas se tornem obesas na

idade adulta (Carvalho, 2014). Este panorama contribuirá para um aumento preocupante da incidência de doenças crónicas e da despesa de saúde associada à obesidade.

Segundo Carmo e seus colegas, em Portugal a prevalência de obesidade é superior nas populações com menor nível de escolaridade (Carmo et. al; 2008). Estas conclusões tornam mais urgentes os esforços de simplificação da informação sobre obesidade, sublinhando a importância da produção de informação escrita adequada e em *plain language*.

2- Literacia em saúde

2.1. -Evolução do conceito

O conceito de literacia em saúde surgiu pela primeira vez em 1974, quando S. Simonds escreveu um artigo intitulado “*Health Education as Social Policy*”, referindo-se ao constructo como as competências básicas necessárias para as pessoas funcionarem no ambiente de cuidados de saúde. Nesta obra o autor defende a importância da integração da educação para a saúde no ensino primário e secundário.

O trabalho de Simonds refletiu o pensamento de vários líderes políticos da década de 70, convictos de que indivíduos com mais conhecimentos sobre o corpo e seus cuidados teriam maior probabilidade de escolher estilos de vida que “os mantinham afastados dos hospitais e das consultas médicas” (Simonds, 1974 in: Huber, 2012 p. 431).

Não obstante a importância das referidas reflexões e a decisiva contribuição de Simonds para o estabelecimento do conceito, as origens da noção de literacia em saúde são muito anteriores ao referido autor, remontando já a 1940.

Com efeito, a génese do conceito situa-se na década de 40, quando o exército americano se apercebeu de que muitos dos materiais informativos sobre saúde que providenciava aos soldados regressados da segunda guerra, eram incompreendidos. Seria portanto necessário criar uma espécie de “*linguagem simplificada universal*” que fosse entendida por todos (Ibidem, 2012 p. 432).

Neste período pós-guerra, o governo federal americano reconheceu a importância do nível de literacia das populações, e a necessidade de produzir uma linguagem mais fácil de compreender. Sublinham-se então as vantagens do investimento numa cidadania literada, que passa a ser perspectivada como uma condição necessária à prosperidade da nação.

Consequentemente em 1966, o *Federal Adult Education Act* considerou a formação dos adultos e o incremento da literacia dos cidadãos como prioridades nacionais. O governo investiu também na formação de enfermeiras que pudessem educar os pacientes, no sentido da promoção dos conhecimentos sobre saúde e do aumento da adesão às terapêuticas prescritas pelos profissionais de saúde.

Neste sentido, as origens da literacia em saúde estão intimamente associadas a uma necessidade, sentida pelos decisores políticos, de investimento nas competências dos cidadãos, de modo a que estes pudessem fazer face à crescente demanda efetuada pelo sistema de cuidados de saúde, e de forma a constituírem uma cidadania mais saudável e ativa.

Para Jeffrey Huber e colegas (2012), este sentido *TopDown* caracterizou o movimento da literacia em saúde desde o seu início e ao longo de toda a sua história, uma vez que os desenvolvimentos desta área estiveram sempre associados à agenda política dos decisores políticos.

A ampliação do referido movimento ao sector empresarial e académico, assim como à profissão médica, surge principalmente como resultado do *National Adult Literacy Survey (1992)*, em 1994. Este primeiro inquérito nacional sobre literacia constatou que o nível médio de leitura de um americano se situava entre o oitavo e o nono ano de escolaridade, chamando a atenção para a disparidade entre estas competências e a crescente complexidade do sistema de cuidados de saúde.

Na sequência dos dados divulgados pelo NALS constatou-se uma intensificação dos estudos sobre a literacia em saúde que, devido à natureza interdisciplinar do conceito foi abordada por diversas disciplinas sob diferentes perspectivas, e através de diferentes orientações teóricas, originando uma profusão de enquadramentos e de definições, nem sempre facilitadoras de progressos consensuais na área.

Em 1995, o *Joint Committee on National Health Education Standards (JCNHES)* definiu literacia em saúde como “a capacidade dos indivíduos para obterem, interpretarem e compreenderem a informação e os serviços de saúde básicos, assim como as competências destes para utilizarem a referida informação e serviços, de modo a alcançarem a saúde” (JCNHES, 2007 in: Huber et al., 2012, p 442).

Uma vez que a definição do referido comité se centra nas competências dos indivíduos, perspetivando-os como únicos intervenientes no processo de construção da literacia em saúde, excluindo assim outros agentes sociais com igual responsabilidade, e uma vez que esta operacionalização restringe o conceito apenas ao âmbito clínico, a Organização Mundial de Saúde propôs, em 1998, uma definição alternativa de literacia em saúde.

Para a OMS literacia em saúde significa: “As capacidades sociais e cognitivas que determinam a motivação e a habilidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação de modo a promover e manter a boa saúde” (Nutbeam, 2000).

Entretanto os dados relativos aos níveis de literacia da população americana geraram inquietação também no meio médico, e estes profissionais começaram a indagar-se sobre as capacidades dos seus pacientes para perceberem a terminologia e o sistema médico, e para compreenderem as suas mensagens.

Como resposta a estas preocupações, a comissão do *Council of Scientific Affairs* afeta à *American Medical Association* reúne em 1999, e define literacia funcional como: “a habilidade para ler e compreender rótulos, bulas de medicamentos e outros materiais sobre saúde essenciais para funcionar efetivamente como paciente” (AMA, 1999 in: Sorensen et al., 2012, p. 4).

Tendo em conta o confinamento da definição apresentada pela AMA, a *Agency for Health Research and Quality* decidiu ampliá-la, no sentido de que esta passasse também a englobar “o conjunto de competências requeridas para funcionar efetivamente no ambiente de cuidados de saúde, incluindo a capacidade de resolução de tarefas básicas de literacia e de numeracia” (Barkman et al., 2004, p.2).

A definição desenvolvida pela AMA, e posteriormente ampliada pela AHRQ, possui a vantagem de mencionar uma diversidade de demandas e de tarefas que caracterizam o sistema de saúde e os cuidados a ele associados. Contudo, esta operacionalização do conceito continua unicamente centrada nas competências individuais, descurando o impacto das variáveis demográficas, sociopolíticas, psicossociais e culturais, tanto na saúde em geral, como na literacia em saúde em particular.

Neste sentido, no final da década de 90 são vários os autores que reivindicam a necessidade do conceito de literacia em saúde ultrapassar o *setting* dos cuidados de saúde, e incluir outros contextos (como a comunidade e o trabalho) onde os indivíduos também tomam decisões relacionadas com a saúde (WHO, 1998; Nutbeam, 2000).

No documento “Healthy People 2010”, produzido no ano 2000, o *US Department of Health and Human Services* estabelece o objetivo de “melhorar a literacia em saúde de pessoas com literacia marginal ou inadequada”, e adota a definição de Selden e colegas, segundo a qual a literacia em saúde é: “o grau de capacidade dos indivíduos para obter,

processar, e compreender, a informação e os serviços de saúde necessários para tomar decisões adequadas sobre saúde” (Selden et al., 2000, p 4).

A definição de Selden amplia o âmbito da literacia em saúde, que passa a incluir uma variedade de contextos onde os indivíduos se podem deparar com questões sobre saúde, para além do ambiente de cuidados de saúde. No entanto, esta definição continua a descurar o papel de intervenientes como a cultura, e como os sistemas de educação e da saúde, para o desenvolvimento das competências de literacia em saúde.

É o próprio Comité responsável pelo documento *HealthyPeople2010* que reconhece as lacunas da definição adotada, referindo a necessidade de se desenvolverem modelos teóricos capazes de adereçar o papel determinante que a sociedade, e mais especificamente os sistemas de saúde e educativo, desempenham na literacia em saúde.

Nesta perspectiva, a literacia da saúde surge como uma função partilhada entre fatores culturais, sociais e individuais e, para Rima Rudd, tanto as causas dos baixos níveis de literacia em saúde, como as suas possíveis soluções, residem no contexto social e cultural, nos sistemas educacional e de saúde que o servem, e na interação destes fatores (Rudd et al., 2003).

Uma outra abordagem, suscitada pelas reflexões no âmbito da literacia em saúde, foi desenvolvida pela *Medical Library Association*, em 2003. Esta concebe “*literacia em informação de saúde*” como: “um conjunto de habilidades necessárias para: reconhecer a informação sobre saúde necessária; identificar as fontes de informação credíveis, onde é possível alcançar esta informação relevante; avaliar a qualidade da informação e a sua aplicabilidade a situações específicas e, por fim, compreender e utilizar a informação, no sentido de concretizar boas decisões sobre saúde” (MLA, 2003 in: Huber et al., 2012, p. 431).

Ainda em 2003 e no contexto do *Clear Health Communication Initiative*, a *Pfizer* define literacia em saúde como a “habilidade para ler, compreender e agir sobre a saúde” (Pfizer, 2003 p. 4). Trata-se, segundo *Jeffrey Huber (2012)*, da primeira definição a atribuir um papel ativo ao indivíduo no âmbito da literacia em saúde, uma vez que este passa a agir sobre a informação.

Sem negar o relevante contributo da *Pfizer* para a alteração de uma conceção passiva do indivíduo, no que respeita à sua literacia em saúde, a importância de uma avaliação crítica da informação e das suas fontes por parte dos indivíduos está já presente

no conceito de literacia em informação de saúde, desenvolvido pela *Medical Library Association* referida anteriormente.

Esta profusão de conceptualizações sobre a literacia em saúde, assim como a falta de critérios consensuais para a sua mensuração, deve-se em grande medida à multiplicidade de disciplinas envolvidas no seu estudo, assim como ao facto de nesta área convergirem conhecimentos oriundos tanto das ciências sociais, como das disciplinas biomédicas.

Para Mancuso (2008), o termo de literacia em saúde pode ser perspectivado através de cinco disciplinas principais, que apresentam distintos enquadramentos e diferentes pressupostos filosóficos. Estas disciplinas, mais proximamente relacionadas com a literacia em saúde são: a educação; as ciências da informação e da documentação; os cuidados de saúde; a saúde pública, e a saúde mental.

Entre as referidas disciplinas, a saúde pública tem constituído uma força dominante na literatura sobre a literacia em saúde. Com efeito, desde o início do presente século que esta área tem vindo a empreender fortes diligências no sentido de substituir a perspetiva individual da literacia em saúde (então vigente) por uma perspetiva comunitária, que inclua as noções de *empowerment* e de envolvimento cívico no conceito.

Desta forma, é principalmente através da saúde pública que se criticam as abordagens que restringem a literacia em saúde ao âmbito clínico, e que a concebem como um problema individual, circunscrito a uma série de competências de literacia e de numeracia. Combate-se também o priorizar dos aspetos secundários e terciários da saúde e a conseqüente negligência da prevenção primária e da promoção da saúde.

Deste modo, através da saúde pública, a literacia em saúde veicula-se à promoção da saúde e ao *marketing social*, e a sua importância estende-se à esfera pública. Passa a conceber-se a literacia em saúde como uma função partilhada entre fatores sociais e fatores individuais (IOM, 2004), e como um resultado de uma interação dinâmica entre estes intervenientes.

A literacia em saúde foi assim adquirindo um enfoque mais sistémico, concordante com a transição de um paradigma de *empowerment* individual para um paradigma de *empowerment* comunitário, característico da Nova Saúde Pública, e capaz de considerar o peso dos determinantes sociais da saúde na saúde das comunidades.

Para Pleasant e Kurunvilla foi também a saúde pública que permitiu à literacia da saúde contemplar as forças sistémicas, sociais, e ambientais, que agravam problemas de saúde antigos, e que simultaneamente criam novos problemas, como são exemplo as alterações climáticas, a globalização, a urbanização não planeada, e o bioterrorismo.

Neste contexto, e para os referidos autores, as abordagens destinadas apenas à mudança de comportamentos individuais são insuficientes (Pleasant e kurunvila, 2008). Reivindica-se uma contextualização social da literacia em saúde que envolve tanto o *background* e o conjunto de competências individuais, como as práticas de saúde institucionais e sociais, como ainda as práticas culturais relativas aos cuidados de saúde, e os fatores sociopolíticos.

O objetivo último da literacia em saúde passa, nesta perspectiva, pela promoção da autonomia e do *empowerment* tanto do individuo como das comunidades, facto que implica um reconhecimento dos aspetos políticos da educação e um foco no ultrapassar de “barreiras estruturais” comumente designadas por determinantes sociais.

Uma das definições consideradas protótipo da transição para uma visão de literacia em saúde, pela ótica da saúde pública, foi a desenvolvida por Nutbeam (Nutbeam, 2000). Nesta conceção o autor distingue entre três tipos de literacia em saúde: i) a literacia funcional em saúde; ii) a literacia interativa em saúde e iii) a literacia crítica em saúde.

A *literacia funcional (em saúde)* diz respeito às competências de leitura e de escrita básicas, necessárias para se funcionar efetivamente nas situações diárias, e é comparável com o que anteriormente fora denominado de “literacia em saúde médica”.

A *literacia interativa (em saúde)* refere-se às competências cognitivas, às capacidades de literacia mais avançadas e às aptidões sociais, que podem ser usadas para: participar ativamente nas situações quotidianas; selecionar e interpretar informação sob diferentes formas de comunicação, e aplicar este reportório a diferentes circunstâncias, nomeadamente a situações em transformação.

Por último, a literacia crítica (em saúde) refere-se às competências cognitivas mais complexas e às capacidades sociais necessárias para analisar criticamente e utilizar a informação existente, no sentido de exercer um maior controlo sobre os eventos e as situações da vida.

Os diferentes tipos de literacia em saúde de Nutbeam representam distintos níveis de conhecimento e de capacidades. Da literacia funcional à literacia crítica verifica-se um

crescendo de autonomia e de *empowerment*, que se refere tanto às decisões relacionadas com a saúde, como ao envolvimento em questões sociais, sejam elas relativas à saúde individual ou referentes aos determinantes sociais da saúde.

Esta perspectiva da literacia em saúde, como um alicerce do *empowerment*, legitimou o postulado de que a literacia em saúde é um imperativo ético. Trata-se da transição de uma visão da literacia em saúde que a considerou como um bem individual, para uma abordagem que a percebe como um bem comum.

Com efeito, tal como os estudos da informação e da documentação, a saúde pública considera que o indivíduo deve atuar no âmbito da literacia em saúde em função do bem comum, e não apenas porque tem direito a participar ativamente no seu cuidado de saúde. Esta é uma das diferenças fundamentais entre o movimento da literacia em saúde e o movimento dos consumidores de informação de saúde.

Neste sentido, *Freedman* e colegas definem literacia em saúde pública como: “a capacidade dos indivíduos e dos grupos para obter, processar, compreender, avaliar e agir sobre a informação necessária para tomar decisões de saúde pública que beneficiam a comunidade” (Freedman et al. 2009, p.448).

Para além de perspectivarem a literacia em saúde como um “bem comunitário”, os referidos autores consideram que a viabilização das políticas de prevenção primária passa necessariamente pela construção de uma consciência coletiva sobre saúde pública, que envolva a conceptualização básica, a capacidade crítica e a consciência cívica.

Esta conceção multidimensional da literacia em saúde pública conheceu grande popularidade, e foram vários os autores que desenvolveram trabalhos destinados a identificar os seus vários domínios. Para Christina Zaccaro, Andrew Pleasant, e David Greer, (Zaccaro et al., 2005) a literacia em saúde pública engloba domínios como: a literacia fundamental, a literacia científica, a literacia cívica e a literacia cultural.

Segundo os referidos autores, a literacia em saúde é: “o vasto leque de capacidades e de competências que as pessoas desenvolvem no sentido de compreenderem, avaliarem, usarem e comunicarem a informação e os conceitos sobre saúde, de modo a poderem realizar escolhas informadas, reduzirem os riscos de saúde, diminuírem as iniquidades em saúde e aumentarem a qualidade de vida, numa variedade de *settings* e durante o ciclo de vida” (Zaccaro, Pleasant & Greer, 2005, p195).

A definição de Zaccaro é abrangente e evidencia aspectos da literacia em saúde até então negligenciados, nomeadamente: i) compreende competências não cognitivas; ii) inclui uma dimensão relacional; iii) abrange uma componente crítica e de ação sobre a informação e sobre os conceitos sobre saúde; iv) contempla a componente da prevenção primária; v) atribui uma dimensão salutogénica ao conceito, através da alusão à qualidade de vida, e finalmente; vi) torna explícita a dimensão ética do conceito, através da referência às iniquidades em saúde.

Outra importante contribuição legada por Zaccaro e colegas à área da literacia em saúde reside no facto da definição dos autores identificar variáveis não consideradas anteriormente. São exemplos a alusão à variedade de *settings* que podem contextualizar a literacia em saúde, e a referência às diferentes fases do ciclo de vida, como condicionantes da literacia em saúde.

Contemplam-se a partir do trabalho dos referidos autores uma série de variáveis intervenientes na literacia em saúde que tinham sido até então negligenciadas, e que dizem respeito tanto ao indivíduo (idade, género, etnia), como ao seu contexto social. A consideração destas variáveis é fundamental tanto para uma compreensão abrangente da totalidade do fenómeno da literacia em saúde, como para o reconhecimento da necessária complementaridade das disciplinas que sobre ele se debruçam.

Tendo em conta a vastidão e o alcance do conceito de literacia em saúde, muitas das suas atuais conceptualizações perspectivam-no de uma forma contextualizada. Desta forma a literacia em saúde é várias vezes operacionalizada face a um contexto específico, como por exemplo face a uma fase do ciclo de vida (adolescência, idade adulta, idade sénior, etc...), a uma condição de saúde (diabetes, asma etc...), a um papel social (paternidade, cuidador, profissional de saúde), ou a um lugar físico (ao local de trabalho, a casa, ao ginásio etc.).

Considerando os referidos desenvolvimentos, as presentes significações de literacia em saúde poderão vir a refletir esta coexistência entre uma multiplicidade de “literacias em saúde” resultantes de diferentes contextos, de diferentes condições de saúde ou de diferentes variáveis individuais.

A vantagem de tal especialização reside na possibilidade de contemplação de um maior número de variáveis intervenientes nos processos de literacia em saúde, tanto no que diz respeito às variáveis referentes às características e competências dos indivíduos,

como às variáveis inerentes à crescente demanda dos sistemas, como ainda às variáveis resultantes da interação destes dois pólos.

Também a definição de Kickbush e Maag (2008) se enquadra nesta sequência de ideias. Segundo os investigadores, a literacia da saúde é a “habilidade para tomar decisões sobre a saúde adequadas no contexto da vida diária, na comunidade, no trabalho, no sistema de saúde, no mercado e na arena política. Trata-se de uma estratégia de *empowerment* crítico, no sentido de aumentar o controlo dos indivíduos sobre a sua saúde, a sua capacidade de procurar informação, e a sua competência para ser responsável” (Kickbush et al., 2006, p 21).

É neste contexto de proliferação de uma diversidade de “literacias em saúde” que se assiste ao desenvolvimento de conceitos como: literacia em saúde oral; literacia crítica em saúde; literacia em saúde das organizações; literacia mediática em saúde; literacia em saúde mental; literacia em saúde do cancro; literacia em saúde comunicacional; literacia em saúde nos cuidados primários; etc...

Um percurso inverso à referida especialização é o levado a cabo por perspetivas que pretendem adereçar a “literacia em saúde geral”, e por abordagens integradoras que procuram alcançar definições de literacia em saúde mais consensuais, que viabilizem inquéritos populacionais e comparações internacionais.

Na prossecução do objetivo de integrar várias definições de literacia em saúde, Sorensen e colegas (Sorensen et al., 2012) levaram a cabo uma revisão sistemática das definições e conceptualizações de literacia em saúde existentes, e desenvolveram um modelo teórico que abarca as suas principais dimensões, determinantes e condicionantes.

O modelo identifica 12 dimensões da literacia em saúde que se referem ao conhecimento, motivação e competências necessárias para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação relacionada com a saúde, nos domínios dos cuidados de saúde, da prevenção da doença e da promoção da saúde.

Este trabalho, desenvolvido no âmbito do *European Health Literacy Project*, define literacia em saúde como um conceito “associado à literacia que compreende os conhecimentos, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde no sentido de fazer julgamentos e tomar decisões, na vida diária relativas aos cuidados de saúde, à prevenção da doença e à promoção da saúde de forma

a manter e melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida” (Sorensen et al., 2012, p.3).

Segundo os autores, a referida definição possui o intuito de providenciar uma base conceptual, que permita a construção de instrumentos de medida capazes de capturar as diferentes dimensões do conceito de literacia em saúde a nível populacional, como foi o caso do questionário europeu de literacia em saúde (HLS-EU-Q47).

Uma vantagem do modelo integrador de *Sorensen* reside no facto deste abarcar uma definição multidimensional do conceito, e manter implícita a bidirecionalidade dinâmica entre individuo e sistema, no processo de literacia em saúde. Contudo, tal vastidão conceptual não foi mensurada através de indicadores diretos, sendo que o HLS-EU é fundamentalmente constituído por itens que se baseiam numa autoavaliação dos indivíduos sobre as suas competências de literacia em saúde.

Tais indicadores indirectos, ao se basearem na auto-avaliação, são por natureza subjetivos e dependem amplamente, entre outros factores, da capacidade crítica individual, que por sua vez constitui uma dimensão da literacia em saúde, constituindo o que se poderia apelidar de uma “redundância metodológica”, resultante de uma falta de separação clara entre constructo e instrumento.

Outros factores que contribuem para uma maior subjetividade e imprecisão dos indicadores indirectos de literacia em saúde, resultam de variáveis culturais e educacionais que, sendo díspares nos diferentes países, dificultam a comparabilidade dos resultados. Este facto resulta também de acentuadas assimetrias entre os indicadores socioeconómicos e demográficos existentes entre as diferentes regiões da Europa.

No sentido de contornar as dificuldades referidas, alguns investigadores optam por construir instrumentos mistos, que implicam uma avaliação subjetiva e uma avaliação objetiva da literacia em saúde. Esta metodologia serve tanto para criar um maior *insight* nos indivíduos sobre as suas próprias competências, como para compensar a subjetividade da autoavaliação, possibilitando resultados mais independentes de vieses pessoais, sistémicos e culturais.

Avaliando o percurso do conceito desde a sua origem, pode-se afirmar que a literacia em saúde teve origem nas competências de leitura e de escrita, para passar mais tarde a integrar uma multiplicidade de competências de comunicação, de procura de informação, de capacidade crítica, de resolução de problemas e de tomada de decisão.

A estas capacidades juntaram-se posteriormente uma série de competências sociais, pessoais e cognitivas, necessárias para funcionar no sistema de cuidados de saúde, e ainda mais recentemente o conceito ultrapassou o *setting* dos cuidados de saúde para se referir à aplicação das mesmas competências ao funcionamento na sociedade em geral e à comunidade em particular.

Segundo Huber e seus colegas, o conceito de literacia da saúde realizou um percurso circular desde o artigo de Simond's, em 1974, sobre a educação para a saúde como meio de mudança social, passando a uma interpretação médica das competências de literacia fundamentais para operar no sistema de cuidados de saúde, até atingir o conceito multidimensional que regressa ao seu foco inicial nos aspetos sociais, ambientais e sistémicos que afetam a saúde individual e comunitária (Huber et al., 2012).

Trata-se de um percurso que se inicia no plano individual, passando progressivamente a considerar tanto os determinantes sociais da saúde, como a carga de competências e de conhecimentos que o sector da saúde exige ao indivíduo, no sentido de contemplar na equação da literacia em saúde, tanto as responsabilidades do indivíduo pela sua saúde, como as responsabilidades do sistema que o integra.

Este percurso é bem ilustrado pelo *Institute of Medicine*, que afirma que a literacia em saúde se centrou inicialmente nas competências individuais, para no ano 2000 se direccionar para os sistemas de saúde, através do modelo tripartido de Nutbeam e que, a partir do ano de 2006, tem vindo a ganhar uma perspetiva comunitária, através dos modelos de literacias múltiplas, como o proposto por Zarcadoolas (IOM, 2009).

2.2-Instrumentos de literacia em saúde

Os primeiros instrumentos construídos para medir literacia em saúde, foram o REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) (Davis et al., 1993) e o TOFLA (*Test of Functional Health Literacy*) (Parker et al., 1995), e deram origem às primeiras avaliações de competências de literacia escrita, na área da saúde, na década de 90.

O REALM consiste num teste de reconhecimento e de pronúncia de palavras, criado para estimar as competências de leitura dos adultos. Trata-se de um teste que pode ser administrado por qualquer profissional através de um treino básico, e que requer apenas 3 minutos para ser administrado e cotado, tornando fácil a sua utilização em *setting* clínico.

O teste é constituído por uma lista de 66 termos médicos, considerados essenciais para uma participação efetiva dos pacientes nos seus cuidados de saúde. O resultado é obtido através de um *score* convertível em 4 níveis de leitura, estabelecidos através de anos de escolaridade (*reading grade level*).

O REALM não existe em idiomas de origem latina, uma vez que os testes de leitura baseados na pronúncia não são viáveis em idiomas onde se verifique correspondência entre fonema e grafema. Em línguas como o Espanhol e o Português, a correspondência entre letras e sons torna fácil a correta pronúncia de palavras desconhecidas, mesmo para leitores com baixa escolaridade.

No que se refere ao teste TOHFLA, este foi construído a partir de informação e materiais utilizados em contextos de saúde, nos anos 90, e possui 50 *itens* de leitura e de compreensão, e 17 *itens* respeitantes a habilidades numéricas. No sentido de testar as capacidades de leitura e de compreensão dos leitores, o instrumento utiliza vários textos sobre preparação para exames médicos, sobre os direitos e deveres dos pacientes, e excertos de consentimentos informados.

Para mensurar as competências de numeracia, o TOHFLA solicita o cálculo de níveis de glicemia, o preenchimento de formulários para marcação de consultas médicas, e coloca questões sobre bulas de medicamentos. O tempo de administração do teste é de cerca de 22 minutos, embora exista atualmente uma versão abreviada administrável em 12 minutos (S-TOHFLA). Os resultados são estabelecidos num *score* relativo a três níveis de literacia em saúde: inadequado, marginal e adequado.

O desenvolvimento do REALM e do TOFHLA permitiu aos investigadores estabelecerem relações entre as competências de literacia e de numeracia e vários resultados de saúde. Surgiram então diversos estudos demonstrativos de que baixas competências de literacia ou de numeracia estão associadas a um menor acesso à informação de saúde, a uma menor utilização de serviços preventivos, a um aumento das hospitalizações e a uma menor compreensão tanto da doença, como dos tratamentos e medicação (IOM,2004).

Contudo, os testes mencionados oferecem apenas uma mensuração parcial do fenómeno da literacia em saúde, sendo que este engloba muito mais do que as competências de leitura de palavras, de compreensão de textos e de habilidades de numeracia, e uma vez que este conceito se estende muito para além do contexto clínico.

Seguindo estes argumentos, os primeiros testes de literacia em saúde foram amplamente criticados por medirem fundamentalmente capacidades de literacia e de numeracia, em vez de medirem as competências de literacia em saúde, desrespeitando assim a real dimensão e abrangência do constructo.

Autores como Zaccaro et al. defendem que os referidos instrumentos descurem aspetos da literacia em saúde como: a sua vertente oral e os seus elementos não cognitivos (como as capacidades críticas, cívicas e relacionais); as condicionantes inerentes aos serviços de saúde, e as variáveis demográficas e culturais, associadas à saúde (Zaccaro et al., 2005).

Face às críticas, e perante a necessidade de obter indicadores populacionais sobre as competências de literacia em saúde dos Americanos, em 2003, os EUA incluíram no seu inquérito nacional de literacia (NAAL) uma componente de literacia em saúde.

Os dados obtidos através do NAAL contribuíram amplamente para a inclusão, no *HealthyPeople2010*, de um objetivo referente ao necessário incremento dos níveis nacionais de literacia em saúde. Surge também, entre alguns autores, a convicção da necessidade de avaliar estes níveis de literacia em saúde periodicamente, no sentido da monitorização do fenómeno e do reajustamento dos objetivos e das políticas sociais.

Respondendo aos apelos para construção de instrumentos capazes de mensurar o conceito de literacia em saúde, desenvolveram-se, na primeira década do presente milénio, vários testes: o *BRIEF /SILS*, em 2004; o *Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults (SAHLA-50)*, em 2006; o *Newest Vital Sign (NVS)*, em 2007; o

Medical Term Recognition Test (METER), em 2009 e o *Functional Health Literacy Tests (FHLTs)*, em 2009.

Através dos instrumentos referidos mensuraram-se competências como: a capacidade de reconhecimento de termos médicos (SALSA e METER); a leitura e compreensão de textos sobre saúde (FHLTs) e a leitura e compreensão de um rótulo nutricional (NVS).

Mais uma vez, as medidas de literacia em saúde propostas restringiram-se a medidas individuais de literacia funcional (capacidades de leitura, compreensão e numeracia), que cobrem apenas parcialmente a dimensão do conceito, e que se destinam a ser administradas principalmente em contexto clínico, para orientação dos profissionais de saúde.

Segundo Andrew Pleasant, grande parte destas medidas consiste em instrumentos “de triagem”, e não de avaliação da literacia em saúde. A diferença fundamental é que os primeiros visam apenas classificar as pessoas entre categorias “de saúde” e “de doença”, tendo como objetivo apenas a sinalização de casos problemáticos em contexto clínico, de uma forma rápida e fácil de administrar (IOM, 2009).

Os instrumentos de avaliação da literacia em saúde, por outro lado devem mensurar a estrutura e o funcionamento do fenómeno em profundidade, devem ser capazes de produzir um conhecimento capaz de suportar testes de hipóteses, e devem possibilitar a monitorização da efetividade das intervenções, facilitando indicadores precisos para o estabelecimento de objetivos e de políticas sociais.

Pelo contrário, a maioria dos instrumentos construídos na primeira década de 2000 não distingue entre: a) inabilidades de leitura; b) falta de conhecimentos de base em domínios relacionados com a saúde; c) falta de familiaridade com a linguagem e tipos de materiais de saúde ou; d) diferenças culturais relativas ao contexto de cuidados de saúde.

Com o intuito de construir instrumentos para mensuração da literacia em saúde que pudessem ser aplicados fora do âmbito clínico, e não se restringissem a uma perspetiva individual, surgiram nos E.U.A, na primeira década de 2000, algumas abordagens destinadas a estabelecer indicadores populacionais da literacia em saúde. Entre estes contam-se o DAHL e o *geomaping*.

O DAHL consiste num método de imputação das limitações de literacia em saúde a partir de indicadores socio-demográficos, e estima a associação entre os níveis de literacia

imputados e indicadores individuais de estatuto de saúde. O *geomapping*, por seu turno, utiliza os dados dos censos e do NAAL para o mapeamento de zonas com níveis de literacia problemáticos.

Estas abordagens populacionais continuaram, contudo, a adotar uma perspetiva médica da literacia em saúde, centrada nas competências dos indivíduos e mensurando essencialmente os aspetos funcionais do conceito “em vez de se centrarem numa perspetiva social mais ampla, sobre a saúde e o bem-estar” (Guzys et al., 2015 p.4).

Sendo que o conceito de literacia em saúde ultrapassa o mero conjunto de capacidades individuais, qualquer instrumento que se pretenda válido para a sua mensuração terá de ter em conta também as características dos sistemas de saúde, e considerar a convergência entre os fatores individuais e sociais.

Neste sentido, os instrumentos de literacia em saúde terão de acompanhar a evolução do conceito, e incluir na equação tanto os fatores individuais, como as características do sector educacional, do sector da saúde e do sistema cultural, respeitando assim a bidirecionalidade do conceito e a interação dinâmica entre o indivíduo e o sistema, da qual resulta o processo de literacia em saúde.

Um dos autores que investiu na construção de um modelo de literacia em saúde que concebe esta noção como um produto, tanto das capacidades individuais como dos requisitos inerentes às mensagens do sistema de cuidados de saúde, foi Baker (Baker e David, 2006).

Segundo o autor, a literacia da saúde é: “a habilidade para funcionar no ambiente de cuidados de saúde, e depende tanto das características do indivíduo como do sistema de saúde. A literacia em saúde individual depende do seu contexto específico (sendo dinâmica), e pode variar dependendo do problema médico a ser tratado, do profissional de saúde, e do sistema de prestação de cuidados” (Ibidem, 2006, p 879).

O modelo de Baker responsabiliza o sistema de saúde pelos níveis de *acessibilidade*, *navegabilidade* e *usabilidade* que oferece ao cidadão, e concebe a literacia em saúde como um conceito dinâmico, altamente dependente das variáveis de contexto e de variáveis individuais, como a condição de saúde do utente.

Sob esta perspetiva, o sistema de saúde tem o dever de identificar estratégias corretas para cuidar dos seus pacientes, e para lhes ensinar os conhecimentos específicos

necessários para o autocuidado e para tomadas de decisão adequadas no que concerne à sua saúde.

O sector da saúde deve organizar-se no sentido de diminuir o seu grau de complexidade, deve simplificar a comunicação sobre saúde (escrita e falada), deve aumentar a *navegabilidade* no sistema e promover os conhecimentos necessários sobre os estilos de vida saudáveis e sobre os comportamentos de risco. Consequentemente, os instrumentos de mensuração da literacia em saúde devem ser capazes de considerar também estas responsabilidades do sistema de saúde.

Esta ótica de responsabilização do sector da saúde e de outros sectores sociais intervenientes na literacia em saúde e nos resultados de saúde das populações, como o sistema educacional e político, deu origem a uma perspetiva ecológica da literacia em saúde, que possui cada vez mais adeptos (Zarcadoolas, et al, 2006; Nutbeam, 2008; Pleasant et al., 2016).

A conceção ecológica da literacia em saúde tem em conta o seu carácter sistémico e defende a natureza bidirecional do conceito, perspetivando o fenómeno como uma construção social que não deve ser tratada como “uma questão biomédica com raízes sociais, mas como uma questão social com implicações biomédicas” (IOM, 2009, p18).

A responsabilização exclusiva dos indivíduos pelos seus níveis de literacia em saúde foi também denunciada por Rima Rudd (Rudd, 2007). A investigadora chamou a atenção para o facto dos estudos na área terem negligenciado, até há muito pouco tempo, o vasto conjunto de variáveis relativas a outros intervenientes que não o indivíduo, no processo de literacia em saúde.

Segundo a autora, estes estudos não tiveram em conta os “intervenientes da literacia em saúde relativos à medicina, à enfermagem, à farmácia, ou à gestão das políticas de saúde, nem os intervenientes relativos aos fatores contextuais relacionados com a saúde pública e com as instituições de saúde” (Rudd, 2007, p 5).

Será necessário, na opinião de Rudd, atender à capacidade dos profissionais e das instituições de saúde para tornarem a informação de saúde acessível, e para envolverem ativamente os indivíduos nas decisões sobre a sua saúde, no sentido de se conseguir contemplar o vasto leque de intervenientes e de co-responsabilidades presentes no processo de literacia em saúde.

É extremamente importante analisar se a informação sobre saúde providenciada é legível e utilizável, se as capacidades de comunicação dos profissionais de saúde são adequadas, e se a *navegabilidade*, cultura e ambiente dos serviços e cuidados de saúde são apropriados e promotores de literacia em saúde.

Seguindo esta linha de pensamento, os últimos anos conheceram um incremento dos instrumentos e *guidelines* destinados a mensurar e/ou orientar, já não unicamente competências individuais de literacia em saúde, mas também a efetividade do sistema de saúde para promover esta dimensão, nomeadamente a clareza dos materiais informativos, a efetividade da comunicação dos profissionais de saúde e a qualidade de serviços e cuidados.

Entre estes instrumentos encontram-se várias medidas da qualidade da informação de saúde escrita, como o *Clear communication Index*, desenvolvido pelo *Center of Disease Prevention and Control* ou o *Patient Education Materials Assessment*, criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality*.

Entre os instrumentos desenvolvidos com o intuito de avaliar a capacidade das instituições de saúde para promoverem a literacia em saúde, encontram-se o *Health Literacy Item Set for Hospitals* (ahrq.gov), e mesmo o *Health Literacy Knowledge Self-Assessment Module* ou o *Atitudes about Health Literacy* (Logan R., 2007), que pretendem aferir os conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde sobre a literacia em saúde.

Mais exemplos de instrumentos que medem as competências de literacia em saúde dos sistemas de saúde são: o *Literacy Audit for Healthcare Settings* (NALA, 2009); o *Pharmacy Health Literacy Assessment tool* (AHRQ, 2007); O *Health Literacy environment of Hospitals and Health Centers* (Groene e Rudd, 2011) o *Patient Communication Assessment tool* (Makoul, 2007); e o *Communication Techniques for patients with low Health Literacy* (Schwartzberg et al., 2007).

Paralelamente a esta vontade de construir ferramentas capazes de avaliar as competências dos sistemas de saúde para a promoção da literacia em saúde, surgiram também diversos instrumentos de literacia em saúde relativos a contextos específicos. São exemplo os instrumentos de literacia em saúde para condições de saúde concretas, para faixas etárias específicas, destinados a diferentes etnias ou a pessoas com diversos papéis sociais (ex.: parentalidade, maternidade, cuidadores, etc.).

Como exemplos de instrumentos orientados para condições de saúde específicas contam-se: o *Heart-Failure-specific health Literacy Scale (HF-specific HL Scale)*; o *Asthma Numeracy Questionnaire (ANQ)*; o *Brief Estimate of Health Knowledge and Action- HIV Version (BEHKA-HIV)*; o *Food Label Literacy for Applied Nutrition Knowledge Questionnaire (FLLANK)* (www.Healthliteracy.bu.edu).

No que respeita a instrumentos com maior segmentação da população-alvo, referem-se: *Health literacy Assessment Scale for Adolescents (HAS-A)*; o *Hong Kong Oral health Literacy Assessment Task for Pediatric Dentistry (HKOHLAT-D)* e o *Chinese Health Literacy Scale for Low Salt Consumption- Hong Kong Population (CHsalt-HK)* (*Ibidem*) .

Outros instrumentos que perseguem esta lógica de especialização são o *Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)*; o *Medication Literacy Assessment in Spanish & English- (MedLitRxSe)*; o *Media Health Literacy measure (MHL)*; o *Critical Nutrition Literacy Instrument* e o *Health Literacy on Social Determinants of Health Questionnaire (HL-SD-HQ)* (www.Healthliteracy.bu.edu).

Tanto os instrumentos de literacia em saúde que permitem avaliar a complexidade da informação de saúde e a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde, como os que mensuram a *navegabilidade* nas instituições de saúde, como ainda os instrumentos destinados a patologias, ou a populações-alvo específicas surgiram como resposta a necessidades concretas de avaliação das intervenções realizadas na área.

Esta abordagem mais pragmática tem permitido construir instrumentos que, apesar de possuírem menor alcance, permitem mensurar mais objetivamente algumas intervenções, e têm resultado na identificação de importantes variáveis da literacia em saúde.

Neste sentido, e até que os avanços na área possibilitem o estabelecimento de uma definição de literacia em saúde ampla, consensual e simultaneamente capaz de originar um instrumento que meça fidedignamente todas as suas dimensões, como é ambicionado por diversos especialistas, talvez devêssemos conceber que o momento presente é da coexistência de várias “literacias em saúde”.

Existem, hoje em dia, vários instrumentos de literacia em saúde para populações-alvo específicas (segundo a faixa etária, a etnia, a patologia etc...) que, por contextualizarem mais o conceito, poderão vir a considerar um maior número de variáveis,

tanto no que diz respeito às variáveis intrínsecas aos indivíduos, como as relativas aos sectores da saúde, educacional e cultural.

No que respeita aos instrumentos de literacia em saúde populacionais, Guzys e seus colegas (Guzys et al, 2015) levaram a cabo uma revisão sistemática dos estudos destinados à construção de instrumentos de “literacia em saúde geral”, que tivessem sido desenvolvidos entre 2009 e 2014.

Os investigadores analisaram 17 instrumentos, construídos com o objetivo de avaliar as competências de procura, compreensão, avaliação, comunicação e uso de informação, relacionada com a saúde e a sua aplicação nas decisões sobre saúde.

Segundo os autores do estudo verifica-se, nos anos estudados, um aumento das medidas baseadas em constructos multidimensionais, que constituíram mais de dois terços dos instrumentos analisados, e que consideraram uma variedade de domínios da literacia em saúde como: a procura de informação de saúde, a comunicação entre médico e paciente, a interação com o sistema de saúde e a consciência dos direitos e deveres dos pacientes.

Entre os 17 estudos analisados, 5 recorreram a medidas objetivas (como a resolução de tarefas de literacia impressa e a realização de exercícios de numeracia ou de tarefas de literacia oral), outros 5 estudos utilizaram medidas subjetivas, baseadas na autoperceção dos inquiridos, e os restantes 7 estudos utilizaram uma abordagem mista, que combinou as duas metodologias.

No que se refere aos estudos que desenvolveram instrumentos baseados em medidas de literacia em saúde objetivas, a grande maioria destes recorreu a medidas de literacia em saúde já existentes e validadas, como é o caso do *TOHFLA* (Parker et al.; 1995), do *REALM* (Davis et al., 1993) e do *Newest Vital Sign* (Weiss et al., 2005).

Os autores detetaram ainda uma associação positiva entre o número de dimensões da literacia em saúde, contempladas no modelo teórico, e o recurso a indicadores subjetivos. Ou seja, quanto mais abrangente e multidimensional foi a definição adotada pelo estudo, mais o instrumento utilizado se baseou em indicadores subjetivos, nomeadamente no autorrelato dos indivíduos sobre as suas competências de literacia em saúde.

No que se refere aos instrumentos mistos, construídos numa lógica de combinação entre indicadores diretos e indiretos, contam-se entre estes o *Health Literacy Skills*

instrument (HLSI) (Ban net al, 2012) e o European Health Literacy Survey (HLS-EU) (Sorensen et al., 2012).

O *Health Literacy Skills instrument (HLSI)* mede, através de 20 indicadores diretos, um conjunto de competências de procura de informação, seja esta escrita, oral, quantitativa ou proveniente da *internet*, e termina com 8 itens de auto-avaliação referentes às competências mensuradas de forma direta, na primeira parte do instrumento.

O *European Health Literacy Survey (HLS-EU)* por seu lado, utiliza o *Newest Vital Sign* como medida direta, e desenvolve 47 *itens* de autorrelato relativos a competências de literacia auto-percepcionadas. Trata-se de questões sobre a facilidade ou dificuldade com que os inquiridos realizam várias actividades relacionadas com a saúde, e não de questões baseadas em indicadores aproximados, como é o caso da pergunta:- “ quantas vezes, necessitou de ajuda para preencher o formulário de marcação de consultas?”, sendo que as últimas diminuem consideravelmente a subjectividade inerente à auto-avaliação.

Estas e outras problemáticas têm dificultado as várias diligências no sentido de construir um instrumento de literacia em saúde (geral) capaz de abranger a amplitude que o conceito conquistou nos últimos anos, ao sair do jugo do *setting* clínico, e ao ultrapassar o âmbito das meras competências individuais de literacia.

Ainda no que se refere à investigação levada a cabo por Guzys e colegas, o facto destes autores se terem debruçado sobre estudos que utilizaram metodologias mistas para construir instrumentos de literacia em saúde, permitiu aferir a correlação entre os resultados obtidos através das medidas diretas, e os resultados obtidos através das medidas indiretas (de autorrelato). Os investigadores concluíram existir uma falta de coerência estatisticamente significativa entre os dois métodos de avaliação utilizados.

Neste sentido, apesar de na última década se terem realizado alterações importantes ao conceito de literacia em saúde, integrando-lhe aspetos associados aos determinantes sociais e à carga imposta pelo sector da saúde e pela conjuntura social aos indivíduos no que se refere à sua saúde, os instrumentos utilizados para medir o conceito carecem ainda de profunda investigação e desenvolvimento.

A literacia em saúde parece beneficiar atualmente de uma maior cooperação entre as diferentes disciplinas que a integram, e poderá estar a iniciar um ciclo de complementaridade profícua entre instrumentos mais especializados, destinados a

mensurar a literacia em saúde em contextos mais específicos, e instrumentos mais gerais e integradores, que visam abarcar a globalidade do fenómeno.

Segundo o *Institute of Medicine*, os futuros instrumentos de literacia em saúde devem possibilitar aos investigadores estabelecer e monitorizar a dimensão do fenómeno, devem ser capazes de medir suas alterações ao longo do tempo, devem permitir estabelecer relações entre literacia em saúde e resultados de saúde, devem identificar os fatores intervenientes nos processos associados ao fenómeno e por último, mas não menos importante, devem conseguir medir a efetividade das intervenções na área (IOM, 2003, p.52)

Para a referida entidade, no sentido de continuar a produzir avanços na área, será necessário levar a cabo estudos multidimensionais (que considerem as capacidades cívicas, científicas, culturais críticas e comunicativas), e valorizar os contributos dos estudos compreensivos, baseados em metodologias de investigação social para, numa lógica de complementaridade, se atingirem perspetivas verdadeiramente integradoras (Ibidem, 2003).

3- Promoção da saúde

3.1-Promoção da saúde história e significados

Na conferência de Ottawa, em 1986, a promoção da saúde é definida como: “o processo que visa criar condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlarem a sua saúde e a dos grupos em que se inserem, e agir sobre os fatores que a influenciam” (WHO, 1991).

Para Acheson, a saúde pública consiste então na ciência e na arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde, através de esforços organizados da sociedade (Acheson, 1988 in: Loureiro, 2010), e engloba intervenções a nível organizacional, político e económico que se destinam a facilitar mudanças no comportamento e no ambiente, conducentes à saúde (U.S Department of Health, Education and welfare, 1979 in: Loureiro, 2010).

Neste contexto de reivindicação de uma maior abrangência da disciplina, a promoção da saúde passa a integrar para além da educação para a saúde, instrumento por excelência da saúde pública tradicional, as intervenções para a melhoria das condições de vida das pessoas que, segundo Loureiro (2015), deveriam visar o acesso facilitado a escolhas saudáveis, para o que é, muitas vezes, necessária a ação política.

Tal perspetiva implica uma rutura com os modelos tradicionais de saúde pública, associados a uma abordagem estritamente biomédica e centrados quase exclusivamente no comportamento individual, que negligenciaram uma contextualização social fundamental, e menosprezaram assim o peso dos determinantes sociais para a saúde das populações.

Trata-se de viabilizar todos “os processos que favorecem a capacidade dos indivíduos e dos grupos para controlarem as variáveis que condicionam a sua própria saúde” (Diaz, 2008, p.2), no sentido em que estes constituem parte integrante da saúde pública e integram vetores fundamentais da prevenção primária.

Esta nova conceção de promoção da saúde resulta de um longo processo histórico, do qual a redação da carta dos direitos humanos, em 1948, constitui um marco fundamental. Com efeito, foi neste documento que se reconheceu pela primeira vez a

saúde como um direito fundamental, e se deu origem a uma série de diligências em prol da saúde e da reivindicação de controlo crescente sobre os seus determinantes sociais.

A saúde foi então, através do referido documento, considerada um recurso fundamental para o desenvolvimento das comunidades, e começaram a ser desenvolvidos esforços no sentido de alterar um paradigma unicamente centrado na educação sanitária e na responsabilização exclusiva dos indivíduos pelo seu estado de saúde.

Outro fator fundamental para o desenvolvimento da promoção da saúde ocorreu nos anos 50 e 60, nos países ocidentais, onde a epidemiologia das doenças crónicas começou a ultrapassar a epidemiologia das doenças infecciosas, e pôs em causa a capacidade e a eficácia das estratégias tradicionais da promoção da saúde para fazer face a este novo fenómeno.

No referido período começa a tornar-se evidente que os modelos causais de Henle-Koche, decorrentes da abordagem tradicional inerente ao paradigma patogénico que haviam sido eficazes no combate às doenças infecciosas, se tornavam obsoletos no que respeita ao delineamento de estratégias para combater a epidemia de doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares e o cancro.

No sentido de colmatar a referida lacuna, surgem em 1970 noções até então inexistentes no meio médico, como o conceito de modelo causal de McMahon e Pugh e as ideias de multicausalidade. Tenta então estabelecer-se relações entre os comportamentos e as doenças crónicas, no sentido de desenvolver programas efetivos de combate a estas doenças.

Contudo, a forte ligação da saúde pública à epidemiologia e ao modelo biomédico contribuíram para que o objeto de análise desta disciplina continuasse demasiado centrado no comportamento individual, sendo que as novas estratégias desta disciplina se restringiram unicamente à procura dos fatores de risco das doenças crónicas.

Retratando esta fase da saúde pública Diaz comenta: “tal como o período higienista pretendia esterilizar e desinfetar, o período da epidemiologia das doenças crónicas pretendia modificar comportamentos individuais” (Diaz, 2008, p.3).

Consequentemente, em meados do séc. XX, a proposta da saúde pública era intervir na comunidade retomando a educação sanitária desenvolvida nos anos 20. Se nas primeiras décadas do século a educação sanitária se destinava à profilaxia individual, à

melhoria da nutrição infantil e à introdução da higiene pessoal, três décadas depois ela vê-se redirecionada para o combate aos fatores de risco.

Esta revitalização da tradição higienista vai contudo conhecer várias críticas nos anos 70, momento em que se tornou visível a ineficácia de muitos programas de educação tradicional para a alteração de condutas. Estas limitações foram particularmente sentidas no que diz respeito aos comportamentos aditivos, como o consumo do álcool e do tabaco.

Para além da ineficiência dos referidos programas para a mudança comportamental, criticou-se na altura o tom autoritário que este tipo de intervenções tinha herdado do movimento sanitário do séc. XIX. Com efeito, a atitude paternalista e autoritária característica da educação sanitária não só não facilita a mudança comportamental, como resulta numa culpabilização indevida dos indivíduos, que não é coadunável com os valores das sociedades democráticas do séc. XXI.

Começa então a considerar-se que o modelo biomédico é ineficaz para fazer face por si só aos novos desafios da saúde pública. A este descontentamento com as abordagens biomédicas tradicionais acresce a tomada de consciência de alguns fenómenos sociais negativos associados a este modelo, como é por exemplo o caso da medicalização da sociedade e da iatrogénese (Illich, 1976).

Neste sentido também Labonte e Penfold, ainda na década de 70, alertam para o facto da promoção de saúde *behaviorista*, ao escamotear a importância dos determinantes sociais da doença, estar a contribuir para a legitimação de políticas socialmente restritivas, e para a culpabilização das próprias vítimas de um sistema iníquo.

Como consequência desta consciencialização acerca das limitações relativas às estratégias tradicionais da saúde pública, e perante as referidas críticas à disciplina, esta sentiu a necessidade de adotar instrumentos mais complexos, capazes de servir tanto as populações como os decisores políticos. Tornou-se assim evidente a necessária dimensão política da promoção da saúde.

Demonstraram-se assim os paradoxos sociais e os conflitos de interesses associados tanto às políticas sociais em geral, como às políticas de saúde em concreto. Um exemplo paradigmático foi a pretensão dos governos de reduzirem o consumo de tabaco sem abdicar dos lucros fiscais da sua comercialização.

Outra mudança fundamental para a promoção da saúde deu-se ainda em 1974, através do relatório Lalonde. Neste promove-se uma visão da saúde que vai para além do

tradicional sistema de saúde, e determinam-se como os quatro pilares da saúde: a biologia, o ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência sanitária. O relatório sublinha ainda a necessidade da saúde pública priorizar a atenção aos segmentos da população expostos a um maior risco (Lalonde, 1974)

Já em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde constituiu outro marco importante da história da promoção da saúde. Nesta reunião, Hadfen Mahler enfatizou a importância da proximidade dos cuidados, e colocou a equidade nas agendas política e da saúde, através do movimento dos cuidados de saúde primários e das metas da “Saúde para todos no ano 2000”.

Retomaram-se então conceitos como o de “prevenção primordial”, baseada no modelo medicalizado de Clark (Clark, 2014 in: Loureiro 2010), procuraram-se modelos de intervenção mais amplos do que a educação sanitária, e conferiu-se uma maior importância às políticas para a ação sanitária.

Tal como nos anos 20, volta a atribuir-se grande importância ao ambiente físico, social e cultural. Neste sentido estabelece-se uma reivindicação política destinada à diminuição das assimetrias no sector da saúde, nomeadamente através da adoção e da aplicação do conceito de *empowerment* proveniente da teoria feminista.

Ainda em 1977, a OMS enumerou os requisitos necessários aos profissionais de Saúde Pública e à informação nesta área. Segundo esta, os profissionais de saúde pública necessitariam de se dotar de competências e atitudes de cuidador, de decisor, de comunicador, de líder comunitário e de gestor, devendo manter-se abertos ao reconhecimento e à importância da cooperação com outras entidades sociais, no sentido de uma melhor intervenção em saúde pública (Loureiro, 2008).

Um ano depois, em Alma Ata, dá-se início à Estratégia Global da Saúde Para Todos, resultante de uma reunião organizada pela OMS e pela UNICEF, e que significou em termos políticos o apoio à equidade e aos sistemas nacionais de saúde, e em termos técnicos um apelo à complementação das orientações médicas e terapêuticas, que por si só se teriam tornado insuficientes.

Como resultado das mudanças materializadas em Alma Ata, a saúde pública dos anos 80 defende a participação como forma de incorporar a complexidade e a democracia na sua prática. Estabelece-se então o termo de Nova Saúde Pública, que pretende reformar os serviços sanitários.

As principais ambições da Nova Saúde Pública podem ser descritas, de forma resumida como: um maior ênfase na atenção primária; um comprometimento com a democratização através da participação comunitária; a promoção da ação intersectorial, e a defesa de uma reorientação das intervenções, de modo a que estas foquem essencialmente a saúde, e não apenas a doença.

A Nova saúde pública pretende ainda unir a informação e a ação, numa integração das atividades de vigilância epidemiológicas tradicionais com a vigilância da saúde pública, no sentido da defesa da saúde. O *status* do profissional de saúde pública passa assim a implicar um papel ativo no que diz respeito à defesa da saúde da população ou da comunidade.

No referido contexto, surgem novas linhas de pensamento e concepções holistas da saúde. Entre estas encontram-se a obra de Antonovsky sobre a salutogénese divulgada em 1985, e a obra de Blum sobre planificação para a saúde, publicada em 1987. Ambos os autores representam as primeiras tentativas concretas de mudança paradigmática na área da saúde, e pretendiam alcançar mudanças no sistema sanitário de forma a ir para além dos tratamentos curativos.

Deste modo e através tanto da teoria da mudança social como de uma forte oposição ao cartesianismo, Blum introduziu na área da saúde os conceitos de ação intersectorial, de participação e de desenvolvimento comunitário, que mais tarde viriam a constituir a base da promoção da saúde.

Antonovsky, por seu lado, legou à saúde pública a visão de que esta se deveria debruçar sobre os estados de plenitude, e não apenas sobre a doença. Segundo o autor, o objetivo final deveria ser sempre a saúde plena, e não apenas um estado de ausência de sintomas. Nesta lógica, seria mais produtivo incentivar estados de plenitude do que proibir uma série de comportamentos potencialmente patogénicos.

Integrando as referidas considerações teóricas, a Promoção de Saúde passa a centrar-se nas principais estratégias definidas em Ottawa, em 1986, nomeadamente: a construção de políticas públicas saudáveis; o desenvolvimento de ambientes de suporte; o aumento da participação comunitária; a estimulação de competências pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), as estratégias enumeradas baseiam-se em sete princípios básicos da promoção da Saúde: o

empowerment ou a capacitação do cidadão; a participação comunitária; a perspectiva holística do ser humano; a intersectorialidade; a valorização da equidade; a sustentabilidade, e por fim o carácter multiestratégico. Este último presente na complementaridade entre as abordagens política, organizacional, educativa, comunitária, etc.

Consequentemente, a promoção da saúde estava cada vez mais longe de se restringir à educação para a saúde, abraçando a acção política, e ultrapassando o mero evitamento de fatores de risco, para passar também, segundo Loureiro, a perseguir o potenciamento dos fatores protetores e o desenvolvimento das capacidades e dos recursos existentes, no sentido de alcançar um maior bem-estar (Loureiro, 2008).

O conceito de *empowerment*, defendido a partir de Otawa, recusou assim o tom autoritário da educação higienista e a culpabilização dos indivíduos que se lhe associa, e estabelece o direito dos sujeitos e dos grupos controlarem os determinantes da sua saúde. Não se trata de dizer às pessoas o que devem ou não fazer, mas sim de capacitá-las para uma gestão mais autónoma da sua saúde, dos serviços sanitários e da tecnologia e informação médicas.

Esta noção de *empowerment*, que confere autonomia e capacidade crítica ao indivíduo, está fortemente enraizada tanto nas ideias de Paulo Freire, como no trabalho de Ivan Illich. São exemplos destas práticas promotoras do *empowerment* os grupos de entreajuda, os autocuidados, as redes sociais e o reforço comunitário.

Uma outra ideia-chave da Nova Saúde Pública surge com Nancy Milio, ainda nos anos 80, e consiste no conceito de políticas públicas saudáveis. Este conceito tornou-se uma referência imprescindível para a atuação intersectorial. Parte-se do pressuposto que as decisões dos indivíduos influenciam a sua saúde, mas são também, por sua vez influenciadas pelas políticas públicas e corporativas.

Será então imperioso desenvolver políticas públicas saudáveis e dota-las de capacidade para influenciar as políticas corporativas. Esta nova função da promoção da saúde ficou conhecida, através da carta de Otawa por *mediação*. Segundo Diaz (2008), trata-se de mediar a implementação de políticas públicas saudáveis, utilizando ferramentas democráticas e adequadas à sociedade da informação, como é o exemplo da defesa da saúde e do trabalho, no sentido da autonomização do indivíduo.

Consequentemente, a informação produzida pela Nova Saúde Pública, devido à sua visibilidade política e ao seu impacto, tem obrigatoriamente que cumprir três requisitos fundamentais: 1) ser fácil de recolher, de utilizar e de entender, tanto pela população em geral, como pelos decisores políticos; 2) ser capaz de estimular a mudança; e 3) estar relacionada com a promoção da saúde, no sentido definido pela carta de Ottawa.

Surgiram assim projetos como os relatórios periódicos de saúde. Estes facultam informações sobre dados de saúde e pretendem-se acessíveis, tanto para os decisores, como para população em geral, sendo normalmente divulgados através dos meios de comunicação de massas. Trata-se de “desenvolver processos de prestação de contas públicos que exponham os programas e as atuações de modo a que a saúde pública faça parte da agenda dos decisores e do interesse dos cidadãos, e de modo a favorecer um clima social favorável ao desenvolvimento de políticas públicas” (Diaz, 2008, p.4).

Ficam assim centralizados na prática da Nova Saúde Pública a capacitação e o *empowerment*, tanto no que diz respeito aos indivíduos, como às comunidades. Sublinha-se a importância da literacia da saúde, da participação dos indivíduos nas decisões sobre a sua própria saúde, e do envolvimento de todos os sectores da sociedade na prossecução de políticas de saúde saudáveis.

Neste sentido, a justiça social, a equidade, a educação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais são considerados requisitos essenciais à saúde das populações.

3.2 O conceito de *Empowerment*

O *empowerment* constitui o eixo central da Promoção da Saúde e consiste na “procura que os grupos e os indivíduos aumentem o controlo sobre os determinantes da saúde de modo a obterem uma saúde melhor” (Carvalho, 2004, p 1093).

Este conceito aparentemente simples, pode no entanto ser controverso, uma vez que possui dois sentidos distintos, com consequências muito diferentes ao nível das estratégias de intervenção em saúde. De facto, a expressão pode referir-se a dois tipos de *empowerment* diferentes: ao *empowerment* psicológico, ou ao *empowerment* comunitário.

Segundo Riger, o *empowerment* psicológico consiste num processo que visa conferir aos indivíduos um sentimento de maior controlo sobre a própria vida. Trata-se de dotar a pessoa de independência e de autoconfiança, no sentido de uma maior adaptação ao meio, e de um reforço da sua autoestima (Riger,1993 in: Carvalho, 2004).

Um exemplo da aplicação deste *empowerment* psicológico à área da saúde é, por exemplo, a educação para a consciência sanitária. Este tipo de intervenção pretende dotar o indivíduo de conhecimentos e de competências necessárias para levar a cabo comportamentos específicos.

Uma vez que o *empowerment* individual consiste na transmissão de um repertório comportamental fixo, e que não atende às perceções e capacidades críticas individuais, este modelo de capacitação poderá, segundo Weissberg, constituir uma falsa sensação de poder, e contribuir para a manutenção acrítica de políticas macrossociais (Weissberg,1999 in: Carvalho, 2004).

Também segundo Carvalho (Carvalho, 2004), apesar desta forma de *empowerment* psicológico poder ser um recurso valioso em determinadas circunstâncias, ela pode constituir uma forma vaga de controlo e de regulação social que mantém o *Status Quo*, ao mesmo tempo que negligencia as iniquidades sociais existentes.

Ao responsabilizar unicamente os indivíduos pelos seus resultados de saúde, o *empowerment individual* pode ser utilizado para justificar a diminuição (ou o retrocesso) da prestação de serviços sociais ou de serviços de saúde. Trata-se de uma estratégia de justificação da diminuição de prestação de serviços estatais à comunidade, através da delegação de várias das suas responsabilidades e procedimentos aos próprios indivíduos.

Contrariamente ao *empowerment individual*, o *empowerment comunitário* confere autonomia e capacidade crítica ao indivíduo. Este último conceito está ancorado nas ideias de Paulo Freire (Damke, 1995) e de Ivan Illich (Illich & Sander, 1988), e traduz-se num modelo de atuação favorecedor das escolhas individuais e grupais, e denunciante da culpabilização do indivíduo e das atitudes paternalistas e autoritárias, desenvolvidas pela saúde pública tradicional.

Mais do que repetir informações e induzir determinados comportamentos, o *empowerment* comunitário procura apoiar as pessoas e os coletivos na realização das suas próprias análises, para que estes tomem as decisões que considerem corretas, e desenvolvam a consciência crítica e capacidades de intervenção sobre a realidade.

Segundo a pedagogia de Freire, trata-se de usar a educação como prática para a liberdade, trata-se de romper com os métodos educativos baseados no exercício de poder sobre o outro e de os substituir por métodos que valorizem o debate, a discussão de ideias e a troca de opiniões e de conceitos, no sentido da criação de soluções para os problemas.

Neste sentido, criticam-se as concepções *behavioristas do empowerment*, e defende-se uma perspetiva onde os indivíduos são ativos na construção do seu conhecimento e nos processos de assimilação da informação. Procura-se desenvolver as capacidades críticas e reflexivas individuais e complementar as práticas de educação para a saúde com intervenções ao nível das políticas públicas, no sentido de alcançar uma maior equidade e de reduzir assimetrias de poder e de recursos.

O processo de *empowerment comunitário* é, para Labonte e Rissel (Carvalho, 2004), um *continuum* onde se encontram as várias dimensões da vida em sociedade: a dimensão intrapsíquica; a intersubjectiva; a familiar; a comunitária e a étnico-cultural. Integra-se, deste modo o nível individual e o nível macro, numa reunião entre a experiência subjetiva do *empowerment* psicológico e a realidade objetiva, inerente às condições estruturais.

Uma vez que o objetivo do *empowerment comunitário* consiste em *que* os indivíduos e os coletivos desenvolvam competências para uma participação ativa na vida em sociedade, este conceito apela, em última análise, à conciliação entre o funcionamento das macroestruturas e a ação dos sujeitos individuais e coletivos. Trata-se de promover a percepção de poder pessoal, mas também de estimular um pensamento reflexivo sobre a

ação política, e sobre o necessário enquadramento dos problemas de saúde no seu contexto social, político e económico.

Tendo em conta a referida distinção entre *empowerment individual* e comunitário, deve refletir-se cuidadosamente sobre algumas estratégias desenvolvidas atualmente pela promoção da saúde, nomeadamente no que diz respeito à educação alimentar, ao desenvolvimento de dietas e à regulação do exercício físico para prevenção ou redução da obesidade, uma vez que estas se podem tornar fatores paradoxais.

De facto, alguns programas ditos de promoção da saúde podem contribuir para um incremento da saúde dos indivíduos, mas constituir simultaneamente práticas de controlo sobre estes. Estas intervenções podem ainda servir para justificar uma redução dos programas de intervenção social e de saúde, atribuindo ao indivíduo a exclusiva responsabilidade dos seus resultados de saúde, como o excesso de peso e a obesidade, e descurando assim os determinantes sociais de saúde.

Uma outra limitação herdada das concepções *behavioristas do empowerment* diz respeito ao dualismo cartesiano. Com efeito, o *empowerment* continua a estar principalmente associado ao desenvolvimento de conhecimentos e de competências cognitivas, negligenciando-se a dimensão corporal, fundamental às abordagens holistas e à salutogénese.

Um dos autores que aborda a lacuna de uma integração efetiva da dimensão corporal nos processos de aprendizagem é Habermas (Habermas,1987). Este autor critica a atual hegemonia da racionalidade que instrumentaliza, despersonaliza e objetiva demasiadamente a aprendizagem, e apela ao atender da componente comunicativa, dos valores interpessoais, e da intersubjectividade inerentes a este processo.

Esta componente comunicativa e intersubjetiva da aprendizagem, que resulta da reintegração da sua dimensão corporal e vivencial, é raramente abordada em saúde pública dado a sua difícil operacionalização através dos discursos racionalizados da pedagogia e da medicina. Contudo, estas questões são de grande importância para a promoção da saúde e para a transição para um paradigma salutogénico.

Ao suprimir uma vasta gama de perceções, vivências e intuições, dificilmente explicáveis na linguagem médica ortodoxa mas fundamentais para uma conceção verdadeiramente salutogénica da saúde, está-se a excluir uma dimensão do ser humano sem a qual não será possível ser saudável. Esta amputação da corporalidade e da

sensorialidade, conseqüente de uma excessiva confiança na racionalidade e no poder da informação, contribuiu para que diariamente os cidadãos menosprezem os seus sinais corporais, e ultrapassem os seus limites biológicos.

Com efeito, no seu dia-a-dia, o cidadão ocidental do séc. XXI menospreza uma extensa panóplia de sinais corporais, desaproveitando assim a sua função adaptativa. Neste sentido, hoje em dia é frequente desatender a sensações como a sensação de saciedade, de cansaço, de sede, a necessidade de movimento, os sinais de ansiedade e outras sensações corporais, como as intuições.

Do referido resulta que a promoção de saúde tem actualmente também que ensinar a comer, a dormir, a empatizar com um filho, a fazer exercício etc... Trata-se de providenciar regras que substituam todo o conjunto de funções corporais que progressivamente foram sendo alienadas dos indivíduos, através de uma cultura de consumo compulsivo de informação e de bens.

Perspetivando uma reconexão dos indivíduos ao seu biológico e ao corporal, a promoção da saúde deverá pensar cuidadosamente nos seus instrumentos de *empowerment* e no tipo de informação que veicula, no sentido de não perpetuar uma estrutura social que contribui para um contínuo afastamento entre as pessoas e a sua corporalidade.

Será fundamental gerir corretamente a quantidade e a qualidade da informação providenciada pela promoção da saúde ao cidadão, no sentido de se veicularem os conhecimentos necessários à gestão da saúde, mas também de modo a permitir a criação de novos espaços para sentir, para pensar e para agir (individual e coletivamente) no sentido da saúde.

Trata-se de (re)criar uma recetividade aos estímulos internos onde se possa dar a reapropriação da dimensão corporal, sendo que para isso será necessário que a informação da saúde pública não corrobore o excesso de informação e de “estimulação externa”, que está a ter conseqüências tão doentias como o desatender da própria corporalidade, da reflexividade e do pensamento crítico.

Este novo paradigma salutogénico terá de ultrapassar dualismos, concepções estáticas e especializações redutoras. Trata-se de uma transição que implicará a gestão simultânea de duas estruturas de pensamento fundamentalmente distintas. Trata-se, nos

próximos tempos, de responder à questão de como instituir um novo paradigma sob as estruturas de um paradigma ultrapassado.

3.3-Promoção da saúde e modelos teóricos

Apesar das mudanças aportadas pela promoção da saúde à saúde pública e à crescente importância conferida à salutogênese e aos seus determinantes sociais, vários autores defendem que os objetivos e as estratégias estabelecidos na carta de Ottawa em 1986, continuam em muitos países ou por alcançar, ou sem uma sólida implementação.

Segundo Loureiro, (2008) alguns dos fatores que têm contribuído para uma incompleta implementação dos princípios de Ottawa são: a falta de competências na concretização de políticas; a existência de várias lacunas ao nível da capacitação dos cidadãos e nas redes de aprendizagem e; a falta de responsabilidade social e de colaboração intersectorial.

Para Potvin, (Potvin et al., 2005) tal atraso na instituição dos novos paradigmas da saúde pública deve-se ao facto de esta disciplina ainda estar demasiado arraigada às suas bases científicas tradicionais. O projeto de transitar de uma saúde pública com uma orientação exclusivamente biomédica, para uma orientação social, não poderá ser levado a cabo apenas pelas disciplinas da saúde pública tradicionais como a epidemiologia, os modelos de ciência biomédica, a psicologia comportamental ou a administração pública.

Tanto o *empowerment* como a participação comunitária, instrumentos por excelência da promoção da saúde, inserem-se numa dinâmica social não redutível às leis *behavioristas* ou ao determinismo dos fatores de risco individuais. No entanto, não foram ainda estabelecidos nem os modelos teóricos capazes de conceptualizar esta dimensão social e relacional da saúde pública, nem os instrumentos necessários para uma implementação sólida dos princípios de Ottawa.

No artigo *Integrating Social Theory Into Public Health Practice*, Potvin e os seus colaboradores, (Ibidem) alegam que a saúde pública ainda não adotou, da teoria social, todos os constructos necessários para uma atualização produtiva das suas bases teóricas. Os autores alertam ainda para que este facto possa resultar da existência de um conflito entre a base científica tradicional da saúde pública e as mais recentes e inovadoras práticas desta disciplina.

Apenas através da integração de vários instrumentos teóricos, provenientes da teoria social, a saúde pública poderá contemplar os determinantes sociais da saúde e elaborar uma teoria reflexiva que permita avaliar os programas estabelecidos. Não se trata de renegar as importantes contribuições das ciências biomédicas, mas de valorizar a pluralidade dos saberes e o reconhecimento de projetos integradores, no sentido de fazer face a fenômenos cada vez mais complexos, como são a saúde das populações e das comunidades.

Pretende-se a criação de uma epistemologia reflexiva, capaz de resolver o dilema objetivista/subjetivista e de considerar o ser humano na sua globalidade. Trata-se de empreender na construção de modelos teóricos que possibilitem a emergência de práticas da saúde pública não coniventes com os ainda demasiado arraigados positivismo e racionalismo.

Trata-se de promover uma maior flexibilidade, empatia e criatividade, necessárias à implementação de novas práticas participativas, e de mudança social com vista à saúde o que, no ponto de vista de Potvin e colegas, pode ser alcançado através de metodologias provenientes das ciências sociais como a *grounded theory* (Ibidem).

Sob esta perspectiva, as metodologias de investigação que estabelecem procedimentos demasiado rígidos e deterministas não podem servir a saúde pública em exclusividade. É fundamental flexibilizar os modelos de intervenção e de investigação de modo a permitir uma constante adaptação às exigentes mudanças que se operam ao nível social. Apenas assim será possível o estabelecimento de novas parcerias que sustentem práticas inovadoras e exequíveis.

Com efeito, a sociedade atual depara-se com problemáticas de saúde bem diferentes das vividas aquando o desenvolvimento da educação sanitária. Um exemplo reside no crescente envelhecimento da população e no aumento exponencial das doenças crónicas que atingirão, em 2020 os 65% da população mundial e tornaram evidente a urgência em repensar as estratégias de intervenção relativas à saúde.

Este elevado índice de morbilidade, com etiologia intimamente associada ao estilo de vida, tem vindo a alertar para a extrema importância da qualidade e dos estilos de vida, assim como para os graves problemas sociais com que a sociedade ocidental se depara, nomeadamente: a globalização e urbanização mal geridas; a ameaça de epidemias; os

atentados à segurança alimentar; o impacto das alterações climáticas, as tensões sociais e conflitos internacionais e a incerteza geral relativamente ao futuro.

Tornou-se imperativo o envolvimento da comunidade, tanto na proteção como na promoção da saúde, assim como na tomada de decisões que implicam um elevado nível de incerteza, ou mesmo de ameaça. Estas estratégias de participação ativa dos cidadãos são fundamentais também para travar a crescente demanda dos serviços de saúde, freando um ciclo que conduzirá necessariamente à insustentabilidade.

Neste sentido, a promoção da saúde deverá encarregar-se da produção de informação adequada, não negligenciando os aspetos da sua acessibilidade, o nível de literacia com que esta está redigida ou a sua adequação cultural. Esta informação deverá ser especialmente cuidada no que se refere às populações de baixa escolaridade e às minorias no sentido de não se reforçarem iniquidades em saúde.

Isto permitirá aumentar os níveis de literacia em saúde das populações mas também promover a capacidade destas para refletirem nos determinantes sociais da saúde e intervirem em prol da saúde individual e comunitária, de uma forma cada vez mais autónoma e participada, desenvolvendo ações de carácter comunitário fundamentais à promoção da saúde.

A informação em saúde, centrada nesta participação do indivíduo e da comunidade, deve abrir caminho a novas formas de comunicação e de transmissão das mensagens promotoras de estilos de vida saudáveis. Trata-se de abrir caminho a formas mais criativas de aprendizagem, assim como aos contributos do Marketing social e da linguística.

4- *Plain language*

4.1-O movimento *plain language*

O movimento do *plain language* pretende adereçar o desajuste que existe entre a elevada complexidade da informação de utilidade pública e as competências das populações-alvo. Preconiza o desenvolvimento de uma linguagem simples, centrada no recetor e facilmente perceptível, mesmo por pessoas que não possuam mais de 6 anos de escolaridade.

O *plain language* estabelece que a informação escrita deve ser redigida de tal modo que uma pessoa operante e motivada tenha grande possibilidade de compreender o documento à primeira leitura, e no sentido em que o autor pretende que seja entendido (Steinberg, 1991).

Trata-se de uma linguagem que envolve todos os elementos do documento: o conteúdo; a linguagem; a estrutura e o *design*, e tem como principal objectivo possibilitar que o leitor utilize a informação para seu próprio propósito. Pretende-se que a informação seja facilmente compreensível e “usável”. O que, tal como Cheek afirma (Cheek 2007, in: Petelin, 2010), é mais fácil de assegurar quando se testa o documento com a própria população-alvo.

Os estudos indicam que o *plain language* aumenta a compreensão e a adesão às recomendações veiculadas, (Petelin, 2010) suscita mais atitudes positivas face aos materiais e poupa recursos financeiros (Mowat, 2007). Para autores como Petelin, o uso do *plain language* em documentos de utilidade pública é também “um modo de aquisição de democracia, equidade, transparência e autenticidade” (Petelin, 2010, p. 206).

Segundo Dewalt, (Dewalt, 2009) o *plain language* constitui um tipo de linguagem que é preferido não apenas pelas populações com baixa literacia, como também pelas populações mais literadas. O excesso de informação que os cidadãos da “era da informação” têm que gerir para assegurar o “alfabetismo funcional” (Castells,1986) constitui um dos motivos para esta preferência, dado o carácter direto, claro e sucinto do *plain language*.

As primeiras iniciativas com vista à promoção do *plain language* tiveram origem na América do Norte e no Reino Unido, nos anos 70, através da divulgação de uma série de panfletos e de guias para a produção de uma informação mais clara e direta. Contudo, nos anos 80 estes esforços estenderam-se às esferas legais, governamental, académica e aos negócios em países como o Canadá, a Austrália e os E.U.A. Mais recentemente o movimento chegou à Europa, Índia, México, Nova Zelândia, Singapura, Hong Kong e à África do Sul.

De forma geral, as agências e instituições governamentais estiveram entre as primeiras entidades a suportar a causa da simplificação e da clarificação da linguagem. Estes esforços foram no início particularmente pertinentes na área legal, e no que se refere à informação contida em contratos ou emitida pelos bancos, considerada então como uma “linguagem turva”. Posteriormente, o *plain language* visou com a mesma veemência toda a informação de utilidade pública, nomeadamente a informação sobre saúde.

Devido à diversidade de iniciativas e de entidades a suportar a referida causa, tanto ao nível oficial como ao nível não oficial, muitos autores consideram que esta falta de unidade entre as várias organizações, associações, companhias privadas e agências governamentais defensoras do *plain language* não permite falar propriamente de um movimento (coeso e único) em prol do *plain language*, mas sim de um somatório de esforços e de iniciativas.

Embora as directrizes do *plain language* sejam na sua maioria consensuais e amplamente sobreponíveis aos princípios desenvolvidos por Joe Kimble (2002) para esta linguagem, existem inúmeros artigos, guias e instruções sobre “como produzir” o *plain language*.

Esta profusão de guia e de tutoriais sobre o *plain language* é adequadamente ilustrada pelas entidades mais influentes nesta matéria, que fornecem estes materiais e vários serviços de assessoria através dos seus sites. São exemplo o *Plain English Campaign*, fundado no Reino Unido, em 1979, a *Plain language Action and Information Network*, reunida em Washington desde 1990 e o *Center for Plain Language*, sediado no Canadá desde 2000.

No que respeita à regulamentação sobre o uso do *plain language* nos documentos oficiais e de utilidade pública, esta evoluiu diferentemente segundo a época e o país. Nos E.U.A, um dos momentos importantes da história da advocacia do *plain language* teve

lugar em 1998, quando o presidente Clinton divulgou um *memorandum* a apelar a todos os departamentos e agências do executivo para utilizarem o *plain language* na informação governamental e federal, uma vez que esta poupava tempo, esforços e dinheiro, tanto ao governo como ao sector privado.

Já em 2010, o *Plain Act of 2010* veio requerer a todas as agências do executivo que usassem o *plain language* em todos os documentos adereçados ao público, incluindo os textos disponibilizados em formato digital. Às referidas agências foi dado um ano para regularizarem a sua informação, de acordo com as *guidelines* desenvolvidas pela *Plain Language Action and Information Network* (www.plainlanguage.gov).

No Reino Unido, a advocacia do *plain language* iniciou-se na década de 70, quando várias instituições governamentais como *Office Of Fair Trading* solicitaram a aplicação desta linguagem a vários contratos. Anos depois, em 1982 o governo divulgou um *white paper* solicitando aos seus vários departamentos que contabilizassem os seus formulários, abolissem aqueles que fossem desnecessários, e clarificassem os restantes. Todos os progressos feitos pelos diferentes departamentos deveriam ser reportados anualmente.

Desde 1979, a *Plain English Campaign* promove a implementação do *plain language* e apela à urgência em abolir o uso do jargão técnico no sector público. Outros países a desenvolver iniciativas e/ou legislação no sentido do uso do *plain language* foram o Canadá, a Suécia, a Austrália e a Finlândia.

Na Europa, em 1997 o *Directorate-General for Translation* (DGT) da Comissão Europeia criou o movimento “*Fight the Fog*” e o guia “*How to Write Clearly*”, pretendendo combater a linguagem hermética e burocrática dos documentos sob tutela desta entidade. Este movimento foi ampliado pela *Clear writing Campaign*, que visa acabar com a escrita “opaca” nos documentos de interesse público de todos os países membros da E.U (Petelin, 2007).

A referida campanha foi estabelecida entre 2010 e 2011, através de diversas fases de implementação. O guia “*How to write clearly*” está presentemente traduzido em 26 idiomas, tem como objetivo a produção de um estilo de escrita mais claro e eficaz entre os estados membros da EU, e promove várias das directrizes do *plain language*.

Na área da saúde, o *plain language* segue a premissa de que a literacia da saúde é uma função partilhada entre as capacidades dos indivíduos e as exigências do sector da saúde. (I.O.M, 2013). A simplificação da linguagem pretende diminuir a excessiva

demanda do sector da saúde, tanto no que se refere à informação escrita e multimédia, como ao nível da comunicação com os profissionais de saúde e das orientações para a “navegabilidade” no sector.

Segundo Wicklund (Wicklund; 2010), o uso do *plain language* na área da saúde contribui para melhorar significativamente aspetos como: a segurança do doente; a decisão partilhada entre profissionais de saúde e pacientes; a adesão aos tratamentos e à medicação; a prevenção de agravamentos de estados de saúde; a realização de consentimentos informados mais esclarecidos, e o rigor dos diagnósticos estabelecidos pelos profissionais de saúde.

Perante os vários estudos demonstrativos das vantagens do uso do *plain language* na área da saúde, tendo ainda em conta os preocupantes níveis de literacia em saúde das populações e face aos desafios com que o sector se confronta atualmente, os esforços no sentido da divulgação da referida linguagem no contexto da saúde têm vindo a intensificar-se nas duas últimas décadas.

Neste sentido, nos E.U.A é frequente os discursos do *Surgeon General* mencionarem a importância da literacia em saúde e do uso do *plain language* como meio de a fomentar. Este suporta ainda diversas iniciativas relacionadas com a temática e ao nível das agências de saúde federais, como é o caso do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e do *National Institute of Health* (NIH).

Estas agências promovem conferências, formação, materiais pedagógicos e desenvolvem parâmetros relativos à informação escrita e à avaliação da sua usabilidade, financiam investigação na área e publicam informação de saúde construída segundo as diretrizes do *plain language*. Outros agentes importantes nesta divulgação do *plain language* têm sido as associações de profissionais e de utentes, as organizações voluntárias, as universidades e alguns grupos farmacêuticos.

No que respeita à divulgação do *plain language* no Canadá, a *Canadian Public Health Association* tem sido pioneira no estabelecimento de incentivos governamentais ao incremento da literacia em saúde e na formação em *plain language*. A associação providencia também materiais pedagógicos, formação e assessoria na produção da referida linguagem. Desenvolveu ainda uma rede nacional de organizações provenientes tanto da área da saúde, como do campo da educação, em prol da literacia em saúde e através da qual se realizam importantes conferências anuais sobre a temática.

Na Europa, a Organização Mundial da Saúde divulgou, em 2013, um relatório intitulado “*Health Literacy: the solid facts*” (OMS, 2013) onde expõe a preocupante dimensão da iliteracia em saúde na Europa, e onde se refere ao *plain language* como uma das primeiras respostas eficazes para fazer face a este fenómeno:

Os sistemas de saúde deveriam considerar estabelecer políticas que promovam a literacia em saúde, na comunicação escrita, multimédia e divulgada na *internet*, como primeira resposta à literacia em saúde. Isto inclui reforçar as abordagens relativas ao *plain language*, na saúde (OMS, 2013, p.51).

Esta tarefa deve, segundo a mesma entidade, ser baseada nas diretrizes e referências existentes sobre a produção da comunicação em *plain language*, uma vez que estas foram construídas com base na evidência, sendo que os materiais produzidos devem ser testados com as populações alvo, tal como sugerido por essas diretrizes.

Em Portugal, apesar da literacia em saúde constituir um objetivo do Plano Nacional de Saúde 2012-2020, não existe nenhuma referência oficial ao uso do *plain language* na área da saúde, e desconhecem-se práticas de simplificação de informação sobre saúde associadas a esta linguagem.

Contudo, no âmbito jurídico, o *Português Claro* tem vindo a ser desenvolvido desde 2007 pela primeira empresa portuguesa a fazer formação e consultoria em *plain language* (Siegel, 2011). A nível governamental, e ainda no âmbito Jurídico, em 2010 a Direção-Geral da Política da Justiça criou o programa *Simplegis*, que pretende simplificar a legislação e produzir guias, em Linguagem Clara, sobre decretos-lei e decretos regulamentares.

Neste sentido será fundamental empreender esforços no sentido da divulgação e da implementação do *plain language* no contexto de saúde Português. Estas iniciativas, que deverão partir de vários parceiros sociais, devem abranger tanto o sector público como o sector privado, envolvendo igualmente a comunidade académica e as associações de profissionais e de doentes, devendo também estabelecer vínculos fortes com as já experientes redes internacionais promotoras do *plain language*.

4.2- O *plain language* como paradigma de comunicação

No que respeita aos paradigmas de comunicação, o *plain language* representa uma mudança significativa. Deixa de se produzir informação centrada na mensagem e nos conhecimentos médicos, para se focar as necessidades de conhecimento da população alvo, no sentido de que estas tenham um dia-a-dia mais promotor de saúde.

Tal mudança é consonante com a rutura com os modelos terminológicos tradicionais que procuravam uma comunicação perentória sobre os temas especializados. As novas vertentes da terminologia (Cabré, 1999); (Gaudin, 1993); (Dubois, 2001), são socialmente orientadas sendo que, segundo DeLara, as formas apriorísticas de categorização são substituídas por categorias funcionais. (De Lara, 2006).

Neste sentido, o foco já não está no carácter representacional da língua mas no seu carácter comunicativo. Este postulado coaduna-se, aliás, com a nova agenda da ciência que, segundo Boaventura Sousa Santos, inclui um atenuar das diferenças entre os discursos científicos e os discursos do senso comum, em função da adoção de um conceito de verdade pragmático (Santos, 1989).

Na escrita em *plain language* a reestruturação da linguagem vai também para além dos processos de vulgarização da ciência, que são normalmente utilizados nos meios de comunicação social, uma vez que estes últimos possuem níveis de *lecturabilidade* situados entre o 10º e o 12º ano de escolaridade, enquanto o primeiro deverá situa-se nos 6 anos de escolaridade.

O *plain language* rege-se pelos critérios da utilidade e da usabilidade da informação. Trata-se de uma “alfabetização científica prática” que contribui para a superação de problemas concretos, tornando o indivíduo apto para resolver, de forma imediata, dificuldades básicas que afetam a sua vida (Germano, 2006).

Neste sentido, a *Plain language Action and Information Network* caracteriza esta linguagem como a comunicação que a população alvo ou os leitores entendem logo na primeira vez que a ouvem ou lêem, e enumera as suas principais características: responder às necessidades do leitor, utilizar estratégias de escrita clara, recorrer a uma linguagem do dia-a-dia, estruturar a mensagem de forma clara e lógica, e utilizar um *layout* e um desenho efetivos.

Segundo Mazur (Mazur, 2000), existe uma grande diferença entre duas das principais abordagens atuais ao *plain language*. A primeira mantendo o foco no leitor, considera como metodologia privilegiada a realização de estudos exploratórios e de testes com as populações-alvo.

Já a segunda abordagem, denominada de metodologia colaborativa, foca a produção das mensagens com a colaboração da população-alvo, em todas as fases do processo. Segundo Penman e Coe (Mazur, 2000), não existem ainda exemplos de *plain language* construído através de metodologias colaborativas.

As principais diretrizes do *plain language* podem organizar-se em seis princípios fundamentais, são eles: i) a produção de mensagens centradas nas necessidades diárias dos recetores; ii) a utilização de regras para uma linguagem simples; iii) a apresentação da informação através de uma sequência lógica; iv) a subdivisão da informação em tópicos fáceis de apreender; v) a utilização de um *layout* promotor da *legibilidade* e finalmente; vi) a produção de ilustrações que facilitam a compreensão das ideias-chave da informação.

Um dos aspetos fundamentais desta linguagem consiste portanto no centramento nas necessidades diárias das populações. Este enfoque difere grandemente dos paradigmas de comunicação em saúde utilizados tradicionalmente, que se centram na transmissão de conhecimentos médicos ou técnicos.

Neste sentido o primeiro grande desafio na produção do *plain language* consiste na identificação e caracterização da população-alvo. Esta fase é essencial porque dela resulta não apenas o conhecimento das rotinas diárias das audiências e das suas necessidades de informação, como das suas vivências e atitudes associadas à temática a abordar.

A caracterização das atitudes, crenças e necessidades diárias das populações-alvo constituem aspetos essenciais, tanto para se conseguir dar resposta às dúvidas das próprias audiências, como no sentido de ultrapassar barreiras às mudanças comportamentais, sejam estas de carácter individual, comunitário ou sistémico, como ainda para a construção de mensagens com adequação cultural.

A correta caracterização das populações-alvo é também um requisito indispensável para a delimitação dos conteúdos, nomeadamente no que diz respeito à restrição da informação apenas aos conteúdos essenciais e à eliminação de todo o tipo de conhecimentos que não possuam utilidade para as rotinas diárias das audiências.

Segundo a *Plain Language Action and Information Network*, uma maneira de evitar a dispersão com informação desnecessária aquando a produção de materiais, é manter sempre presente o objetivo da informação, o tópico a abordar e a audiência, “*Think about your purpose, your topic, and your audience. If content doesn’t further your goals, don’t include it!*” (in: www.plainlanguage.gov).

Tendo delimitado bem o conteúdo a desenvolver, um outro requisito da informação deverá ser a sua correta estruturação e disposição, devendo esta ser disposta numa sequência que facilite a aprendizagem. Ou seja, a sequência da mensagem deve ser lógica para o leitor, e não apenas para o seu autor. Para além do referido, o *plain language* obedece ainda a uma série de regras para uma escrita clara, direta e sucinta.

Entre as regras para produção de linguagem clara encontram-se: o emprego de palavras que a audiência use diariamente; a abolição de jargão técnico, de siglas e de abreviaturas; a redação de frases e de parágrafos curtos; o uso de tempos verbais simples, a construção de frases na voz ativa, e o emprego de pronomes.

As referidas regras de linguagem visam a construção de uma linguagem simples, que deve possuir um nível de *lecturabilidade* de 6 de escolaridade. Por *lecturabilidade* entende-se o grau de dificuldade do texto, mensurado através dos anos de escolaridade necessários para a sua compreensão. A forma mais comum de obter o nível de *lecturabilidade* é através das *fórmulas de lecturabilidade*, contudo ainda não existem este tipo de instrumentos para a língua Portuguesa.

A título de exemplo, uma frase com um nível de *lecturabilidade* situado nos 12 anos de escolaridade poderia obedecer à seguinte construção: “As responsabilidades dos pacientes pela sua convalescença em casa serão enumeradas pelo médico de serviço, antes da sua partida da clínica”. A mesma frase transcrita para um nível de *lecturabilidade* situado nos 6 anos de escolaridade poderia ser: “Fale com o seu médico antes de sair da clínica. Ele vai explicar-lhe os cuidados que deve ter quando chegar a casa” (Wizowski et al., 2006, in: [plain language.gov](http://plainlanguage.gov)).

O tom utilizado na mensagem é um outro aspeto importante da linguagem *plain language*, sendo que este deve ser assertivo, mas principalmente apelativo e muito motivante. Ainda segundo Wizowski, este tom depende largamente do uso dos pronomes e da interpelação direta do leitor através da voz ativa.

Esta diferença no tom das frases fica patente na comparação de uma frase construída na voz passiva: “A insulina deve ser tomada todos os dias à mesma hora”, com a sua frase homóloga escrita na voz ativa: “Tome a insulina todos os dias à mesma hora”.

Segundo as diretrizes do *PLAIN*, (www.plainlanguage.gov) os fatores que mais contribuem para a complexificação da linguagem são: a voz passiva; as redundâncias; as frases preposicionais; a nominalização dos verbos; a adjetivação múltipla; os modificadores desnecessários, e o uso inadequado dos pronomes.

No que se refere à exemplificação de frases preposicionais inadequadas, o *PLAIN* indica que a preposição “com o objetivo de”, deve ser substituída simplesmente por “para”. Já no que respeita à nominalização dos verbos, a entidade defende que em vez de se utilizar a expressão “conduzir uma análise” se deve dizer apenas “analisar”.

Os modificadores são palavras como: “verdadeiramente”; “completamente”; “totalmente”; “muito”, que devem ser eliminadas da frase para promover a sua melhor compreensão. Por exemplo a frase: “é absolutamente necessário que me contactes”, pode ser substituída por: “é necessário que me contactes”.

No que se refere aos pronomes, estes devem ser empregues em vez de termos como: “paciente”, “cliente”, “leitor”, etc. Os pronomes mais efetivos são o “tu” para interpelar o recetor e o “nós” para referir os emissores da mensagem. Estes intervenientes devem ser convenientemente definidos na mensagem.

Ainda segundo a referida entidade, os pronomes ele/ela e seu/sua não devem ser utilizados em informação de utilidade pública. Convém no entanto manter presente que estas regras foram definidas com o objetivo de simplificar a linguagem de idiomas com origem anglo-saxónica, e que a sua tradução para o Português deve ser estudada, de forma aprofundada, contemplando as especificidades culturais e linguísticas das línguas latinas.

Segundo o *plain language*, a informação a providenciar deve possuir títulos explícitos, deve ser explicada através de pequenos tópicos, e quando demasiado extensa deve ser agrupada em pequenas partes através de subtítulos. Sempre que possível a informação deve ser transmitida através de pequenos passos numerados. Também é aconselhada a realização de listagens, sendo que estas não devem exceder os 5 *itens*.

Uma outra característica importante do *plain language* refere-se ao seu *layout* e ao seu *design*. O *layout* da informação deve promover uma fácil *legibilidade*. Deve utilizar muito

espaço vazio na folha, e deve empregar letras suficientemente grandes (por exemplo a letra *times new roman*, número 12) e com bom contraste. Não devem ser utilizados mais de dois tipos de letra ou muitas cores, porque este excesso de variantes pode dificultar a *legibilidade*, ou mesmo dispersar o leitor. Sempre que possível devem ser incluídas imagens que ilustrem as ideias principais.

Na linguagem *plain language* as ilustrações devem ser simples, ilustrar as ideias-chave da informação e utilizar o chamado “desenho de contorno”, que consiste num desenho constituído basicamente pelas linhas de contorno das imagens. Trata-se de um desenho muito claro e ideal para explicitar comportamentos, sendo frequentemente usado nas bulas de medicamentos e nas instruções de emergência. Por outro lado, os elementos da ilustração com um objetivo apenas estético devem ser evitados.

Parte II

5- Avaliação, adequação e simplificação de informação de saúde

A presente tese é constituída por dois estudos no âmbito da linguagem simplificada (*plain language*), onde se procede a uma avaliação de folhetos sobre saúde, ao teste de procedimentos de simplificação de linguagem, à produção de um glossário em linguagem simplificada, e à elaboração de diretrizes para a construção desta linguagem em Português e na área da saúde.

O primeiro estudo possui a finalidade de avaliar informação de saúde produzida por entidades afetas ao Ministério da Saúde, e de testar procedimentos de simplificação de linguagem passíveis de aumentar a adequação dessa informação.

O intuito do segundo estudo consiste em compreender o processo de produção de um glossário em linguagem simplificada, em analisar as principais dificuldades experimentadas por uma equipe de profissionais de saúde no desenvolvimento desta linguagem, e na elaboração de orientações para a construção de linguagem simplificada.

A primeira investigação intitula-se “Avaliação e adequação de informação de saúde”, e constitui um estudo observacional, transversal e descritivo. Este estudo avalia e testa a adequação de 8 folhetos sobre alimentação e peso saudável, e é constituído por duas fases: i) uma fase de avaliação dos folhetos, através de um teste de adequação; e ii) uma fase de inquérito a uma amostra de 239 pessoas, onde se testam inadequações da informação e procedimentos de simplificação da linguagem capazes de as corrigir.

O segundo estudo, denominado “Simplificação de linguagem sobre saúde: diretrizes e desafios”, constitui um estudo de caso onde se analisa o processo de produção de um glossário (em linguagem simplificada), sobre alimentação, exercício físico e obesidade, e se desenvolvem diretrizes para a construção desta linguagem.

Esta última investigação envolve uma fase de produção de definições de conceitos associados à alimentação, exercício físico e obesidade, e uma fase de revisão destas definições, levada a cabo por uma equipa de profissionais de saúde e por peritos em linguagem simplificada. Identificam-se as regras da linguagem simplificada que constituíram maior dificuldade, desenvolvem-se orientações para a produção desta

linguagem, e problematizam-se os principais desafios da sua produção em Português, e no que se refere às áreas da alimentação e da obesidade.

Capítulo II

6.1- Finalidade

O presente estudo tem como finalidade avaliar informação de saúde escrita, testar procedimentos de simplificação de linguagem, e desenvolver diretrizes para a construção de linguagem simplificada, em Português, e nas áreas da alimentação, exercício físico e obesidade.

6.2- Objetivos gerais

- Avaliar a adequação de folhetos produzidos por entidades afetas ao Ministério da Saúde.
- Identificar e testar procedimentos de simplificação de linguagem capazes de melhorar a adequação da informação avaliada.
- Identificar as principais dificuldades experimentadas por uma equipe de profissionais de saúde, no que se refere à produção de um glossário (em linguagem simplificada) sobre alimentação e obesidade.
- Produzir diretrizes para o desenvolvimento de linguagem simplificada, em Português, e no contexto de saúde.

6.2.1-Objetivos específicos

- Avaliar a adequação de 8 folhetos no que respeita a 5 categorias de informação e a 19 fatores (ver a folha de cotação do teste SAM, no anexo 2, pág 234).
- Identificar as categorias e fatores de informação com maior e menor *adequação*.
- Determinar as inadequações (fatores inadequados) mais frequentes nos folhetos.
- Identificar procedimentos de simplificação de linguagem capazes de corrigir as principais inadequações encontradas na informação.

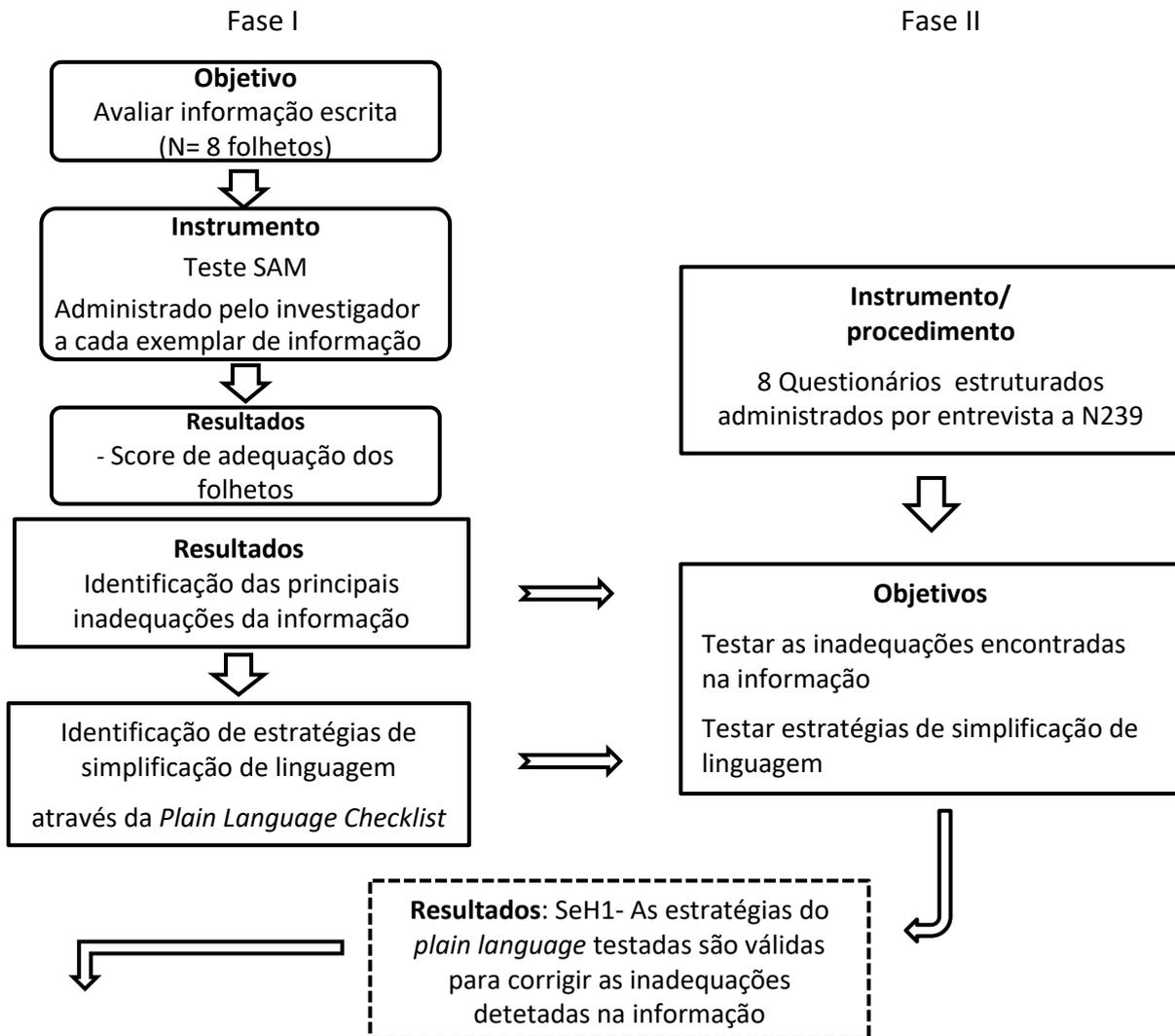
- Testar o impacto das inadequações encontradas nos folhetos, na compreensão e aceitação da informação, por parte de uma amostra de 239 indivíduos.
- Testar a aceitação e a efetividade de procedimentos de simplificação de linguagem, com a amostra.
- Identificar as principais dificuldades de profissionais de saúde envolvidos no processo de revisão de definições (em linguagem simplificada), sobre conceitos associados à alimentação, exercício físico e obesidade.
- Elaborar diretrizes para a produção de linguagem simplificada, em língua Portuguesa e na área da saúde, que auxiliem os profissionais de saúde no processo de construção desta linguagem.

6.3- Questões

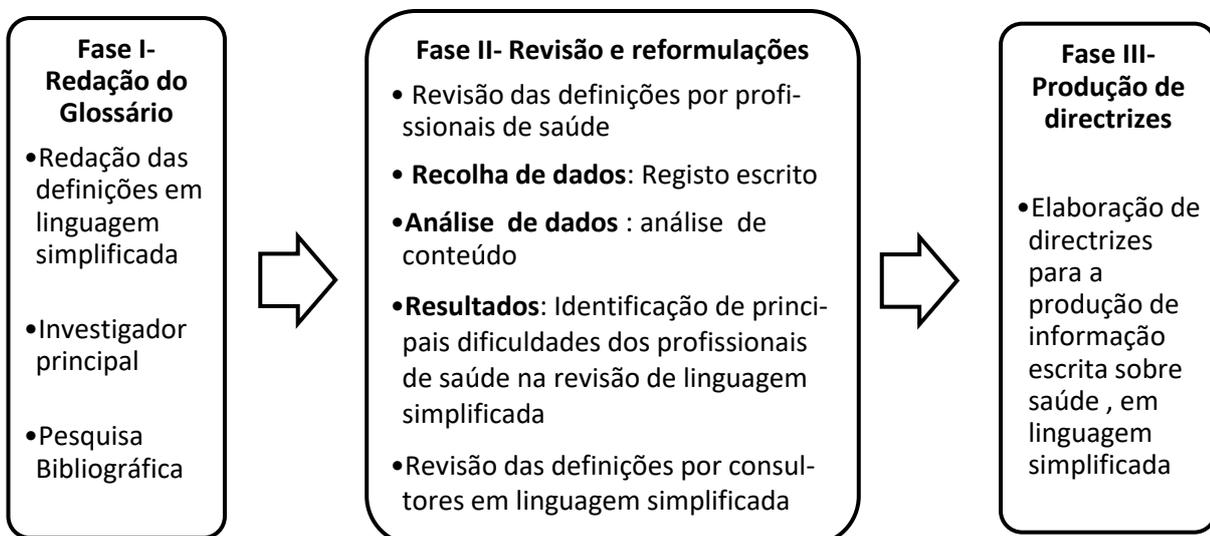
- Qual o *Score total de adequação* dos folhetos avaliados?
- Quais são as categorias e fatores de informação com pior e melhor adequação?
- Quais as inadequações (fatores inadequados) mais frequentes e as inadequações mais importantes?
- Que procedimentos de simplificação de linguagem são eficazes para corrigir as inadequações detetadas nos folhetos?
- Qual o impacto dos procedimentos de simplificação da linguagem no uso e aceitação da informação?
- Qual a percentagem de leitores que prefere ler a informação dos folhetos reescrita em linguagem simplificada?
- Quais as regras da linguagem simplificada mais difíceis de cumprir, por parte dos profissionais de saúde participantes no estudo?
- Quais as diretrizes para a produção de linguagem simplificada mais pertinentes, tendo em conta as dificuldades manifestadas pelos profissionais de saúde?

2.1- Esquema conceptual do estudo

Estudo I- Avaliação e adequação de informação de saúde



Estudo II – Simplificação de linguagem sobre saúde: diretrizes e desafios



Capítulo III

7- Primeiro estudo: Avaliação e adequação de informação de saúde

7.1- Finalidade

O presente estudo tem como finalidade determinar as principais inadequações de 8 folhetos sobre alimentação e peso saudável, produzidos por entidades afetas ao Ministério da Saúde, e identificar os procedimentos de simplificação de linguagem passíveis de aumentar a adequação dessa informação.

7.2- Objetivos

7.2.1- Objetivos gerais

Consideram-se como principais objetivos do estudo:

- Avaliar a adequação de 8 folhetos produzidos por entidades afetas ao Ministério da Saúde e identificar as suas principais inadequações.
- Identificar formas de simplificação de linguagem capazes de corrigir as principais inadequações da informação avaliada.
- Testar a aceitação e efetividade dos procedimentos de simplificação da linguagem selecionados, com populações-alvo.

7.2.2- Objetivos específicos

Entre os objetivos específicos da presente investigação encontram-se:

- Avaliar a adequação de 8 folhetos, no que respeita a 5 categorias de informação e a 19 fatores (anexo 2, pág. 184).

Constituem categorias de informação a avaliar: i) o conteúdo; ii) o nível de literacia; iii) os grafismos; iv) a aprendizagem e; v) o *layout* e tipografia.

Constituem fatores da informação a avaliar: 1) a finalidade; 2) o conteúdo sobre comportamentos; 3) o âmbito; 4) os resumos ou revisões; 5) o estilo de escrita; 6) o vocabulário; 7) a contextualização; 8) os títulos e subtítulos; 9) a ilustrações da frente; 10) o tipo de ilustrações e grafismos; 11) a relevância das ilustrações; 12) as tabelas, quadros e gráficos; 13) as legendas das imagens; 14) o *layout*; 15) a tipografia; 16) as listas e tópicos; 17) a interação; 18) o modelamento; e 19) a motivação e autoeficácia.

- Calcular o *score total de adequação* de cada folheto estudado

- Identificar quais as categorias de informação com maior e menor *adequação*.

- Identificar os fatores com maior e menor adequação.

- Determinar as inadequações (fatores inadequados) mais frequentes nos folhetos.

- Identificar procedimentos de simplificação de linguagem capazes de corrigir as principais inadequações encontradas na informação.

- Testar o impacto das inadequações encontradas na compreensão e aceitação da informação, por parte de uma amostra de 239 indivíduos.

- Testar a aceitação e a efetividade de procedimentos de simplificação de linguagem com a amostra.

7.3-Questões

- Qual o *Score total de adequação* dos folhetos avaliados?
- Quais são as categorias e fatores de informação com pior adequação?
- Quais são as categorias e fatores de informação com maior adequação?
- Quais as inadequações (fatores inadequados) mais frequentes nos folhetos?
- Quais são os procedimentos de simplificação de linguagem mais eficazes para corrigir as principais inadequações detetadas?
- Qual o impacto das inadequações detectadas para a compreensão e aceitação da informação?
- Qual o impacto dos procedimentos de simplificação da linguagem no uso e aceitação da informação?
- Qual a percentagem de leitores que prefere ler a informação dos folhetos reescrita em linguagem simplificada?
- Quais são as medidas de simplificação da informação prioritárias, na opinião da amostra?

8- Método

8.1- Tipo e desenho de estudo

Descreve-se um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo, desenvolvido em duas fases: i) uma primeira fase de avaliação de 8 folhetos sobre alimentação e peso saudável, através de um teste de adequação de informação de saúde e; ii) uma fase de inquérito a uma amostra de 239 pessoas, onde se testam as inadequações detetadas nos folhetos e procedimentos de simplificação da linguagem.

8.2- Amostra

A amostra é de conveniência, constituída por 239 indivíduos, de ambos os sexos, com idades superiores a 15 anos, residentes em zonas litorais do norte do país (Marco de Canaveses); centro (Lourinhã); e sul (Lisboa, Santiago do Cacém, Tavira e Faro) (quadro 1). Os indivíduos foram selecionados por conveniência através de instituições que consentiram participar no estudo, nomeadamente: Escola secundária Manuel da Fonseca; Unidade de Saúde Pública de Santiago do Cacém; Associação dos Bombeiros Voluntários da Lourinhã; União das Freguesias da Lourinhã e Atalaia; Câmara Municipal da Lourinhã; Cruz vermelha de Tavira e; Centros de apoio à vítima de Tavira e de Olhão.

Os critérios de inclusão dos indivíduos para constituição da amostra foram: i) possuir a idade mínima de 16 anos e; ii) demonstrar competências físicas e intelectuais para a leitura de um folheto em Português.

Dos 239 inquiridos, 44,8 % são homens e 55,2 % são mulheres (quadro 3.1 abaixo). Relativamente à escolaridade, 17,5% da amostra não possui mais de 8 anos de escolaridade, 67,1% tem entre 9 e 12 anos de escolaridade e os restantes 15,4%, concluiu mais de 12 anos de estudo.

Do total de entrevistados 38,8% trabalhavam à data da entrevista. A população não ativa é constituída maioritariamente por estudantes (57,6%), a que se seguem os

reformados / aposentados, que constituem (24,3%) e por fim os desempregados, que representam (6%) dos inquiridos.

No que respeita às idades dos entrevistados, a média de idades situa-se nos 39,07 anos e a mediana nos 36 anos, sendo a idade mínima de 16, e a idade máxima de 95 anos. Cerca de 40% da amostra tem menos de 25 anos, 42% estão entre os 25 e os 64 anos e os restantes 18%, tem idades superiores a 64 anos.

3.1- Caracterização da amostra: Género, idade, residência, escolaridade e situação face ao trabalho

Género	N	%	Situação face ao trabalho	N	%
Feminino	132	55,2	População ativa	93	38,8
Masculino	107	44,8	Estudante	83	57,6
Concelho	N	%	Reformado / aposent	35	24,3
Lisboa	3	1,3	Desempregado	14	9,7
Lourinhã	67	28,0	Doméstico	7	4,9
Marco de Canaveses	36	15,1	Deficiente / inválido	5	3,5
Santiago do Cacém	75	31,4	Idade	N	%
Tavira	58	24,2	16-24 anos	96	40,3
Grau de escolaridade	N	%	25-64 anos	99	41,6
Baixa (até 8 anos)	42	17,5	65 ou mais	43	18,1
Média (de 9 a 12 anos)	161	67,1	Média	39,07	
Médio alto / alto (mais de 12 anos)	37	15,4	Mediana	36	

-Critérios de inclusão da informação a avaliar:

Os critérios de inclusão da informação a avaliar compreenderam: i) constituírem documentos escritos produzidos por uma entidade sob a tutela do Ministério da Saúde; ii) versarem sobre a alimentação e/ou o peso saudável, incluindo as temáticas do exercício e da atividade física; iii) possuírem o formato de folheto, ou não excederem uma página A4 de conteúdos e; iv) não apresentarem conteúdos desatualizados (consultar os folhetos no anexo 1, pág 221). Os folhetos foram selecionados pela Direção Geral da Saúde, que elegeu os folhetos que considerou necessitarem de uma avaliação da sua qualidade (com critério pragmático).

8.3- Instrumentos

No sentido de avaliar a adequação dos folhetos e de identificar as suas principais inadequações utilizou-se o teste SAM (*Suitability Assessment of Materials*) (Doak & Doak, 1996) (ver o resumo do teste SAM, no anexo 2, pág 235).

O teste SAM constitui um instrumento para avaliação de informação sobre saúde, que avalia 6 dimensões da informação: i) o conteúdo; ii) o nível de literacia; iii) os grafismos; iv) a aprendizagem; v) o *layout* e tipografia; e vi) a adequação cultural. Estas categorias da informação subdividem-se, por sua vez em 22 fatores, avaliados no teste através das pontuações: 0- inadequado; 1-adequado; e 2- informação de excelência.

Os 22 fatores da informação do teste SAM são: 1) a finalidade; 2) o conteúdo sobre comportamentos; 3) o âmbito; 4) os resumos ou revisões; 5) a lecturabilidade; 6) o estilo de escrita; 7) o vocabulário; 8) a contextualização; 9) os títulos e subtítulos; 10) as ilustrações da frente; 11) o tipo de ilustrações e grafismos; 12) a relevância das ilustrações; 13) as tabelas, quadros e gráficos; 14) as legendas das imagens; 15) o *layout*; 16) a tipografia; 17) as listas e tópicos; 18) a interação; 19) o modelamento; 20) a motivação e autoeficácia; 21) a experiência cultural e; 22) as imagens e exemplos.

O teste SAM deve ser administrado por um profissional de saúde após a leitura cuidada das suas instruções. O resultado do teste é facultado através do *Score total de*

adequação, que corresponde à razão entre o somatório das pontuações obtidas em cada categoria da informação e o número de fatores avaliados multiplicados pela pontuação máxima.

Para identificar os processos de simplificação de linguagem passíveis de corrigir as inadequações detetadas adotou-se a *plain language checklist* (Cornett, 2003), desenvolvida pela *Ohio State University*, no âmbito do *Clear Health Communication Program* (consultar a *checklist* no anexo 3, pág 241).

A referida *checklist* demonstrou ser apropriada aos objetivos do presente estudo porque utiliza categorias de informação compatíveis com as categorias do teste SAM e porque faculta diretrizes coadunáveis com a língua Portuguesa, o que não acontece com alguns instrumentos construídos com base em especificidades métricas da língua Inglesa.

Já na segunda fase do estudo, com o intuito de testar o impacto das inadequações da informação e dos procedimentos de simplificação de linguagem na compreensão uso e aceitação da informação, o instrumento utilizado foi o questionário estruturado.

Construíram-se 8 questionários diferentes (consultar o anexo 5, na pág 247), uma vez que foi necessário desenvolver questões relacionadas especificamente com o conteúdo (escrito e gráfico) de cada folheto em avaliação. Pretendeu-se assim obter indicadores sobre o impacto das inadequações e dos procedimentos de simplificação de linguagem na compreensão, uso e aceitação da informação em estudo.

Os questionários foram pré-testados com 60 pessoas, numa amostra de conveniência, selecionada através de juntas de freguesia da zona da grande Lisboa. De acordo com os resultados do pré-teste retiraram-se dos questionários as questões abertas, por não se reunirem os requisitos de *setting* necessários à sua realização. Estas questões foram substituídas por questões fechadas de escolha múltipla.

Cada questionário é constituído por cerca de 13 questões, sendo 6 de caracterização sociodemográfica, e cerca de 7 (consoante o folheto a avaliar) relativas às inadequações dos folhetos e aos procedimentos de simplificação da linguagem.

No último grupo de perguntas, desenvolvem-se 4 tipos de questões: i) questões de *compreensão* (por ex. sobre o significado de jargão médico utilizado nos folhetos); ii) questões de *usabilidade* (por ex. sobre a perceção de facilidade com que se põe em prática as recomendações dos folhetos); iii) questões de *opinião* (por ex. sobre procedimentos de simplificação da linguagem); e iv) questões de *preferência* (por ex. para

escolher entre a versão original do folheto e uma versão deste em *linguagem simplificada*) (Ver anexo 6, pág 269).

8.4- Recolha de dados

Na primeira fase do estudo procedeu-se à avaliação dos 8 folhetos em estudo, através de um teste de adequação da informação denominado teste SAM (*Suitability Assessment of Materials*) (Doak e Doak, 1996).

O teste SAM foi administrado por um investigador em literacia em saúde, com 5 anos de experiência na área, segundo o procedimento descrito no instrumento. Cada folheto foi avaliado relativamente a 19 fatores da informação (correspondentes a 5 categorias de informação) segundo a pontuação: 0 (inadequado); 1 (adequado); e 2 (informação de excelência).

Não se avaliaram a categoria de adequação cultural (o fator de experiência cultural e o fator de exemplos e imagens), e o fator relativo à *lecturabilidade* (competências de literacia, em anos de escolaridade, necessárias para a compreensão da informação) uma vez que os folhetos avaliados não demonstraram possuir uma população-alvo concretamente delimitada e dado não existirem fórmulas de *lecturabilidade* para a língua Portuguesa.

A avaliação feita através do teste SAM foi detalhadamente descrita no relatório - *Relatório de avaliação de informação sobre alimentação e peso saudável* (consultar pág. 87). Neste relatório avaliam-se as 5 categorias da informação e os 19 fatores de informação, calculam-se os *scores totais* de adequação, identificam-se as principais inadequações da informação, e exemplificam-se procedimentos de simplificação de linguagem.

Uma vez que a primeira fase do estudo engloba a identificação das diretrizes de simplificação de linguagem mais eficazes para corrigir as inadequações da informação detetadas, recorreu-se ainda à *Plain Language Checklist* (Cornett, 2003). Para cada inadequação detetada foi identificado um procedimento de simplificação da linguagem passível de a corrigir.

Já na segunda fase do estudo, realizou-se um inquérito para testar algumas conclusões encontradas na primeira fase do estudo, nomeadamente: i) testar o impacto que as inadequações detetadas nos folhetos têm na compreensão e aceitação da informação e ii) testar o efeito dos procedimentos de simplificação de linguagem na compreensão, uso e aceitação da informação.

O inquérito envolveu entrevistas individuais, com uma duração média de 15 minutos a uma amostra de 239 indivíduos para administração de questionários estruturados. Para efeitos de entrevista formaram-se 4 entrevistadores.

Aos entrevistados foi pedido que lessem um dos folhetos em estudo (ou um excerto deste no caso dos folhetos mais extensos), e que respondessem a algumas questões sobre o mesmo, podendo consultá-lo a qualquer momento da entrevista.

8.5- Análise dos resultados

Os resultados do teste SAM foram analisados através de estatística descritiva com o programa *Statistical Package for the Social Sciences v.20*.

9- Resultados

9.1-Resultados da primeira fase

Na primeira fase do estudo avaliou-se a adequação da informação (através do teste SAM), apontaram-se as suas principais inadequações, e identificaram-se as estratégias de simplificação de linguagem indicadas para corrigir essas inadequações (*plain language checklist*).

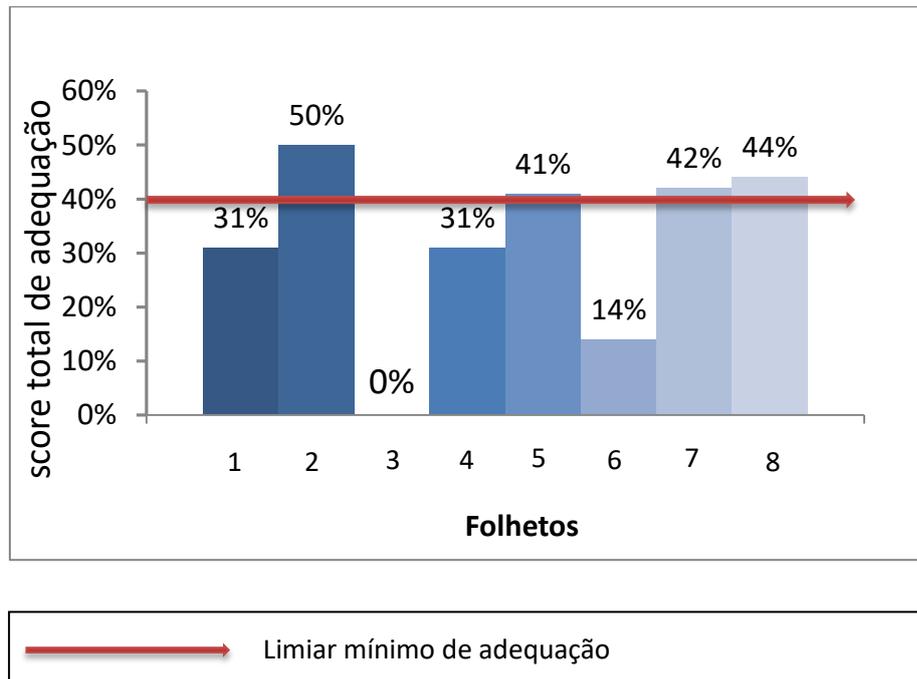
A avaliação, feita através do teste SAM, foi descrita no *relatório da avaliação de informação sobre alimentação e peso saudável* (consultar pág.87). Neste relatório explana-se detalhadamente a avaliação efetuada à referida informação, identificam-se as suas principais inadequações e, exemplificam-se procedimentos de simplificação de linguagem.

9.1.1 Resultados da avaliação da adequação

Através da avaliação com o teste SAM concluiu-se que 4 dos 8 folhetos avaliados são inadequados, e possuem um *score de adequação* situado entre os 0% e os 31%. Constatou-se também que a média de adequação dos folhetos estudados é de 31,6%, ainda 8,4 pontos percentuais abaixo do limiar mínimo de adequação (40%) (consultar o gráfico 3.1, na pág. seguinte e os anexo 4.4 e 4.5, na pág 246).

O facto de 50% da informação avaliada ser inadequada, revela desde logo a necessidade das autoridades de saúde investirem na divulgação de informação de qualidade, nomeadamente no que se refere às temáticas da alimentação e do peso saudável.

3.1- Scores de adequação dos folhetos avaliados



Entre os folhetos inadequados encontram-se: o folheto 3, com 0% de adequação; o folheto 6, com 14% de adequação; o folheto 4, com 31% de adequação; o folheto 1, com 31% de adequação e o folheto 5, com 37% de adequação (consultar o anexo 4.2, na pág. 245 e o anexo 4.4, na pág 246).

Neste sentido, a média de adequação dos folhetos inadequados foi de 19%. Tendo em conta que o score mínimo, para um material ser considerado adequado, é de 40%, a referida média é muito baixa. Este resultado tão negativo deve-se também, em parte ao facto do folheto número 3 ter obtido 0% de adequação.

Constatou-se que os folhetos inadequados revelam problemas estruturais, que passam desde logo pela inexistência de uma definição clara da sua finalidade (que deve ser explicitada no início do folheto), por uma disposição da informação inconforme com a ordem aconselhada, e pelo desconhecimento de regras fundamentais de delineamento dos conteúdos escritos e gráficos.

Com efeito, nenhum folheto respeitou a sequência de informação recomendada, a saber: i) a explicação da finalidade; ii) a apresentação da pertinência da finalidade (ganhos de saúde decorrentes da adesão aos comportamentos); iii) a operacionalização dos conceitos e das ideias-chave; iv) a facultação de exemplos e dicas para a concretização

dos comportamentos no dia-a-dia, e finalmente; iv) o resumo e as fontes adicionais de informação.

Segundo a avaliação realizada: apenas 3 folhetos forneceram exemplos da concretização dos comportamentos no dia-a-dia; somente 2 exemplares empregam a voz ativa; apenas um folheto possui uma letra com o nível de legibilidade recomendado, e nenhuma das informações oferece uma ilustração clara das suas ideias-chave, ou oferece um resumo final. Consequentemente, 50% da informação avaliada possui scores de adequação situados entre os 31% e 42%.

Na avaliação concretizada também não foram encontrados folhetos com um score superior a 50%. Isto revela que, mesmo quando adequados, os folhetos apenas cumpriram os requisitos mínimos de adequação. Com efeito, entre a informação adequada, (4 folhetos) a média de adequação foi de 44,25%, apenas 4,25% acima do limiar mínimo de adequação (consultar o anexo 4.2, na pág. 245 e o anexo 4.4, na pág 246).

Observou-se ainda, entre os três folhetos com maior adequação (folhetos 2, 8 e 7), uma grande assimetria entre o grupo de fatores referentes aos conteúdos escritos (factores da categoria de conteúdo e da categoria de literacia), e os fatores de conteúdos gráficos (categoria de grafismos e categoria de *layout*). Sendo que os primeiros obtiveram 56,5% de adequação, enquanto os segundos não ultrapassaram os 27,8% de adequação.

No que respeita aos quatro folhetos pior avaliados, verifica-se uma maior homogeneidade entre os fatores relativos aos conteúdos escritos e aos fatores dos conteúdos gráficos, com uma diferença entre as médias dos dois grupos de apenas 3,5%. Sendo a média dos fatores escritos de 19%, e a média dos fatores gráficos de 15,5%.

Este resultado indica que nos folhetos em que se verificam esforços para produzir mensagens escritas mais adequadas, esse investimento não é acompanhado por um maior cuidado ao nível do *layout*, dos quadros e gráficos, ou das ilustrações. Constatando-se que a legibilidade da letra é geralmente má, o espaço em branco normalmente insuficiente, e as ilustrações inexistentes ou inadequadas.

O folheto com o *score de adequação* mais elevado foi o folheto 2, que utiliza uma linguagem simples, emprega a voz ativa e o discurso direto, possui um objetivo comportamental claro, e providencia exemplos práticos de como alcançar esse objetivo no dia-a-dia.

A referida informação obteve pontuação máxima nos fatores de: finalidade; âmbito; contextualização; modelamento e motivação. A sua finalidade consiste em promover o consumo de hortofrutícolas, e aparece bem definida no início do folheto. Este comportamento é adequadamente modelado através da explanação de receitas de sopas.

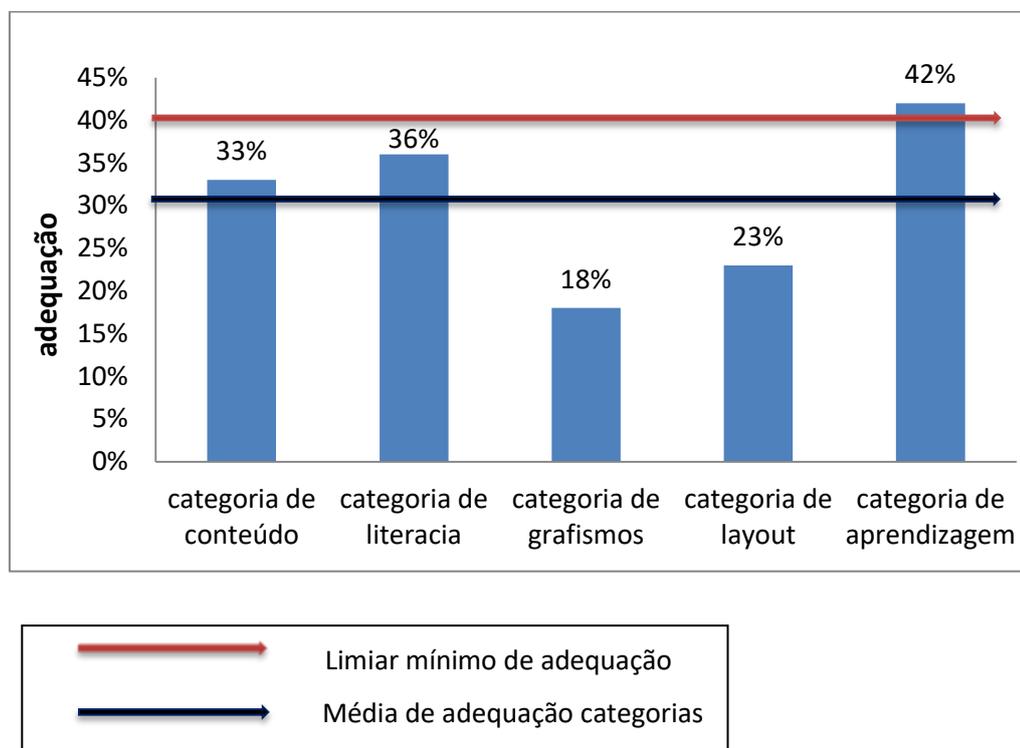
Tendo em conta que, para além da exceção referida, nenhum dos demais folhetos facultava instruções ou “dicas” de como realizar os comportamentos veiculados no quotidiano, fica patente a necessidade da informação de saúde se aproximar da realidade diária das populações-alvo. É fundamental conhecer previamente os hábitos dos leitores no sentido de se poder providenciar conselhos facilitadores de mudanças comportamentais.

Por outro lado, no que diz respeito ao folheto número 3, avaliado com 0% de adequação em todos os fatores, conclui-se que esta pontuação se deve, em grande medida à falta de uma explicação clara da sua finalidade e ao excesso de jargão técnico.

No que respeita ao folheto 6, este foi classificado com um score de adequação de 14% devido à inexistência de uma explicação da sua finalidade nos parágrafos introdutórios, e como resultado da utilização de uma linguagem demasiado complexa, construída através frases longas, com recurso a vocabulário difícil, e emprego de conceitos de numeracia desaconselhados.

No que diz respeito à adequação das diferentes categorias de informação, os scores médios de adequação obtidos foram, por ordem decrescente: 42% na categoria de aprendizagem (fatores que interferem com a assimilação da informação); 36% na categoria de literacia (fatores que interferem com a complexidade do texto); 33% na categoria de conteúdo (fatores que interferem com a relevância e adequação do conteúdo); 23% na categoria de *layout* e finalmente; de 18% na categoria de grafismos. A média de adequação apurada entre as diferentes categorias foi de 30,4% (ver gráfico 3.2, na pág. seguinte).

3.2 Média de adequação por categoria



O facto da categoria de “aprendizagem” ter obtido a pontuação mais elevada pode dever-se ao caso de esta constituir a categoria mais subjetiva do teste SAM. Neste sentido pode ter sido sobreavaliada pelo investigador. Com efeito, a referida categoria está fortemente associada aos níveis de motivação dos leitores face à informação e poderá ser mais eficazmente avaliada pelas próprias populações-alvo através, por exemplo, de metodologias participadas.

Na categoria de literacia, avaliada com uma média de adequação de 36%, o fator melhor pontuado foi o de “subtítulos”, uma vez que se encontraram práticas adequadas de divisão da informação extensa em pequenas partes através de subtítulos.

Ainda na categoria de literacia, o fator pior avaliado foi o de “vocabulário” (com 19% de adequação), que foi pontuado em 63% das ocorrências com a classificação mínima. Esta inadequação dos vocábulos é problemática porque contribui grandemente para a complexidade da informação. Alguns exemplos são o uso excessivo de “jargão técnico”, as “palavras difíceis” e as “palavras de categoria” (substantivos comuns, como por ex. “produtos frescos”).

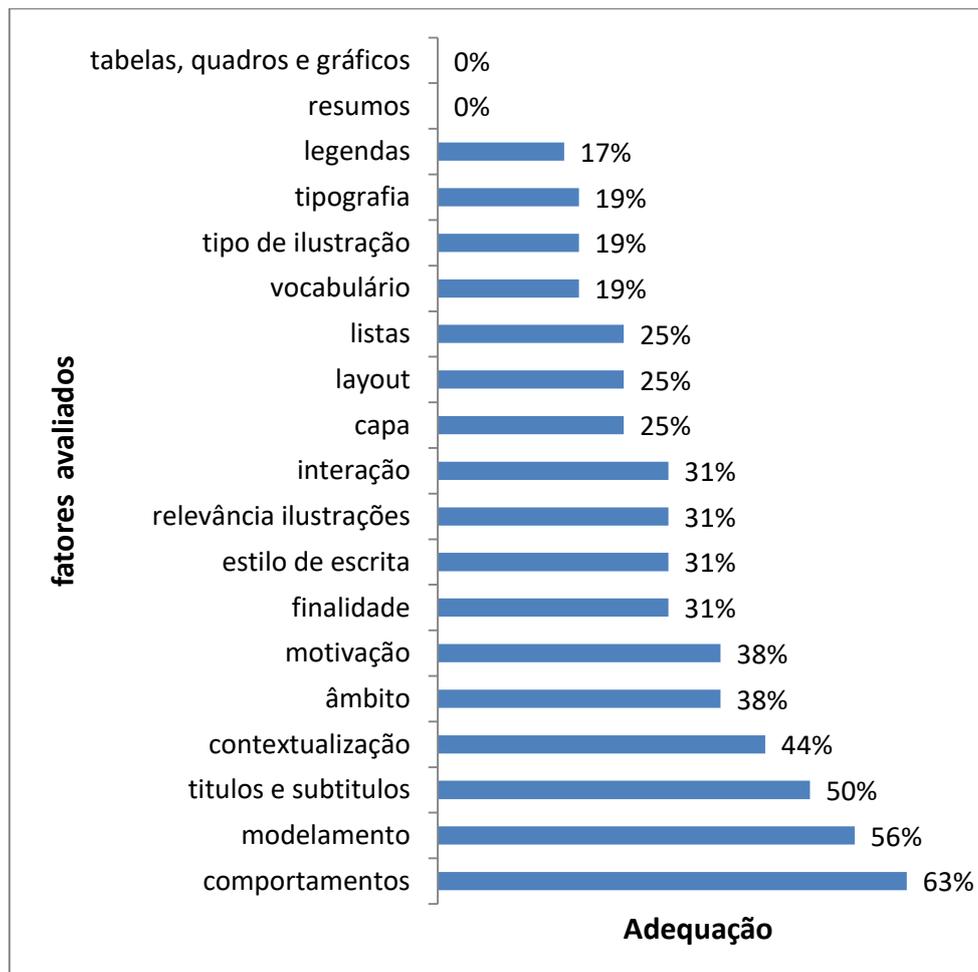
Já na categoria de conteúdo, o fator melhor pontuado foi o de “comportamentos”, que obteve 63% de adequação. Este facto ilustra algumas tentativas dos materiais para se centrarem em acções, e em não transmitirem apenas conhecimentos teóricos. No que se refere à categoria de “aprendizagem”, o fator pior classificado foi o de “resumos”, uma vez que nenhum folheto ofereceu um resumo final das suas ideias principais.

Na categoria de grafismos, avaliada com 18% de adequação, o fator de tabelas e de gráficos obteve a pontuação mínima em todos os folhetos. Isto deveu-se à falta de legendas e de explicações que devem acompanhar os elementos gráficos.

Por outro lado, na categoria de *layout* o fator de tipografia foi o pior (19%), tendo obtido em 75% das ocorrências a nota mínima (0). Isto deveu-se à existência de letras demasiado pequenas e com falta de contraste, que dificultam a legibilidade do texto.

Numa análise de todos os fatores estudados, concluiu-se que 79% são inadequados e que 58% obtiveram pontuações situadas entre os 17% e os 31% (muito inadequado). Entre os fatores avaliados positivamente, a pontuação não excedeu os 63% de adequação, o que indica uma forte necessidade de melhorar a informação em causa, em todos os aspectos analisados (gráfico 3.3, na pág. seguinte e anexo 4.4).

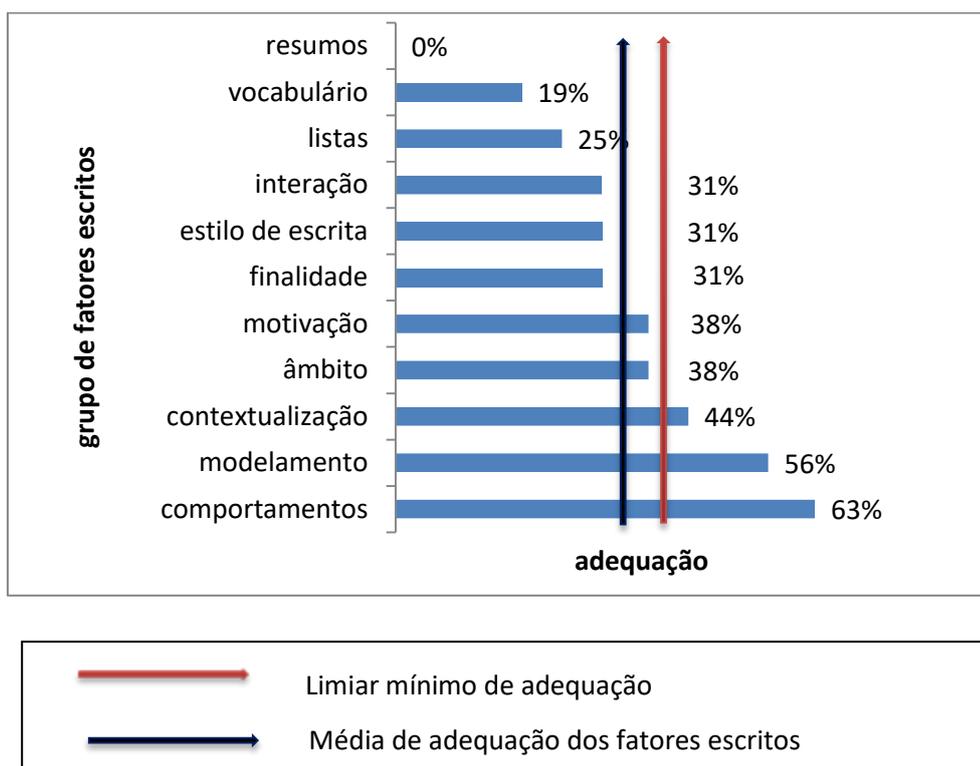
3.3-Média de adequação por fator da informação



Tal como indicado no gráfico 3.3, os fatores avaliados positivamente foram: o fator de comportamentos (63%); modelamento (56%); títulos e subtítulos (50%), e contextualização (44%). Já entre os fatores avaliados negativamente, encontraram-se dois fatores com pontuação “0”, nomeadamente o fator de resumos e o fator de tabelas e gráficos e sete fatores avaliados com pontuação inferior ou igual a 25%.

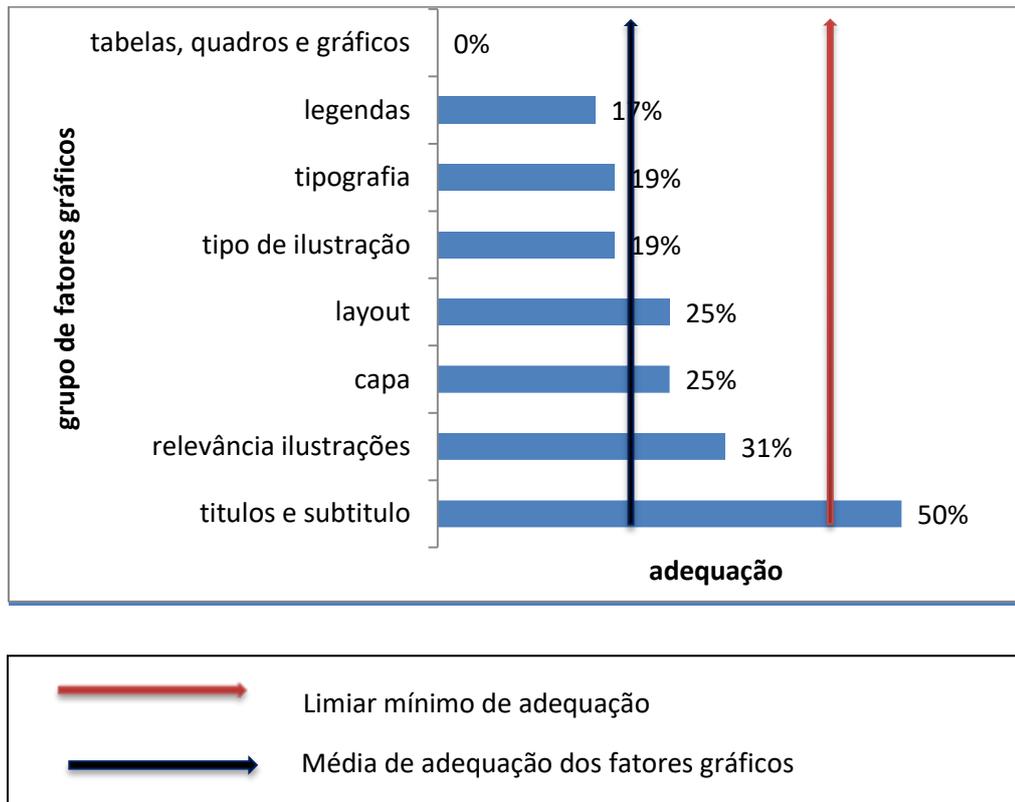
Entre os folhetos avaliados, a pontuação média dos fatores escritos (fatores relativos à categoria de conteúdo e à categoria de literacia) é de 34,5%, valor que reflete a necessidade da informação orientar a sua finalidade para objetivos comportamentais mais concretos, e de os exemplificar de uma forma mais clara (gráfico 3.4 na pág. seguinte e o anexo 4.3, na pág. 245).

3.4- Média de adequação dos fatores escritos



Já no que diz respeito à média de adequação dos fatores gráficos (fatores relativos às categorias de *layout* e de grafismos), esta situou-se nos 20,5%, um valor claramente abaixo do valor mínimo de adequação, indicando uma ainda maior fragilidade da informação no que respeita aos seus aspetos gráficos (ver gráfico 3.5, na pág. seguinte).

3.5- Média de adequação dos fatores gráficos



Os resultados indicados devem-se em grande parte ao elevado número de fatores avaliados com a nota mínima (0) no grupo dos fatores gráficos, sendo a percentagem desta nota de 63,8%, face a uma percentagem de 47% no que respeita ao grupo dos fatores escritos.

Nos fatores gráficos, as *tabelas*, os *quadros* e os *gráficos* foram avaliados em todas as ocorrências com “0”, e a tipografia (referente à legibilidade e tamanho da letra) foi avaliada 75% das vezes com “0”.

Já no que refere ao grupo dos fatores escritos, os fatores mais frequentemente avaliados com a pontuação mínima foram os *resumos* e o *estilo de escrita*. Sendo que nenhum folheto apresenta um resumo final das suas ideias principais, e que o *estilo de escrita* foi avaliado metade das vezes com a pontuação “0”.

A inadequação do estilo de escrita deveu-se principalmente ao uso da voz passiva, à utilização de frases complexas e à *nominalização dos verbos* (uso dos verbos como substantivos).

9.1.2- Seleção das estratégias de simplificação da linguagem

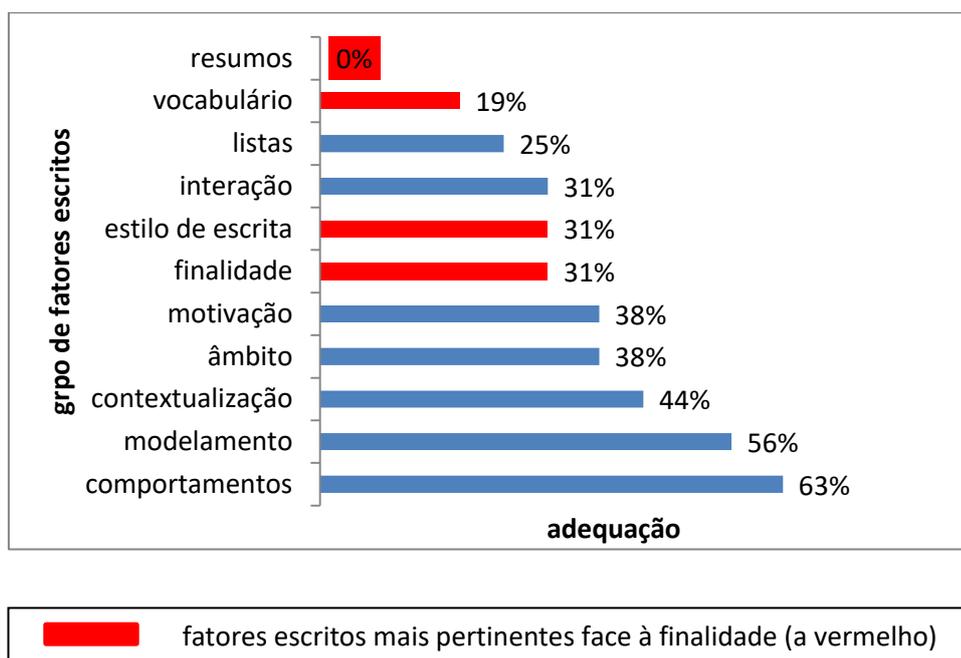
Tendo em conta as baixas pontuações obtidas relativamente a todos os fatores avaliados, e no sentido de identificar as estratégias de simplificação da linguagem mais apropriadas para melhorar a adequação da informação, decidiu-se analisar os resultados obtidos segundo o *critério da finalidade*.

Neste sentido, os resultados foram observados de acordo com a pertinência dos factores avaliados para a compreensão da finalidade dos folhetos. O *critério da finalidade* foi também usado por Doak e Doak no que respeita à seleção dos excertos de informação a avaliar, nos casos em que se torna impossível avaliar a totalidade da informação por esta ser demasiado extensa (Doak e Doak, 1996).

Segundo os autores referidos, a avaliação deve centrar-se principalmente nas passagens da informação que transmitem a sua finalidade, sendo esta a informação nuclear. De forma similar, no presente estudo desenvolveu-se uma análise dos fatores avaliados segundo a sua pertinência face à finalidade dos folhetos. Este procedimento foi realizado tanto para o grupo dos fatores escritos, como para o grupo dos fatores gráficos.

O gráfico 3.6 da página 84 e o gráfico 3.7 da pág. 85, identificam a vermelho os fatores que, estando entre os elementos com menor adequação, mais comprometeram a compreensão da finalidade devido ao seu papel preponderante na transmissão de informação-chave.

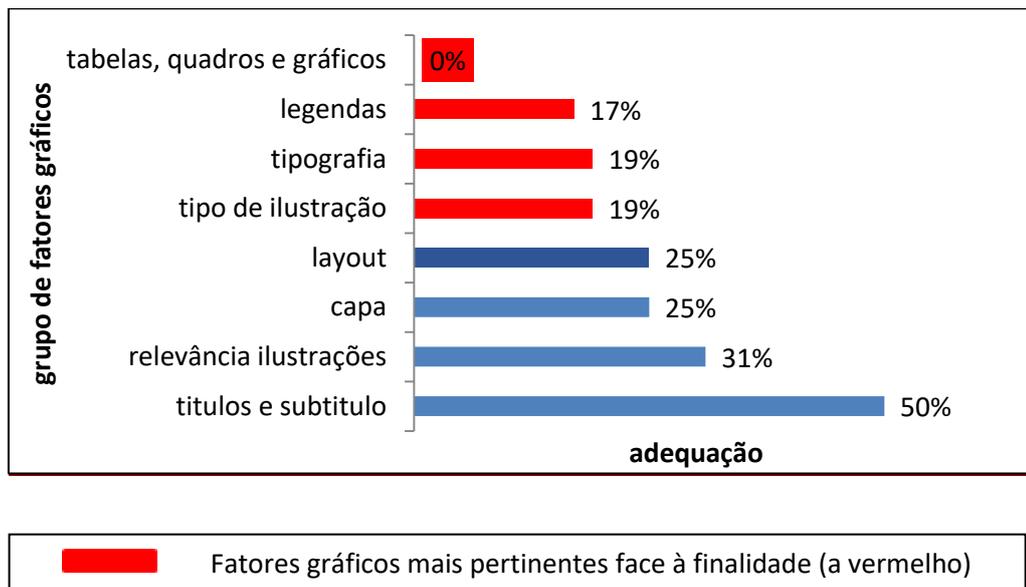
3.6- Fatores escritos que mais comprometeram a compreensão da finalidade



Segundo o observado, as “inadequações escritas” que mais comprometeram a compreensão da finalidade foram: a falta de uma *explicação* clara e sucinta da *finalidade*; o uso de *vocabulário* complexo; o elevado nível de literacia do *estilo de escrita*; e a ausência de *resumos*. Considerou-se que tanto o factor *listas* como o factor *interação* possuem um papel menor no esclarecimento da finalidade e mais preponderante no que respeita à motivação do leitor.

No que diz respeito às “inadequações gráficas”, as que mais comprometeram a compreensão da finalidade foram: o uso de *letra* pequena e sem contraste; a inadequação das *ilustrações*, *tabelas* e *quadros*; e a falta de *legendas* nos grafismos (ver gráfico 3.7, na pág. seguinte).

3.7- Fatores gráficos que mais comprometeram a compreensão da finalidade



Tendo-se identificado as inadequações que mais afetaram a compreensão da informação, passou-se à seleção das estratégias de simplificação de linguagem passíveis de as corrigir. Neste sentido utilizaram-se as diretrizes da *Clear Health Communication Program*, presentes na *Plain Language Checklist* (Cornett, 2003), (anexo 3, pág 241).

Considerou-se que as diretrizes de linguagem simplificada mais eficazes para melhorar a adequação da informação avaliada consistem, por ordem de importância na: i) apresentação clara da finalidade, no início da informação; ii) no uso de letras com boa legibilidade; iii) na utilização de vocabulário simples; iv) na simplificação do estilo de escrita; v) na facilitação de resumos; vi) no desenvolvimento de ilustrações, quadros e gráficos adequados e vii) na apresentação de títulos e legendas em todas as imagens.

Outras necessidades de simplificação dos folhetos compreendem: a redução das listagens a um máximo de 5 itens; a utilização de mais espaço em branco nas páginas, (como por exemplo nas margens da folha e entre as linhas do texto) e; no uso mais correto das pistas tipográficas (como as caixas de texto e o negrito), que devem sublinhar apenas as ideias principais.

Face às inadequações detetadas nos fatores escritos, revelou-se fundamental centrar a finalidade da informação em comportamentos concretos (e não tanto em conhecimentos técnicos). Por outro lado, devem facultar-se apenas as informações que sejam essenciais para a concretização das recomendações comportamentais. Isto deve

ser feito através de uma linguagem “do dia-a-dia” e não de formalismos, palavras eruditas ou de jargão técnico.

Por exemplo, para além do uso de um vocabulário fácil, devem utilizar-se estruturas gramaticais e tempos verbais simples. Os verbos devem ser utilizados apenas para descrever ações e não como nomes (substantivos). A nominalização dos verbos, tão presente nos folhetos avaliados é desaconselhada porque dificulta a compreensão das frases.

A restrição dos conteúdos e a utilização de uma linguagem clara não deve contudo equivaler à omissão do significado de conceitos-chave, ou à ausência de elementos da informação essenciais para a concretização das recomendações. Estes esclarecimentos devem ser disponibilizados numa sequência que seja lógica para o leitor, devem ser coerentes ao longo da informação, e devem garantir a resposta às questões: Qual o comportamento recomendado? Porquê? Como realizá-lo? Quando?

No que concerne à facilitação de exemplos, estes devem esclarecer as ideias veiculadas, devem ser muito concretos e ser compatíveis com a vivência diária das populações-alvo. Os princípios e ideias abstratas para além de prejudicarem a compreensão da informação, tornam difícil conceber a sua utilidade prática.

No que se refere ao tom da informação, este deve assemelhar-se a uma conversa entre amigos. Deve recorrer-se aos pronomes pessoais, à voz ativa e ao discurso direto, de modo a dirigir a informação diretamente ao leitor. As frases que emitam “juízos de valor” ou recomendações num tom paternalista devem, pelo contrário, ser evitadas.

Esta “comunicação direta” com o leitor deve ainda, segundo a linguagem simplificada, ser complementada através da chamada “interação com o leitor”. Esta técnica refere-se à explanação da informação em formato de perguntas e respostas (interação passiva), ou à proposta de atividades e de passatempos relacionados com a informação (interação ativa). Estas medidas dependem fortemente, por seu lado, de uma correta segmentação das populações-alvo.

As estratégias de simplificação de linguagem referidas foram explanadas e exemplificadas no *relatório de avaliação de informação sobre alimentação e peso saudável* (ver na página seguinte) tendo sido posteriormente testadas na segunda fase do estudo, com uma amostra de 239 leitores.

Relatório de avaliação de informação sobre alimentação e peso saudável

Folheto 1- “5 ao dia”

Obesidade Infantil

A OMS considera a Obesidade a epidemia do séc. XXI.

A televisão, os jogos de computador e a internet têm mudado os hábitos das crianças e jovens, tornando-as mais inativas, com menos actividade física e menos hábitos de uma vida ao ar livre, ou seja com um estilo de vida menos saudável.

A principal causa da obesidade infantil advém de uma alimentação pouco saudável e racional.

De acordo com a OMS, o baixo consumo de hortofrutícolas é responsável por:

- 19% dos cancros gastrointestinais;
- 31% da doença cardiovascular isquémica;
- 11% dos enfartes do miocárdio.

Cabe a todos travar esta epidemia !



Associados 5 ao Dia

- MARL - Mercado Abastecedor da Região de Lisboa
- MARE - Mercado Abastecedor da Região de Évora
- MAC - Mercado Abastecedor da Região de Coimbra
- MARB - Mercado Abastecedor da Região de Braga
- MARF - Mercado Abastecedor da Região de Faro
- Vitacress - Iberian Salads Agricultura

Conselho Científico

- Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde/ Plataforma Contra a Obesidade
- Ministério da Educação: Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Serviço de Higiene e Epidemiologia
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas

Parceiros Institucionais

- Administrações Regionais de Saúde: Alentejo, Centro e Norte
- Direcções Regionais de Educação: Alentejo, Centro e Norte
- Universidade de Évora e Universidade do Minho
- Instituto Piaget/Almada
- Câmaras Municipais: Braga, Évora, Loures, Alvíto e Montijo
- Direcção Regional de Agricultura e Pescas do Norte
- Escola Superior Agrária de Coimbra e de Ponte de Lima
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Fundação Portuguesa de Cardiologia: Delegação Centro
- Federação Nacional das Organizações de Produtores de Frutas e Hortícolas

Associação 5 ao Dia

MARL - Piso 2, Lugar do Quintanilho
tel.: + 351 219 927 000
Saodia@marl.pt

MARE (região Alentejo)

Saodia@mare.pt

MAC (região Centro)

Saodia@macoimbra.pt

MARB (região Norte)

Saodia@marb.pt

Programa 5 ao Dia



Faz crescer com ENERGIA !

Saúde e Nutrição

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de equilíbrio e completo bem-estar físico, mental e social.

Para alcançar esse bem-estar, uma alimentação equilibrada desempenha um papel fulcral !

A maioria dos desequilíbrios nutricionais, quer se trate de excesso ou deficiência de peso, bem como de inúmeras doenças, tem um denominador comum: o excesso de consumo de produtos processados e a falta de consumo de produtos frescos.

Das recomendações da OMS e da Direcção Geral de Saúde portuguesa constam:

O aumento do consumo de frutas e legumes para 400 g/ dia!



Frutas e Legumes



Na nova roda dos alimentos, a maior porção é dedicada aos produtos hortofrutícolas.

As frutas e legumes são:

- pouco calóricos,
- saciantes,
- ricos em fibras alimentares,
- ricos em vitaminas e minerais,
- antioxidantes.

Para uma alimentação infantil saudável, é aconselhável o consumo de pelo menos 5 porções de frutas e hortícolas diariamente.

Programa 5 ao Dia

O que é? É um programa de responsabilidade social representado pela Associação 5 ao Dia. Tem como objectivo a promoção de uma alimentação infantil saudável e contribuir para a prevenção de doenças crónicas associadas aos maus hábitos de alimentação, incentivando o consumo de pelo menos 5 porções diárias de produtos hortofrutícolas.

A quem se destina? O público-alvo é a população escolar do 1º e 2º ciclo, crianças entre os 6 e os 12 anos de idade, pais, professores e escolas, bem como, toda a comunidade em geral.

Onde funciona? Iniciou no Mercado Abastecedor da Região de Lisboa há 4 anos e hoje encontra-se em funcionamento nas cidades de Évora, Coimbra e Braga. Pretende-se expandir a outras regiões do país.

Como? O Programa 5 ao Dia é um programa lúdico-pedagógico em que se pretende ensinar e sensibilizar brincando. Através de conversas, histórias, jogos e actividades, os monitores chamam a atenção das crianças para a importância da alimentação saudável e promovem o seu interesse e gosto pelas frutas e pelos legumes.



1-Categoria de Conteúdo

Fator 1- Finalidade

Pontuação- 1

Tal como sugerido nas diretrizes para produção de informação adequada do teste SAM, a finalidade do folheto está presente na ilustração da capa, no título e no subtítulo. No entanto, os dois primeiros parágrafos da informação não só não resumem a finalidade do folheto, como contêm informação com demasiados pormenores técnicos (sobre saúde). A definição de saúde facultada, para além de possuir um nível de literacia demasiado elevado, é um exemplo de informação que ultrapassa o âmbito do folheto e que não contribui para alcançar a finalidade do mesmo.

Exemplo de informação fora do âmbito do folheto

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de equilíbrio e completo bem-estar físico, mental e social.

Consequentemente, a pertinência da finalidade só é referida no terceiro parágrafo e apresenta um nível de literacia demasiado elevado. Com efeito, a frase que fundamenta o objetivo principal é demasiado longa, emprega muito jargão técnico, e inclui elementos gramaticais desaconselhados. Entre estes encontram-se o uso da voz passiva e a “nominalização dos verbos” (uso dos verbos como substantivos).

Exemplo de frase com nível de literacia demasiado elevado

A maioria dos desequilíbrios nutricionais, quer se trate de excesso ou deficiência de peso, bem como de inúmeras doenças, tem um denominador comum: **o excesso de consumo de produtos processados e a falta de consumo de produtos frescos.**

Exemplo em linguagem simplificada

Hoje em dia consomem-se poucos produtos frescos, como as frutas e os legumes. Por outro lado, as pessoas abusam de alimentos transformados (processados), como os produtos embalados e os congelados. Estes erros de alimentação resultam em problemas de peso e em doenças graves.

Apesar de corretamente destacada numa caixa de texto, a finalidade da informação aparece apenas no quarto parágrafo, incumprindo-se a recomendação para o fazer no primeiro. Este objetivo principal é também transmitido de uma forma demasiado teórica e pouco transponível para a vida diária da audiência.

A ausência de uma definição do conceito de hortofrutícolas (sendo esta uma ideia central da informação), e o uso indiscriminado das expressões “hortofrutícolas”, “frutas e legumes” e “frutas e hortícolas”, são outros aspetos que contribuem para a falta de objetividade do folheto.

Fica ainda por esclarecer aspectos como o significado da frase: “o consumo de pelo menos 5 porções de frutas e legumes”; como mensurar a quantidade diária recomendada de hortofrutícolas em “medidas caseiras” e por definir; a que população-alvo se destinam as quantidades referidas no folheto (a crianças, adultos, ou a ambos).

Exemplo de finalidade explicada de forma demasiado teórica

Das recomendações da OMS e da Direcção Geral de Saúde portuguesa constam:

O aumento do consumo de frutas e legumes para 400 gr/ dia!

Exemplo em linguagem simplificada

**Consumir 5 porções de hortofrutícolas por dia
Dá Saúde e Energia!**

O que são os hortofrutícolas?

São os alimentos cultivados nas hortas mais as frutas.

Por exemplo: o tomate; a cenoura; a couve; os espinafres; a laranja, o melão...

Como calcular uma porção de fruta ou de hortícolas?

(providenciar ilustrações com legendas)

O que são 5 porções de hortofrutícolas?

5 Porções de hortofrutícolas são 400 gramas destes alimentos.

Como pode distribuir 5 porções de hortofrutícolas pelo seu dia?

Exemplo 1: ilustrar () + () + () + () + ()

Exemplo 2: ilustrar () + () + () + () + ()

Fator 2- Conteúdo sobre comportamentos

Pontuação- 0

Apesar do folheto possuir uma finalidade que incide em comportamentos, como recomendado, grande parte do seu conteúdo refere conhecimentos médicos e não informação que auxilie a concretização dos objetivos preconizados, como seria o caso da facultação de exemplos práticos ou de dicas para a mudança comportamental.

Exemplo de informação focada em conhecimentos médicos (e não em comportamentos)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de

(...)

A maioria dos desequilíbrios nutricionais, quer se trate de excesso ou deficiência de

(...)



ricos em fibras alimentares,



ricos em vitaminas e minerais,



antioxidantes.

(...)

Tem como objectivo a promoção de uma alimentação infantil saudável e contribuir para a prevenção de doenças crónicas associadas aos maus hábitos de alimentação, incentivando o consumo de pelo

(...)

Fator 3- Âmbito

Pontuação-0

Mais de um terço da informação ultrapassa o âmbito da sua finalidade. Consideram-se fora do âmbito do folheto: a definição de saúde desenvolvida no início do folheto; a referência a patologias e a entidades de saúde (O.M.S.); a alusão às propriedades nutricionais das frutas e dos legumes (com recurso a jargão técnico) e; a descrição demasiado técnica do “programa 5 ao dia”.

O excesso de informação técnica sugere que o folheto possui mais do que uma finalidade. Não fica claro se o folheto se destina a aumentar o consumo de hortofrutícolas, se possui a finalidade de captar colaboradores para o “programa 5 ao dia”, ou ainda se abraça ambos os desígnios. Cada uma destas finalidades deveria ser desenvolvida num folheto próprio direccionando-se a população-alvo específica, de modo a possibilitar uma maior adequação dos conteúdos.

Fator 4- Resumo ou revisões

Pontuação- 0

O folheto não apresenta resumos ou revisões.

2-Categoria de Literacia

Fator 5 - Estilo de escrita

Pontuação- 0

O folheto não utiliza a voz ativa nem o discurso direto, como recomendado. Estas inadequações podem resultar de uma incorreta segmentação da população alvo. O fato do folheto se dirigir à população em geral não permite cumprir várias das diretrizes relativas ao estilo de escrita e à competência cultural da informação.

Exemplo de informação na voz passiva

O aumento do consumo de frutas e legumes para 400 gr/ dia!

Exemplo em linguagem simplificada (finalidade na voz ativa)

Exemplo 1:

Consuma 5 porções de hortofrutícolas por dia.
A sua Saúde Agradece!

Exemplo 2:

Não te esqueças:
Come pelo menos 5 porções de hortofrutícolas por dia.
Vais crescer mais forte e saudável!

Exemplo 3:

Dê 5 porções de hortofrutícolas por dia às suas crianças.
Elas vão crescer mais fortes e saudáveis!

O nível de literacia do folheto é demasiado elevado. Isto deve-se à presença de frases demasiado longas, à complexidade do vocabulário utilizado, ao uso de conceitos de numeracia desaconselhados (como as percentagens) e a um estilo de escrita demasiado complicado para populações com baixa escolaridade.

Exemplo de frase com nível de literacia elevado

Tem como objectivo a promoção de uma alimentação infantil saudável e contribuir para a prevenção de doenças crónicas associadas aos maus hábitos de alimentação, incentivando o consumo de pelo menos 5 porções diárias de produtos hortofrutícolas.

Exemplo em linguagem simplificada

O objetivo do programa é tornar a alimentação das crianças mais saudável. É fundamental que as crianças comam pelo menos 5 porções de hortofrutícolas todos os dias. Isto prevenirá várias doenças graves, como a diabetes e a obesidade.

Facto 6- Vocabulário

Pontuação- 0

O folheto emprega vocábulos e elementos gramaticais inadequados, como por exemplo: i) o jargão técnico; ii) os “conceitos de categoria” (substantivos comuns como “hortofrutícolas”); iii) a adjetivação múltipla e iv) a nominalização dos verbos. No seu conjunto o vocabulário do folheto não é adequado para pessoas com baixa escolaridade.

Exemplos de elementos inadequados do folheto 1

Inadequações de vocabulário	Linguagem simplificada
1-Conceitos de categoria Produtos processados	Produtos transformados como por exemplo os alimentos embalados, os congelados e os bolos de pastelaria...
2-Adjetivação múltipla Alimentação saudável e racional!	Alimentação saudável
3-Nominalização do verbo O baixo consumo Tem como objetivo a promoção Encontra-se em funcionamento	Consumir pouco Promove Funciona
4- Jargão medico	Alternativa em linguagem simplificada
Desequilíbrios nutricionais	Problemas de alimentação
Deficiência de peso!	Peso a menos
Pouco calóricos	Que têm poucas calorias; que dão menos energia; que engordam menos
Antioxidantes	Que prevenem o envelhecimento
Doenças crónicas	Doenças que podem afetar a pessoa para o resto da sua vida
Doença cardiovascular	Doenças do coração e dos canais por onde passa o sangue (veias e artérias)
Epidemia	Surto; muitas pessoas com uma doença

Fator 7- contextualização

Pontuação- 0

O folheto contém frases longas e frases que não fornecem a “informação de contextualização” no seu início, como recomendado. Isto torna a compreensão do conteúdo mais difícil.

Exemplo de frase longa e sem contextualização

A televisão, os jogos de computador e a internet têm mudado os hábitos das crianças e jovens, tornando-as mais inactivas, com menos actividade física e menos hábitos de uma vida ao ar livre, ou seja com um estilo de vida menos saudável.

Exemplo em linguagem simplificada

Hoje em dia as crianças e os jovens têm um estilo de vida menos saudável. Por um lado, passam menos tempo ao ar livre a fazer actividade física, como jogar à bola ou saltar ao elástico. Por outro lado, passam demasiado tempo sentados a ver televisão, ao computador ou ao telemóvel.

Fator 8- Títulos e subtítulos

Pontuação- 1

Os subtítulos do folheto são demasiado teóricos tornando mais difícil para o leitor conceber a utilidade da informação para o seu dia-a-dia.

Exemplo de títulos demasiado teóricos

Títulos do folheto	Títulos em linguagem simplificada
Obesidade Infantil	Porque há tantas crianças com peso a mais?
	O que é a obesidade infantil?
	As crianças com peso a mais estão doentes?
	A obesidade em crianças é grave?
Frutas e legumes Vs. Hortofrutícolas	Porque são as frutas e os legumes tão importantes?
	O que são os hortofrutícolas?
	O que é uma porção de hortofrutícolas?

3- Categoria de Grafismo

Fator 9- Ilustrações da capa/Frente

Pontuação- 1

A capa/frente ilustra a finalidade do folheto (consumir 5 hortofrutícolas por dia), embora não faça nenhuma alusão à ideia contida no subtítulo (“Faz crescer com energia”), nem a ganhos para a saúde subsequentes à adesão aos comportamentos.

Fator 10- Tipo de ilustrações e grafismos

Pontuação- 1

As ilustrações são insuficientes e nem sempre adequadas. As imagens dos hortofrutícolas são adequadas quanto ao seu tipo uma vez que constituem “desenhos de contorno”, e dado que representam elementos facilmente identificáveis por leitores de baixa escolaridade.

Já a ilustração da roda dos alimentos é constituída por fotografias com pouca leitura (e com pouca legibilidade), sendo por isso inadequada. Neste sentido, os leitores com baixa escolaridade poderão ter dificuldade em situar os alimentos hortofrutícolas na roda alimentar, ficando assim comprometido o objetivo da ilustração.

Fator 11- Relevância das ilustrações

Pontuação- 1

A ilustração da frente é relevante uma vez que se refere à finalidade do folheto. Já a ilustração da roda dos alimentos é irrelevante porque não representa claramente os hortofrutícolas. As ilustrações deveriam representar as ideias-chave do folheto, como por exemplo as porções recomendadas para os hortofrutícolas.

Fator 12- Tabelas, quadros e gráficos

Não aplicável

O folheto não possui tabelas, quadros ou gráficos

Fator 13 – Legendas das imagens

Pontuação- 0

Para além de inadequada quanto ao tipo, a ilustração da roda dos alimentos não possui uma legenda explicativa, ou “vinhetas” a identificar cada um dos grupos de alimentos. A ausência desta informação, numa ilustração já de si inadequada, compromete a compreensão da imagem.

4-Categoria de *Layout* e tipografia

Fator 14- *Layout*

Pontuação- 1

No geral o folheto possui características de *layout* adequadas, nomeadamente: i) um uso correto da cor e do negrito; ii) o emprego de *linhas* com o tamanho apropriado e; iii) a utilização de caixas de texto nos conteúdos que requerem maior atenção.

Apesar do referido, a última seção do folheto (relativa aos parceiros do programa) possui algumas características de *layout* inadequadas, como a falta de espaço em branco na folha e principalmente entre as linhas do texto.

Fator 15- Tipografia

Pontuação- 1

A informação utiliza corretamente o *negrito* e emprega uma letra com um tamanho e tipo adequados. No entanto, o uso de letras de cor branca, como acontece na explicação da finalidade e nos subtítulos, é desaconselhado por prejudicar a *legibilidade* dos conteúdos.

Fator 16- Listas e tópicos

Pontuação- 2

Nas listagens não se enumeram mais de 5 *itens*, tal como recomendado.

5-Categoria de Aprendizagem

Fator 17- Interação

Pontuação- 1

O folheto não propõe a realização de atividades sobre o tema tratado (interação ativa), contudo integra aspetos de interação passiva, como é o caso dos subtítulos em forma de pergunta empregues na terceira seção da informação.

Fator 18- Modelamento

Pontuação- 1

O conteúdo do folheto incide sobre comportamentos, mas não faculta a informação necessária para a implementação dessas condutas no dia-a-dia da população-alvo. Exemplos da lacuna desta informação mais prática são a falta de uma definição do conceito de hortofrutícolas, e a ausência de explicações sobre as porções recomendadas destes alimentos. Outra lacuna no *modelamento* reside na inexistência de dicas para o consumo diário de hortofrutícolas.

Dicas para o consumo diário de hortofrutícolas

- Compre frutas e legumes maduros e da época. Estes são mais baratos e saborosos e têm menos produtos químicos.
- Junte fruta aos seus cereais de pequeno-almoço
- Traga sempre consigo uma peça de fruta.
- Faça lasanhas e empadões de legumes para começar a habituar as crianças a estes alimentos
- Adicione legumes aos seus sumos naturais (os chamados sumos *detox*). Muitos destes alimentos são melhores para a saúde crus.

Fator 19- Motivação e autoeficácia

Pontuação- 0

A informação não motiva o leitor nem para a leitura do folheto, nem para a adesão às recomendações veiculadas. Esta falta de atratividade da informação resulta do seu carácter teórico, da sua fraca relação com o quotidiano dos leitores, e da ausência de dicas que facilitem a implementação dos comportamentos. Também não é cumprida a recomendação de facultar a informação através de pequenas etapas, ou “passo a passo”. Este faseamento da informação é preconizado por promover a percepção de facilidade das tarefas propostas, e por aumentar a motivação do leitor para a sua realização.

Erros detetados no folheto

Onde se lê “(...) deficiência de peso “ deve ler-se “défice de peso”, ou “baixo peso”, ou “peso a menos”.

Onde se lê “(...) na nova roda dos alimentos a maior porção é dedicada aos hortofrutícolas”, deve ler-se “(...) a maior fatia (ou o maior pedaço) é dedicada aos hortofrutícolas”. De modo a não causar confusão no leitor sobre os significados da palavra porção.

Onde se lê “Pretende-se expandir a outras regiões do país (...)”, deve ler-se “Pretende expandir-se (...)”

Onde se lê “o aumento do consumo de frutas e legumes para 400 gr/dia (...)”, deve ler-se “o aumento do consumo de frutas e hortícolas (...)”. No sentido de promover maior coerência e rigor no uso do termo hortofrutícolas.

Folheto 1- Conclusão da avaliação

Score total de adequação- 31%

Aproximadamente um terço do conteúdo do folheto não se refere à sua finalidade ou aos seus objetivos principais, facto que contribui para a dispersão do leitor. A informação é também demasiado teórica, faltando-lhe exemplos e ilustrações que facilitem a compreensão e memorização das ideias principais.

No que se refere à sequência da informação, esta não obedece à ordem aconselhada, facto que torna o conteúdo desorganizado e mais difícil de ler. Para uma

disposição adequada da informação, esta deve obedecer à seguinte ordem: 1) facultar uma introdução que explicita a finalidade da informação; 2) justificar a pertinência da finalidade em termos de ganhos para a saúde; 3) operacionalizar os comportamentos recomendados; 4) facilitar exemplos e dicas práticas e; 5) referir outros recursos com mais informação e/ou ajudas sobre o tema.

Por outro lado, não fica claro se a finalidade do folheto consiste em promover o consumo de hortofrutícolas, ou em divulgar o “programa 5 ao dia “a outras entidades. Esta indefinição da finalidade não permite segmentar corretamente a população-alvo do folheto e gera dificuldades em adequar o seu conteúdo.

A informação avaliada é também pouco objetiva uma vez que as ideias-chave, como é o caso do conceito de hortofrutícolas e das suas porções, não são eficazmente esclarecidas. Estão ainda presentes frases que poderão ser de difícil compreensão para pessoas de baixa escolaridade, como é o exemplo da preposição: “aconselha o consumo de pelo menos 5 porções de frutas e legumes”. Por fim, o vocabulário possui um nível de literacia muito superior ao aconselhado pelo teste SAM, (6 anos de escolaridade), ou ao sugerido pelo *plain language* (entre 6 e 8 anos de escolaridade).

Apesar do referido, o folheto possui vários elementos muito adequados como: i) um título e uma ilustração da frente que sugerem claramente a finalidade do folheto; ii) um *layout* que utiliza adequadamente o espaço em branco, as caixas de texto e a cor e; iii) o emprego de frases que interpelam e mobilizam o leitor, como por exemplo:” cabe a todos travar esta epidemia!” e “faz crescer com energia!”.

2: “sopa é saúde”



O consumo de **produtos hortícolas** é um hábito favorável à saúde, contribuindo para a prevenção e o controle de doenças como a obesidade, diabetes, cancro ...

A Organização Mundial da Saúde recomenda a ingestão diária de **pelo menos 400g** de produtos hortícolas e fruta.

Comer **sopa duas vezes ao dia**, ajuda-nos a atingir parte desta recomendação.



Cores e Sabores variados

SOPA DE TOMATE COM ALETRIA (4 doses)

200g de tomate, 100g de curgete, 100g de cebola, 20g de massa aletria, 600g de água, 2 colheres (chá) de azeite, sal (o mínimo).

Descasque e corte em bocados a curgete e a cebola; corte também o tomate e retire as sementes. Leve a cozer numa panela com a água. Depois de cozido, junte o azeite e triture. Acrescente água, se necessário, para obter a consistência desejada. Leve novamente ao lume, junte a aletria e dê uma fervura.

SOPA DE BRÓCOLOS (4 doses)

200g de brócolos, 100g de curgete, 50g de cebola, 50g de cenoura, 160g de batata, 600g de água, 2 colheres (chá) de azeite, sal (o mínimo).

Descasque e corte em bocados os legumes e a batata. Leve a cozer numa panela com a água. Depois de cozido, junte o azeite e triture. Acrescente água, se necessário, para obter a consistência desejada.

SOPA DE GRÃO E ESPINAFRES (4 doses)

120g de grão, 100g de curgete, 50g de cebola, 50g de cenoura, espinafres a gosto, 600g de água, 2 colheres (chá) de azeite, sal (o mínimo).

Descasque e corte em bocados a curgete, a cebola e a cenoura. Leve a cozer numa panela com a água. Depois de cozido, adicione o grão (pode reservar algum) e o azeite e triture. Acrescente água, se necessário, para obter a consistência desejada.

Lave os espinafres e corte em tiras (ou deixe as folhas inteiras, conforme gostar mais). Leve a cozer numa panela com água. Depois de cozido junte ao creme (e também o grão que reservou).

1-Categoria de Conteúdo

Fator 1- Finalidade

Pontuação- 2

A finalidade está claramente presente no título “sopa é saúde” e no primeiro parágrafo do folheto. Trata-se de uma finalidade com um objetivo comportamental concreto - consumir hortícolas. Este objetivo está adequadamente justificado através da referência aos benefícios para a saúde que acarreta.

Fator 2- Conteúdo sobre comportamentos

Pontuação- 1

A informação incide na sua quase totalidade sobre comportamentos e explica formas de concretizar os objetivos referidos no dia-a-dia (ex.: comer sopa duas vezes ao dia).

Contudo, alguns aspetos da informação podem confundir o leitor. Por exemplo, o folheto menciona a quantidade diária recomendada de hortofrutícolas e não de hortícolas, como seria expectável num folheto sobre sopas. Outro elemento que pode confundir o leitor consiste na frase “comer sopa duas vezes ao dia, ajuda-nos a atingir parte desta recomendação”, que é demasiado vaga.

O folheto poderia referir a quantidade diária recomendada de hortícolas e a quantidade aproximada de hortícolas presentes nas sopas recomendadas. Isto evitaria o uso de expressões vagas e ajudaria a conceber as quantidades de hortícolas a ingerir diariamente.

Exemplo de operacionalização inadequada de conceitos

O consumo de **produtos hortícolas** é um hábito favorável à saúde, contribuindo para a prevenção e o controle de doenças como a obesidade, diabetes, cancro ...

A Organização Mundial da Saúde recomenda a ingestão diária de **pelo menos 400g** de produtos hortícolas e fruta.

Comer **sopa duas vezes ao dia**, ajuda-nos a atingir parte desta recomendação.

Exemplo em linguagem simplificada

Os hortícolas são fundamentais para a saúde

Os hortícolas são os alimentos que crescem em hortas, como por exemplo: o tomate, a alface, a couve, a cenoura, etc.

Estes alimentos contribuem para prevenir e tratar doenças graves como a obesidade, a diabetes e o cancro.

Para cuidar bem da sua saúde:

Ingira pelo menos 200 gramas de hortícolas por dia.

(Isto equivale a X porções de hortícolas) ...

(Exemplificar com imagens)

E não se esqueça:

Comer duas sopas por dia é ganhar saúde!

(* uma sopa de brócolos como a da receita apresentada tem cerca de 140 gramas de hortícolas)

Fator 3- Âmbito

Pontuação- 2

A informação não é demasiado extensa e o conteúdo refere-se na sua totalidade à finalidade. Neste sentido, o fator de âmbito possui uma excelente adequação.

Fator 4- Resumo ou revisões

Pontuação- 0

Não existem resumos ou revisões

2- Categoria de Literacia

Fator 5 - Estilo de escrita

Pontuação- 1

Apesar da maior parte do folheto estar escrito na voz ativa verificam-se algumas inadequações no estilo de escrita, como é o caso da “nominalização dos verbos” (utilização de verbos como substantivos), e da utilização de uma frase excessivamente longa.

Fator 6- vocabulário

Pontuação- 0

A maioria das palavras empregues no folheto são simples e “de uso comum”. Contudo, a informação assume erradamente que todos os leitores conhecem o significado

de “Organização Mundial de Saúde” e de “hortícolas”, não explicando estes conceitos. O uso de abreviaturas (como gr. para designar gramas) também é considerado inadequado.

Fator 7- contextualização

Pontuação- 2

As frases da informação são adequadas quanto ao fator de contextualização.

Fator 8- Títulos e subtítulos

Pontuação- 1

Os subtítulos do folheto são adequados mas insuficientes. Outros subtítulos possíveis seriam: “lista de ingredientes”; “modo de preparação” e “dicas importantes”. Neste último tópico poderia incluir-se, por exemplo a recomendação de “adicionar o azeite à sopa apenas depois de esta estar cozinhada”.

3-Categoria de Grafismo

Fator 9- Ilustrações da capa/Frente

Pontuação- 1

A ilustração presente na frente do folheto faz alusão à finalidade da informação (promover o consumo das sopas), mas é pouco apelativa. Um exemplo de uma ilustração mais adequada para o folheto seria, por exemplo, o desenho de uma tijela com uma colher de sopa e a representação de alguns hortícolas (em vez do desenho apenas da tijela).

Fator 10- Tipo de ilustrações e grafismos

Pontuação- 1

A ilustração da frente do folheto é pobre e pouco apelativa, mas constitui um “desenho de contorno” e é explícita, sendo por isso adequada quanto ao tipo.

Fator 11- Relevância das ilustrações

Pontuação- 1

Apesar da ilustração ser “pobre” faz alusão à finalidade do folheto.

Fator 12- Tabelas, quadros e gráficos

Não aplicável

O folheto não possui tabelas, quadros ou gráficos

Fator 13 – Legendas das imagens

Não aplicável

O folheto não possui imagens para além da ilustração da frente do folheto (uma tijela) que por estar associada ao título dispensa uma legenda.

4-Categoria de *Layout* e tipografia

Fator 14- *Layout*

Pontuação- 0

O verso do folheto apresenta falta de “espaço em branco”, o que confere à página um aspeto sobrecarregado e difícil de ler. Por outro lado, o negrito e a cor são bem utilizados, encontrando-se a destacar os elementos mais importantes da informação.

Fator 15- Tipografia

Pontuação- 0

O fator de tipografia é inadequado porque o tamanho da letra é muito pequeno e existem palavras escritas em maiúsculas. A escrita em maiúsculas é desaconselhada por prejudicar a legibilidade do texto.

Fator 16- Listas e tópicos

Pontuação- 1

O folheto não inclui listas. Os tópicos e os subtítulos da informação são adequados embora fosse possível subdividir a informação em partes mais pequenas, através de um número maior de subtítulos. Alguns exemplos de subtítulos que facilitariam a leitura do folheto são: “lista de ingredientes”; “modo de preparação” e “dicas importantes”.

5-Categoria de Aprendizagem

Fator 17- Interação

Pontuação- 0

O folheto não utiliza nenhum tipo de interação com o leitor. A interação passiva implica normalmente o desenvolvimento da informação sob a forma de perguntas e de respostas o que não acontece na informação em avaliação. Exemplos de interação ativa adequada seriam a introdução de palavras cruzadas sobre hortícolas, ou uma secção destinada à redação de uma receita de sopa.

Fator 18- Modelamento

Pontuação- 2

A informação ilustra muito adequadamente como pôr em prática o comportamento aconselhado. São facultadas instruções “passo a passo”, como recomendado, que demonstram ser fácil levar a cabo as recomendações veiculadas.

Fator 19- Motivação e autoeficácia

Pontuação- 2

Os comportamentos sugeridos no folheto estão bem explicados e são de fácil realização. Consequentemente, o leitor sente-se capaz de realizar as tarefas propostas sem grande esforço, (reforço da autoeficácia) ficando mais motivado para a sua concretização. Uma exceção ao referido consiste na recomendação para “retirar as sementes aos tomates”, uma vez que se propõe uma tarefa trabalhosa sem facultar argumentos que a justifiquem.

Erros detetados no folheto

Onde se lê “600g de água”, deve ler-se “60 decilitros de água” ou “0,6 litros”

Onde se lê “Depois de cozido junte ao creme (e também o grão que reservou)”, deve ler-se “(...) junte também o grão que reservou”.

Folheto 2- Conclusão da avaliação

Score total de adequação- 53%

O âmbito do folheto é muito adequado uma vez que a totalidade da informação se centra em comportamentos. A pertinência da finalidade está corretamente justificada e a concretização das condutas estão claramente exemplificadas. O folheto avaliado é também adequado quanto ao seu estilo de escrita e ao seu vocabulário.

Contudo, considera-se que a informação não possui “adequação cultural” a populações jovens por utilizar um “*layout* conservador”, e por facultar apenas receitas de “sopas tradicionais”. Num folheto adereçado a jovens deveriam facultar-se receitas adequadas a estas faixas etárias, como por exemplo: uma “sopa para desportistas”, ou uma “sopa étnica”.

O folheto possui recomendações pouco compatíveis com as práticas atuais (como a de retirar as sementes aos tomates) e que não são devidamente fundamentadas. Por outro lado algumas informações, como a de adicionar o azeite à sopa apenas depois de esta estar cozinhada poderiam ser apresentadas numa caixa de texto, com o título: “dicas importantes”.

Segundo as diretrizes para simplificação dos fatores de numeracia, as quantidades dos ingredientes deveriam também ser facultadas em “medidas caseiras”. A informação utiliza adequadamente a cor e as caixas de texto mas apresenta falta de espaço em branco (principalmente no verso) e uma letra muito pequena.

Dia Nacional e Europeu de Luta contra a Obesidade



A obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública mundiais, pelo elevado número de pessoas que afeta, desde crianças a adultos e idosos, e pelas consequências que acarreta.

Encontra-se associada ao desenvolvimento de doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, cancro, complicações respiratórias, e ainda problemas psicológicos (baixa auto-estima) e sociais .

A prática regular de exercício físico e a adoção de hábitos de alimentação saudável, são fundamentais, quer para a prevenção quer para o tratamento do excesso de peso.



Unidade de
Cuidados na Comunidade

A UCC Olhar+ funciona no Centro de Saúde de Olhão, realizando atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e apoio no tratamento e na recuperação:

Consulta de Nutrição
Consulta de Atividade Física
Educação para a Saúde em Escolas
Higiene Oral
Consulta de Enfermagem de Saúde Mental
Biblioterapia
Preparação para o Nascimento e a Parentalidade
Recuperação Pós-Parto
Cuidados Continuados Integrados
Parcerias com Instituições/ Associações

Os nossos contactos:
289 71 00 35
uccolhar@acescentral.min-saude.pt

Horário de funcionamento:
das 8h00 às 20h00

**Trabalhamos com Todos e para Todos
para o bem-estar e a saúde da comunidade**



1- Categoria de Conteúdo

Fator 1- Finalidade

Pontuação- 0

A finalidade do folheto não está presente nem na ilustração da frente, nem no título, nem nos parágrafos introdutórios (1º e 2º parágrafos). Coexistem vários objetivos, sugeridos de forma pouco concreta e sem que seja possível identificar uma finalidade.

Entre os objetivos do folheto encontram-se: i) divulgar um evento no âmbito do dia nacional contra a obesidade; ii) promover a visita à unidade de cuidados continuados Olhar+; iii) alertar para a problemática da obesidade e informar sobre a sua prevenção.

Contudo, no folheto ficam por esclarecer questões fundamentais para a concretização destes objetivos, como por exemplo: i) O que é a UCC e onde se situa?; ii) Quem deve atender a essa unidade? e Porquê?; iii) Como se marcam as consultas? ; iv) Em que consistem as consultas referidas no folheto?; v) Onde e a que horas se comemora o dia nacional contra a obesidade?

A falta de clareza da informação reside portanto no facto desta não responder às três questões veiculadas pelo “*ask me three*”. Segundo este instrumento de literacia em saúde, a informação médica deverá responder sempre às questões: O quê? Porquê? e Como?

Fator 2- Conteúdo sobre comportamentos

Pontuação- 0

Para um folheto ser considerado adequado, quanto ao seu conteúdo, deve explicar a sua finalidade (comportamental) de forma clara e fornecer a informação necessária para a concretização desta. Pelo contrário, após a leitura do folheto em avaliação, o leitor permanece com várias dúvidas que podem comprometer a realização dos comportamentos veiculados. Exemplos de questões não respondidas no folheto são: i) O que se vai realizar no âmbito do dia nacional e europeu de luta contra a obesidade?; ii) Onde decorrem as atividades e a que horas?; iii) O que vai acontecer no mercado de Olhão?; iv) Quem deve atender à unidade de cuidados continuados?; v) Qual o objetivo das consultas referidas?

Fator 3- Âmbito

Pontuação- 0

Mais de um terço da informação do folheto não se relaciona com a temática da obesidade e do excesso de peso. Um exemplo disto é a grande maioria das consultas e de serviços de saúde referidos.

Fator 4- Resumo ou revisões

Pontuação- 0

O folheto não possui resumos ou revisões.

2- Categoria de Literacia

Fator 5 - Estilo de escrita

Pontuação- 0

As frases apresentadas na frente do folheto têm três características inadequadas: i) são demasiado longas; ii) estão escritas na voz passiva e; iii) têm um significado imbrincado (dependente do significado da frase antecedente e/ ou subsequente).

Exemplo de estilo de escrita inadequado

Encontra-se associada ao desenvolvimento de doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, cancro, complicações respiratórias, e ainda problemas psicológicos (baixa auto-estima) e sociais .

Exemplo em linguagem simplificada

A obesidade pode provocar doenças como: a diabetes; as doenças cardiovasculares (do coração); o cancro e também vergonha de si próprio ou uma grande tristeza.

O lema do centro “trabalhamos com todos e para todos para o bem-estar e a saúde da comunidade” tem um carácter mais publicitário do que informativo (centra-se no emissor da mensagem e não no recetor). Trata-se mais de uma autopromoção do centro do que de uma frase para motivar o leitor a visitar a UCC. Um exemplo de lema centrado no recetor seria, por exemplo: “visite-nos, trabalhamos para o seu bem-estar e para a saúde de toda a comunidade”.

Fator 6- vocabulário

Pontuação- 0

A informação inclui palavras técnicas e siglas que não possuem uma relação clara com a finalidade, e que são de difícil compreensão por parte de populações de baixa escolaridade. O jargão técnico utilizado, de que são exemplo as consultas médicas mencionadas, deveria ser explicado. Estas explicações devem responder essencialmente a questões práticas que o leitor possa ter perante a leitura do folheto, como por exemplo: i) Para que serve a biblioterapia? ii) A quem se destina? Iii) Como marcar a terapia? E não definições técnicas ou teóricas do conceito.

Exemplos de jargão médico utilizado no folheto

-Unidade de cuidados continuados
-Biblioterapia
-Atividade de promoção da saúde
-Cuidados continuados integrados

Fator 7-Contextualização

Pontuação- 0

O folheto tem várias frases que não “contextualizam a informação” no seu início, como recomendado. Isto dificulta a compreensão dos conteúdos.

Exemplo de frase sem contextualização da informação

A prática regular de exercício físico e a adoção de hábitos de alimentação saudável, são fundamentais, quer para a prevenção quer para o tratamento do excesso de peso.

Exemplo em linguagem simplificada

Para prevenir e tratar o excesso de peso é fundamental praticar exercício físico e fazer uma alimentação saudável.

Fator 8- Títulos e subtítulos

Pontuação- 0

A caixa de texto onde se descrevem as atividades do centro carece de um título, como por exemplo: “O que fazemos no centro olhar + ?” Por outro lado, para facilitar a compreensão da sua natureza, os serviços e as consultas mencionados deveriam estar agrupados segundo os seus objetivos ou segundo os seus destinatários. Para este efeito poderia, por exemplo, recorrer-se a subtítulos como: “consultas para pessoas com excesso de peso”; “consultas para grávidas”; “serviços para escolas”.

3-Categoria de Grafismo

Fator 9- Ilustrações da capa/Frente

Pontuação- 0

A fotografia presente na frente do folheto carece de uma legenda dado que alguns leitores podem não (re)conhecer o mercado de Olhão, presente na imagem (mesmo no caso da população-alvo do folheto serem os residentes de Olhão).

Por outro lado, a relação do mercado municipal com a finalidade da informação também não é clara. Uma solução adequada seria atribuir um título ao folheto que esclarecesse também o significado da imagem, como por exemplo: “Venha comemorar connosco o Dia Europeu contra a Obesidade, no mercado de Olhão”. Na ausência dos elementos mencionados, a ilustração é inadequada.

Fator 10- Tipo de ilustrações e grafismos

Pontuação- 0

A imagem presente na frente do folheto não é de tipo adequado porque não constitui um “desenho de contorno” e porque é de difícil interpretação.

Fator 11- Relevância das ilustrações

Pontuação- 0

A imagem do mercado de Olhão não é relevante, tanto porque é de difícil interpretação, como porque a sua relação com a finalidade não é clara. Ao analisar a imagem os leitores poderão depreender erradamente que o edifício presente na fotografia constitui a sede da UCC Olhar + (uma vez que apenas este é referido no texto). Neste sentido, a ilustração não só não contribui para a compreensão da mensagem, como pode confundir o leitor.

Fator 12- Tabelas, quadros e gráficos

Não aplicável

A informação não possui tabelas, quadros ou gráficos

Fator 13 – Legendas das imagens

Pontuação- 0

A fotografia do mercado de Olhão deveria possuir uma legenda, tal como indicam as recomendações para produção de informação adequada, e uma vez que os leitores podem não reconhecer o edifício presente nesta.

4-Categoria de *Layout* e tipografia

Fator 14- Layout

Pontuação- 0

O verso do folheto possui falta de “espaço em branco”, facto que lhe confere um aspeto difícil de ler. A informação deveria ser dividida em partes mais pequenas, através de subtítulos e do recurso a mais espaço em branco.

Fator 15- Tipografia

Pontuação- 0

A tipografia do folheto é inadequada porque a letra é demasiado pequena e porque as pistas visuais não são usadas de forma adequada. Com efeito, tanto a caixa de texto como os negritos não sublinham as ideias principais mas sim informação secundária.

Fator 16- Listas e tópicos

Pontuação- 0

A única lista existente consiste na enumeração dos serviços médicos da UCC Olhar+, e esta é inadequada por possuir mais de 5 *itens*. Seria adequado usar subtítulos para reorganizar a informação em tópicos mais pequenos e mais claros.

5-Categoria de Aprendizagem

Fator 17- Interação

Pontuação- 0

Não existe interação com o leitor.

Fator 18- Modelamento

Pontuação- 0

Apesar do folheto sugerir vários comportamentos, fá-lo de uma forma demasiado vaga e sem facultar a informação necessária para a sua concretização. Os comportamentos sugeridos são: i) visitar o centro de cuidados continuados Olhar+; ii) atender ao evento do dia europeu contra a obesidade e; iii) praticar exercício físico. No entanto, nenhum destes objetivos é claro e não é facultada informação essencial como: i) onde e a que horas se realizam as comemorações do dia europeu contra a obesidade?; ii) a quem se destinam as consultas referidas?; iii) Onde fica localizada a UCC Olhar+? Uma vez que o folheto não responde às questões: Quem? O Quê? Como? e Quando?, o modelamento é muito inadequado.

Fator 19- Motivação e autoeficácia

Pontuação- 0

O folheto possui um nível de literacia demasiado elevado e não faculta a informação necessária para levar a cabo os comportamentos recomendados. Estas inadequações podem desmotivar a leitura do folheto e comprometer a adesão às recomendações.

Folheto 3- Conclusão da avaliação

Score total de adequação- 0%

O folheto não define claramente a sua finalidade e dispersa o leitor através de múltiplos objetivos pouco explícitos. A ilustração da frente é de difícil leitura e não possui legenda, o que aumenta a ambiguidade da informação. Ao nível do vocabulário, o folheto recorre em demasia a palavras técnicas, conferindo à informação um nível de literacia demasiado elevado. O folheto possui por um lado demasiada informação técnica, e por outro lado falta de informação prática que auxilie a realização dos objetivos comportamentais.

Cuide da sua alimentação, cuide da sua saúde



Uma alimentação saudável é a base duma vida sã. Existe uma relação direta entre o tipo de alimentação e algumas doenças muito comuns, como por exemplo as doenças cardiovasculares (angina de peito, enfarte de miocárdio, acidente cerebrovascular, hipertensão arterial), a obesidade, a diabetes mellitus e também muitos problemas do aparelho digestivo como a obstipação.

O que deve fazer?

- A nossa cozinha tradicional possui uma excelente qualidade nutritiva. Reúne as qualidades da chamada dieta mediterrânica, baseada no consumo de leguminosas, saladas e legumes, azeite, peixe, massas, arroz e fruta. Pratique exercício físico, pelo menos 3 vezes por semana. Se não realiza nenhum exercício, para começar aumente a sua atividade diária, suba escadas e caminhe sempre que seja possível.
- Para ter uma alimentação saudável e equilibrada não é necessário fazer dietas complexas, que sejam compatíveis com os seus hábitos e os da sua família.
- Siga os conselhos indicados a seguir:
 - Utilize azeite. Não consuma muitas gorduras, sobretudo de origem animal.
 - Consuma pão integral e leguminosas para ingerir suficiente fibra dietética.
 - O peixe é preferível à carne.
 - É mais saudável cozinhar os alimentos cozidos, grelhados ou no forno do que fritos.
 - Não se exceda no consumo de açúcar.
 - Consuma os alimentos cozinhados com pouco sal.
 - Se ingere bebidas alcoólicas, deve fazê-lo de forma sensata e moderada. O consumo moderado supõe não beber mais de 1 ou 2 copos por dia.
 - Consuma leite ou derivados lácteos diariamente.

- Os diferentes tipos de alimentos que o nosso organismo precisa e a frequência com que os deve consumir estão representados na pirâmide da alimentação.
- Se quer saber quanto está perto ou se desvia destas indicações, pode anotar todos os alimentos que consome durante o dia, incluindo os que come entre refeições, as bebidas alcoólicas e os "petiscos".

Quando consultar o seu Médico de Família?

- Se tem excesso de peso ou não alcança o seu peso ideal, o seu médico pode ajudá-lo a realizar uma alimentação equilibrada e à sua medida.

Onde encontrar mais informação?

<http://www.alimentacaosaudavel.org/>
<http://www.apn.org.pt/apn/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=577>



Algumas vezes por mês	Carnes vermelhas, doces, pastéis e açúcares
Algumas vezes por semana	Peixe, frango, ovos e leguminosas
Todos os dias	Pão, arroz, massa e cereais. Legumes, hortaliças, frutas e batatas. Leite, queijo, iogurte e azeite

1-Categoria de Conteúdo

Fator 1- Finalidade

Pontuação- 1

A finalidade está presente de forma clara no título e no primeiro parágrafo da informação. O título do folheto é muito adequado uma vez que resume a finalidade do folheto e interpela o leitor através do discurso direto. O uso do discurso direto é recomendado por constituir um facto de motivação do leitor.

Fator 2- Conteúdo sobre comportamentos

Pontuação- 2

O folheto incide na sua quase totalidade sobre comportamentos.

Fator 3- Âmbito

Pontuação- 1

O âmbito do folheto está corretamente circunscrito à finalidade e não se verifica grande dispersão por informação secundária. Não obstante, a informação poderia ser organizada em tópicos mais pequenos através de subtítulos.

Fator 4- Resumo ou revisões

Pontuação- 0

A informação não possui resumos ou revisões

2- Categoria de Literacia

Fator 5 - Estilo de escrita

Pontuação- 1

Cerca de metade da informação está adequadamente escrita na voz ativa e utiliza frases curtas e discurso direto. Existe contudo uma alternância entre o discurso direto e o discurso indireto que prejudica o fluxo da informação e a sua previsibilidade, dificultando a leitura.

Exemplo de utilização inconsistente da voz ativa

-Consuma pão integral e leguminosas para ingerir suficiente fibra dietética.
-O peixe é preferível à carne.
-É mais saudável cozinhar os alimentos cozidos, grelhados ou no forno do que fritos.
-Não se exceda no consumo de açúcar.

Fator 6- vocabulário

Pontuação- 0

O vocabulário utilizado é na sua generalidade simples. No entanto, a informação emprega demasiadas “palavras técnicas”, “palavras de categoria” e “expressões com juízos de valor”. As últimas, ao veicularem julgamentos subjetivos, retiram objetividade à informação, prejudicam o modelamento dos comportamentos e conferem um tom moralizador (e/ou paternalista) à informação.

Exemplo de vocabulário inadequado

Tipo de vocabulário inadequado	Exemplo
Palavras técnicas	Qualidade nutritiva
Palavras de categoria	Leguminosas; derivados lácteos
Juízos de valor	Não se exceda; sensata; moderada

Fator 7- contextualização

Pontuação- 2

A grande maioria das frases do folheto está corretamente contextualizada.

Fator 8- Títulos e subtítulos

Pontuação- 1

A informação peca por falta de subtítulos. A edição de subtítulos permitiria reagrupar a informação em tópicos mais pequenos tornando o folheto mais fácil de ler.

Exemplo de simplificação da linguagem através de tópicos mais pequenos

Cuide da sua alimentação, cuide da sua saúde

O que deve fazer?

- A nossa cozinha tradicional possui uma excelente qualidade nutritiva. Reúne as qualidades da chamada dieta mediterrânica, baseada no consumo de leguminosas, saladas e legumes, azeite, peixe, massas, arroz e fruta. Pratique exercício físico, pelo menos 3 vezes por semana. Se não realiza nenhum exercício, para começar aumente a sua atividade diária, suba escadas e caminhe sempre que seja possível.
- Para ter uma alimentação saudável e equilibrada não é necessário fazer dietas complexas, que sejam compatíveis com os seus hábitos e os da sua família.
- Siga os conselhos indicados a seguir:
 - Utilize azeite. Não consuma muitas gorduras, sobretudo de origem animal.
 - Consuma pão integral e leguminosas para ingerir suficiente fibra dietética.
 - O peixe é preferível à carne.
 - É mais saudável cozinhar os alimentos cozidos, grelhados ou no forno do que fritos.
 - Não se exceda no consumo de açúcar.
 - Consuma os alimentos cozinhados com pouco sal.
 - Se ingere bebidas alcoólicas, deve fazê-lo de forma sensata e moderada. O consumo moderado supõe não beber mais de 1 ou 2 copos por dia.
 - Consuma leite ou derivados lácteos diariamente.

Como fazer uma alimentação saudável?

Não precisa de fazer dietas complicadas que interfiram com os seus hábitos e com o dia-a-dia da sua família.

O ideal é fazer uma alimentação “tradicional” também chamada de dieta mediterrânica

Esta alimentação tem uma excelente qualidade porque se baseia no consumo de: leguminosas, saladas e legumes, azeite, peixe, massas, arroz e fruta.

Que alimentos deve preferir?

- O azeite em vez das margarinas ou dos óleos
- O peixe em vez da carne
- Os alimentos cozidos, grelhados e assados no forno em vez dos alimentos fritos

Que alimentos deve evitar?

- As gorduras animais(ex: manteiga e banha)
- O açúcar e o sal
- As bebidas alcoólicas

Que alimentos deve consumir?

- O pão integral e as leguminosas
- A fruta e os legumes
- O leite ou derivados lácteos todos os dias

Categoria de Grafismo

Fator 9- Ilustrações da capa/Frente

Não aplicável

A informação não possui capa.

Fator 10- Tipo de ilustrações e grafismos

Pontuação- 0

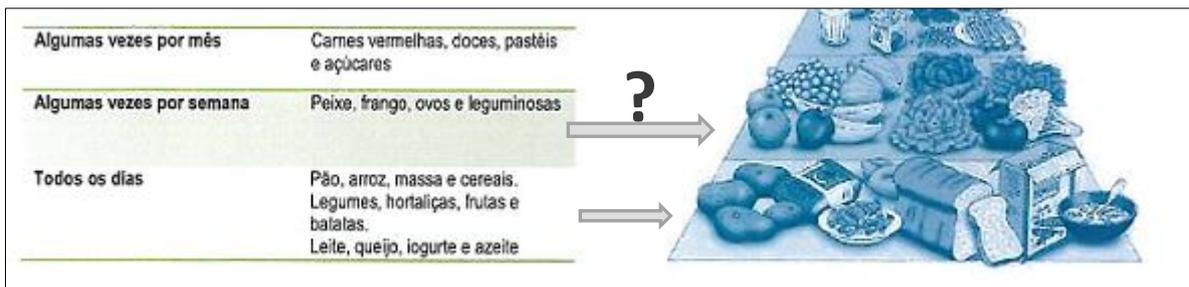
A imagem da pirâmide constitui um “desenho de contorno”, como recomendado sendo de fácil interpretação. Contudo, o tamanho reduzido e a falta de contraste da ilustração retiraram leitura à imagem tornando-a inadequada.

Fator 11- Relevância das ilustrações

Pontuação- 0

A imagem da pirâmide alimentar, tal como é apresentada, não é relevante porque não representa as ideias principais da informação, não possui uma legenda (que explicita a sua relação com a informação do folheto) e porque aparece posicionado ao lado de uma tabela sem que exista correspondência de conteúdos (como sugerido pela contiguidade destes dois elementos).

Exemplo de mau posicionamento da imagem



Fator 12- Tabelas, quadros e gráficos

Pontuação- 0

A tabela do folheto é inadequada porque o seu conteúdo é vago (algumas vezes por semana e algumas vezes por mês são, em última análise, expressões equivalentes) e porque não possui correspondência semântica com a imagem adjacente.

Fator 13 – Legendas das imagens

Pontuação- 0

A pirâmide dos alimentos não possui legenda.

4- Categoria de *Layout* e tipografia

Fator 14- Layout

Pontuação- 0

Ao nível do *layout*, as principais inadequações do folheto são: i) espaçamento insuficiente entre as linhas; ii) posicionamento inadequado da imagem da pirâmide; e iii) falta de contraste da imagem e da letra.

Fator 15- Tipografia

Pontuação- 0

A tipografia do folheto é muito inadequada porque a letra é demasiado pequena e não tem contraste suficiente.

Fator 16- Listas e tópicos

Pontuação- 0

A informação possui listagens desadequadas porque os conteúdos deveriam ser reagrupados em tópicos com um máximo de 5 *itens*. Isto permitiria melhorar a apresentação da informação, facilitaria a sua leitura e aumentaria a assimilação das ideias, por parte dos leitores.

5- Categoria de Aprendizagem

Fator 17- Interação

Pontuação- 1

O folheto recorre à interação passiva (sob a forma de questões) e à interação ativa (sugestão para que o leitor anote os alimentos consumidos durante um dia). Contudo, a informação do folheto não oferece uma justificação para a atividade proposta. Isto pode desmobilizar o leitor.

Fator 18- Modelamento

Pontuação- 1

O folheto possui várias recomendações que veiculam “juízos de valor”. Este facto confere pouca objetividade à informação e dificulta o modelamento dos comportamentos. Neste sentido, fica por explicar de uma forma mais concreta o que significa: “muita gordura”, “muito açúcar” ou “muito sal”. Sem orientações objetivas, a referida informação fica à mercê da interpretação (subjativa) do leitor.

Exemplo de informação baseada em juízos de valor

Não consuma muitas gorduras,

- Não se exceda no consumo de açúcar.
- Consuma os alimentos cozinhados com pouco sal.
- Se ingere bebidas alcoólicas, deve fazê-lo de forma sensata

Outros exemplos de informação demasiado vaga são as expressões: “algumas vezes por mês” e “algumas vezes por semana”, que podem ser interpretadas segundo a ótica do leitor.

Fator 19- Motivação e autoeficácia

Pontuação- 1

A maioria dos comportamentos sugeridos estão devidamente explicados. Existem contudo recomendações demasiado vagas, ou baseadas em “juízos de valor”, que tornam a informação ambígua e que podem induzir a vices de interpretação. Neste sentido, a frase “não consuma *muitas* gorduras” deveria ser substituída pela recomendação da quantidade diária de gorduras ou pela expressão “diminua o consumo de gorduras”.

Erros detetados no folheto

Onde se lê: “não é necessário fazer dietas complexas que sejam compatíveis com os seus hábitos e os da sua família”, deve ler-se: “(...) dietas complexas incompatíveis com os seus hábitos e com os da sua família”.

Onde se lê: “(...) é mais saudável cozinhar os alimentos cozidos, grelhados ou no forno (...), deve ler-se: “(...) é mais saudável cozer, grelhar ou assar os alimentos do que fritá-los”.

Onde se lê: “... se quer saber quanto está perto ou se desvia destas indicações...”, deve ler-se: “...se quer saber quanto se aproxima ou se desvia (...)”

Onde se lê: “(...) os alimentos que consume”, deve ler-se: “os alimentos que consome”

Onde se lê: “Existe uma relação direta entre o tipo de alimentação e algumas doenças”, deve ler-se: “existe uma relação entre o tipo de alimentação (...)”.

Folheto 4- Conclusão da avaliação

Score total de adequação- 30,5%

O folheto em análise possui um título adequado que resume a finalidade e que se dirige diretamente ao leitor. A pertinência da finalidade está corretamente justificada no primeiro parágrafo da informação, e o seu conteúdo refere objetivos comportamentais concretos. Constata-se a utilização da voz ativa e do discurso direto, em grande parte da informação e existe interação com o leitor, tanto passiva como ativa.

Por outro lado, o *layout* da informação é pouco adequado, faltando-lhe espaço entre as linhas e contraste, na ilustração e na letra. Isto dificulta a leitura e torna a informação menos atrativa.

Outras inadequações do folheto são: a utilização inconsistente da voz ativa, o emprego de listas com mais de 5 *itens* e o posicionamento inadequado da ilustração. O folheto termina de forma adequada com a referência a fontes de informação adicionais.

Folheto 5: “O peso da família”



Sugestões para toda a família

- Planear as refeições da semana em família
- Elaborar lista de compras com alimentos saudáveis
- Ler os rótulos das embalagens e escolher os alimentos menos calóricos
- Preparar refeições saborosas e pobres em gordura, preferindo cozidos, estufados e grelhados
- Fazer as refeições em família, num ambiente de convívio
- Procurar espaços de lazer que permitam actividades físico-desportivas agradáveis
- Ocupar os tempos livres da família com actividade físico-desportiva (andar a pé, correr, jogar à bola, andar de bicicleta, saltar à corda, nadar, dançar, patinar, andar de trotinete, etc.)
- Limitar a televisão e os videojogos a 1-2 horas por dia





ARS Algarve, I.P.
Tel.: 289 88 99 00
nutricao@arsalgarve.min-saude.pt
www.arsalgarve.min-saude.pt

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.
Ministério da Saúde

O Peso da Família



Metade dos adultos e um terço das crianças portuguesas têm peso a mais, ou seja, excesso de gordura corporal. Este problema resulta de um desequilíbrio entre a energia ingerida e a energia gasta.



O excesso de peso está ligado ao desenvolvimento de doenças, nomeadamente diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, problemas osteoarticulares, cancro, assim como baixa auto-estima e estados depressivos...

Uma **alimentação saudável**, associada à prática regular de **actividade física** ajuda no controlo do peso e na prevenção da obesidade.



Alimentos de consumo diário para toda a família

Leite, iogurte ou queijo com pouca gordura

Pão no pequeno-almoço e nas merendas, preferindo o mais escuro

Sopa, com hortícolas e leguminosas, a iniciar o almoço e o jantar

Hortícolas e leguminosas (ervilhas, favas, feijão, grão, lentilhas) a guarnecer o 2º prato

Arroz, batata ou massa, sempre, ao almoço e jantar

Pescado ou carne, em refeições alternadas, dando preferência ao primeiro

Fruta, 2 a 4 vezes por dia

Azeite, em quantidade moderada, para temperar e cozinhar

Água, muitas vezes ao dia

É muito importante fazer 5 a 7 refeições ao dia, com intervalos de 2 a 3 horas.



A Roda dos Alimentos um guia alimentar diário



Evitar consumir

- Açúcar, doces, chocolates, gelados, bolos, guloseimas, bolachas doces, cereais muito açucarados
- Alimentos pré-cozinhados
- Pizzas, cachorros, hambúrgueres, batatas fritas e outros fast-food
- Enchidos, folhados, salgados e alimentos fritos
- Refrigerantes e sumos



1-Categoria de Conteúdo

Fator 1- Finalidade

Pontuação- 0

O título, a ilustração da frente, e o terceiro parágrafo, apresentam a finalidade através de diferentes perspectivas. Enquanto no título a tónica é posta no “peso da família”, na ilustração enfatizam-se os hábitos saudáveis em família (num tom salutogénico e sem referência ao peso ou à obesidade) e finalmente, no terceiro parágrafo, defende-se a importância do controlo de peso para a prevenção de doenças (sem qualquer alusão à família).

Neste sentido, a ideia de envolver a totalidade da família em rotinas saudáveis está apenas presente na ilustração e no título do folheto. Esta falta de coerência no modo como a finalidade é transmitida pode retirar força e eficácia à mensagem.

Exemplo de finalidade inconsistente (com o título e ilustração)

Uma **alimentação saudável**, associada à prática regular de **atividade física** ajuda no controlo do peso e na prevenção da obesidade.

Exemplo em linguagem simplificada:

Quando **toda a família** partilha o gosto pela alimentação saudável e pela atividade física é mais fácil ter um estilo de vida saudável

Se, por um lado:

As crianças que têm hábitos saudáveis desde pequenas passam a perceber estes comportamentos como agradáveis e naturais.

Por outro lado:

Os adultos que partilham uma dieta saudável e que disfrutem a fazer atividade física com os familiares, têm mais prazer nestes hábitos.

Por isso não se esqueçam!

Ao disfrutarem em conjunto de hábitos saudáveis estão a “controlar o vosso peso” e a prevenir doenças graves, como a obesidade.

Fator 2- Conteúdo sobre comportamentos

Pontuação- 2

Mais de metade da informação incide sobre comportamentos e não sobre conhecimentos teóricos sobre saúde.

Fator 3- Âmbito

Pontuação- 1

O âmbito do folheto está circunscrito à finalidade sem que haja dispersão por temáticas secundárias. Não obstante, a coexistência de diferentes formas de abordar a finalidade torna a informação pouco coerente. Algumas recomendações possuem um tom intrusivo, por se referirem à vida privada da família sem apresentarem um motivo justificativo, como é o exemplo da frase: “ fazer as refeições em família, num ambiente de convívio”).

Fator 4- Resumo ou revisões

Pontuação- 0

O folheto não possui resumos ou revisões.

2-Categoria de Literacia

Fator 5 - Estilo de escrita

Pontuação- 0

Apesar da informação utilizar frases curtas e um vocabulário simples, o estilo de escrita não é adequado, uma vez que não emprega o discurso direto. O discurso direto e a

voz ativa são recursos eficazes em informação sobre saúde porque, ao envolverem o leitor diretamente nas mensagens, motivam-no para a concretização das recomendações.

Por outro lado, as recomendações relativas à vida privada dos leitores que não são devidamente justificadas, através da referência a ganhos de saúde, são desaconselhadas. Estas podem conferir um tom intrusivo ou paternalista à informação, que é inadequado e até contraprodutivo em informação sobre saúde.

Exemplo de informação que pode ser interpretada como intrusiva

Sugestões para toda a família

- Planejar as refeições da semana em família
- Elaborar lista de compras com alimentos saudáveis

(...)

- Fazer as refeições em família, num ambiente de convívio

Exemplo em Linguagem simplificada

Como envolver toda a família?

- Planeiem as refeições da semana juntos. Assim poderão chegar a um acordo sobre os menus saudáveis que vão preparar.
- Façam uma lista de compras com alimentos saudáveis. Deste modo não serão tão influenciados pela publicidade no supermercado.

(...)

- Comam tranquilamente à mesa e de preferência sem a televisão ligada. Demasiadas distrações à hora da refeição podem fazer com que comam demais sem sequer repararem!

Fator 6- vocabulário

Pontuação- 1

Com exceção de algum jargão médico e de expressões que empregam “Juízos de valor”, o vocabulário utilizado é simples e de “uso corrente”. Os “juízos de valor” dificultam o modelamento dos comportamentos porque veiculam opiniões subjectivas, ao invés de facultarem instruções objetivas.

Consequentemente, a informação não esclarece sobre: o que é considerado uma “prática *regular* de atividade física”; em que consiste uma “quantidade *moderada* de azeite”; ou sobre a quantidade diária recomendada de água.

Exemplos de palavras técnicas e estrangeirismos inadequados

- *Fast-food*
- Atividades físico-desportivas
- Osteoarticulares

Exemplo de frases com excesso de jargão médico

O excesso de peso está ligado ao desenvolvimento de doenças, nomeadamente diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, problemas osteoarticulares, cancro, assim como baixa auto-estima e estados depressivos...

Exemplo em linguagem simplificada

O excesso de peso pode provocar doenças como a diabetes, as “doenças do coração” e o cancro. As pessoas com peso a mais também podem ficar com vergonha do seu corpo e sentir embaraço e tristeza...

Exemplos de informação baseada em juízos de valor

Exemplo	Linguagem simplificada
Azeite em quantidade <i>moderada</i>	1) Diminua o uso de azeite; 2) Não exceda X de azeite por refeição 3) Não exceda X de gorduras por dia (isto equivale a X colheres de...ou...)
Leite, iogurte ou queijo com <i>pouca</i> gordura	1) Leite, iogurte ou queijo meio gordos ou magros
Água, <i>muitas</i> vezes ao dia	1) Pelo menos litro e meio de água por dia; 2) Cerca de 2 litros de água diários; 3) Beba mais água
Prática <i>regular</i> de atividade física	1) Pelo menos 30 minutos de atividade física por dia; 2) Tente praticar atividade física todos os dias

Cereais <i> muito</i> açucarados	1) Cereais com menos de X açúcar por 100gr. 2) Prefira os cereais integrais, sem açúcar ou com mel. 3) Misture cereais sem açúcar aos seus cereais favoritos
Refeições saborosas e <i>pobres</i> em gordura	1) Diminua a quantidade de gordura quando cozinha. Tenha em conta que uma pessoa não deve consumir mais do que X de gordura por dia (o que equivale a uma colher...)

Fator 7- contextualização

Pontuação- 1

Salvo algumas exceções, a maioria das frases estão contextualizadas

Exemplo de frase sem contextualização

Uma **alimentação saudável**, associada à prática regular de **actividade física** ajuda no controlo do peso e na prevenção da obesidade.

Exemplo em Linguagem simplificada

Para controlar o peso e prevenir a obesidade deve fazer uma alimentação saudável e praticar atividade física, todos os dias.

Fator 8- Títulos e subtítulos

Pontuação- 1

A informação está dividida em seções mais pequenas através de subtítulos, facilitando a sua leitura. No entanto, os subtítulos não possuem uma “linha condutora” que confira unidade à informação. Isto faz com que o folheto pareça fragmentado.

Exemplo de subtítulos sem uniformidade

Exemplos	Subtítulo em linguagem simplificada
Alimentos de consumo diário para toda a família	O que devem comer todos os dias?
Evitar consumir	O que não devem comer mais de 1 vez por semana?
Sugestões para toda a família	O que podem fazer juntos?

3-Categoria de Grafismo

Fator 9- Ilustrações da capa/Frente

Pontuação- 1

A ilustração da frente tem um aspeto apelativo e constitui um “desenho de contorno” sendo por isso adequada. Contudo a ilustração representa os hábitos saudáveis em família enquanto o título sublinha o “peso da família”. Isto confere falta de coerência ao folheto e retira força às mensagens.

Fator 10- Tipo de ilustrações e grafismos

Pontuação- 1

Com exceção da roda dos alimentos, as ilustrações são adequadas quanto ao tipo porque constituem “desenhos de contorno”, usam a cor eficazmente, e têm uma leitura fácil. A roda alimentar é constituída por fotografias com má *legibilidade*, sendo por isso inadequada.

Fator 11- Relevância das ilustrações

Pontuação- 1

As ilustrações cumprem uma função mais estética do que ilustrativa das ideias-chave. Exemplos de ilustrações relevantes no contexto do presente folheto seriam a ilustração de um rótulo alimentar, ou a representação das porções recomendadas.

Fator 12- Tabelas, quadros e gráficos

Pontuação- 0

A ilustração/gráfico da roda dos alimentos é inadequada porque as fotografias empregues têm má legibilidade, porque a imagem não possui legenda e porque o título “frutas e legumes” é pouco esclarecedor.

Fator 13 – Legendas das imagens

Pontuação- 0

A imagem da roda dos alimentos carece de uma legenda geral e de “vinhetas” em cada um dos grupos alimentares. A falha em providenciar esta informação pode comprometer a função da ilustração, uma vez que os leitores podem não identificar os produtos hortofrutícolas do gráfico.

4-Categoria de *Layout* e tipografia

Fator 14- *Layout*

Pontuação- 1

O folheto possui quatro elementos de *layout* adequados: i) suficiente espaço em branco; ii) utilização correta de pistas tipográficas, como o negrito e a cor; iii) emprego eficaz de sinalética, como os *bullets*; e iv) letra e ilustrações com bom contraste.

Fator 15- Tipografia

Pontuação- 2

A informação possui uma tipografia muito adequada porque emprega letras com um tamanho próximo do recomendado e com boa legibilidade. A frase que emprega letra cor-de-laranja constitui uma exceção ao referido.

Exemplo de tipografia inadequada (letra a cor-de-laranja)

É muito importante fazer 5 a 7 refeições
ao dia, com intervalos de 2 a 3 horas.

Fator 16- Listas e tópicos

Pontuação- 0

As listas presentes no folheto são inadequadas porque incluem mais de 5 tópicos.

Exemplo de listas inadequada

Sugestões para toda a família

- Planejar as refeições da semana em família
- Elaborar lista de compras com alimentos saudáveis
- Ler os rótulos das embalagens e escolher os alimentos menos calóricos
- Preparar refeições saborosas e pobres em gordura, preferindo cozidos, estufados e grelhados
- Fazer as refeições em família, num ambiente de convívio
- Procurar espaços de lazer que permitam actividades físico-desportivas agradáveis
- Ocupar os tempos livres da família com actividade físico-desportiva (andar a pé, correr, jogar à bola, andar de bicicleta, saltar à corda, nadar, dançar, patinar, andar de trotinete, etc.)
- Limitar a televisão e os videojogos a 1-2 horas por dia

Exemplo de informação em linguagem simplificada

Como criar hábitos saudáveis na família?

Vão às compras em família

- Planeiem as refeições da semana juntos de forma a chegarem a acordo quanto a menus saudáveis
- Façam uma lista de compras com alimentos saudáveis
- Leiam os rótulos dos alimentos e escolham os que têm menos calorias/gorduras/açúcar

Disfrutem de refeições saudáveis em família

- Preparem pratos saborosos e pobres em gordura.
- Prefiram os cozidos, estufados e grelhados
- Comam tranquilamente à mesa e de preferência sem a televisão ligada.

Ocupem os tempos livres da família de forma saudável

- Procurem espaços ao ar livre para fazerem actividades físicas juntos.
- Variem o tipo de actividade (por exemplo jogar à bola, andar de bicicleta, andar de patins ou de trotinete, nadar, passear, dançar etc....)

5-Categoria de Aprendizagem

Fator 17- Interação

Pontuação- 0

O folheto não emprega interação com o leitor (nem ativa nem passiva).

Fator 18- Modelamento

Pontuação- 1

O folheto sugere a alteração de comportamentos concretos, embora nem sempre faculte a informação necessária para os pôr em prática. Neste sentido, os leitores não ficam esclarecidos sobre: i) o que é considerado uma prática *regular* de atividade física; ii) quanto é uma quantidade *moderada* de azeite; iii) qual é a quantidade diária *recomendada* de água; ou iv) o que são cereais *muito* açucarados (ver o comentário sobre juízos de valor, no fator 6).

Fator 19- Motivação e autoeficácia

Pontuação- 1

Salvo algumas orientações de cariz demasiado vago, as recomendações sugeridas são relativamente fáceis de realizar. Contudo, a tentativa de criar uma estratégia de mobilização de toda a família para as rotinas saudáveis falha, devido à falta de concordância entre as várias partes do folheto e à ausência de discurso direto.

Erros detetados no folheto

Onde se lê: "... a guarnecer o segundo prato", deve ler-se: "a guarnecer o prato principal" (uma vez que a sopa não é considerada um prato).

Onde se lê: "em refeições alternadas dando preferência ao primeiro", deve ler-se "preferir o pescado à carne".

Onde se lê: "limitar a televisão e os videojogos a 1-2 horas por dia", deve ler-se: "limitar o uso da televisão e os videojogos. Faze-lo segundo a idade das crianças (...)"

Folheto 5- Conclusão da avaliação

Score total de adequação- 37%

O folheto em análise possui vários fatores adequados como um *layout* e uma tipografia apelativos e uma linguagem acessível e sucinta. Contudo, a informação não constitui uma unidade coerente, uma vez que entre o seu título, as ilustrações e o parágrafo introdutório, se apresentam diferentes versões da finalidade. Esta falta de linha condutora é também visível ao nível dos subtítulos e confere um carácter fragmentado à informação.

O tom da informação seria mais motivante e adequado se utilizasse o discurso direto, se não veiculasse “juízos de valor”, e se justificasse adequadamente os conselhos sobre a vida privada familiar.

O facto de se simplificarem os conceitos de numeracia, não se referindo percentagens é muito adequado.

As ilustrações são na sua maioria adequadas quanto ao tipo, mas inadequadas quanto à sua relevância, uma vez que desempenham uma função mais estética do que informativa. Uma excepção ao referido é imagem da roda dos alimentos que é de tipo inadequado, tem uma leitura difícil e não está devidamente legendada.

O folheto termina de forma muito adequada com a referência à entidade responsável pela sua produção e com a menção a fontes adicionais de informação.

Folheto 6: “A nova roda dos alimentos”

A nova RODA DOS ALIMENTOS ... um guia para a escolha alimentar diária!



COMA BEM, VIVA MELHOR!



O QUE É UMA PORÇÃO?*	POR DIA quantas porções são necessárias? **
Cereais e derivados, tubérculos	4 a 11
1 pão (50g) 1 fatia fina de broa (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas - tipo Maria / água e sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crus (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (110g)	
Hortícolas	3 a 5
2 chávenas almocedeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almocedeira de hortícolas cozinhados (140g)	
Fruta	3 a 5
1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	
Lacteínios ***	2 a 3
1 chávena almocedeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 queijo - tamanho médio (100g)	
Carnes, pescado e ovos	1,5 a 4,5
Carnes / pescado crus (30g) Carnes / pescado cozinhados (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)	
Leguminosas	1 a 2
1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) 2 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (50g)	
Gorduras e óleos	1 a 3
1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml) 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)	

Como se utiliza?

Diariamente devem comer-se porções de todos os grupos de alimentos.
O número de porções recomendado depende das necessidades energéticas individuais. As crianças de 1 a 3 anos devem guiar-se pelos limites inferiores e os homens activos e os rapazes adolescentes pelos limites superiores, a restante população deve orientar-se pelos valores intermédios.



* As equivalências alimentares apresentadas baseiam-se nos valores estabelecidos de nutrientes. O conteúdo energético de carbono - não inclui os carbonos e derivados, lactulose (20%), lactulose (8g) e frutose (1g) presentes - no caso de lactulose (8g) pode também ser lido em termos de energia e valor de calorias - 300kcal, carne, peixe e ovo (1g) e leguminosas (8g) incluem para o grupo de hortícolas e fruta (10g).
** Os valores limite (inferior e máximo) das porções aqui recomendadas foram calculadas para os valores energéticos de 1200kcal e 2000kcal, sendo a quantidade intermédia correspondente a um plano alimentar de 1500kcal.
*** A quantidade de leite que deve ser consumida é 2 porções com excepção de crianças e adolescentes, que necessitam de 3 porções.



A não esquecer ...

BEBIDAS

Embora a água seja a melhor bebida para satisfazer a sede, pode também recorrer-se a outras bebidas que não contenham adição de açúcar, álcool ou cafeína. Os sumos de fruta naturais e os chás sem cafeína (camomila, cidreira, limão, tilia...) são exemplos destas bebidas.

O café e alguns chás e refrigerantes contêm cafeína, substância estimulante cuja ingestão deve ser limitada a um máximo de 300mg por dia. No caso de crianças e adolescentes o seu consumo está desaconselhado.

Refrigerantes de carbono (100g)	
1 Café cheio	1 Refrigerante de Cola
1 Café médio	1 Chávena de Chá
1 Café curto	1 Decalcificador

As bebidas alcoólicas contêm por definição álcool etílico ou etanol. O seu consumo é totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes. Com moderação, e a acompanhar as refeições, os adultos podem consumi-las sem risco.

Bebida (por unidade)	Quantidade máxima admitida / dia	Idade mínima
Cerveja (33°)	3 copos (160ml)	2 copos (160ml)
Whisky (40°)	2 copos (50ml)	1 copo (50ml)
Whisky (40°)	1/2 de copo	1/5 de copo

açúcar e produtos açucarados

Refrigerantes, bolos, chocolates, compotas, rebuçados e outros doces são exemplo de alimentos especialmente ricos em açúcar. O consumo deste tipo de alimentos deve ser feito preferencialmente, no final das refeições, e a sua ingestão não deve ser diária mas sim restrita a ocasiões festivas.

A leitura cuidadosa dos rótulos é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor em açúcares. Sob a designação de açúcares englobam-se, por exemplo, sacarose, salicilato de sódio, glicose, dextrose, maltose, lactose, açúcar invertido, mel, melapão, xarope de ...

sal e produtos salgados

A quantidade de sal (quimicamente designado por cloreto de sódio - NaCl) ingerida por dia deve ser inferior a 5g. A melhor forma de satisfazer esta recomendação é moderar não só o consumo de produtos salgados (por ex: produtos de salchicha/chouriço, alimentos enlatados, batatas fritas, aperitivos, ...) mas também a utilização de sal em natureza.

A leitura atenta dos rótulos é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor de sal e sódio. O termo sódio isolado ou em combinação com outras palavras (por ex: cloreto de sódio) é utilizado para descrever a fonte de sódio presente no alimento.

A substituição do sal por ervas aromáticas (alho, alcaparra, aipo, cebolinho, coentro, estragão, hortelã, tom, orégão, salsa, ...) e especiarias (pimenta, baunilha, canela, cardo, coentro, noz-moscada, ...) na preparação e confecção de alimentos é uma boa forma de adicionar sabor e reduzir a cor-aze dos alimentos.

MANter um peso saudável ...

Seguir as recomendações da nova Roda dos Alimentos e praticar Actividade Física moderada e regular é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.

Um simples passo a pé com duração de pelo menos 30 minutos realizado diariamente, a um ritmo energético de actividade física moderada e regular.

Na população adulta, o Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida que permite avaliar a adequação entre peso e altura.

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$$

Se IMC ...

- < 18,5 = baixo peso
- 18,5 - 24,9 = peso normal
- 25,0 - 29,9 = excesso de peso
- > 30,0 = obesidade

1-Categoria de Conteúdo

Fator 1- Finalidade

Pontuação- 0

O título e o subtítulo não referem comportamentos sendo por isso demasiado teóricos. Isto pode levar os leitores a questionarem-se sobre a utilidade do folheto para a sua vida diária. Um título e um subtítulo adequados seriam, por exemplo: Que alimentos devemos comer diariamente? E em que quantidades?

O enfoque do título na roda alimentar (no “instrumento” e não na sua finalidade comportamental) traduz uma perspectiva técnica e não um paradigma centrado nas necessidades das audiências. Esta abordagem, demasiado teórica caracteriza todo o conteúdo do folheto, tornando-o inadequado.

Fator 2- Conteúdo sobre comportamentos

Pontuação- 1

Mais de metade da informação do folheto não incide em comportamentos, mas em conhecimentos sobre saúde. Neste sentido a informação é demasiado teórica e possui um nível de literacia muito elevado. Existe também dispersão com especificidades técnicas desnecessárias à transmissão da finalidade e desadequadas à audiência.

Fator 3- Âmbito

Pontuação- 0

O âmbito do folheto ultrapassa claramente a sua finalidade e existe dispersão com detalhes técnicos desnecessários para a compreensão das ideias principais. Por exemplo, para um leitor leigo basta-lhe saber quantos cafés poderá tomar por dia ou, quanto muito, a quantidade aproximada de cafeína contida num café. As demais informações sobre as

diferenças entre um café curto, um café longo e um café normal são desnecessárias e demasiado técnicas.

Exemplo de informação técnica desnecessária:

As bebidas alcoólicas contêm por definição, **álcool etílico ou etanol**. O seu consumo é **totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes**.

Exemplo em linguagem simplificada:

As bebidas alcoólicas são desaconselhadas a crianças, jovens, grávidas e a mães a amamentar.

Ou

As crianças, jovens, grávidas e mães a amamentar não devem beber bebidas alcoólicas.

No exemplo acima, a informação de que as bebidas alcoólicas contêm álcool etílico ou etanol é inadequada uma vez que, não se explicando o efeito dessa substância para a saúde (informação eventualmente adequada para pessoas com um nível de literacia médio/alto), está-se a introduzir um termo técnico na informação sem que isso contribua para um ganho em termos de conhecimentos úteis.

Fator 4- Resumo ou revisões

Pontuação- 0

O folheto não possui resumos ou revisões

2-Categoria de Literacia

Fator 5 - Estilo de escrita

Pontuação- 0

O estilo de escrita utilizado no folheto é inadequado e conseqüentemente o seu nível de literacia é muito superior ao aconselhado. As inadequações mais evidentes a este

nível são as frases longas, as frases com significado intrincado (significado dependente das frases antecedente e/ou subsequente) e a ausência de discurso direto e de voz ativa.

Exemplo de estilo de escrita inadequado:

A **leitura cuidadosa dos rótulos** é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor em açúcares. Sob a designação de açúcares engloba-se, por exemplo, **sacarose** (vulgar açúcar de mesa), **glucose, dextrose, frutose, maltose, lactose, açúcar invertido, mel, melaco, xarope de ...**

Exemplo em linguagem simplificada

:

Leia com cuidado os rótulos e escolha os alimentos com menos açúcar. Tome atenção porque nos rótulos o açúcar pode aparecer com nomes como: sacarose, glucose, dextrose, maltose, açúcar invertido, mel, melação, xarope de...

Exemplo de estilo de escrita inadequado

:



Dentro de cada grupo estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes, podendo e devendo ser regularmente substituídos uns pelos outros de modo a assegurar a necessária variedade.

Exemplo em linguagem simplificada:

Para ter uma alimentação variada deve comer diferentes alimentos de cada grupo alimentar.

Por exemplo, do grupo da carne, peixe e ovos não deve comer sempre a carne. Deve ir alternando refeições de carne, com refeições de peixe e com refeições que incluam ovos.

Lembre-se, quanto mais variada for a alimentação melhor!

Fator 6- vocabulário

Pontuação- 0

A informação contém vocabulário complexo que exige um nível de literacia elevado e que implica uma escolaridade claramente superior a 10 anos. São exemplos as palavras técnicas e as “palavras de categoria”, a utilização da adjetivação múltipla, e a nominalização dos verbos (utilização dos verbos como substantivos).

Exemplo de inadequações de vocabulário

Palavras /expressões inadequadas	Linguagem simplificada
Leguminosas, tubérculos, hortícolas	Leguminosas como grão, feijão (...)
Designação	Nome
5g.	5 gramas
Na população adulta	Nos adultos
O tamanho das porções varia segundo as necessidades energéticas individuais	segundo as necessidades de cada um
Alimentos com reduzido teor de açúcar	Alimentos com pouco açúcar

Exemplo de verbo utilizado como nome (nominalização do verbo)

A **leitura atenta dos rótulos** é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor de sal e sódio. O termo **sódio isolado ou em combinação com outras pa-**

Exemplo em linguagem simplificada:

Leia com atenção os rótulos para escolher os alimentos com menos sal e menos sódio.

Fator 7- contextualização

Pontuação- 0

A maioria das frases não contextualiza a informação no início, como recomendado.

Exemplo de frase inadequada:

Seguir as recomendações da **nova Roda dos Alimentos** e **praticar Actividade Física moderada e regular** é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.

Exemplo em linguagem simplificada:

Para ter um peso saudável deve seguir as recomendações da (nova) roda dos alimentos e praticar atividade física todos os dias.
(deveria ainda facultar-se exemplos de tipos de atividade física e de tempos de prática recomendados).

Exemplo de frase inadequada:

Refrigerantes, bolos, chocolates, compotas, rebuçados e outros doces são exemplo de alimentos especialmente ricos em açúcar. O consumo deste tipo de alimentos deve ser feito, preferencialmente, **no final das refeições**, e a sua ingestão não deve ser diária mas sim restrita a **ocasiões festivas**.

Exemplo em linguagem simplificada:

Reserve os alimentos com muito açúcar como os bolos, chocolates, compotas e rebuçados apenas para dias especiais e de preferência para depois das refeições.

Exemplo de frase inadequada:

A **subdivisão de alguns dos anteriores grupos** e o **estabelecimento de porções diárias equivalentes** constituem as principais alterações implementadas neste novo guia.

Exemplo em linguagem simplificada:

A nova roda dos alimentos é diferente da roda anterior porque:

- Tem mais grupos alimentares
- Refere o número de porções que devemos comer de cada grupo alimentar.

Fator 8- Títulos e subtítulos

Pontuação- 1

A informação possui subtítulos em número suficiente, contudo cerca de metade destes são demasiado teóricos e não refletem as reais necessidades dos leitores.

Exemplo de títulos demasiado teóricos e alternativas em linguagem simplificada

Exemplo de títulos inadequados	Títulos em linguagem simplificada
Bebidas	O que deve saber sobre as bebidas?
Açúcar e produtos açucarados	O que deve saber sobre os doces?
Sal e produtos salgados	O que deve saber sobre o sal?

3-Categoria de Grafismo

Fator 9- Ilustrações da capa/Frente

Pontuação- 0

A imagem da capa/frente ilustra a nova roda dos alimentos e não uma finalidade comportamental sendo por isso inadequada. A ilustração da capa pressupõe ainda que todas as pessoas conhecem a finalidade da roda dos alimentos.

Fator 10- Tipo de ilustrações e grafismos

Pontuação- 0

As ilustrações não constituem “desenhos de contorno” como recomendado sendo por isso inadequadas quanto ao tipo.

Fator 11- Relevância das ilustrações

Pontuação- 1

Embora as ilustrações relativas à roda alimentar, à chávena e às colheres, sejam relevantes face ao conteúdo da informação, elas não representam as suas ideias-chave, como recomendado. As restantes ilustrações têm pouca relevância, uma vez que cumprem uma função mais estética do que informativa.

Fator 12- Tabelas, quadros e gráficos

Pontuação- 0

Os quadros e as tabelas possuem um nível de literacia demasiado elevado e a informação não faculta legendas ou exemplos para facilitar a sua interpretação. Estes elementos possuem também falta de espaço em branco, letra pequena e falta de contraste. Os aspetos referidos dificultam a interpretação dos quadros e das tabelas que são, já por si, desaconselhados em informação destinada a populações com baixa escolaridade.

Fator 13 – Legendas das imagens

Pontuação- 1

Algumas imagens estão legendadas, como as colheres e o copo. Contudo, a roda dos alimentos não identifica os grupos alimentares nem possui legenda explicativa.

4-Categoria de *Layout* e tipografia

Fator 14- *Layout*

Pontuação- 0

O folheto possui 5 características de *layout* inadequadas: i) a letra tem pouco contraste; ii) o espaçamento é insuficiente; iii) a *linha* é demasiado longa; iv) as ideias-chave não aparecem destacadas e; v) o negrito é mal utilizado (destaca a informação secundária).

Fator 15- Tipografia

Pontuação- 0

A tipografia da informação é inadequada porque: i) a letra é demasiado pequena; ii) o formato da letra é pouco legível; iii) os títulos estão escritos em maiúsculas (o que dificulta a *legibilidade*); iv) utilizam-se letras brancas (com falta de contraste); e v) empregam-se seis tipos de letra diferentes na mesma página.

Fator 16- Listas e tópicos

Não aplicável

O folheto não possui listas.

5-Categoria de Aprendizagem

Fator 17- Interação

Pontuação- 1

O folheto possui interação passiva sob a forma de perguntas nos subtítulos. Não se observa interação ativa.

Fator 18- Modelamento

Pontuação- 0

A maior parte do conteúdo é demasiado teórica e possui informação técnica desnecessária que dispersa o leitor das ideias principais. Não são dados exemplos da implementação dos comportamentos no dia-a-dia ou “explicações passo-a-passo”, como recomendado.

Fator 19- Motivação e autoeficácia

Pontuação- 0

A informação é demasiado extensa e possui conteúdos com um nível de literacia muito acima do recomendado. A complexidade da informação e a sua falta de ancoramento à realidade diária da audiência desmotivam o leitor que pode não conceber a sua utilidade prática.

Folheto 6- Conclusão da avaliação

Score total de adequação- 14%

O folheto transmite informação pertinente mas fá-lo através de uma abordagem demasiado técnica, que acaba por não responder às necessidades diárias da audiência.

No estilo de escrita, demasiado complexo, verificam-se inadequações como: i) uso da voz passiva; ii) emprego do discurso indireto; iii) uso de vocabulário hermético e de palavras técnicas e; iv) apresentação de fórmulas matemáticas e referência a percentagens.

O título do folheto reflete uma abordagem centrada no discurso técnico e em instrumentos pedagógicos (roda dos alimentos) e não em comportamentos (escolha dos alimentos mais saudáveis), apresentando um âmbito demasiado teórico.

O folheto possui também um *layout* inadequado que resulta da falta de espaço em branco, do uso de linhas demasiado extensas e do emprego de uma letra muito pequena. As ilustrações seriam mais relevantes se esclarecessem as ideias-chave (como as porções alimentares), e seriam mais adequadas relativamente ao seu tipo se constituíssem “desenhos de contorno

Folheto 7: “Papa Bem na Gravidez”



Papa Bem na Gravidez

Atenção às dicas Papa Bem!

Medidas que contribuem para um crescimento saudável e para a prevenção da obesidade infantil durante a gravidez:

- Engravidar com um peso saudável.
- Ter hábitos saudáveis de alimentação e atividade física.
- Ter um ganho de peso adequado.
- Não fumar.
- Fazer os testes para detectar a diabetes gestacional e manter a diabetes controlada durante a gravidez.



ALIMENTAÇÃO

- Tenha uma alimentação saudável, ou seja, completa, equilibrada, variada e segura, de acordo com as orientações da Roda dos Alimentos.
- Esqueça a ideia errada de que a grávida deve comer por dois.
- Guie-se pelo seu apetite para comer as quantidades de que necessita, nem mais, nem menos.
- Faça 5 a 6 refeições por dia, mais ou menos de 3 em 3 horas: pequeno-almoço, almoço e jantar e 2 a 3 pequenos lanches.
- Privilegie o consumo de hortícolas, iniciando as refeições com uma sopa de legumes.
- Ao almoço e ao jantar, preencha metade do prato com hortícolas, um quarto do prato com carne ou peixe e o outro quarto com arroz, massa, batata ou outro cereal ou tubérculo.
- Coma 3 a 4 porções de fruta por dia.
- Coma 3 porções de laticínios meio-gordos ou magros por dia.
- Prefira o peixe e as carnes brancas, como as aves e o coelho.
- Limite o consumo de carne vermelha a 3 ou 3 vezes por semana.
- Consuma cerca de metade dos cereais, como pão, arroz e massa, sob a forma integral.
- Modere a quantidade de gorduras e óleos utilizados para barrar, temperar e cozinhar.

Sabia que...

Durante a gravidez o seu bebé é capaz de sentir alguns sabores dos alimentos que fazem parte da sua alimentação?

Estudos indicam ainda que nas primeiras refeições “adidas” os bebés aceitam melhor os alimentos que fizeram parte da alimentação das mães durante a gravidez.

Assim, se tiver uma alimentação saudável durante a gravidez, para além de beneficiar a saúde do seu bebé, pode estar a contribuir para que ele tenha bons hábitos alimentares no futuro.

(continua) >

NOTA: Estas recomendações são baseadas na mais recente evidência científica. No entanto, não devem substituir as orientações individualizadas dos profissionais de saúde que o acompanham.

1/2

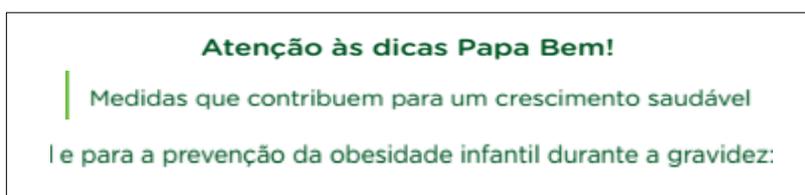
1- Categoria de Conteúdo

Fator 1- Finalidade

Pontuação- 0

O título “PapaBem na gravidez” não esclarece totalmente sobre o conteúdo do folheto, dado que pode sugerir trata-se de informação apenas sobre alimentação. Esta falha não é corrigida pela frase introdutória, uma vez que esta é pouco concreta.

Exemplo de introdução inadequada:



Exemplo de introdução em linguagem simplificada:

É muito importante ter uma gravidez saudável.
Uma gravidez com saúde permite-lhe disfrutar desse período tão importante da sua vida.
Mas também contribui para que o seu bebé cresça saudável e evite doenças como a obesidade.
(...)
O PapaBem preparou alguns conselhos sobre a alimentação e sobre a atividade física, na gravidez.
Estes conselhos vão ajudá-la a fazer as escolhas mais saudáveis, para si e para o seu bebé.
Atenção às dicas Papa Bem!

Fator 2- Conteúdo sobre comportamentos

Pontuação- 2

O conteúdo da informação incide, na sua quase totalidade, sobre comportamentos que fazem parte do quotidiano das grávidas. São facultadas “dicas” que ajudam a concretizar as recomendações veiculadas.

Fator 3- Âmbito

Pontuação- 1

O âmbito da informação está adequadamente circunscrito à finalidade, embora esta não apareça claramente definida no título, na frase introdutória ou nas ilustrações.

Para ser mais adequada a populações com baixa escolaridade, a informação deveria incidir sobre cada uma das temáticas abordadas (alimentação ou atividade física) separadamente. Existem também duas frases fora do âmbito do folheto. Uma porque entra em aparente contradição com o resto da informação, e outra porque utiliza um tom infantil inadequado para populações adultas.

Exemplo de frases inadequadas:

• Guie-se pelo seu apetite para comer as quantidades de que necessita, nem mais, nem menos.

• À refeição, cumpra a regra dos 3S: Sentada, Sossegada e Sociável.

Fator 4- Resumo ou revisões

Não aplicável

A informação não possui resumos ou revisões.

2- Categoria de Literacia

Fator 5 - Estilo de escrita

Pontuação- 2

No que se refere ao estilo de escrita, o folheto parece dividido em duas partes, uma primeira parte muito adequada e uma segunda parte menos adequada. Na primeira página, a informação está estruturada através de frases curtas, construídas na voz ativa e através do discurso direto, preenchendo-se os requisitos de um estilo de escrita muito adequado. Na segunda página, desenvolvem-se frases demasiado longas, construídas na

voz passiva e sem contextualização. Existem ainda algumas falhas no sequenciamento da informação, que não responde à ordem aconselhada.

Exemplo de informação com sequência inadequada

- Prefira sempre os óleos vegetais, como azeite, óleo de amendoim, de soja, de milho e de girassol, e os cremes vegetais para barrar sem gorduras trans.
- Evite as gorduras animais, como natas, manteiga, banha, toucinho e bacon e os óleos de coco e de palma.
- Modere o consumo de sal, utilizando pouco sal para cozinhar, não adicionando sal no prato e evitando produtos e alimentos com excesso de sal.

Exemplo em linguagem simplificada:

- Evite gorduras animais, como as natas, a manteiga e o bacon.
- Prefira os óleos vegetais, como o azeite e o óleo de girassol ou de soja.
- Também pode optar pelos cremes vegetais, como a manteiga de soja. Escolha os cremes vegetais sem gorduras trans no rótulo.
- Vigie o consumo de sal. Cozinhe com menos sal e não utilize sal refinado à mesa.
- Evite também alimentos muito salgados, como o presunto ou as batatas fritas de pacote.

Exemplo de frase inadequada:

- Siga rigorosamente os cuidados de higiene com a alimentação e evite os alimentos não indicados para o período da gravidez: carne, pescado e ovos mal cozidos, leite ou laticínios não pasteurizados e vegetais e frutas crus não higienizados.

Exemplo em linguagem simplificada:

Cozinhe bem a carne, o pescado e os ovos.
Veja o rótulo dos laticínios, como o leite, o iogurte e o queijo para confirmar que são pasteurizados. Isto quer dizer que o alimento esteve a temperaturas altas para não provocar doenças. Lave muito bem os alimentos crus e as frutas.

Fator 6- vocabulário

Pontuação- 1

Com exceção de algumas “palavras de categoria” (substantivos comuns), e de alguns termos técnicos, o vocabulário utilizado é simples e acessível. No que respeita aos aspetos gramaticais desaconselhados, constata-se o uso da nominalização do verbo (utilização do verbo como substantivo), da múltipla adjetivação e a falta de artigos definidos.

Exemplos de vocabulário inadequado:

Tipo de inadequação de vocabulário	Exemplo de vocabulário inadequado
Palavras de categoria	Laticínios, tubérculos, carne vermelha, cremes vegetais, bebidas açucaradas
Palavras técnicas	Gorduras trans, obesidade infantil, diabetes gestacional, roda dos alimentos, pasteurizados, higienizados
Juízos de valor	Modere o consumo, longos períodos, muito quente
Nominalização do verbo	Limite o consumo, privilegie o consumo, modere o consumo
Múltipla adjetivação	Alimentação completa, equilibrada, variada e segura
Omissão de artigos	“como (...) óleo de amendoim”; “como natas, manteiga, (...)”

Fator 7- contextualização

Pontuação- 1

As frases estão adequadamente construídas e contextualizadas, salvo exceções como as transcritas abaixo.

Exemplo de frase inadequada:

mais prazer. Caminhada, natação, hidrogenástica, musculação, pilates são apenas algumas das modalidades pelas quais pode optar, desde que sejam feitas de forma adaptada a cada período da gravidez e com intensidade moderada.

Exemplo em linguagem simplificada:

Opte por modalidades com intensidade moderada e adapte-as aos diferentes períodos da sua gravidez. Pode fazer, por exemplo caminhadas, hidrogenástica, pilates etc...

Exemplo de frase inadequada:

• Quer esteja a iniciar um plano de atividade física, quer esteja em grande forma, não se exercite até à exaustão e evite que o seu corpo fique muito quente.

Exemplo em linguagem simplificada:

Não se exercite até à exaustão e evite ficar muito quente, mesmo que esteja em boa forma física.

Fator 8- Títulos e subtítulos

Pontuação- 1

O título do folheto (PapaBem na gravidez) não esclarece totalmente sobre a finalidade da informação, fato que não é corrigido por um subtítulo esclarecedor. Por outro lado, os subtítulos “Atenção às dicas PapaBem” ou “sabia que...” são muito adequados. Já os subtítulos “atividade física” e “alimentação” são demasiado vagos. A divisão da informação em partes mais pequenas, através de um acréscimo de subtítulos, aumentaria a adequação da informação a pessoas com baixa escolaridade.

3- Categoria de Grafismo

Fator 9- Ilustrações da capa/Frente

Não aplicável

Não existem ilustrações na capa/frente do folheto

Fator 10- Tipo de ilustrações e grafismos

Pontuação- 0

Segundo as diretrizes do teste SAM, os pictogramas não são adequados a populações de baixa escolaridade.

Fator 11- Relevância das ilustrações

Pontuação- 1

Apesar dos pictogramas não se adequarem a populações com escolaridade inferior a 10 anos, eles possuem relevância face ao conteúdo, uma vez que ilustram os subtítulos.

Fator 12- Tabelas, quadros e gráficos

Não aplicável

Não existem tabelas, quadros ou gráficos.

Fator 13 – Legendas das imagens

Pontuação- 1

Os pictogramas constituem as únicas imagens do folheto e estão sempre associados a um título.

4- Categoria de *Layout* e tipografia

Fator 14- *Layout*

Pontuação- 1

A informação possui características de *layout* adequadas como: i) o uso de caixas de texto; ii) o emprego da cor; iii) o recurso aos *bullets*; e iv) a utilização de suficiente espaço em branco. Contudo, verificam-se inadequações na utilização de pistas tipográficas (caixa de texto, negrito etc....), como é exemplo o uso de negrito na frase: “sentada, sossegada e sociável”. Na segunda página, o *layout* é menos eficaz devido à extensão excessiva das *linhas* e à falta de espaçamento.

Fator 15- Tipografia

Pontuação- 0

A tipografia do folheto é inadequada porque a letra é demasiado pequena e tem falta de contraste. Outro erro de tipografia refere-se ao uso de letras brancas (desaconselhado pela falta de contraste e difícil *legibilidade*).

Fator 16- Listas e tópicos

Pontuação- 0

As listas são inadequadas porque possuem mais de 5 *itens*. Deveriam ser divididas em partes mais pequenas através de subtítulos.

4- Categoria de Aprendizagem

Fator 17- Interação

Pontuação- 1

Existe interação passiva através dos subtítulos “sabia que...” e “Atenção às dicas PapaBem”. Não se observa interação ativa.

Fator 18- Modelamento

Pontuação- 2

O folheto incide sobre comportamentos concretos, concretizáveis no dia-a-dia do leitor. São fornecidas dicas e conselhos práticos para facilitar a realização das condutas recomendadas. Neste sentido o fator de modelamento é muito adequado.

Fator 19- Motivação e autoeficácia

Pontuação- 1

O folheto é demasiado extenso, mas os comportamentos sugeridos estão bem explicados e parecem fáceis de realizar.

Erros detetados no folheto

Onde se lê: “Medidas que contribuem para um crescimento saudável e para a prevenção (...), deve ler-se medidas que contribuem para que o seu filho cresça saudável e (...)”

Onde se lê: “Evite as gorduras animais como natas, banha, toucinho e bacon e os óleos de coco e de palma”, deve ler-se: “Evite as gorduras animais como as natas, a banha, o toucinho e o bacon. Evite também os óleos de coco e de palma porque têm muita gordura”.

Onde se lê: “evite os alimentos não indicados para o período da gravidez: carne, pescado e ovos mal cozidos”, deve ler-se, por exemplo: “Evite a carne mal passada e o pescado e ovos mal cozidos”.

Onde se lê: “converse com o seu médico para saber se não tem nenhuma contra-indicação”, deve ler-se: “para saber se a atividade física não lhe é contra-indicada”.

Folheto 7- Conclusão da avaliação

Score total de adequação- 47%

O conteúdo da informação incide na sua quase totalidade sobre comportamentos. São veiculadas dicas e conselhos práticos e não apenas conhecimentos teóricos.

A primeira página da informação tem um estilo de escrita muito adequado e emprega um vocabulário simples. Na segunda página, verificam-se frases extensas, escritas na voz passiva e sem contextualização, o que torna o estilo de escrita menos adequado.

O âmbito do folheto restringe-se à finalidade, embora o tom não seja sempre o mais adequado. Verificam-se várias características de *layout* adequadas, como a utilização de muito espaço em branco e o uso de cor. Relativamente às inadequações de *layout* e de tipografia, as mais importantes incluem o uso incorreto de pistas visuais, o tamanho excessivo da linha, na segunda página e o uso de letra pequena e sem contraste.

Folheto 8: “Recomendações para uma alimentação diária mais saudável!! ”

Mantenha um peso adequado à sua estatura!

Para que se mantenha o mais saudável possível, é fundamental que procure obter um equilíbrio entre a energia que consome e a energia que gasta – isto é, **não consuma mais energia do que aquela que consegue gastar, caso contrário vai ganhar peso!**

Qual é o peso certo?

Actualmente usa-se o Índice de Massa Corporal (IMC) para determinar se um adulto tem o peso adequado à sua estatura ou não. O IMC é um índice simples, fiável e fácil de usar que indica o número de quilos de peso por metro quadrado de superfície corporal que cada pessoa tem.

Como se calcula o Índice de Massa Corporal?

Dividindo o peso actual pela altura ao quadrado.

$$\text{IMC} = \text{peso em Kg} / \text{altura}^2 \text{ em metros}$$

Por exemplo: Uma pessoa que meça 1,65m e pese 60 Kg, tem um IMC de:

$$\text{IMC} = 60 / (1,65 \times 1,65) = 22,04 \text{ — O que significa este valor?}$$

Se o seu valor de IMC: for

Inferior a 18,5 — é uma pessoa magra;
Baixo peso para a sua altura;

Entre 18,5 e 24,9 — tem um peso normal;
Peso adequado à sua altura;

Entre 25 e 29,9 — tem excesso de peso;
Pré-obesidade;

Superior a 30 — tem obesidade;
Peso muito excessivo para a sua altura.

Assim, no exemplo apresentado (IMC= 22,04), a pessoa tem um peso normal!

Ter hábitos alimentares saudáveis não é sinónimo de uma alimentação restritiva ou monótona. Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade.

Quanto mais variada for a sua selecção alimentar, melhor! Diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes o que, garante que todas as necessidades nutricionais sejam satisfeitas.

Optar por hábitos alimentares mais saudáveis, não significa deixar de comer aqueles alimentos menos saudáveis que tanto gosta. O importante é que o consumo desses alimentos constitua a excepção e não a regra do seu dia a dia alimentar.

Encare a adopção de práticas alimentares mais saudáveis como uma oportunidade para experimentar novos alimentos e novos modos de confecção, que para além de serem apetitosos, são uma forma de contribuir para a melhoria do seu estado de saúde.

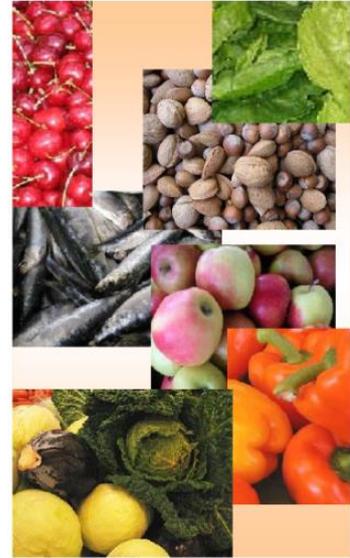


Direcção-Geral da Saúde

Texto e Fotografia: Vanessa Candeias
Divisão de Promoção e Educação para a Saúde
Direcção Geral da Saúde

Ministério da Saúde

Recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável!!



Direcção-Geral da Saúde

Ministério da Saúde

Actualmente sabe-se que os hábitos alimentares inadequados e a inactividade física são dois dos principais factores de risco para o aparecimento de doenças como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e até alguns tipos de cancro.

É por isso de primordial importância que todos adoptemos um estilo de vida mais saudável, cuidando dos nossos hábitos alimentares, praticando mais actividade física e não fumando!

RECOMENDAÇÕES PARA FAZER UMA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA MAIS SAUDÁVEL:

Tomar sempre o pequeno-almoço!

Inicie o seu dia com um pequeno-almoço completo, equilibrado e saudável. Para isso consuma leite ou seus derivados, pão escuro ou de mistura ou cereais integrais e não se esqueça de incluir fruta fresca!

Evite estar mais de 3 horas e meia sem comer.

Faça pequenas merendas entre as três refeições principais e uma pequena ceia antes do deitar!



Diminua o consumo de sal!

Reduza a quantidade que usa para a confecção dos alimentos, opte por usar ervas aromáticas e especiarias para que os seus cozinhados fiquem mais apetitosos. Não adicione sal fino aos pratos já confeccionados, para isso evite levar o salteiro para a mesa.

Evite o consumo de alimentos muito salgados (ex.: chouriço e outros produtos de charcutaria e salsicharia, determinados queijos, caldos concentrados, molhos pré-preparados, alimentos tipo fast-food, etc. ...).

Evite ingerir açúcar e produtos açucarados.

Não adicione açúcar ao leite, chá ou café, procure habituar-se ao sabor natural destas bebidas! Evite consumir produtos ricos em açúcar (ex.: produtos de confeitaria e pastelaria, chocolates, gelados, rebuçados, mel, sobremesas açucaradas, gomas, refrigerantes, determinadas bolachas, etc.). Estes alimentos só devem ser consumidos ocasionalmente e de preferência após uma refeição.

Aumente o seu consumo de hortaliças e legumes!

Inicie sempre o almoço e o jantar com uma sopa rica em hortaliças e legumes; faça destes alimentos (em salada ou preparados de outras formas) um acompanhamento fundamental do seu prato.

Aumente o seu consumo de fruta!

Lembre-se: “Para terminar a refeição em beleza, a fruta é a melhor sobremesa!”. Prefira a fruta a outro tipo de sobremesas mais açucaradas. Nos intervalos entre as refeições, “engane” a fome comendo uma peça de fruta acompanhada de outro alimento (ex.: um pedaço de pão ou um iogurte...).

Consuma de preferência peixe e carnes magras (ex.: aves ou coelho).

O peixe e as carnes brancas fornecem a mesma quantidade de proteína que as carnes vermelhas (ex.: carne de vaca ou de outros mamíferos), com a vantagem de terem menor quantidade de gordura, por isso faça um consumo muito esporádico de carnes vermelhas.

A pele das aves e a gordura visível da carne e peixe, por serem prejudiciais à saúde, deve evitar-se o seu consumo.

Beba água simples em abundância ao longo do dia!

Chá e infusões sem adição de açúcar são uma maneira saudável e saborosa de consumir água! Evite os refrigerantes e bebidas artificiais à base de sumo de frutos que são geralmente pobres em nutrientes e ricas em açúcar.

Se consumir bebidas alcoólicas, faça-o com moderação!

Mulheres grávidas, crianças, adolescentes e jovens até aos 17 anos não devem consumir nenhuma porção de álcool!

Reduza o seu consumo total de gordura, em especial de gordura saturada, existente principalmente em produtos de origem animal. Diminua não só a quantidade de gordura usada para cozinhar e temperar, mas também o consumo de alimentos com elevado teor de gordura (ex.: margarina, banha, manteiga, produtos de charcutaria e salsicharia, natas, molhos pré-preparados industrialmente, caldos concentrados, toucinho, massas folhadas, risssos, etc. ...).

Prefira métodos de culinária simples, saudáveis e saborosos, tais como: estufados, cozidos e grelhados!

Se adicionar gordura aos seus assados no forno, que seja apenas azeite e em pouca quantidade. Evite o consumo de alimentos fritos, pois estes contêm grandes quantidades de gordura.

Nos alimentos grelhados não consuma as partes carbonizadas (queimadas), pois estas são muito prejudiciais para a sua saúde.

Não utilize gorduras que foram sobreaquecidas ou óleos queimados.

Evite cozinhar mais do que duas vezes com a mesma gordura, pois as altas temperaturas a que esta é submetida durante o processamento culinário (ex. fritura), levam à sua degradação e ao aparecimento de substâncias cancerígenas, que passam para o alimento enquanto este é cozinhado.

Privilegie sempre o consumo do azeite em relação às outras gorduras, tanto para cozinhar, como para temperar os pratos.

1- Categoria de Conteúdo

Fator 1- Finalidade

Pontuação- 1

A finalidade está expressa no título e na introdução, embora com um nível de literacia superior ao recomendado. A ilustração faz alusão à finalidade mas não ilustra comportamentos.

Fator 2- Conteúdo sobre comportamentos

Pontuação- 2

O conteúdo incide na sua quase totalidade sobre comportamentos.

Fator 3- Âmbito

Pontuação- 1

O âmbito do folheto cinge-se à finalidade sem que exista dispersão por informação secundária, contudo a informação é demasiado extensa para pessoas com baixa escolaridade.

Fator 4- Resumo ou revisões

Pontuação- 0

O folheto não possui resumos ou revisões

2- Categoria de Literacia

Fator 5 - Estilo de escrita

Pontuação- 1

Grande parte da informação está adequadamente escrita na voz ativa, no entanto constata-se a existência de frases longas e com significado intrincado. O cálculo do IMC, apesar de exemplificado, representa uma exigência de numeracia demasiado elevada para populações com baixa escolaridade.

Fator 6- vocabulário

Pontuação- 1

A generalidade do vocabulário é simples e acessível, mas a informação utiliza vocábulos e palavras técnicas com um nível de *lecturabilidade* muito superior a 6 anos de escolaridade.

Fator 7- contextualização

Pontuação- 1

Verificam-se frases sem contextualização da informação no seu início, como recomendado.

Fator 8- Títulos e subtítulos

Pontuação- 2

O folheto está adequadamente subdividido em pequenas partes através de subtítulos.

3-Categoria de Grafismo

Fator 9- Ilustrações da capa/Frente

Pontuação- 0

A frente pode ser considerada chamativa pelas cores que emprega, mas não resume a finalidade do folheto nem ilustra as ideias principais.

Fator 10- Tipo de ilustrações e grafismos

Pontuação- 0

As ilustrações do folheto não são “desenhos de contorno”, não têm uma leitura fácil e retiram contraste ao texto, dificultando a *legibilidade* da informação.

Fator 11- Relevância das ilustrações

Pontuação- 0

As ilustrações são irrelevantes porque têm uma função principalmente estética e não transmitem as ideias-chave da informação. O fato das ilustrações se encontrarem em segundo plano dificulta a *legibilidade do texto*.

Fator 12- Tabelas, quadros e gráficos

Não aplicável

A informação não possui tabelas, quadros ou gráfico

Fator 13 – Legendas das imagens

Não aplicável

O folheto não possui imagens

4- Categoria de *Layout* e tipografia

Fator 14- *Layout*

Pontuação- 1

A informação contém aspetos de *layout* adequados, como a divisão da informação em pequenas partes e o uso de cores. Os restantes aspetos do *layout* são inadequados. Verifica-se falta de espaço em branco, pouco espaço entre as linhas do texto e falta de contraste na letra. Tudo isto se traduz numa má *legibilidade* do texto.

Fator 15- Tipografia

Pontuação- 0

Embora as pistas visuais, como as caixas de texto e a cor, sejam empregues de forma muito adequada, o tamanho da letra é muito pequeno e as ilustrações, colocadas em 2º plano, retiram-lhe contraste. A tipografia da informação é por isso muito inadequada.

Fator 16- Listas e tópicos

Não aplicável

O folheto não possui listas.

5- Categoria de Aprendizagem

Fator 17- Interação

Pontuação- 1

O folheto possui interação passiva, sob a forma de questões e interação ativa. No entanto, o cálculo do IMC não é uma atividade adequada a pessoas com baixa escolaridade, uma vez que exige competências de numeracia mais elevadas.

Fator 18- Modelamento

Pontuação- 2

O folheto descreve os comportamentos sugeridos de uma forma concreta e fácil de aplicar ao dia-a-dia

Fator 19- Motivação e autoeficácia

Pontuação- 1

Com exceção do cálculo do IMC, a informação descreve tarefas que não são demasiado exigentes, motivando o leitor para a sua realização.

Folheto 8- Conclusão da avaliação

Score total de adequação- 44%

O folheto explica a sua finalidade no título e na introdução, apesar da última possuir um nível de literacia demasiado elevado. O âmbito da informação está corretamente circunscrito à finalidade mas o folheto é extenso para pessoas com baixa escolaridade.

O conteúdo foca comportamentos que são descritos de forma objetiva e praticável no dia-a-dia. O estilo de escrita é adequado uma vez que usa a voz ativa e um vocabulário que é, na sua generalidade, simples.

Contudo, verificam-se algumas frases demasiado extensas e sem “contextualização”, e identificou-se uma tarefa de numeracia demasiado complexa (cálculo do IMC). As ilustrações não representam as ideias-chave da informação e por aparecerem em segundo plano retiram legibilidade ao texto. As letras possuem fraca *legibilidade* devido ao seu tamanho reduzido e à falta de contraste.

9.2- Resultados da segunda fase

Na segunda fase do estudo realizou-se um inquérito por questionário (anexo 5, pág 247) com a finalidade de testar, com uma amostra de 239 pessoas, dois aspetos: i) algumas inadequações da informação avaliada na primeira fase e; ii) procedimentos de simplificação da linguagem (*plain language*).

O teste das inadequações realizou-se ao nível de quatro categorias de informação: i) categoria de nível de literacia; ii) categoria de grafismo; iii) categoria de aprendizagem e, iv) a categoria de *layout* e tipografia. Para testar as inadequações referentes ao nível de literacia da informação colocaram-se aos entrevistados questões sobre vocabulário e sobre conceitos de numeracia presentes nos folhetos (anexo 6, pág 269).

Neste sentido foi pedido aos inquiridos que, entre 4 opções de resposta, identificassem a definição correta de algumas palavras e expressões retiradas do folheto. Selecionou-se para este efeito tanto “palavras técnicas” como “palavras de categoria”, como ainda expressões que transmitissem “juízos de valor” (ex.: consumo *moderado*).

Neste teste de compreensão de vocabulário, entre as 239 respostas obtidas 68% não identificaram o significado das palavras e das expressões assinaladas, (mesmo sendo dada a possibilidade de consultar o folheto durante a entrevista). Por exemplo, no grupo de “palavras técnicas,” 63% das 150 respostas não identificaram o significado de expressões como “*consulta de enfermagem e saúde mental*”, ou de “*antioxidante*”. Já na tarefa de sinalizar o grupo de alimentos pertencente à categoria dos “*alimentos frescos*”, 57% das 60 respostas não foram corretas (total de respostas erradas e de respostas “não sei”) (anexo 7.2, pág 274).

No que se refere à compreensão de mensagens transmitidas através de “juízos de valor”, 83% dos 30 inquiridos não interpretou corretamente a recomendação para uma “*ingestão moderada* de azeite”. Sendo que, entre as respostas erradas, 57% das pessoas interpretaram que deveriam usar mais do dobro da quantidade recomendada, e 26% admitiu não saber calcular essa quantidade (para consultar a pergunta nº 1 do questionário 5, ver anexo 5.5, na pág 258).

Face à recomendação para a realização de uma *prática regular de atividade física* e perante quatro opções de resposta, onde duas das respostas foram consideradas corretas, 50% dos 30 inquiridos não responderam corretamente.

Relativamente aos fatores de numeracia, confirmou-se que as expressões matemáticas (como o cálculo do IMC), o uso de unidades de medida (ex.: 200 gr.), quando não são devidamente exemplificadas (ex.: uma colher de sopa de azeite), e as preposições complexas (ex.: “*deve consumir 5 porções de fruta e hortícolas diariamente*”) exigem um nível de literacia demasiado elevado para a amostra inquirida (anexo 7.2, na pág 274).

No que se refere à interpretação das referidas proposições complexas, quando convidados a identificar, entre 4 opções, o significado da frase “deve consumir 5 porções de fruta e hortícolas diariamente”, apenas 43%, entre as 30 pessoas entrevistadas selecionaram a resposta correta (ver pergunta nº 6, do questionário n.º 1, no anexo 5.1, pág 249).

Por outro lado, 77% das 60 pessoas questionadas erra ou não sabe sinalizar a resposta correta, no diz respeito a traduzir o peso dos alimentos por unidades (respondendo, por exemplo à questão: “quanto são 300 gr. de maçãs em unidades?”). Esta constatação confirma a regra do *plain language* que aconselha facultar exemplos das unidades de medida através de “medidas caseiras” (ex.: número de colheres de sopa) ou de unidades (ex.: uma cebola).

No que se refere a optar entre resolver fórmulas matemáticas, como a fórmula do IMC (índice de massa corporal), ou a identificar este índice diretamente em tabelas ou quadros, 10% das 30 pessoas inquiridas consideraram ambas as opções difíceis, e 76% preferiram a segunda opção (consultar a pergunta 3, do questionário n.º 6, no anexo 5.6, pág.260).

Para testar o impacto da falta de legendas e de “vinhetas” na compreensão de uma imagem, perguntou-se a 30 pessoas se conseguiam identificar os hortofrutícolas no gráfico circular presente na informação. Entre os auscultados, 62% não identificou a fração do gráfico correspondente aos alimentos referidos (ver anexo 7.1, na pág 272). Neste sentido, a ilustração, tal como é apresentada no folheto, foi incompreendida pela maioria dos inquiridos. Tal ocorrência poderia ter sido evitada através do uso de legendas e/ou de “vinhetas”, como estabelecido pelo *plain language*.

Face à pergunta sobre as medidas mais importantes para melhorar a informação sobre alimentação, entre as 239 respostas obtidas: 36% sublinharam “dar dicas para o dia-dia”; 26% apontaram “ilustrar a informação com imagens”; 18% escolheram “usar menos

palavras médicas” e; 14% responderam “escrever de forma mais fácil”. Os restantes 4% das respostas apontaram outras medidas.

Para testar os procedimentos de simplificação de linguagem, inquiriram-se 180 pessoas e realizaram-se 13 questões sobre a sua preferência relativamente a diferentes formas de escrever a informação contida no folheto. Aos entrevistados foram mostradas 2 ou 3 versões diferentes da mesma informação, tendo-se obtido 360 respostas (anexo 7.3, pág 275).

Nas questões em que se utilizaram apenas duas versões da informação, foi perguntado aos entrevistados se preferiam a versão original, tal como aparecia no folheto ou, uma versão em linguagem simplificada. Podendo estes optar por responder entre : a) versão em linguagem simplificada; b) a versão original do folheto; c) ambas as versões são fáceis ou; d) ambas as respostas são difíceis. Neste contexto, 82% entre as 150 respostas obtidas indicaram preferir a informação produzida em linguagem simplificada.

A preferência dos materiais em linguagem simplificada foi tanto mais acentuada quanto mais extensas foram as unidades de informação apresentadas aos entrevistados. Neste sentido, quando se deu a escolher entre três tipos de informação com um tamanho A4, das 30 pessoas inquiridas 96% preferiu a informação em linguagem simplificada (ver pergunta nº 8, do questionário 7, na pág 262).

Por outro lado, quando se apresentaram excertos de informação com cerca de 4 parágrafos, a versão em linguagem simplificada foi preferida em 90% das 60 respostas obtidas. Finalmente, quando se testaram apenas frases ou palavras, apenas 54,2%, dos 59 inquiridos preferiu a versão em linguagem simplificada.

O facto da preferência dos inquiridos face à linguagem simplificada se manifestar mais fortemente em informação mais extensa, e conseqüentemente quando esta concretiza um maior número das regras da linguagem simplificada, indica que todos os aspetos desta linguagem são importantes, e que a simplificação dos conteúdos escritos pode ser tanto mais necessária quanto mais extensa for a informação.

Relativamente às questões em que se deu a escolher aos inquiridos entre três tipos de informação: i) um excerto do folheto; ii) uma versão mais simples do que a apresentada no folheto; e iii) uma versão construída segundo as regras da linguagem simplificada, os resultados foram igualmente favoráveis aos procedimentos de simplificação de linguagem.

Face às questões sobre qual dos materiais continha as palavras e as frases mais simples (perguntas 2 e 6, do questionário 7), 3,6%, das 60 respostas indicaram a “informação simples”; 3,6% selecionaram o folheto; 56,4% referiram a informação em linguagem simplificada e; os restantes 36,3%, consideraram que as palavras e as frases em questão eram “igualmente fáceis”, ou “igualmente difíceis” nas diferentes versões.

Já relativamente à questão sobre qual dos materiais explicava melhor os benefícios e os sinais de alarme dos comportamentos veiculados (questionário nº 7, pergunta nº 3 na pág. 261): os 30 inquiridos elegeram a “informação em linguagem simplificada” em 47% das vezes; escolheram a “informação do folheto” em 21% das respostas e; optaram pela “informação simples” em 7% das ocasiões. Os restantes 25% consideraram que os 3 materiais explicavam “igualmente bem” os assuntos mencionados.

Na seleção da informação com maior utilidade: (aplicabilidade na vida diária) (questionário nº 7, pergunta 7), 43% dos 30 entrevistados selecionaram a “informação em linguagem simplificada”; 14% optaram pelo folheto e; 7% indicaram a “informação simples”. Ainda entre os sondados, 36% consideraram as três informações “igualmente úteis”.

A informação considerada mais motivante (que mais incentiva à leitura e à concretização dos comportamentos recomendados) (questionário nº 7, pergunta 4), foi a informação em linguagem simplificada, assim considerada por 81% dos 30 participantes no estudo. Seguiu-se a “informação simples”, escolhida 15% das vezes. Os restantes 4% consideraram as três informações “igualmente motivantes”.

No que se refere a selecionar a informação mais atrativa visualmente, os mesmos 30 entrevistados mencionaram tratar-se da linguagem simplificada em 93% das vezes, principalmente devido ao *layout* e às ilustrações desta informação. Por outro lado, o folheto foi considerado a segunda informação mais motivante em 7% das respostas.

Conclui-se, portanto, que tal como previsto a informação simplificada foi a informação mais apreciada relativamente a todas as dimensões estudadas. A preferência por este tipo de linguagem foi tanto maior quanto mais elevado foi o número de regras do *plain language* cumpridas e quanto mais extensos foram os excertos de informação estudados.

Na apreciação da informação simplificada, o *layout* e as ilustrações foram destacados pelos leitores como sendo os elementos preferidos da informação. Neste

sentido, os elementos visuais podem ter justificado em grande medida a maior atração e motivação exercida por estes materiais face à amostra entrevistada.

10-Discussão

A avaliação dos folhetos revelou que metade dos materiais analisados é inadequada, e que a restante metade apenas cumpre os requisitos mínimos de adequação. Este resultado torna evidente a necessidade das autoridades de saúde incentivarem a produção de informação adequada, nomeadamente no que concerne às temáticas da alimentação e do peso saudável.

Constatou-se que a média de adequação dos folhetos estudados é de 31,6%, ainda 8,4 pontos percentuais abaixo do limiar mínimo exigido para um material ser considerado adequado (sendo este limiar de 40%). Por outro lado, o folheto melhor pontuado obteve apenas 50% de adequação. Este resultado preocupante poderá estar em parte relacionado com o facto da informação avaliada incidir maioritariamente sobre alimentação.

Considera-se que a nutrição constitui ainda uma área com um discurso difícil de simplificar e de adequar a pessoas com baixa escolaridade. Trata-se de uma disciplina que, por um lado recorre frequentemente ao jargão técnico, complexificando a linguagem, e por outro lado possui grande dificuldade em operacionalizar os seus conceitos e recomendações, recorrendo frequentemente a juízos de valor (Ex.: “consume moderadamente”).

Concluiu-se ainda que, entre os 19 fatores de informação avaliados, (agrupados em 5 categorias) 79% foram considerados inadequados. Esta constatação de que a grande maioria dos fatores possui erros que podem comprometer a compreensão dos conteúdos foi muito além do previsto, que circunscrevia o grupo de fatores inadequados principalmente ao nível dos fatores escritos.

Tendo em conta que, através do teste SAM, se detetou uma grande diversidade de inadequações (tanto escritas como gráficas), os objetivos de identificar as inadequações mais importantes da informação e de assinalar os procedimentos de simplificação de linguagem mais eficazes complexificaram-se. Neste sentido, optou-se por fazer uma

análise mais exaustiva, tanto das inadequações detetadas, como das estratégias para as corrigir.

No que diz respeito às categorias de informação avaliadas, (conteúdo; nível de literacia; grafismos; *layout* e tipografia e; motivação e aprendizagem) os resultados foram igualmente negativos, sendo que apenas a categoria de *aprendizagem* foi considerada adequada. No entanto, este resultado que se refere ao modelamento dos comportamentos e à motivação suscitada no leitor, poderá ter sido sobreavaliado pelo investigador, dado que este parâmetro é mais precisamente avaliado pelas próprias populações-alvo.

Verificou-se ainda que, ao contrário do que se poderia esperar, as categorias relativas aos conteúdos gráficos obtiveram pontuações inferiores às categorias de conteúdos escritos. Este resultado deveu-se a aspetos como: a complexidade das tabelas e gráficos; a falta de legendas nos elementos visuais; a fraca relação das ilustrações com as ideias-chave; a não utilização do tipo de ilustrações recomendado (“desenhos de contorno”); a falta de legibilidade da letra e; a falta de espaço em branco na folha.

No sentido de melhorar os aspetos referidos, a linguagem simplificada preconiza o desenvolvimento de um *layout* “simples e claro”. Deve dar-se especial importância ao uso de uma letra com boa *legibilidade*, à utilização de muito espaço em branco na folha, de forma a conferir um aspeto “pouco complexo” à informação e ao desenvolvimento de ilustrações que transmitam “por si só” as ideias-chave da informação.

Considera-se que se devem constituir equipas multidisciplinares que integrem não apenas especialistas em conteúdos escritos, como também peritos em informação gráfica. Trata-se de não descurar os aspetos visuais da informação que, numa sociedade tão marcadamente influenciada pelo marketing, têm especial importância.

Relativamente ao grupo dos fatores “escritos”, as categorias que obtiveram menor adequação foram o *conteúdo* e a *literacia*. Na categoria de conteúdo, os principais erros referiram-se à: falta de uma explicação clara sobre a finalidade da informação, nos dois primeiros parágrafos do folheto; à natureza demasiado teórica e abstrata da informação e; à ausência de resumos. Os resumos constituem um momento importante de recapitulação e de consolidação da informação apreendida favorecendo a memorização dos conteúdos.

O facto da informação possuir um carácter demasiado teórico e técnico contribui grandemente para a sua complexidade e para o desinteresse e dispersão do leitor. Isto resulta tanto numa menor retenção das ideias-chave da informação, como numa maior

dificuldade, por parte do leitor, para conceber a realização dos comportamentos recomendados no seu dia-a-dia.

Com efeito, apenas num dos folhetos analisados se exemplifica a finalidade da informação através de instruções “passo a passo”, como recomendado pela linguagem simplificada. Isto ilustra a necessidade da informação avaliada se aproximar das populações-alvo e das suas rotinas diárias. Será necessário passar a ter em conta o contexto e os hábitos dos leitores para produzir informação de saúde realmente catalisadora de mudanças comportamentais.

Fica sublinhada a importância da adoção de uma perspetiva utilitária da informação. Pensa-se que uma das principais causas de inadequação da informação avaliada reside exatamente na falha em transitar definitivamente para um paradigma centrado nas necessidades diárias dos leitores. Os folhetos estudados ainda não se assumem como um conjunto de recomendações sobre as rotinas diárias das populações (com vista à saúde), mas sim como um resumo de conhecimentos sobre saúde.

Este evitamento de uma comunicação e de uma abordagem mais vulgar e direta é também visível na interação com o leitor, evitando-se o discurso direto, a voz ativa e os pronomes pessoais.

Consequentemente, na categoria de literacia, os fatores de *vocabulário* e de *estilo de escrita* não cumpriram os requisitos mínimos de adequação em metade das avaliações. Relativamente ao vocabulário empregue na informação, as inadequações mais importantes consistiram: i) no emprego de demasiado *jargão técnico* (ex., antioxidantes); ii) no uso de “*palavras de categoria*” (ex., produtos frescos) e; iii) na utilização de expressões que veiculam juízos de valor (ex., quantidade moderada), ao invés de objetivarem os comportamentos desejados.

No que se refere ao *estilo de escrita*, a falta de clareza e o tamanho excessivo das frases resultou principalmente do uso da voz passiva, da utilização de tempos verbais complexos, da omissão dos pronomes pessoais e da nominalização dos verbos (utilização dos verbos como nomes).

Fica deste modo evidente a necessidade referida no teste SAM e nas diretrizes da linguagem simplificada, de utilização da voz ativa e dos pronomes pessoais. Estes elementos, ao permitirem interpelar o leitor através de uma linguagem mais direta e mais

simples, envolvem-no na mensagem e constituem importantes elementos para a sua motivação.

Tendo em conta as inadequações encontradas na informação e tendo sido calculado o seu peso, no que se refere à clareza das mensagens estudadas, selecionaram-se como procedimentos de simplificação da linguagem prioritários: i) a apresentação clara da finalidade, no início da informação; ii) o uso de letras com boa *legibilidade*; iii) a utilização de vocabulário simples; iv) a simplificação do estilo de escrita; v) a facilitação de resumos; vi) o desenvolvimento de ilustrações, quadros e gráficos adequados e; vii) a apresentação de títulos e legendas em todas as imagens.

Acredita-se que o transitar para a produção de informação de saúde mais conectada com a realidade diária dos leitores depende, em grande medida, do uso de metodologias participadas na sua elaboração. Esta abordagem permitirá às diferentes populações-alvo manifestarem as suas necessidades, tornarem explícitas as suas dúvidas, e esclarecerem as suas preferências no que diz respeito à comunicação em saúde.

No que se refere aos resultados obtidos através do inquérito, estes confirmaram de forma contundente que as inadequações detetadas na primeira fase do estudo contribuem negativamente para a compreensão, uso e aceitação dos folhetos por parte dos leitores, e que os procedimentos de simplificação da linguagem aumentaram a adequação da informação.

Com efeito, quanto se inquiriu a amostra sobre os vocábulos, os fatores de numeracia e os elementos gráficos considerados inadequados (na primeira fase do estudo) através do teste SAM, a maioria dos entrevistados demonstrou não compreender esses conteúdos.

Esta incompreensão face a conteúdos dos folhetos foi comprovada tanto no que diz respeito ao jargão médico, como às palavras “difíceis”, como ainda às expressões com “juízos de valor”, aos conceitos de numeracia e a alguns elementos gráficos (como o gráfico circular estudado).

Os resultados aferidos através do inquérito corroboraram, portanto, a avaliação realizada com o teste SAM, que indicou existirem na informação vários elementos demasiado complexos ou desadequados aos leitores. Confirma-se a hipótese de que os materiais avaliados possuem um nível de literacia demasiado elevado. Esta constatação está de acordo com a maioria da bibliografia sobre a área, que afirma existir um excesso

de sofisticação na informação de saúde, sendo urgente a sua simplificação (Rudd, 2010; OMS,2013)

O facto da informação conter conteúdos não compreensíveis pela audiência, contribui fortemente para a sua ineficácia, e para a desmotivação dos seus leitores. Pensa-se que uma das metas a perseguir deverá ser a de eliminar todos os elementos que possam vir a ser incompreendidos ou mal interpretados pelas populações-alvo.

Considera-se que estudos futuros deverão debruçar-se sobre a compreensão da informação de saúde utilizando uma amostra de exemplares de informação mais ampla. Este tipo de investigação é particularmente relevante uma vez que não existem fórmulas de *lecturabilidade* para a língua Portuguesa e dado que se constata dificuldade, por parte dos autores da informação estudada, em conceber níveis de *lecturabilidade* situados nos 6 anos de escolaridade.

No que respeita ao teste dos procedimentos de simplificação de linguagem, os resultados foram também muito favoráveis ao pressuposto prévio de que esta linguagem melhora a compreensão da informação e de que é preferida pelos leitores, quando comparada com outros tipos de informação.

Com efeito, quando inquiridos sobre a sua preferência relativamente a várias versões de mensagens dos folhetos, os entrevistados elegeram na grande maioria das vezes a informação em linguagem simplificada. Esta eleição foi mais significativa face a excertos de informação com um tamanho A4 do que face a frases ou palavras isoladas, indicando que a linguagem simplificada transcende em muito a mera simplificação de palavras ou frases.

De acordo com esta polivalência da linguagem simplificada, os inquiridos indicaram preferir esta forma de comunicação no que respeita a todas as dimensões da informação estudadas. Desta forma, a linguagem simplificada foi eleita entre outras formas de comunicação por: i) possuir palavras e frases mais simples; ii) ser mais útil; iii) explicar melhor os benefícios e sinais de alarme relativos aos comportamentos veiculados e, principalmente; iv) por ser mais motivante. As características da linguagem simplificada que mais motivaram a amostra inquirida foram o seu *layout* e ilustrações.

O facto dos entrevistados terem manifestado especial simpatia pela aparência visual da informação simplificada, relegando para segundo plano a importância da forma como esta é escrita, pode dever-se tanto a uma falta de capacidade crítica sobre o estilo de

escrita da informação sobre saúde (devido a uma habituação ao hermetismo de muita desta informação), como também a uma maior exigência no que concerne aos elementos visuais da informação resultante dos cada vez mais sofisticados recursos utilizados pelo *marketing* nesta dimensão.

Face à pergunta sobre as medidas mais importantes para melhorar a informação sobre alimentação, os entrevistados escolheram em primeiro lugar “dar dicas para o dia-a-dia” e em segundo lugar “ilustrar a informação com imagens”. Estas respostas reforçaram a importância de medidas já identificadas como necessárias na primeira fase do estudo, como é o caso de conferir utilidade prática à informação e de desenvolver ilustrações adequadas.

No presente trabalho, demonstrou-se a validade dos procedimentos de simplificação da linguagem, como forma de adequar a informação contida nos folhetos avaliados. Deseja-se que a investigação apresentada possa contribuir de alguma forma para o desenvolvimento de mais estudos sobre a eficácia da linguagem simplificada em informação sobre saúde.

Acredita-se que a identidade da linguagem simplificada na área da saúde (assim como a sua denominação) requererá de estudos mais aprofundados que se debrucem também cuidadosamente sobre a transladação e adequação das regras do *plain language* para o Português, não descurando os aspetos gramaticais e culturais que esta linguagem deve assumir quando transposta para o nosso idioma. Estes estudos deverão ainda produzir diretrizes claras e objectivas que auxiliem os profissionais de saúde a desenvolverem a linguagem simplificada em contextos de saúde.

Capítulo IV

11-Segundo estudo: Simplificação de linguagem sobre saúde: diretrizes e desafios

11.1. - Finalidade

O presente estudo de caso tem como finalidade desenvolver diretrizes para a construção de linguagem simplificada (*plain language*), em Português e na área da saúde.

Optou-se por denominar linguagem simplificada à aplicação das regras do *plain language* à informação sobre saúde, escrita em Português. Trata-se de uma denominação que se pretende provisória até futuro estudos estabelecerem maior fundamentação teórica para o debate sobre uma denominação consensual.

11.2- Objetivos

-Objetivos gerais

- Analisar o processo de produção de um glossário sobre alimentação, exercício físico e obesidade, escrito em linguagem simplificada.

- Estabelecer diretrizes para o desenvolvimento de linguagem simplificada em Português, no contexto de saúde.

- Objetivos específicos

- Analisar as dificuldades inerentes ao processo de produção de 170 definições sobre conceitos associados à alimentação, ao exercício físico e à obesidade, em linguagem simplificada.

- Identificar as principais dificuldades encontradas por uma equipa de profissionais de saúde na revisão de definições em linguagem simplificada (sobre conceitos associados à alimentação, exercício físico e obesidade).

- Estabelecer diretrizes para a produção de linguagem simplificada, em Português e na área da saúde, que auxiliem os profissionais de saúde no processo de construção desta linguagem.

- Problematizar os principais desafios relativos à produção e implementação da linguagem simplificada, escrita em Português e aplicada à área da saúde.

11.3 Questões

- Quais os maiores desafios sentidos pelo investigador principal na produção de definições escritas em linguagem simplificada *sobre conceitos* relativos à alimentação, ao exercício físico e à obesidade.

- No processo de revisão do glossário quais foram as regras de simplificação de linguagem que geraram maiores dificuldades aos profissionais de saúde (maior número de comentários e de correções)?

- Quais as diretrizes para a produção de *plain language em Português* mais pertinentes, tendo em conta as dificuldades manifestadas pelos profissionais de saúde na revisão do glossário?

- Quais os principais desafios na implementação da linguagem simplificada, tendo em conta os resultados encontrados?

12- Método

12.1-Tipo de estudo

O presente estudo constitui uma investigação qualitativa, desenvolvida através de um estudo de caso. Entende-se por estudo de caso como “uma estratégia de investigação na qual o investigador explora em profundidade um programa, evento, atividade, processo ou um ou mais indivíduos. (...) o investigador recolhe informação detalhada, através de uma variedade de procedimentos de recolha de dados, durante um período de tempo determinado” (Creswell, 2009).

A finalidade consiste em estabelecer diretrizes para a produção de linguagem simplificada em Português, nomeadamente no que se refere às áreas da alimentação, do exercício físico e da obesidade. Neste sentido analisa-se o processo de produção de um glossário, sobre as referidas temáticas, escrito em linguagem simplificada.

Os materiais produzidos pelo estudo destinam-se principalmente a profissionais de saúde interessados na comunicação simplificada ou envolvidos na prevenção e tratamento de patologias associadas à obesidade ou na promoção de estilos de vida saudáveis.

O glossário em linguagem simplificada visa ajudar os profissionais de saúde a “falar, ler e escrever de forma simples” (Rudd, 2012) sobre a obesidade e os estilos de vida saudáveis. Já as diretrizes para produção de informação em linguagem simplificada, pretendem esclarecer sobre as principais regras para construção desta linguagem, em Português e na área da saúde.

Tanto o glossário como as diretrizes sobre linguagem simplificada inseriram-se num projeto da Escola Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de divulgar a utilização da linguagem simplificada em contextos de saúde, nomeadamente em informação escrita sobre estilos de vida saudáveis e na prevenção e tratamento da obesidade.

O corrente estudo decorre através de três fases: Uma primeira fase de produção das definições em linguagem simplificada; ii) uma segunda fase de revisão das definições, por parte de uma equipe de profissionais de saúde e por parte de consultores em “*linguagem clara*” (denominação do *plain language*, em Português e na área jurídica) e, finalmente; iii) uma terceira fase, de análise das principais dificuldades manifestadas pelos profissionais de saúde (face às regras da linguagem simplificada), e de elaboração de diretrizes para produção desta linguagem.

12.2- Amostra

A amostra consiste numa equipa de 9 profissionais de saúde, seleccionados por conveniência de colaboradores da Escola Nacional de Saúde Pública, e que consentiram participar na revisão de um glossário em linguagem simplificada, sobre termos associados à obesidade.

Colaboraram com o projeto 9 profissionais das áreas da saúde, nutrição, enfermagem e clínica geral. Entre os profissionais que reviram o glossário, 5 possuíam formação prévia em literacia da saúde e produção de informação simplificada, adquirida através do *workshop* “*Removing health literacy barriers*”, lecionado por Rima Rudd, investigadora sénior da *Harvard University School of Public Health*, na Escola Nacional de Saúde Pública. Todos os colaboradores receberam instruções sobre a linguagem simplificada e o processo de revisão a levar a cabo.

12.3-Instrumentos

Para a revisão das definições, foram enviadas aos profissionais de saúde as versões prévias do glossário, em formato digital. Enviou-se também um documento contendo instruções sobre a linguagem simplificada, sobre o procedimento de revisão a levar a cabo e com referências de bibliografia adicional sobre linguagem simplificada.

Os profissionais de saúde leram atentamente as definições em linguagem simplificada e registaram os comentários e alterações que consideraram adequados, através do programa de edição de texto *word*.

No que se refere à revisão do glossário pelos consultores em linguagem clara, esta iniciou-se já na terceira fase do estudo e respondeu a necessidades sentidas na segunda fase do estudo, que se demonstrou mais complexa do que o previsto. Neste sentido, a versão do glossário enviada aos especialistas em linguagem clara foi já a versão revista e validada pelos profissionais de saúde.

12.4 Recolha de dados

O glossário foi enviado aos revisores em formato *Word*, através de correio eletrónico. Cada revisor registou os comentários e alterações que considerou necessárias e reenviou o documento ao investigador principal, para troca de ideias e para efetivação das alterações necessárias.

Este procedimento repetiu-se com cada revisor entre 1 a 8 vezes, segundo a necessidade de estabelecer consensos entre os vários revisores e uma vez que estes não se reuniram entre si.

Excecionalmente reuniu-se com 3 profissionais de saúde para entrevista individual, no sentido de esclarecer algumas dúvidas sobre as suas notas de revisão.

12.5-Análise dos resultados

As revisões realizadas pelos profissionais de saúde ao glossário foram analisadas através de análise de conteúdo categorial, segundo a metodologia descrita por Bardin, (Bardin, 2010) que constitui um: “(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter (...) indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Ibidem, 2010).

Entre as 20 revisões realizadas pelos colaboradores, selecionou-se um *corpus* de 11 revisões. Os critérios de seleção das revisões a analisar incluíram: estas terem decorrido entre maio de 2013 e junho de 2014; constituírem a primeira revisão de cada revisor ou conterem mais de 10 correções não mencionadas na revisão anterior.

A análise de conteúdo de Bardin reúne: i) uma fase para *organização da análise* (organização dos materiais escritos a analisar); ii) uma fase de *codificação* (identificação dos segmentos de texto codificáveis); iii) uma fase de *categorização* (agregação dos elementos da informação em categorias) e por último; iv) uma fase de *tratamento dos resultados e de inferência e interpretação dos resultados*.

Na fase de *organização da análise* leva-se a cabo a *pré-análise*, a *exploração do material*, e o *tratamento dos materiais em bruto*. A *pré-análise* engloba: i) a *leitura flutuante* dos materiais; ii) uma seleção dos documentos que constituirão o *corpus* a analisar; iii) a formulação dos objetivos concretos, que vão orientar a análise; iv) a referenciação de *indicadores*, que possibilitem a identificação dos segmentos de texto a analisar, e finalmente; v) a preparação do material para a sua *exploração*.

Na *exploração do material* dá-se lugar a uma *leitura textual* e a uma identificação prévia dos *elementos de recorte (sintagmas)*. Já o *tratamento e interpretação dos resultados em bruto* é o que permite organizar os materiais para que estes possam ser *codificados* na fase seguinte.

No que diz respeito à fase de codificação, esta implica as técnicas de: *recorte* (formação de *sintagmas* ou segmentos de texto em análise), de *enumeração*, de *classificação* e de *agregação*. Através do *recorte* identificam-se os segmentos de informação que contêm as *unidades de contexto* e as *unidades de registo* (unidades mais pequenas de análise).

A *enumeração*, por seu lado, estabelece o modo como se processa a contagem das *unidades de registo*. Já a *classificação e a agregação* constituem o primeiro passo para a constituição das *categorias*, na fase seguinte. Na fase de *categorização*, conclui-se a agregação das unidades em categorias, seja utilizando um critério *semântico* (como no presente estudo) ou um critério *sintático, léxico* ou *expressivo* (agrupando-se os *sintagmas* por analogia).

Uma categoria bem construída possui *exclusividade* (possui características não sobreponíveis às restantes categorias), é *pertinente* (face aos objetivos da análise) e possui *fidelidade*. Por fim, a fase de tratamento dos resultados e de interpretação constitui um processo de realização de inferências (gerais e específicas) a partir dos resultados apurados através da análise de conteúdo.

13- Procedimento

O estudo de caso que se descreve decorre através de três fases principais: uma primeira fase de produção das definições em linguagem simplificada; ii) uma segunda fase de revisão das definições, por parte de uma equipa de profissionais de saúde e de especialistas em Linguagem Clara, e finalmente; iii) uma terceira fase, de análise das principais dificuldades dos profissionais de saúde face às regras de linguagem simplificada e de elaboração de diretrizes para produção desta linguagem.

13.1-Fase de produção das definições em linguagem simplificada

A primeira fase do estudo foi realizada por um perito com 5 anos de experiência em investigação na área da literacia em saúde e que se baseou na premissa central da linguagem simplificada segundo a qual a informação deve ser construída a partir “dos interesses e necessidades do leitor (...) em vez de se basear nos interesses legais, burocráticos ou tecnológicos do escritor ou da instituição que este representa” (Mazur, 2000).

Neste sentido, o investigador principal levou a cabo um levantamento exaustivo de bibliografia sobre nutrição, exercício físico, estilos de vida saudáveis e obesidade em

várias línguas, (Inglês, Castelhana, Francês e Português, e Português do Brasil). Foram consultados vários dicionários, glossários médicos e glossários em linguagem simplificada, embora não tenham sido encontrados glossários temáticos sobre obesidade ou sobre estilos de vida saudáveis.

A seleção das palavras a incluir no glossário foi feita com base no parecer de três peritos sobre a frequência com que estas são utilizadas na informação sobre a prevenção e tratamento de doenças associadas à obesidade, em consultas de saúde ou em atividades relacionadas com a promoção de estilos de vida saudáveis.

Adotaram-se todas as recomendações para a produção de linguagem simplificada, com exceção das diretrizes incompatíveis com o formato do glossário ou não coadunáveis com especificidades da língua Portuguesa.

Neste sentido, não foi possível concretizar a recomendação da linguagem simplificada que sugere adicionar exercícios e resumos à informação. Estes foram substituídos por um exemplo de cada conceito, tal como acontece nos glossários em linguagem simplificada desenvolvidos por Rima Rudd (Rudd, 2010) e tidos como referência no presente projeto.

A informação não foi redigida na segunda pessoa, como característico da linguagem simplificada, por motivos culturais e uma vez que em Português o “tratamento por tu” pode ser considerado intrusivo. Facto que não acontece noutras línguas latinas, como o Castelhana, onde o “*tutear*” entre desconhecidos é bem aceite.

A possibilidade de usar a segunda pessoa em informação sobre saúde deverá ser alvo de futuros estudos sendo que estes deverão ter em conta as rápidas alterações que a língua Portuguesa tem conhecido, como resultado por exemplo do maior contacto com outras línguas e culturas ou da massificação da informação.

Também não foi possível cumprir as recomendações relativas à métrica da linguagem simplificada, nomeadamente no que se refere ao tamanho das palavras, das frases e dos parágrafos, uma vez que estes aspetos não foram ainda estudados para a língua Portuguesa e que não existem fórmulas de *lecturabilidade* em Português.

Foi produzido um glossário com 170 definições em linguagem simplificada. A versão prévia do glossário foi enviada à equipa de profissionais de saúde para revisão, juntamente com um documento com instruções relativas ao processo de revisão e com informações e referências bibliográficas sobre linguagem simplificada.

13.2- Fase de revisão das definições

-Revisão realizada pelos profissionais de saúde

Na fase de revisão do glossário foi pedido a 9 profissionais de saúde que sinalizassem as incorreções que encontrassem nas definições. Entre estes profissionais contaram-se 5 profissionais da área da nutrição, um profissional de clínica geral e três profissionais de saúde, a trabalhar na área da prevenção e tratamento da diabetes. Cada revisor analisou o glossário individualmente, registando os comentários e as alterações que considerou oportunas e, reenviando o documento para o investigador principal.

O investigador analisou os comentários às definições e procedeu às alterações sugeridas quando as correções propostas se mostraram compatíveis com a linguagem simplificada. Os comentários a necessitar de esclarecimentos ou de reflexão adicional foram reenviados aos revisores para estabelecimento de consensos.

Este procedimento foi realizado com os revisores entre 1 a 8 vezes, segundo as alterações sugeridas por estes e consoante a necessidade de estabelecer compromissos sobre as alterações a realizar nas definições. Procurou-se um compromisso entre o rigor técnico dos conceitos, a salvaguarda do cumprimento das regras de linguagem simplificada e a utilidade da definição para a população-alvo.

O glossário foi revisto 20 vezes, sendo que 6 revisores concluíram o processo na primeira revisão e os restantes quatro revisores concluíram entre eles 14 revisões ao glossário. Este processo foi mais complexo do que o previsto, devido tanto à controvérsia inerente às áreas abordadas, (que nem sempre permitiu o consenso entre os revisores ou entre revisores e a bibliografia adotada) como devido às dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde no que respeita às regras da linguagem simplificada.

A dificuldade sentida pelos profissionais de saúde relativamente à linguagem simplificada manifestou-se num elevado número de alterações sugeridas ao glossário que contrariavam as regras desta linguagem. Neste sentido, prolongou-se o processo de revisão levado a cabo pelos profissionais de saúde e decidiu-se desenvolver uma revisão final ao glossário, a levar a cabo por especialistas em linguagem clara (denominação da linguagem simplificada, em Português na área jurídica).

- Revisão por parte de consultores em linguagem simplificada (Linguagem Clara)

Após a revisão das definições por parte dos profissionais de saúde, o glossário foi revisto por consultores em *linguagem clara*, com vasta experiência no desenvolvimento e consultoria deste tipo de linguagem no âmbito jurídico e empresarial.

Foi pedido a estes consultores que identificassem nas definições possíveis incumprimentos das regras da linguagem simplificada, tendo em conta todas as dimensões desta linguagem: i) conteúdo; ii) linguagem e; iii) *layout* (quadro 4.1, na página seguinte).

Este processo de revisão iniciou-se com uma reunião e desenvolveu-se através de um processo semelhante ao levado a cabo com os profissionais de saúde, através de correio eletrónico. A versão do glossário revista pelos consultores foi a versão já validada pelos profissionais de saúde. Os peritos reviram o glossário duas vezes e procederam a uma terceira leitura para validação das alterações finais.

Quadro 4.1- Principais diretrizes da linguagem simplificada

Principais diretrizes da linguagem simplificada
Regras de conteúdo
Centrado no leitor e nas suas rotinas diárias e com competência cultural
Com nível de <i>lecturabilidade</i> de 6 anos de escolaridade
Com um conteúdo simples e conciso a incidir principalmente em comportamentos
Regras de linguagem
Construção de parágrafos e de frases curtas
Utilização de estruturas gramaticais simples (por exemplo: Sujeito+ verbo + predicado)
Preferência da voz ativa sobre a voz passiva
Não utilizar os verbos como nomes (nominalização do verbo)
Uso de palavras simples e curtas. Evitar as abreviaturas ou siglas. Não omitir os artigos
Numeracia
Simplificar os conceitos de numeracia evitando os cálculos, as fórmulas e as percentagens
Estrutura
Providenciar a informação numa sequência que seja lógica para o leitor.
Subdividir a informação extensa em pequenas partes, através de subtítulos.
Utilizar as listagens sem exceder os 5 itens por lista
Tom
Uso de um tom amigável e motivante (voz ativa) e não de um tom paternalista ou moralizante
Uso da <i>interação com o leitor</i> (frases dirigidas ao leitor e/ou facultações de atividades sobre a informação, como por exemplo palavras cruzadas)
Layout
Utilizar uma letra com bom contraste e com um tamanho mínimo de 12 (ex.: <i>Times New Roman, Calibri, Arial</i>).
Não recorrer a mais de 2 tipos de letra ou a um excesso de cores (+ de 3 cores)
Deixar muito espaço “em branco” (cerca de metade da página não deve conter informação)
Empregar caixas de texto para evidenciar as ideias principais ou os resumos da informação
Imagens e ilustrações
Devem motivar para a leitura e clarificar as ideias principais da informação (não devem ter apenas uma função estética)
Devem ser “ilustrações de contorno” simples e claras
Devem possuir competência cultural, retratando realidades compatíveis com a vida diária do leitor
As tabelas e quadros devem ser evitados ou ser muito simples
Todas as imagens e tabelas devem possuir legendas

14-Resultados

14.1- Resultados da fase de produção das definições

No que se refere à primeira fase do estudo, onde se procedeu ao desenvolvimento das definições em linguagem simplificada, as principais dificuldades encontradas relacionaram-se com a complexidade das áreas abordadas, com o facto de não existirem diretrizes orientadoras para a produção da linguagem simplificada em português, e com o facto desta linguagem implicar uma perspectiva do utilizador que é difícil de sustentar sem o recurso a metodologias participadas.

No que diz respeito à bibliografia consultada sobre alimentação, exercício físico e obesidade, verificou-se que nem sempre as informações encontradas são consensuais e que existe uma rápida evolução da informação nas referidas temáticas.

Este facto é particularmente verdadeiro no que se refere à área da nutrição, onde existem diferentes definições sobre um mesmo conceito, diferentes diretrizes segundo populações-alvo ou zonas geográficas, onde prolifera a bibliografia inconclusiva (ex.: os efeitos secundários de alguns conservantes alimentares ou da sacarose) e onde existe dificuldade em formular diretrizes gerais e em operacionalizar os comportamentos.

No que diz respeito à transposição das regras da linguagem simplificada para a língua Portuguesa, não obstante a maioria destas serem bastante objectivas e transponíveis para diversas linguas, surgiram algumas questões que requerem estudos mais aprofundados. Com efeito, a língua Portuguesa possui especificidades inerentes à cultura latina que será necessário ter em conta ao adotar um estilo de comunicação com origem anglo-saxónica.

A necessidade de uma maior reflexão sobre a linguagem simplificada é também visível no que diz respeito às suas regras de métrica, que ainda não foram estudadas para língua Portuguesa (i.e., indicações sobre o número de frases por parágrafo, de palavras por frase e de sílabas por palavra). Desta lacuna de estudos resulta também a inexistência de fórmulas de *lecturabilidade* para o nosso idioma.

Por último, mas não de menor importância, refere-se a dificuldade de conceber quais as necessidades de informação que a população alvo possui no seu dia-a-dia

relativamente às temáticas estudadas. Esta questão, que interfere desde logo com a seleção de palavras a integrar no glossário, teria sido mais uma vez facilitada através da introdução de metodologias participadas no presente estudo.

Considera-se que as metodologias participadas constituem formas eficazes de aferir as necessidades de informação das populações-alvo no seu dia-a-dia, como por exemplo durante as suas idas ao supermercado, na confeção das refeições, na escolha de uma modalidade desportiva, em consultas médicas etc.

14.2- Resultados da fase de revisão

O processo de revisão do glossário decorreu no período de um ano e meio e resultou em 20 revisões. Entre estas, selecionou-se um *corpus* de 11 revisões. Os critérios de seleção das revisões a analisar incluíram: terem decorrido entre maio de 2013 e junho de 2014; constituírem a primeira revisão de cada revisor ou conterem mais de 10 correções não mencionadas na revisão anterior.

Durante o período de recolha dos dados, foi-se construindo um conhecimento aprofundado sobre as alterações propostas pelos profissionais de saúde ao glossário. Neste sentido, quando se passou à primeira fase da análise de conteúdo, denominada por *organização da análise*, o investigador havia já concluído as fases de *pré-análise*, *exploração do material* e *preparação da informação*.

Na etapa de *codificação* definiram-se como *unidades de contexto* todas as definições que tivessem sido alvo de comentários por parte dos profissionais de saúde, e por *unidade de registo* todas as correções realizadas por estes às definições.

Após o *recorte* destas unidades, definiu-se como *critério de enumeração* o número de correções sugeridas pelos profissionais de saúde. O processo de *classificação e de agregação* foi facilitado pela hipótese prévia de que muitas das correções dos profissionais de saúde incidiam diretamente em aspetos da linguagem simplificada (ver quadro 4.1, na pág 187).

Neste sentido, antes da terceira etapa da análise de conteúdo, que corresponde à fase de *categorização*, haviam sido já “encontradas” cinco categorias: a de *regras de*

linguagem; a de *suplementação*; a de *jargão técnico*; a de *adequação cultural* e; a categoria de *contextualização*. Estas categorias foram construídas com base em regras para a produção de linguagem simplificada e foram retiradas da *Clear Communication Health Program, Plain Language Checklist* (ver anexo 3, pág 241).

As restantes cinco categorias foram encontradas através da *inventariação* e *classificação* das correções, inerentes à *fase de categorização*, sendo o critério utilizado para construção das categorias, o *semântico*.

No total, encontraram-se nos textos analisados nove categorias de correções feitas pelos profissionais de saúde às definições do glossário, nomeadamente: i) categoria de *rigor científico*; ii) categoria de *divergências*; iii) categoria de *regras de linguagem*; iv) categoria de *suplementação*; v) categoria de *jargão técnico*; vi) categoria de *adequação cultural*; vii) categoria de *preposições*; viii) categoria de *contextualização* e; ix) categoria de *Outros* (ver quadro 4.2 na pág.195 e anexo 8, na pág 276).

A categoria de *rigor científico* engloba as correções que dizem respeito ao conteúdo científico, incluindo as que se referem a erros técnicos. Na categoria de *divergências* incluíram-se todas as correções que de alguma forma contrariaram as correções de outros revisores ou que se mostraram incompatíveis com a bibliografia consultada.

No que diz respeito à categoria denominada por *regras de linguagem*, esta inclui as regras da linguagem simplificada relacionadas com os aspetos formais da linguagem, como seja: os tempos verbais utilizados, a complexidade das frases e das palavras utilizadas, o uso de artigos, o emprego de conceitos de numeracia complexos e de abreviaturas ou de siglas.

Já a *suplementação* concerne a todas as correções que acrescentaram informação secundária às definições contrariando a diretriz da linguagem simplificada que preconiza a limitação dos conteúdos apenas à informação essencial. Na categoria de *jargão técnico* incluíram-se as correções que introduziram palavras técnicas nas definições, incumprindo outra regra da linguagem simplificada.

A categoria de *adequação cultural* reuniu as correções dos profissionais de saúde que se referiram à adequação cultural das definições produzidas, nomeadamente à natureza dos exemplos facultados e ao tom da informação.

Por outro lado, a categoria de *preposições* referiu-se a aspetos de lógica das definições. São exemplos desta categoria a menção feita pelos profissionais de saúde a

exempções, quando é dada uma regra geral (prática descentivada em *plain language*) e a falácia da composição (tomar a parte pelo todo). Esta última resulta principalmente do facto das definições em *linguagem simplificada* serem por regra definições parciais (que não esgotam o sentido do termo).

No que se refere à *contextualização*, esta abarca as correções que, apesar de terem acrescentado informação à definição, contribuíram para a clarificar por a terem contextualizado. A última categoria denominou-se de “*outros*” e englobou as correções não inseridas nas restantes categorias, como por exemplo a substituição de informação concreta por informação com carácter mais generalista ou vago (ex.: quantidade ideal) ou a eliminação de conteúdos.

Quadro 4.2- Correções realizadas pelos profissionais de saúde

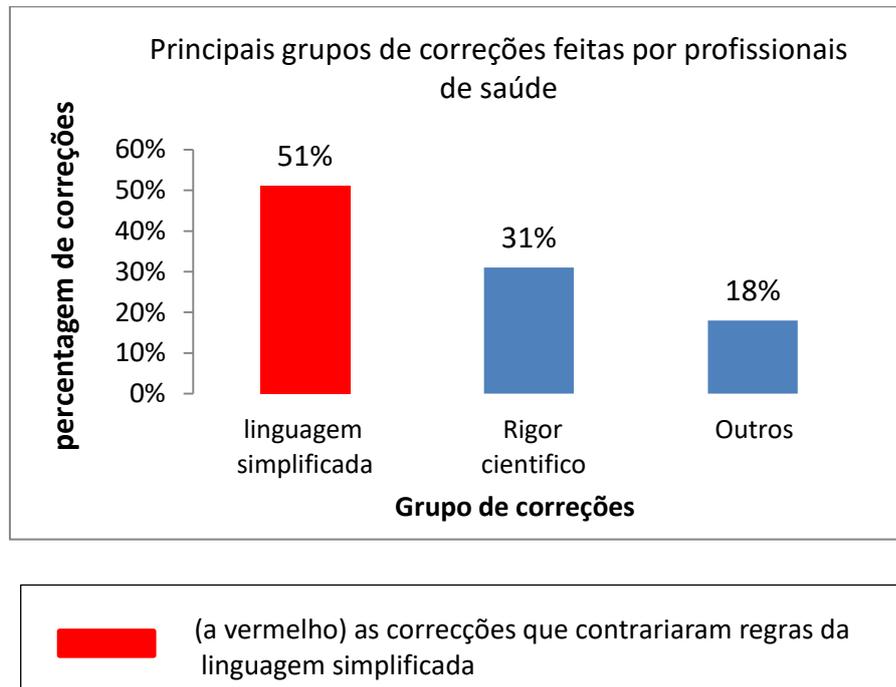
Definição produzida	Correção dos profissionais de saúde
Categoria de rigor científico	
Doença crónica - Doença que dura mais de 6 meses e que pode não ter cura. Os sintomas das doenças crónicas devem ser controlados através de tratamentos	Doença crónica - Doença que dura mais de <u>3 meses</u> e que pode não ter cura. Os sintomas das doenças crónicas <u>são permanentes e</u> devem ser controlados através de tratamentos
Categoria de divergências	
Oleaginosas - São alimentos com muita <i>gordura insaturada</i> . Incluem os alimentos a partir dos quais se fazem os óleos vegetais (como a azeitona <u>e o milho</u>) e ainda os frutos oleaginosos. Exemplo: A azeitona, <u>o milho</u> e os frutos oleaginosos, como as nozes, os <u>amendoins</u> e as <u>castanhas</u> são tipos de oleaginosas.	Oleaginosas – São alimentos com muita gordura insaturada. Incluem os alimentos a partir dos quais se fazem os óleos vegetais (como a azeitona) e ainda os frutos oleaginosos. Exemplo: A azeitona e os frutos oleaginosos, como as nozes são tipos de oleaginosas.
a) Nominalização dos verbos- utilização dos verbos como nomes Pré-diabetes - Estado de saúde em que existe demasiado açúcar no sangue (...) a) Complexificação de frases/ vocabulário	 Pré-diabetes - Estado de saúde em que o açúcar no sangue <u>está aumentado</u> (...)
Carnes gordas - Nome que se dá ao tipo de	Carnes gordas - Nome que se dá ao tipo de

<p>carnes com mais gordura. Ex: Entrecosto, entremeada e mão de vaca.</p> <p>Complicações associadas à obesidade- Exemplo: As pessoas com obesidade podem ter problemas de saúde como as doenças do coração, o “colesterol alto” e a diabetes</p> <p>b) Redundâncias</p> <p>Associação de doentes obesos e ex-belos de Portugal- Grupo de pessoas que foram ou são obesas e que se juntam para se ajudarem e para defenderem os seus direitos.</p> <p>c) Conceitos de numeracia</p> <p>Exemplo: A porção recomendada de cereais é uma tigela média</p> <p>Argumento: O PL aconselha o uso de “medidas caseiras”</p>	<p>carnes com <u>maior composição em</u> gordura. Ex: Entrecosto, entremeada e mão de vaca.</p> <p>Complicações associadas à obesidade- <u>Exemplo: os problemas do coração, o “colesterol alto” e a diabetes são alguns dos problemas de saúde que as pessoas com obesidade podem ter.</u></p> <p>Associação de doentes obesos e Ex obesos de Portugal- Grupo de pessoas que foram ou são obesas e que se juntam para se ajudarem <u>mutuamente</u> e para defenderem os seus direitos.</p> <p>Exemplo: A porção recomendada de cereais é de cerca de 30 gramas.</p>
<p>Categoria de suplementação</p>	
<p>Enfarte do miocárdio- ferimento numa parte do coração. Acontece porque existem demasiadas gorduras nas veias e artérias do coração. Pode piorar e fazer com que uma parte do coração deixe de funcionar (trombose coronária).</p>	<p>Enfarte do miocárdio- <u>Lesão</u> numa parte do <u>músculo</u> do coração. Acontece normalmente porque existe <u>uma diminuição da quantidade de sangue no coração,</u> <u>provocada</u> por demasiadas gorduras nas veias e artérias do coração. Pode piorar e fazer com que uma parte do coração deixe de funcionar (trombose coronária).</p>
<p>Categoria de jargão técnico</p>	
<p>Patogénico- Qualquer coisa ou acontecimento que provoca doenças</p>	<p>Patogénico- Qualquer <u>organismo</u> ou acontecimento que provoca doenças <u>infecciosas</u>.</p>
<p>Categoria de adequação</p>	
<p>Rótulo nutricional- Exemplo: através do rótulo nutricional de um chocolate, ficamos a saber que 100 gramas de chocolate têm: 72g de glúcidos; 229 quilocalorias; 8,5 gramas de gorduras; 35,8 gramas de hidratos de carbono; 2 gramas de proteínas e 0,20 gramas de sal.</p>	<p>Rótulo nutricional- Exemplo: através do rótulo nutricional de um pacote de bolachas, ficamos a saber que 100g de <u>bolacha Maria</u> têm: 436kcal; 8,4g proteína; 12,2g gordura</p>

Categoria de preposições	
Cetoacidose- Problema de saúde que acontece quando existem muitos corpos cetónicos no sangue. (...)	Cetoacidose- Problema de saúde que acontece quando existem muitos corpos cetónicos no sangue <u>ou na urina</u> . (...)
Categoria de contextualização	
Hipoglicemia. Exemplo: O João desmaiou porque teve uma hipoglicemia. Ele não comeu a meio da tarde.	Hipoglicemia. Exemplo: O João teve uma hipoglicemia e desmaiou porque não comeu a meio da tarde.
Categoria de Outras (correções)	
a)Vocabulário demasiado genérico e vago/juízos de valor	
Alimento baixo em calorias- Alimento que dá poucas calorias ao corpo. São exemplos os brócolos, o feijão, as maçãs, o peixe branco, os cereais sem açúcar, o iogurte magro e o queijo fresco magro.	

Classificaram-se 499 unidades de registo (correções feitas pelos profissionais de saúde às definições), tornando-se visíveis três grandes grupos de categorias: o grupo de categorias relativas ao *conteúdo científico* do glossário (com 31% das correções); o grupo de categorias referente às regras da linguagem simplificada (que abrangeu 51% do total de correções); e o grupo relativo a *outro* tipo de correções (que reuniu os restantes 18% das alterações propostas).

4.1- Correções realizadas pelos profissionais de saúde por grupo



No que concerne às correções relativas ao conteúdo científico, estas constituíram 31% do total de correções realizadas pelos profissionais de saúde e dividiram-se em duas grandes categorias: a categoria de *rigor científico* e a categoria de *divergências* (ver gráfico 4.3, pág 196).

Na primeira categoria (*de rigor científico*) incluíram-se 17,2 % do total das correções, sendo que esta abrangeu todas as incorreções de conteúdo técnico resultantes tanto de erros encontrados nas definições, como de processos de simplificação do conteúdo que tenham posto de alguma maneira em causa o seu rigor científico.

No que concerne à categoria de *divergências*, esta constituiu 13,8% da totalidade de correções e incluiu todas as questões em que houve falta de consenso sobre o conteúdo das definições, seja entre os revisores e/ou entre estes e as fontes bibliográficas consultadas.

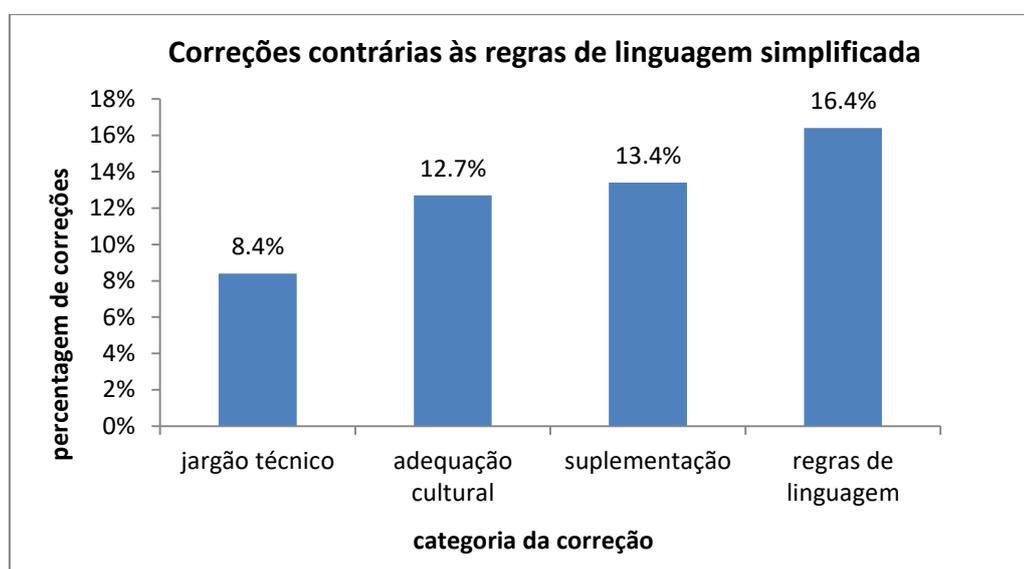
A grande proporção de correções não consensuais verificada resulta tanto da existência de bibliografia contraditória na área, como da dificuldade sentida pelos profissionais de saúde em delimitar uma área de compromisso entre a simplificação das

mensagens e a salvaguarda do seu rigor técnico, originando movimentos pendulares entre estes dois discursos.

O maior grupo de categorias apurado disse contudo respeito a aspetos da linguagem simplificada que os revisores consideraram inadequados para o glossário. Neste sentido, a análise realizada revelou que 51% das correções propostas pelos profissionais de saúde contrariaram as regras da linguagem simplificada.

Entre as correções que contrariaram a linguagem simplificada diferenciaram-se quatro categorias, nomeadamente: i) a categoria de regras de linguagem, que reuniu 16,4% da totalidade de correções; ii) a categoria de suplementação, com 13,4% das correções; iii) a categoria de adequação cultural, que abrangeu 12,7% das alterações propostas, e finalmente; iv) o jargão técnico, que constitui 8,4% das correções (gráfico 4.2, abaixo).

4.2- Correções contrárias às regras de linguagem simplificada



O facto de mais de metade das alterações propostas pelos revisores serem incompatíveis com as diretrizes da linguagem simplificada ilustra tanto a dificuldade de construção de uma linguagem que seja simultaneamente simples e correta do ponto de vista científico, como a difícil adaptação dos colaboradores às regras desta linguagem.

Verificou-se que as *regras de linguagem* constituíram a segunda maior categoria de correções (com apenas 8 pontos percentuais de diferença da categoria de *rigor científico*). Este facto demonstra a tendência dos profissionais de saúde envolvidos no estudo para complexificarem a linguagem durante as suas revisões. Esta complexificação deu-se, por exemplo, através de elementos como a adjetivação múltipla, a nominalização dos verbos (uso dos verbos como substantivos) e a introdução de palavras ou de frases mais difíceis.

Constatou-se também uma acentuada dificuldade dos colaboradores em conceberem um nível de *lecturabilidade* de 6 anos de escolaridade. Isto pode justificar em grande medida a referida tendência para complexificar a linguagem. Este obstáculo poderia ter sido ultrapassado recorrendo a fórmulas de *lecturabilidade*, que têm como principal função mensurar a complexidade dos textos, contudo estas não foram ainda construídas para a língua Portuguesa.

4.3 – Regras da linguagem simplificada mais desrespeitadas

Regras de linguagem simplificada	
ERROS	VERSÃO LINGUAGEM SIMPLIFICADA
Expressões médicas	Linguagem simplificada
Níveis de açúcar no sangue elevados	Demasiado açúcar no sangue
Já introduziu na alimentação	Já come
Zona abdominal	Zona do umbigo
Alimentos ricos em	Alimentos com muito
Jargão médico e terminologia técnica	Linguagem simplificada
Doenças cardiovasculares	Doenças do coração, das veias e das artérias
Hipertensão	Tensão alta
Palavras invulgares	Linguagem simplificada
Organismo	Corpo
Sistematicamente	Várias vezes
Fornece	Dá
Nominalização do verbo	Linguagem simplificada
Fazem aumentar; ajudam a aumentar	Aumentam

Podemos dar	Dá-se
São considerados	São
Múltipla adjetivação	Linguagem simplificada
Número excessivo ou exagerado de...	Demasiado; muito
Ausência ou diminuição	Falta
Redundâncias	Linguagem simplificada
Que se ajudam mutuamente	Que se ajudam

Um outro aspeto da linguagem simplificada a constituir um desafio para os profissionais de saúde foi a restrição dos conteúdos apenas a informação essencial. Nesta linguagem os conteúdos devem limitar-se à informação estritamente necessária para viabilização de objetivos comportamentais concretos.

Demonstrando esta tendência para acrescentar informação secundária às definições, a categoria de *suplementação* (acréscimo de informação às definições) atingiu 13,4% das correções. Isto resulta tanto do que Rima Rudd (Rudd et al., 2010) designou por uma tendência para voltar a complicar a linguagem simplificada, como de uma falta de familiaridade com a natureza pragmática desta linguagem, que providencia apenas definições parciais dos conceitos não pretendendo esgotar o significado dos símbolos.

A última categoria, entre as correções que contrariaram os princípios da linguagem simplificada, diz respeito ao uso de jargão técnico. O facto destes vocábulos aparecerem em 8,4% das alterações propostas (correções) e tendo em conta que a equipa de revisores possuía já contacto com as regras desta linguagem, tornou visível a dificuldade em abolir os tecnicismos do discurso sobre saúde.

O abuso do *jargão técnico* por parte dos profissionais de saúde pode estar relacionado com uma “colagem” ao discurso através do qual estes profissionais recebem a sua formação, mas também pode dever-se a uma tendência atual de “alfabetização nutricional” das populações que é muitas vezes feita através de jargão técnico e que, por um lado normaliza o uso destes termos e, por outro lado contribui para uma “elitização” desta temática.

No último grande grupo de correções efetuadas pelos profissionais de saúde ao glossário, encontram-se 18% das unidades de registo (correções). Estas referem-se ao

grupo de categorias denominado “*outros*” e engloba: a *categoria de preposições*, com 4,6% da totalidade das correções; a categoria de *contextualização*, com 3,2% das correções; e a categoria de *outros*, que representa (10,8%) das correções.

A categoria de *preposições* abrangeu as correções relativas a aspetos de lógica das definições e resultou da já referida dificuldade dos profissionais de saúde em aceitarem “definições parciais” dos conceitos. As principais falácias incorridas foram a de composição. Estas referem-se a uma generalização abusiva e acontecem quando se “toma a parte pelo todo”.

Os 3,2% de correções efectuadas na categoria de *contextualização* correspondem às alterações propostas pelos profissionais de saúde que, apesar de acrescentarem informação à definição, se considerou melhorarem a compreensão da mensagem.

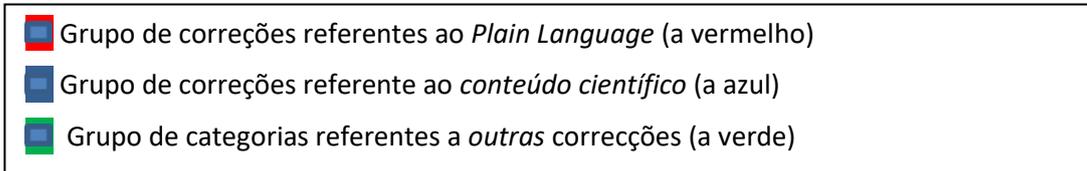
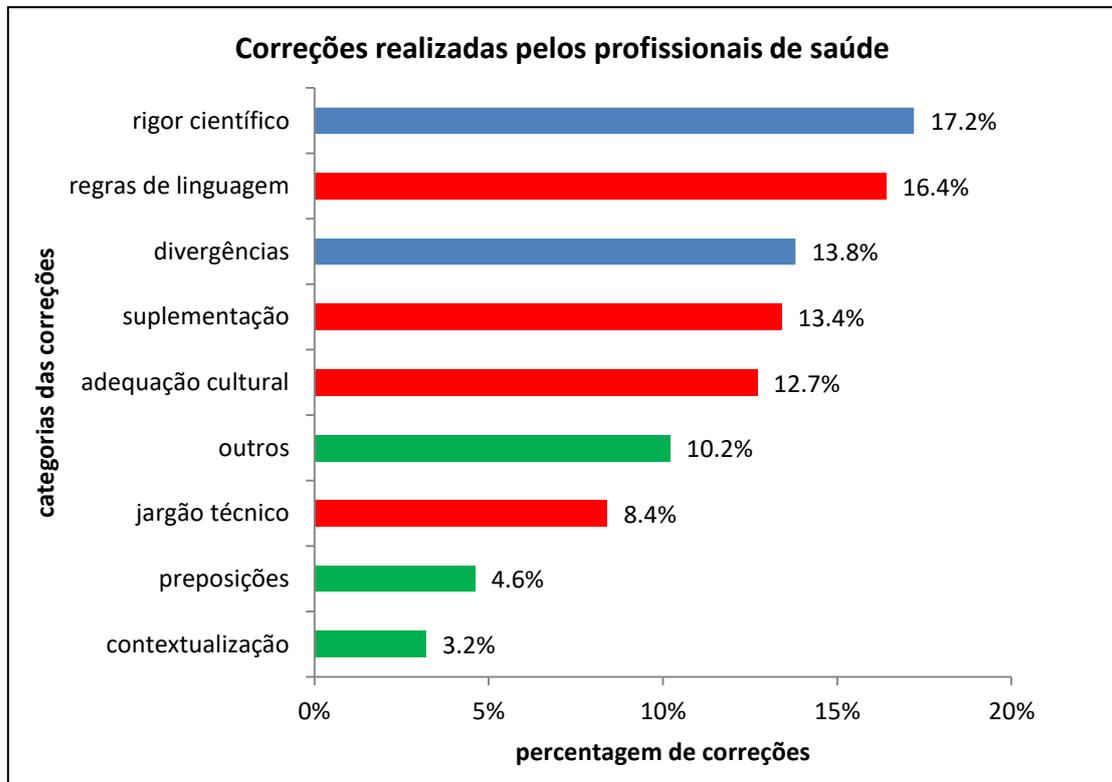
A última categoria denominou-se de “*outros*” e englobou as correções não inseridas nas restantes categorias, como por exemplo a substituição de informação concreta por informação com carácter mais generalista ou vago (ex.: quantidade ideal), ou a eliminação de conteúdos.

A análise das correções realizadas pelos profissionais de saúde (ver o gráfico 4.3, na pág. seguinte) revela também que 34,5 % destas seriam facilmente evitáveis através de entrevistas com a população-alvo ou através da prossecução de metodologias participadas. De facto, cerca de um terço das correções referiram-se a informação desnecessária (*suplementação*), a questões sobre a adequação cultural dos conteúdos, e à introdução de jargão técnico.

Os dados obtidos confirmaram a necessidade de produzir regras para o desenvolvimento de linguagem simplificada, em Português e no contexto de saúde, no sentido de melhorar a compreensão da natureza desta linguagem pelos profissionais de saúde, e de esclarecer aspetos da sua produção.

Neste sentido produziu-se um documento orientador sobre a linguagem simplificada para ser anexado ao glossário sobre termos associados à obesidade. Nesta informação desenvolveu-se uma caracterização da linguagem simplificada e ilustraram-se as suas principais regras, tendo como base as revisões realizadas pelos profissionais de saúde ao glossário e as suas principais dificuldades neste processo.

Gráfico 4.3 – Correções realizadas pelos profissionais de saúde segundo categorias



15- Discussão

O presente estudo conheceu várias dificuldades na persecução dos seus objetivos. O primeiro desafio resultou da inexistência de estudos (ou diretrizes) sobre a produção de linguagem simplificada em Português. Uma outra dificuldade consistiu na dificuldade de encontrar informação objectiva e prática sobre as áreas da alimentação, exercício físico e obesidade.

Um terceiro desafio residiu em conferir à informação desenvolvida uma perspetiva centrada no utilizador e um carácter utilitário, sem o uso de metodologias que permitissem a participação ou colaboração com a população-alvo. Por último, as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na revisão das definições em linguagem simplificada (sobre as referidas áreas) foram maiores do que o inicialmente previsto.

Relativamente à produção das diretrizes sobre linguagem simplificada, os dados obtidos confirmaram a necessidade de divulgar as principais regras do *plain language* desenvolvidas por referências internacionais como o *Center for Plain Language*, a *Clarity* e a *PLAIN*, no sentido de melhorar a compreensão desta linguagem, e da sua produção por parte dos profissionais de saúde.

Neste sentido, produziu-se um documento sobre linguagem simplificada para anexar ao glossário desenvolvido. Nesta informação define-se linguagem simplificada, explicam-se as suas regras fundamentais no que respeita tanto aos conteúdos escritos como aos conteúdos gráficos e facultam-se exemplos práticos. Os exemplos transmitidos basearam-se no presente estudo, nomeadamente nas dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde relativamente à referida linguagem.

A investigação realizada tornou ainda patente a necessidade de estudar de forma mais aprofundada a translação de algumas diretrizes do *plain language* para o Português. Trata-se de analisar mais aprofundadamente as especificidades gramaticais e culturais do *plain language* em Português e no contexto de saúde, no sentido de o adequar à população Portuguesa.

Algumas questões a considerar são por exemplo se o tratamento na segunda pessoa se adequa à população Portuguesa ou se, por outro lado, este tratamento é considerado intrusivo, ou ainda se as recomendações relativas aos aspetos métricos desta

linguagem (ex.: número de sílabas por palavra ou de palavras por frase) possuem equivalência em Português.

A própria denominação do *plain language* em Português e no contexto de saúde deve ser cuidadosamente estudada, sendo este o motivo pelo qual se optou por uma designação provisória no presente estudo. Elegeu-se a designação de linguagem simplificada, partindo do contexto da apresentação desta linguagem a profissionais de saúde e no sentido de transmitir facilmente a finalidade desta informação.

Outro aspecto tornado visível através da investigação realizada, foi a existência de bibliografia contraditória ou excessivamente teórica no que respeita às áreas da alimentação, exercício físico e obesidade. Por exemplo, explicam-se as consequências do abuso de determinados alimentos, mas não se operacionalizam as suas quantidades recomendadas. Esta falta de aplicabilidade da informação ao quotidiano foi particularmente visível no que diz respeito à área da nutrição.

O carácter demasiado teórico/técnico da informação sobre nutrição pode explicar em grande medida a dificuldade sentida pelos colaboradores do presente estudo relativamente à linguagem simplificada e à revisão do glossário. Pensa-se que poderá ser mais fácil simplificar a linguagem e adequar o discurso a populações com baixa escolaridade no que respeita a informação de outras áreas da saúde que não a nutrição.

Por outro lado, na elaboração das definições tornou-se extremamente complexo conceber as necessidades que as populações de baixa-escolaridade têm no seu dia-a-dia, no que se refere às temáticas estudadas. Esta questão, que interfere desde logo com a seleção de palavras a integrar no glossário, teria sido mais fácil de responder se o estudo incluísse metodologias participadas.

Apenas através da participação das próprias audiências no processo de produção da informação será possível conceber com rigor as suas necessidades e preferências relativamente ao conteúdo, linguagem e *layout* da informação. Trata-se de começar por responder primeiramente às dúvidas que a audiência tem, no seu quotidiano, sobre a temática, e de facultar informações capazes de ultrapassar as barreiras à mudança comportamental desejada.

A análise dos comentários (revisões) feitos às definições em linguagem simplificada (499 unidades de registo) revelou também uma grande dificuldade sentida pelos profissionais de saúde, no que respeita a conceber uma linguagem com um nível de

lecturabilidade de 6 anos de escolaridade e centrada nos utilizadores. Sendo estas duas características fundamentais da linguagem simplificada.

Com efeito, 51% das objeções dos profissionais de saúde relativamente às definições desenvolvidas relacionaram-se directamente com as regras da linguagem simplificada. Tendo em conta que os comentários sobre o conteúdo científico representaram apenas 31% dos comentários analisados (sendo que 13,8% destes se referiram a divergências de opinião entre os revisores ou entre estes e a bibliografia consultada), esta percentagem é extremamente elevada.

Entre os aspetos da linguagem simplificada que constituíram um maior desafio para os colaboradores estiveram regras como: a produção de frases curtas; o uso de construções gramaticais simples; a utilização de vocabulário fácil; a supressão da adjetivação múltipla e; o abandono da nominalização dos verbos e do uso de redundâncias.

Confirmaram-se ainda os resultados de um estudo realizado por Santiago e colegas (Santiago et. al, 2012) que aponta para a grande dificuldade, sentida pelos profissionais de saúde, quando lhes é pedido que expliquem informação da sua área científica de uma forma resumida, ou apenas com recurso a ideias-chave. Com efeito, muitas das correções realizadas pelos revisores acrescentaram informação às definições, contrariando a regra da linguagem simplificada sobre a *parcimónia da informação*.

Este processo de adição de informação desnecessária às definições (visível na categoria de correções de *suplementação*), resulta tanto do que Rima Rudd (Rudd et al., 2010) designou por uma tendência para voltar a complicar a linguagem simplificada, como por uma falta de familiaridade com a natureza utilitarista desta linguagem, que pretende apenas providenciar definições parciais dos conceitos ao invés de esgotar o significado destes.

A tendência dos profissionais de saúde para percecionarem a linguagem simplificada como algo incompleto manifesta a sua dificuldade em se afastarem do discurso teórico através do qual receberam a sua formação, para se adaptarem ao carácter redutor desta linguagem, que pretende apenas viabilizar comportamentos concretos.

No que respeita à adequação cultural da informação produzida, os revisores manifestaram-se contrários à produção de advertências sobre comportamentos negativos, dada a ideia generalizada de que o modelamento deverá ser positivo. Contudo, para a

linguagem simplificada não existem impeditivos da evidenciação de comportamentos indesejáveis para a saúde, desde que esta informação seja importante para a população-alvo e feita num tom adequado. Pretende-se abolir, tanto quanto possível, as regras apriorísticas, no sentido de criar uma ampla disponibilização para as necessidades dos utilizadores.

Outro erro dos profissionais de saúde na revisão do glossário referiu-se ao uso excessivo de jargão técnico. Esta dificuldade em abandonar os tecnicismos pode estar relacionada com a já referida “colagem” ao discurso académico e contribui grandemente para a complexificação da linguagem e para a sua incompreensão, por parte das populações de baixa escolaridade.

No que diz respeito aos aspetos científicos das definições, praticamente metade das correções disseram respeito a divergências de opinião entre os revisores ou entre estes e a bibliografia consultada. Isto deve-se ao carácter controverso das temáticas abordadas, mas também à dificuldade sentida pelos profissionais de saúde em delimitar uma área de compromisso entre a simplificação das mensagens e a salvaguarda do seu rigor técnico.

Um fenómeno diferente foi o observado relativamente a 3,2% das correções feitas ao glossário. Nestas a informação acrescentada pelos profissionais de saúde às definições não foi considerada desnecessária (categoria de suplementação) mas sim clarificadora da mensagem (categoria de contextualização).

Concordou-se com Zarcadoolas, (Zarcadoolas, 2011) quando este defende que a aplicação rígida de algumas regras da linguagem simplificada pode prejudicar a compreensão dos textos. Segundo este autor, o uso de palavras e frases excessivamente curtas pode resultar em textos demasiado “telegráficos” que se tornam difíceis de entender devido à sua falta de contextualização.

Concluiu-se que os profissionais de saúde envolvidos no projeto, mesmo possuindo formação inicial sobre a linguagem simplificada, tiveram grande dificuldade relativamente às suas regras. Tendo em conta a vantagens do uso desta linguagem na área da saúde, torna-se urgente desenvolver estudos que visem tanto desenvolver diretrizes que auxiliem os profissionais de saúde na sua produção, como criar metodologias inovadoras que permitam a participação das populações-alvo nestes processos.

As diretrizes sobre linguagem simplificada devem auxiliar os profissionais de saúde na procura de um compromisso entre a clarificação da informação e a salvaguarda do rigor técnico dos conteúdos, mas também no desenvolvimento de informação centrada no utilizador e não em conhecimentos médicos. Neste sentido, um maior contacto e colaboração com as audiências pode ser a chave para esta transição de paradigma.

Pensa-se que a produção de materiais em linguagem simplificada deve recorrer a metodologias participadas (Rudd, 2011) e a equipas multidisciplinares que envolvam profissionais de várias áreas para além da saúde, nomeadamente especialistas em linguagem clara, formadores de adultos, *designers gráficos*, profissionais da área do *marketing social*, ilustradores etc.

Esta necessidade de colaboração entre diversas áreas, torna-se mais premente na presente fase de transição entre paradigmas de produção de informação, uma vez que o carácter utilitário da linguagem simplificada necessita ser mais solidamente afirmado e que os profissionais de saúde parecem ainda “não se sentirem autorizados” a criar novas soluções, num contexto ainda marcadamente positivista.

Este processo de consolidação da linguagem simplificada no âmbito da saúde poderá ainda ser dificultado por questões relativas às representações sociais associadas à comunicação médica e ao estatuto dos profissionais de saúde, que devem ser cuidadosamente geridas.

Pensa-se que o presente trabalho pode ter contribuído para o início de uma problematização sobre a utilização da linguagem simplificada em Portugal e na área da saúde. Considera-se necessário realizar mais estudos no âmbito desta linguagem, nomeadamente no que se refere à sua produção em diversos formatos (para além do glossário), ao uso de metodologias que envolvam as populações-alvo na sua produção e à sua aplicação a outras temáticas que não a alimentação, o exercício físico e a obesidade.

Capítulo V

13- Conclusões Gerais

A avaliação dos folhetos, através do teste SAM revelou que metade destes são inadequados e que os restantes apenas cumprem os requisitos mínimos de adequação. Com efeito, a média de adequação dos folhetos analisados foi de 31,6%, sendo a percentagem mínima de adequação de 40%. Constatou-se ainda que apenas uma categoria da informação foi avaliada positivamente (categoria de aprendizagem) e que 79% dos fatores avaliados obtiveram uma pontuação negativa.

Neste sentido, apesar de se verificar na informação avaliada algum esforço no sentido da clarificação dos conteúdos, como é o caso da simplificação de conceitos de numeracia (evitando-se o uso de percentagens) e da utilização de subtítulos para dividir a informação demasiado extensa em pequenas partes, estas medidas são ainda insuficientes para a produção de informação adequada.

Os resultados obtidos apontam para a necessidade urgente das autoridades de saúde intervirem no sentido de incentivarem a produção de informação adequada, nomeadamente no que respeita à informação sobre alimentação, exercício físico e obesidade, onde prolifera a informação demasiado técnica ou com pouca utilidade para a vida diária das audiências.

Entre os aspetos mais inadequados da informação avaliada, encontram-se o seu *layout*, tipografia e grafismos. Este resultado deveu-se ao uso de letras muito pequenas, à falta de “espaço em branco” nos folhetos, às ilustrações pouco claras e sem relação com as ideias-chave da informação, e à falta de legendas nos quadros e gráficos.

Por outro lado, nenhum folheto respeitou a sequência aconselhada para a informação de saúde, sendo que esta deve iniciar-se com uma explicação clara da sua finalidade, nos dois primeiros parágrafos da informação, e terminar com um breve resumo das suas ideias principais.

No que respeita ao *conteúdo* e à *finalidade* da informação, que deverá incidir sempre em objetivos comportamentais, concluiu-se que estes estão pouco centrados nas

necessidades e nas rotinas da audiência, causando muitas vezes a dispersão do leitor por informação demasiado técnica e complexa.

Constatou-se também que metade dos folhetos estudados não cumpre os requisitos mínimos de adequação no que respeita ao seu *nível de literacia* (nível de dificuldade de leitura dos folhetos). Neste sentido, a informação apresenta um grau de complexidade superior ao aconselhado e as suas populações-alvo podem não compreender partes significativas do seu conteúdo.

A conclusão de que a complexidade da informação avaliada vai muito para além das competências dos seus leitores está de acordo com a bibliografia sobre a temática, que afirma que a informação sobre saúde possui um grau de sofisticação muito superior ao aconselhado, (OMS, 2013) tornando-se urgente tomar medidas no sentido de corrigir este problema.

Este hermetismo da informação estudada está patente na falta de legendas dos seus quadros e gráficos, no uso de expressões matemáticas (ex: cálculo do IMC) e no recurso a frases e vocabulário complexos. Entre este vocabulário difícil conta-se o jargão técnico, as “palavras de categoria” (substantivos comuns como “hortofrutícolas”), os “juízos de valor”, que são demasiado ambiguos (ex,: consumo *moderado*) e as palavras eruditas.

No que respeita às frases avaliadas, muitas delas são demasiado longas, utilizam tempos verbais complexos, empregam os verbos como substantivos (nominalização dos verbos), omitem os pronomes pessoais e não respeitam uma regra fundamental da linguagem simplificada que consiste no uso da voz ativa.

Conclui-se que a informação avaliada deve reduzir o seu *nível de literacia* e aproximar-se da vida diária das audiências, dos seus hábitos e necessidades. Deve também produzir um estilo de escrita mais simples e mais direto, assumidamente dirigido ao leitor através do discurso direto.

Deste modo, considerou-se que as diretrizes da linguagem simplificada mais pertinentes para melhorar a adequação da informação avaliada consistem na: i) apresentação clara da finalidade no início da informação; ii) no uso de letras com boa legibilidade; iii) na utilização de um vocabulário simples; iv) na simplificação do estilo de escrita (uso de frases simples e da voz ativa); v) na facilitação de resumos; vi) na apresentação de ilustrações adequadas e; vii) no uso de títulos e de legendas em todas as imagens.

Na segunda fase do estudo, o inquérito por questionário confirmou o pressuposto de que vários elementos (escritos e gráficos), da informação avaliada possuíam um nível de literacia excessivo, e poderiam não ser compreendidos pelas populações-alvo. Com efeito, tanto o vocabulário testado, como os conceitos de numeracia ou o gráfico testado, foram incompreendidos pela grande maioria dos inquiridos.

No que respeita ao teste dos procedimentos de simplificação de linguagem levados a cabo, os resultados foram amplamente favoráveis à hipótese prévia de que a linguagem simplificada melhora a compreensão da informação e é preferida pelos leitores, entre outras (três) formas de comunicação.

A linguagem simplificada foi eleita pela grande maioria dos entrevistados devido a: i) possuir as palavras e frases mais simples; ii) ser mais útil; iii) explicar melhor os benefícios e sinais de alarme dos comportamentos veiculados e; iv) ser mais motivante. Os entrevistados afirmaram ainda gostar especialmente do *layout* e das ilustrações da referida linguagem.

Segundo os dados recolhidos, o carácter sucinto, objetivo e útil da linguagem simplificada parece responder adequadamente às necessidades dos entrevistados. Este resultado pode ser explicado pela enorme quantidade de informação a que os indivíduos das sociedades ocidentais contemporâneas são expostos diariamente, mas também pelos ainda baixos níveis de escolaridade e poucos hábitos de leitura dos Portugueses.

Neste sentido, os resultados apontaram tanto para a inadequação da informação avaliada, como para a validade das estratégias de simplificação da linguagem utilizadas como meio de correção dessa informação.

O estudo realizado torna então explícita a necessidade de produzir mais investigação sobre a eficácia da linguagem simplificada na área da saúde. Consideram-se especialmente importantes os estudos que constituam amostras de informação maiores e que invistam na produção de orientações para a construção desta linguagem através de metodologias participadas.

No que se refere ao estudo da produção de um glossário em linguagem simplificada, concluiu-se que os profissionais de saúde envolvidos no projecto apresentaram dificuldades na concretização das regras desta linguagem, mesmo possuindo formação inicial sobre a mesma.

As regras da linguagem simplificada mais desafiantes para estes profissionais foram a produção de frases curtas, o uso de construções gramaticais simples e a renúncia a elementos como o jargão técnico, adjetivação múltipla e a nominalização dos verbos. Verificou-se também dificuldade na restrição da informação às ideias-chave e na adaptação ao carácter utilitarista da linguagem simplificada, que se afasta marcadamente do discurso académico.

Acredita-se que o redireccionar da informação de saúde para as necessidades diárias das populações-alvo, passa necessariamente pelo uso de metodologias participadas nos seus processos de produção. Será também essencial constituir equipas multidisciplinares que permitam não negligenciar nenhum aspecto da linguagem simplificada, nomeadamente a sua dimensão gráfica.

Pensa-se que o presente estudo poderá representar um pequeno passo no sentido do desenvolvimento de uma comunicação sobre saúde mais clara. Considera-se que tanto a avaliação dos folhetos, como o inquérito sobre as técnicas para a sua simplificação, como ainda a enumeração de diretrizes para a construção desta linguagem, exemplificam a necessidade de realização de uma diversidade de estudos na área.

Consideram-se como fragilidades da investigação realizada a reduzida amostra de informação avaliada, o facto de não ter sido possível reunir os profissionais de saúde, envolvidos na produção do glossário para discussão conjunta das problemáticas levantadas, o facto da área da nutrição ser especialmente desafiadora no que respeita à simplificação dos seus conteúdos e a impossibilidade de constituir uma equipa de colaboradores mais multidisciplinar.

Considera-se que as futuras investigações na área se deveriam debruçar sobre cada um dos objetivos do presente estudo de uma forma mais aprofundada. São particularmente pertinentes os estudos: i) sobre a avaliação de informação de saúde com amostras de informação mais amplas; ii) sobre a tradução dos diferentes aspetos da linguagem simplificada para o Português; iii) sobre a eficácia da linguagem simplificada no que respeita a populações-alvo com diferentes níveis de escolaridade e; iv) sobre a produção de linguagem simplificada por parte de equipas multidisciplinares e através de metodologias participadas.

Referências bibliográficas

Alves IM, Gaudin François. Socioterminologie. Une approche sociolinguistique de la terminologie. TradTerm. 2003; 9; 229-32 [Acesso em 1 Fev 2018] Disponível em: file:///C:/Users/faria_000/Downloads/49092-59992-1-PB.pdf

AHRQ. CAPS clinician & group survey 3.0. AHRQ [Acesso em 19 Jan 2018] Disponível em: http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/caps/surveys-guidance/cg/survey_3.0/adult-eng-cg_36-2351a.pdf.

AHRQ.- National healthcare disparities report. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. [Acesso em 19 Jan 2018] Disponível em: <http://archive.ahrq.gov/qual/nhdr07/nhdr07.pdf>.

ANACOM. Utilização da internet na EU: Estatística da Eurostat em 2008 [Acesso em 20 Jan 2012] Disponível em: <http://www.anacom.pt/render.jsp>.

Albert Einstein. Sala de imprensa: Glossário de termos médicos [na internet]. São Paulo: Albert Einstein sociedade beneficente Israelita brasileira [Acesso em 19 Jan 2018] Disponível em: <http://www.einstein.br/Pages/Home.aspx>.

Alexander RE. Readability of published dental education materials. J. Am Dental Assoc. 2000; 131 (7): 937-942.

Almeida CV. Literacia Comunicação- cidadania [apresentação em powerpoint]. 2014 [acedido a 8 Fev 2018] Disponível em: <http://slideshare.net/mobileevalmeida/literacia-comunicaocidadania-cristina-vaz-de-almeida>.

Altin SV, Finke I, Kautz-Freimuth S, Stock S. The evolution of health literacy Assessment tools: a systematic review. BMC. Public Health. 2014; 14:1207.

Austin PE, Matlack R, Dunn KA, Kesler C, Brown Ck. Discharge instructions: Do illustrations help our patients understand them? Ann Emerg Med. 1995; 25 (3): 317-20.

Ávila, P. A Literacia dos adultos: Competências-chave na sociedade do conhecimento. Tese [Doutoramento em sociologia da comunicação, da cultura e da educação]. Instituto Superior de Ciências do trabalho e da empresa; 2005.

Baker, David W. The meaning and measure of health literacy. Gen Intern Med. 2006; 21:878-83.

Beaver k, Luker k. Readability of patient information booklets for women with breast cancer. Patient Educ and Couns 1997; 31 (2): 95-102.

Beck U. Risk society revisited: Theory, politics and research programmes. In: Barbara A, Beck U, Van Loon J. The risk society and beyond: Critical issues for social theory. London: SAGE Publications; 2000: 211-29.

Benavente A, coordenadora, Ávila P, Firmino AC, Alexandre R. A literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1996.

Berkman ND, Davis TC, MC Cormarck L. Health Literacy: What is it? Journ Health Comun. 2010; 15 (2): 9-19 [Acesso em 20 Jul de 2017] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>.

Berkman ND, Dewalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, et al. Literacy and health outcomes: Summary. In: AHRQ. Evidence report summaries. Rockville (MD): AHRQ; 2004. 87 [Acesso em 19 Jan 2018] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11942/>

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011 Jul 19; 155(2): 97-107.

Brach C, Keller D, Hernandez M, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. Institute of Medicine: National Academies; 2012 (Discussion Paper) [Acesso em 22 Jan 2018] Disponível em: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf.

Cabré MT. La terminología, representación e comunicación. 2ª ed. Barcelona: Institut Universitari de Linguística Aplicada. Universitat Pompeu Fabra; 2005.

CAHPS- Clinician & Group Survey Health Literacy Item Set: In: Measures of health literacy. Agency for healthcare Research and Quality; 2009.

Carford J. Ottawa 1986: Back to the future. *Health Promot Intern.* 2011; 26 (2): 163-167.

Carmo I, Santos O, Camelas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: National prevalence in 2003-2005. *Obes Rev.* 2008; 9 (1): 11-19.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à Saúde. *Cad Sau Pub.* 2004; 20 (4): 1088-1095.

Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Informed consent: Why are its goals imperfectly realized? *N Engl J Med.* 1980 Apr 17; 302 (16): 896-900.

Castells M. A sociedade em rede: A era da informação. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian; 2002.

Cavaco AM, Várzea, D. Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias portuguesas. *Rev Port Saud Pub.* 2010; 28 (2): 179-186.

CDC- Simply Put: A guide for creating easy-to-understand materials. 3ª ed. Georgia: Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention; 2009.

Cheek A. International plain language standards: The view from the center for plain language. Paper presented at conference of the Plain Language Association International, Amsterdam.

Clark J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized. *Glob Health Action.* Canada. 2014; 16 (7) [acedido em 19 Jan de 2018] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028930/pdf/GHA-7-23998.pdf>.

Cooley ME, Moriarty H, Berger MS, Selm-Orr D, Coyle B, Short T. Patient literacy and the readability of written cancer education materials. *Oncol Nurs Forum.* 1995; 22 (9): 1345-1351.

Cornett C. Health literacy checklist. Clear Health Communication Program. Ohio: Ohio State University Medical Center; 2003 [Consult. 18 Nov. 2015] disponível em: <http://medicine.osu.edu/orgs/ahc/chcp/collaborative/pages>.

Creswell JW. Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed methods Approaches. 3rd ed. London: Sage; 2009.

Creswell JW, Klassen AC, Clark VI, Smith KC. Best practices for mixed methods research in the health sciences. Office of Behavioral and Social Sciences Research. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: https://www2.jabsom.hawaii.edu/native/docs/tsudocs/Best_Practices_for_Mixed_Methods_Research_Aug2011.pdf

Damke RI. O processo do conhecimento na pedagogia da libertação: as idéias de Freire, Fiori e Dussel. Petrópolis: Vozes; 1995 [Acesso em 1 Fev 2018] Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/16995925/1215656177/.../Oprocessodoconhecimento.doc>

Data Angel Policy Research incorporated. A dimensão económica da literacia em Portugal: uma análise. Lisboa Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação; 2009 [Acesso em 20 Jan 2018] Disponível em: www.dglb.pt/sites/DGLB/Portugues/apoios/Documents/economia_da_literacia_pt.pdf

Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam. Med.* 1993 Jun; 25 (6); 391-5.

Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr NK, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med.* 2004; 19 (12): 1228-39.

Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa; 2016 [acedido a 2 Mar de 2018] disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versãocompleta>.

Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa: DGS;2015.

DHHS- Healthy People: Understanding and improving health. Department of Health and Human Services. U.S. Government Printing Office; 2000.

Diaz C. Políticas e planes de salud.[Alicante]: Universidad de Alicante. Departamento de salud Pública [acedido a 3 de Mar de 2011] Disponível em: <http://perso.wanadoo.es/aniorte-nic/apunt-polit-plan-5.htm>.

Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa; 2016 [acedido a 2 de Mar de 2018] Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versão completa/>

Doak CC, Doak LG, Friedell GH, Meade CD. Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: strategies for clinicians. *Cancer Journ Clin*1998; 48 (3): 151-161.

Doak, CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. 2ª ed. Philadelphia (PA): JB Lippincott Company;1996.

Dubois D. Lexique(s) et catégories de la perception individuelle aux connaissances partagée. Simpósio Internacional de verano de terminologia. Barcelona: Terminologia y cognición. IULA-UPF : 2001; 15-38

ECOSOC.Regional Preparatory Meeting on Promoting Health Literacy [background note]. Beijing (CH): United Nations Economic and Social Council; 2009 [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <http://www.un.org/en/ecosoc/newfunct/pdf/chinameetinghealthliteracybackgroundpaperv2.pdf>

Espanha R, Àvila P, Mendes R. Health Literacy Survey Portugal. Lisboa: CIES-IUL, Calouste Gulbenkian Foundation; 2015.

European Commission. Words and Style. Information providers guide. European commision; 2011 [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <http://ec.europa.eu/ipg/content/tips/read-en.htm#jargon>

EUROSTAT. Cultural statistics. European Commition. Belgium; 2011. Pocketbooks.

Elana J. et. al.-The Numeracy demands of health education information: An examination of Numerical concepts in written Diabetes materials. Health Communication. 2012; 27 (4).

European Commision. Cultural statistics. 2ª ed. Luxembourg: Eurostat: Publications Office of the European Union; 2011 [acedido a 19 de Jan de 2018] Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3930297/5967138/KS-32-10-374-EN.PDF/07591da7-d016-4065-9676-27386f900857?version=1.0>.

FNIC [homepage na internet] Nutrition education for low literate teens and adults .Food and Nutrition Information Center's [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <http://www.nal.usda.gov/fnic>

Freedman DA, Bess KD, Tucker HÁ, Boyd DC, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med. 2009 May; 36 (5); 446-451.

Fry E. A readability formula that saves time. J Read. 1968: 11 (7); 513-6.

Germano MG, Kuleska WA. Popularização da ciência: Uma revisão conceitual. Cad Bras Ens Fis: 24 (1); 2007.

Gomes MC, Àvila P, Sebastião J, Costa FA. Novas análises dos níveis de literacia em Portugal: comparações diacrónicas e internacionais. IV Congresso português de sociologia; 2002.

Guzys D, Kenny A, Dickson-Swift V, Threlkeld G. A critical review of population health literacy Assessment. BMC Pub Health. 2015; 15:215

Habermass, J. The theory of communicative action. The critique of functionalist reason. Polity Press. 1986;2.

Harvard school of Public Health [homepage na internet]. Health Literacy studies- Practice Strategies and Tools. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: www.hsph.harvard.edu/healthliteracy7practice.

Health Literacy Tool Shed [homepage na internet]. Health Literacy Tool Shed [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em:<http://www.healthliteracy.bu.edu>.

HLS [homepage na internet]. EU Results for Europe and for Ireland [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em in:<http://www.healthliteracy.ie/wp-content/uploads/2012/06/EU-Survey-Results-Presentation.pdf>

Huber JT, Shapiroll RM, Gillspy ML. Top down versus bottom up: The social construction of the health literacy movement. Libr Quart. 2012; 82 (4): 429-451.

Illich I. Medical Nemesis. The apropriation of health. NewYork. Random House;1976.

Illich I, Sander B. ABC: The alphabetization of the popular mind. New York. Random House. 1988.

IOM. Health Literacy: A prescription to end confusion. Washington. (DC): National Academy Press; 2004 [Acesso em 23 Jan 2018] Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/10883/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion>.

IOM. Implications of health literacy for public health: workshop summary. Washington. (DC): National Academies Press; 2014 [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK242431/>

IOM- Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary. Washington (DC): The National Academies Press; 2013.[Acesso em 20 Jan 2018] Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/bf5e/951ba2ae5749a851d50ad76bc89fdc43329d.pdf>.

IOM. Health Literacy, eHealth and Communication: Putting the Consumer First: Workshop Summary. National Academies Press; 2009 . [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK36296/>

IOM. Measures of health literacy. Workshop Summary. Washington (DC): The National Academies Press; 2009. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/12690/measures-of-health-literacy-workshop-summary>.

IUHPEG-Health literacy: Concept, measurement and practice. Three Symposia at the International Union for Health Promotion and Education.Global Conference.Vancouver, British Columbia, Canada ;2000.

JCNHES. Joint Committee on National Health Education Standards: Achieving excellence. 2.^a ed. [S.I.]: American Cancer Society; 2007.

Jolly BT, Scott JL, Feied CF, Sanford SM. Functional illiteracy among emergency department patients: A preliminary study. *Ann of Emerg Med*. 1993; 22 (3): 573-578.

Jolly BT, Scott JL, Sanford SM. Simplification of emergency department discharge instructions improves patient comprehension. *Ann Emerg Med*. 1995; 26 (4): 443-446.

Joram E, Roberts-Dobie S, Mattinson SJ, Devlin M, Herbrandson K, Hansen et al.The numeracy demands of health education information: An examination of numerical concepts in written diabetes materials. *Health Commun*. 2012; 27 (4).

Kickbush I, Wait S, Maag D, Banks I: Navigating Health: The role of health literacy. UK Alliance for Health and the Future. International Longevity Center; 2006.~

Kimble. Answering the critics of plain language. *Scrib Journ leg writing*.1995;5

Kinble J. The elements of plain language. *Mich Bar Journ*; 2012 [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em:<http://www.plain language.gov/whatispl/definitions/Kimble.cfm>.

Kondilis BK, Kiriaze IJ, Athanasoulia AP, Falagas ME. Mapping health literacy research in the European Union: A bibliometric analysis. *PlosOne*. 2008; 3 (6): 1-6.

Kutner M, Jin E, Paulsen C: The health literacy of america adults: Results from the 2003 assessment of adult literacy. National Center for Education. Washington (DC): US. Departement of Education; 2006.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Lara, ML. Novas relações entre terminologia e ciência da informação na perspectiva de um conhecimento contemporâneo da informação. *DataGramZero*. 2006; 7 (4): 1-9 [Acesso em 1 Fev 2018] Disponível em: <http://www.brapci.inf.br/index.php/article/view/0000003844/a846729811dc1952cd1bf9ed854a6022>

Logan RA, Wong FW, Villaire M, Daus Gem, Oarnell Ta, Willis E, et al. Health literacy: A necessary element for achieving health equity. National Academy of Medicine; 2015 [Acesso em 22 Jan 2018] Disponível em: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/07/NecessaryElement.pdf>.

Lopes PC. Literacia(s) e literacia mediática. Lisboa: CIES: IUL; 2011(e-working Paper Nº 110) [Acesso em 22 Jan 2018] Disponível em: [http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/195/1/literacia\(s\)%20e%20literacia%20mediatica.pdf](http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/195/1/literacia(s)%20e%20literacia%20mediatica.pdf)

Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde: Dos fundamentos à Ação. 2ª ed. Lisboa: Almedina; 2016.

Loureiro, I. O processo de aprendizagem em Promoção da Saúde. Rev Port Pedag .2008; 42 (1); 65-89. [Acesso em 22 Jan 2018] Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/4658/3/O%20processo%20de%20aprendizagem%20em%20Promocao%20da%20Saude.pdf?ln=pt-pt>

Luís LF. Literacia em saúde e alimentação saudável: os novos produtos e a escolha dos alimentos. Tese [Doutoramento em promoção da saúde]. Lisboa. ENSP:UNL; 2010.

Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. Nurs Health Sci. 2009; 11 (1): 77-89. [Acesso em 22 Jan 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298313>.

Mancuso JM. Health Literacy: A concept/dimensional analysis. Nurs Health Sci .2008 Sep; 10 (3): 248-255.

Mariner WR, McArdle PA. Consent forms, readability and comprehension: The need for new assessment tools. Law Med Ethics. 1985 Apr; 13 (2): 68-74.

Mazur,B. Revisiting Plain language. Journ Techn Comun. 2000; 47 (2): 205-11.

McLaughlin GH. SMOG Grading: A new Readability formula. Journ Read 1969; 12 (8): 639–646.

Medical Library Association. Medspeak in Plain Language. Quality information for improved health. Health Sciences Library Network. Working group for health literacy. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: In: www.mlanet.org.

Merk Sharp & Dohme. Manual MSD: Versão saúde para a família. [Acesso em 22 Jan 2018] Disponível em: <http://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/>

Ministério da saúde, Secretaria Executiva. Glossário temático: Alimentação e nutrição. 2ª ed. Brasília: Ministério da saúde. Secretaria executiva de atenção à saúde; 2013 [Acesso em 23 Jan 2018] Disponível em: [http://6sums.saude.gov.br/bus/publicacoes/glossario-tematico-alimentacao-nutricao-2º ed.pdf](http://6sums.saude.gov.br/bus/publicacoes/glossario-tematico-alimentacao-nutricao-2º%20ed.pdf)

Mowat C. The building blocks on Wessel's website: the Amsterdam challenge. [Artigo apresentado na conferência da Plain Language Association International] Amesterdam; 2007 [Acesso em 23 Jan 2018] Disponível em: [http:// www.clarity-international.net/journals759.pdf](http://www.clarity-international.net/journals759.pdf).

Moura M. O que é que os Portugueses têm na cabeça? Lisboa: A esfera da saúde; 2014.

National Commision on Excellence in Education: A Nation at Risk. The imperative for educational reform. Cambridge. United States Government Printings,1984.

Neubauer. A. Euro-murkiness: Plain language and “fishing the fog” in European Union translation. Maitrise.Genève;2011

NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification and Treatment of Obesity in Adults. Clinical guidelines on the identification and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. Bethesda (MD) .National Heart, Lung and Blood Institute; 1998. VIII, Glossary of terms [Acesso em 1 Fev 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK84544/>

NIH. Clear & Simple: Developing effective print materials for low-literate readers. National Institutes of Health: National Cancer Institute. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: https://devcompag.files.wordpress.com/2007/11/clear_n_simple.pdf

NIH. Simply Put: A guide for creating easy-to-understand materials. 3.^a ed. Atlanta: National cancer institute:U.S Department of health and Human Services; 2009. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/simply_put.pdf

NIH. The Health Literacy Tool Shed: Find the right health literacy measurement tool for your research. National Institute of Health; National Library of Medicine [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <https://healthliteracy.bu.edu/>

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Prom Intern.* 2000; 15 (3).

Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc. Sci. Med.* 2008; 67 (12): 2072-78.

Nutrition works, Ediums [homepage na internet]. Glossary. Making sense of healthy eating. Nutrition works, Ediums. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: In: www.nutrition.com.sg

OECD. Literacy in the information age: final report of International Adult Literacy Survey. Paris: OECD:Statistics Canada; 2000. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <https://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/41529765.pdf>

OECD. Education at a glance 2012: Highlights.[SI]: OECD publishing; 2012. [Acesso em 23 Jan 2018] Disponível em: <https://www.oecd.org/edu/highlights.pdf>

OECD. Education at a glance 2013. OECD Indicators: [SI] OECD Publishing; 2013. [Acesso em 23 Jan 2018] Disponível em: [https://www.oecd.org/edu/eag2013%20\(eng\)--FINAL%2020%20June%202013.pdf](https://www.oecd.org/edu/eag2013%20(eng)--FINAL%2020%20June%202013.pdf)

OECD. Education at a glance 2017:OECD Indicator. OECD Publishing.Paris. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2017.en>.

Office of the Surgeon General; Office of Disease Prevention and Health Promotion. Proceedings of the Surgeon General's workshop on improving health literacy. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2006 (Publications and reports of the Surgeon General) [Acesso em 23 Jan 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669523>.

Office of the Surgeon General; Office of Disease Prevention and Health Promotion. Proceedings of the Surgeon General's workshop on improving health literacy. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2006 (Publications and reports of the Surgeon General) [Acesso em 23 Jan 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669523>.

Parvanta CF, Nelson DE et al. *Essentials of Public Health Communication*. London: Jones & Bartlett Learning International; 2011.

Pennbridge J, Moya R, Rodrigues L. Questionnaire survey of California consumers use and rating of sources of health care information including the internet. *Original research.West J Med.* 1999;

171: 302-305 [Acesso em 23 Jan 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308740/pdf/westjmed00315-0016.pdf>

Pereira J, Mateus C, Amaral MJ. Direct costs of obesity in Portugal. *Value in Health*. 2000; 3 (2): 64-64 [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: [http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(11\)70359-X/pdf](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(11)70359-X/pdf)

Petelin R . Considering plain language: issues and initiatives. *Corp Commun*. 2010; 15 (2): 205-16 [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/13563281011037964>

Pfizer I. *Erradicating low health literacy: The first public health Movement of the 21st Century*. New York. Pfizer Inc.; 2003.

Phrotheroe J, Wallace L, Rowland G, Devoe J. Health Literacy: Setting an international collaborative research agenda. *BMC Fam Prac* 2009; 10: 51 [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-51>.

Plainlanguage.gov. [homepage na internet] Federal Plain language Guidelines. 2011Mar [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <https://plainlanguage.gov/media/FederalPLGuidelines.pdf>

Pleasant A, Kuruvila S. A Tale of two health literacies? Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*. 2008; 23 (2): 152-9.

Pleasant A. A second look at the health literacy of the American adults and the national assessment of the adult literacy. *World Edu* 2008; 28: 46-52 [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: http://canyonranchinstitute.org/storage/documents/fob_9b-5.pdf

Powers, D. Emergency department patient literacy and the readability of patient-directed materials. *Annals Emerg Med* 1988; 17 (2): 124-126.

PRISM [homepage na internet] Alternative wording suggestions. Program for Readability in Science & Medicine. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: In: <http://www.grouphealthresearch.org>.

Ratzan SC, Parker R, Selden CR, Zorn M. National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health Literacy. National Institutes of Health: National Library of Medicine; 2000 [Acesso em 31 Jan 2018] Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/230877250_National_Library_of_Medicine_Current_Biblio

Ridpath JR, Greene SM, Wiese CJ. PRISM: Readability toolkit. 3ª ed. Seattle: Group Health Research Institute; 2007 [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: https://www.kpwashingtongroupresearch.org/files/1814/1062/9858/PRISM_readability_toolkit.pdf

Rodriguez J, Valdenamo Y, Suskan P, Rudd R, Daltroy L. Key words in plain language: Astma. [Acesso em 22 Jan 2018] Disponível em: <http://cdn1.sph.harvard.edu7wp-content/uploads/sites/135/2012/09/astmaglossary.pdf>.

Rubin J, Chisnell D. *Handbook of usability testing: How to plan, design, and conduct effective tests*. 2ª ed. Indianapolis: John Wiley; 2008 [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: <http://ccftp.scu.edu.cn:8090/Download/efa2417b-08ba-438a-b814-92db3dde0eb6.pdf>

Rudd R, Kaphingst K, Colton T, Gregoire J, Hyde J. Rewriting public health Information in plain language. *Health Commun*. 2010; 9 (3): 195-206.

Rudd R, Moeykens B, Colten T. Health Literacy: An update of public health and medical literature. In: Comings J, Garner B, Smith C. The annual review of adult learning and literacy. San Francisco: Jossey-Bass; 2000: 158-199.

Rudd R, Zobel DK, Gall V, Raven S, Daltroy LH. Plain talk about arthritis and key words. 2003: Puritan Press [Acesso em 22 Jan 2018]. Disponível em: <http://cdn1.pph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/arthritisglossary.pdf>

Rudd, R.- Communicating Health: Priorities and strategies for progress. CDC; 2007.

Rudd, R.- Literacy & Health. Department of Society, Human Development and Health. Harvard School of public Health; 2010.

Rudd; RE, Zobel EK, Gall V, Rawen S, Daltroy CH. Plain talk about lupus and key words. 2002: Putitan Press [Acesso em 22 Jan 2018]. Disponível em: <http://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/Lupusglossary.pdf>

Russell L, et. al.- Health Literacy and Numeracy to prevent childhood obesity.[SI] National Institute of Child Health and Human Development.; 2012.

Santiago MJ, Shepard C, Pecci C, Iverson R. Multidisciplinary collaborative development of a plain-language prenatal education book. Mid & Wom Health. 2013 Jun; 58 (3): 271-77.

Santos B. Um discurso sobre as ciências. São paulo. 5ª ed. Cortez: 2008 [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1979672/mod_resource/content/1/SANTOS%20Um%20discurso%20sobre%20as%20ci%C3%A7%C3%A2ncias_LIVRO.pdf

Santos B . Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estudos Avançados: 46-71 [Acesso em 1 Fev 2018] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v2n2/v2n2a07.pdf>

Santos O. O papel da literacia em saúde: Capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. Endoc Diab Obes. 2010; 4 (3); 127-34. [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2320/1/%282010%29%>

Selden C, Zorn M, Ratzan S, Parker R. Health Literacy. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 2000 [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: <http://www.html.nih.gov/archive//20061214/pubs/obm/hliteracy.html>.

Siegel J. The politics and power of Plain language. Mich Bar Joun; 2011 [Acesso em 31 Jan 2018] Disponível em: <https://www.michbar.org/file/barjournal/article/documents/pdf4article1818.pdf>.

O Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernandez-quevedo C. Portugal: Health system review. Health systems in transition. 2017; 19 (2):1-184.

Simonds S K. Health Education as Social Policy. Health Educ Mon. 1974; 2: 1-25. [Acesso em 31 Jan 2018] Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10901981740020S102>

Sociedade brasileira de diabetes [homepage na internet]. Glossário de Nutrição. [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/>

Sociedade portuguesa de nutrição comunitária [homepage na internet]. SPNC Dicionário. [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: In: www.spnutric.com

Sorensen K, et al. Health Literacy and Public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12 (80); 1-13 [Acesso em 1 Feb 2018] Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12>

Stableford S, Mettger W. Plain language: A strategic response to the health literacy challenge. Public Health Polic . 2007; 28: 71–93..

Steinberg C. Plain language: Principles and practice. Detroit (MI): Wayne State, University Press;1991.

Tauber M. Compreender a obesidade infantil. Porto: Porto Editora; 2010 (Guia de saúde)

The Harvard T.H. Chan School of Public Health [homepage na internet]. Practice: Strategies and tools. [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: <https://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/practice-strategies-and-tools-2/>

UNESCO [homepage na internet]. Censos 2011. [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em:<http://.vis.unesco.org/education/documents/literacy-statistics-trends-1985-2015.pdf>.

U.S department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and improving health. 2^a ed. Washington (DC): U.S. Government Printing Office; 2010 [Acesso em 1 Feb 2018] Disponível em: http://health-equity.lib.umd.edu/640/1/Healthy_People_2010-Under_and_Improv_Health.pdf

U.S. Department of Health and Human Services Healthy People 2010: Understanding and improving health. 2^a ed. Washington (DC): U.S. Government Printing Office; 2000 [Acesso em 19 Jan 2018] Disponível em: <http://www.healthy.people.gov/2010/document/pdf/vih/2010vih.pdf>.

U.S. Department of Health and Human Services. Communicating Health: Priorities and strategies for progress. Washington (DC); 2003 [Acesso em 30 Jan 2018] Disponível em: <https://archive.org/stream/communicatinghea00unse#page/n1/mode/2up>

Vanderbilt Center for Effective Health Communication. Measures to assess a health literacy organization. [Acesso em 22 Jan 2018] Disponível em: http://www.nationalacademies.org/hmd/Activities/PublicHealth/HealthLiteracy/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/Commissioned-Papers/Measures_to_Assess_HLO.pdf.

Weidmer B. Developing and testing a CAHPS health literacy item set. [Power-Point presentation at the Institute of Medicine Workshop on measures of health literacy: Washington (DC) ;2009 [Acesso em 29 Jan 2018] Disponível em: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/WeidmerOcampo.pdf>.

White OR, Wollff K, Cavanaugh K, Rothman R. Addressing literacy and numeracy to improve diabetes education and care. Diabetes spectr. 2010; 23 (4): 238-243 [Acesso em 1 Feb 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3032499/pdf/nihms263931.pdf>

WHO. Health Literacy: The solid facts. Copenhagen (DN): WHO General Office for Europe; 2013. [Acesso em 23 Jan 2018] Disponível em:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

WHO.Health Prommation glossary. Geneva. World Health Organization, Division of Health Promotoyion Education and communications;1998. [Acesso em 1 Feb 2018] Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WHO. Health Promotion: Overview: 7th global conference on Health Promotion. Nairobi. Kenya; 2009 [Acesso em 1 Fev 2018] Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index1.html#>

WHO. International conference on health promotion: The sundsvall statement on supportive environment for health. Sweden: WHO, 1991.

WHO. Methodology and Summary: Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO european region member states. Copenhagen (DN): WHO Regional Office for Europe; 2013.

WHO. Reducing risk, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002. World health report 2002.

Wicklund K, Ramos K. Plain language: Effective Communication in the Health care setting. Hosp Librarian. 2009; 9; 177-185.

Williams DM, Counselman FL, Caggiono CD. Emergency department discharge instructions and patient literacy: A problem of disparity. Am J Emerg Med 1996; 4 (1); 19-22.

World Medical Association. World medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013; 310 (20); 2191-94 [Acesso em 1 Fev 2018] Disponível em: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>

Zacardoolas C. The simplicity complex: exploring simplified health messages in a complex world. Health Promot Intern. 2011 Set; 26 (3); 338-50. [Acesso em 1 Fev 2018] Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/26/3/338/663305>

Zacardoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: An expanded model. Health Promot Intern. 2005 Jun; 20 (2); 195-203 [Acesso em 1 Fev 2018] Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/20/2/195/827483>

ANEXOS

Anexo 1- Folhetos avaliados

1.1- Folheto 1.....	p.222
1.2- Folheto 2.....	p.223
1.3- Folheto 3.....	p.224
1.4- Folheto 4.....	p.225
1.5- Folheto 5.....	p.226
1.6- Folheto 6.....	p.227
1.7- Folheto 7.....	p.229
1.8- Folheto 8.....	p.231

Folheto 1



Obesidade Infantil

A OMS considera a Obesidade a epidemia do séc. XXI.

A televisão, os jogos de computador e a internet têm mudado os hábitos das crianças e jovens, tornando-as mais inactivas, com menos actividade física e menos hábitos de uma vida ao ar livre, ou seja com um estilo de vida menos saudável.

A principal causa da obesidade infantil advém de uma alimentação pouco saudável e racional.

De acordo com a OMS, o baixo consumo de hortofrutícolas é responsável por:

- 19% dos cancros gastrointestinais;
- 31% da doença cardiovascular isquémica;
- 11% dos enfartes do miocárdio.

Cabe a todos travar esta epidemia !



Associados 5 ao Dia

- MARL - Mercado Abastecedor da Região de Lisboa
- MARE - Mercado Abastecedor da Região de Évora
- MAC - Mercado Abastecedor da Região de Coimbra
- MARB - Mercado Abastecedor da Região de Braga
- MARF - Mercado Abastecedor da Região de Faro
- Vitacress - Iberian Salads Agricultura

Conselho Científico

- Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde/ Plataforma Contra a Obesidade
- Ministério da Educação: Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Serviço de Higiene e Epidemiologia
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas

Parceiros Institucionais

- Administrações Regionais de Saúde: Alentejo, Centro e Norte
- Direcções Regionais de Educação: Alentejo, Centro e Norte
- Universidade de Évora e Universidade do Minho
- Instituto Piaget /Almada
- Câmaras Municipais: Braga, Évora, Loures, Alvito e Montijo
- Direcção Regional de Agricultura e Pescas do Norte
- Escola Superior Agrária de Coimbra e de Ponte de Lima
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Fundação Portuguesa de Cardiologia: Delegação Centro
- Federação Nacional das Organizações de Produtores de Frutas e Hortícolas

Associação 5 ao Dia

MARL - Piso 2, Lugar do Quintanilho
tel.: + 351 219 927 000
Saodia@marl.pt

MARE (região Alentejo)

Saodia@mare.pt
MAC (região Centro)
Saodia@macoimbra.pt
MARB (região Norte)
Saodia@marb.pt

Programa 5 ao Dia



Faz crescer com ENERGIA !



Saúde e Nutrição

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de equilíbrio e completo bem-estar físico, mental e social.

Para alcançar esse bem-estar, uma alimentação equilibrada desempenha um papel fulcral !

A maioria dos desequilíbrios nutricionais, quer se trate de excesso ou deficiência de peso, bem como de inúmeras doenças, tem um denominador comum: **o excesso de consumo de produtos processados e a falta de consumo de produtos frescos.**

Das recomendações da OMS e da Direcção Geral de Saúde portuguesa constam:

O aumento do consumo de frutas e legumes para 400 gr/ dia!



Frutas e Legumes



Na nova roda dos alimentos, a maior porção é dedicada aos produtos hortofrutícolas.

As frutas e legumes são:

- pouco calóricos,
- saciantes,
- ricos em fibras alimentares,
- ricos em vitaminas e minerais,
- antioxidantes.

Para uma alimentação infantil saudável, é aconselhável o consumo de pelo menos 5 porções de frutas e hortícolas diariamente.



Programa 5 ao Dia

O que é? É um programa de responsabilidade social representado pela Associação 5 ao Dia. Tem como objectivo a promoção de uma alimentação infantil saudável e contribuir para a prevenção de doenças crónicas associadas aos maus hábitos de alimentação, incentivando o consumo de pelo menos 5 porções diárias de produtos hortofrutícolas.

A quem se destina? O público-alvo é a população escolar do 1º e 2º ciclo, crianças entre os 6 e os 12 anos de idade, pais, professores e escolas, bem como, toda a comunidade em geral.

Onde funciona? Iniciou no Mercado Abastecedor da Região de Lisboa há 4 anos e hoje encontra-se em funcionamento nas cidades de Évora, Coimbra e Braga. Pretende-se expandir a outras regiões do país.

Como? O Programa 5 ao Dia é um programa lúdico-pedagógico em que se pretende ensinar e sensibilizar brincando. Através de conversas, histórias, jogos e actividades, os monitores chamam a atenção das crianças para a importância da alimentação saudável e promovem o seu interesse e gosto pelas frutas e pelos legumes.





O consumo de **produtos hortícolas** é um hábito favorável à saúde, contribuindo para a prevenção e o controle de doenças como a obesidade, diabetes, cancro ...

A Organização Mundial da Saúde recomenda a ingestão diária de **pelo menos 400g** de produtos hortícolas e fruta.

Comer **sopa duas vezes ao dia**, ajuda-nos a atingir parte desta recomendação.



Cores e Sabores variados

SOPA DE TOMATE COM ALETRIA (4 doses)

200g de tomate, 100g de curgete, 100g de cebola, 20g de massa aletria, 600g de água, 2 colheres (chá) de azeite, sal (o mínimo).

Descasque e corte em bocados a curgete e a cebola; corte também o tomate e retire as sementes. Leve a cozer numa panela com a água. Depois de cozido, junte o azeite e triture. Acrescente água, se necessário, para obter a consistência desejada. Leve novamente ao lume, junte a aletria e dê uma fervura.

SOPA DE BRÓCOLOS (4 doses)

200g de brócolos, 100g de curgete, 50g de cebola, 50g de cenoura, 160g de batata, 600g de água, 2 colheres (chá) de azeite, sal (o mínimo).

Descasque e corte em bocados os legumes e a batata. Leve a cozer numa panela com a água. Depois de cozido, junte o azeite e triture. Acrescente água, se necessário, para obter a consistência desejada.

SOPA DE GRÃO E ESPINAFRES (4 doses)

120g de grão, 100g de curgete, 50g de cebola, 50g de cenoura, espinafres a gosto, 600g de água, 2 colheres (chá) de azeite, sal (o mínimo).

Descasque e corte em bocados a curgete, a cebola e a cenoura. Leve a cozer numa panela com a água. Depois de cozido, adicione o grão (pode reservar algum) e o azeite e triture. Acrescente água, se necessário, para obter a consistência desejada. Lave os espinafres e corte em tiras (ou deixe as folhas inteiras, conforme gostar mais). Leve a cozer numa panela com água. Depois de cozido junte ao creme (e também o grão que reservou).

Dia Nacional e Europeu de Luta contra a Obesidade

18 de maio/2013, em Olhão



A obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública mundiais, pelo elevado número de pessoas que afeta, desde crianças a adultos e idosos, e pelas consequências que acarreta.

Encontra-se associada ao desenvolvimento de doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, cancro, complicações respiratórias, e ainda problemas psicológicos (baixa auto-estima) e sociais .

A prática regular de exercício físico e a adoção de hábitos de alimentação saudável, são fundamentais, quer para a prevenção quer para o tratamento do excesso de peso.



Unidade de
Cuidados na Comunidade

A UCC Olhar+ funciona no Centro de Saúde de Olhão, realizando atividades de promoção da saúde, prevenção da

doença e apoio no tratamento e na recuperação:

Consulta de Nutrição
Consulta de Atividade Física
Educação para a Saúde em Escolas
Higiene Oral
Consulta de Enfermagem de Saúde Mental
Biblioterapia
Preparação para o Nascimento e a Parentalidade
Recuperação Pós-Parto
Cuidados Continuados Integrados
Parcerias com Instituições/ Associações

Os nossos contactos:
289 71 00 35
uccolhar@acescentral.min-saude.pt

Horário de funcionamento:
das 8h00 às 20h00

Trabalhamos com Todos e para Todos
para o bem-estar e a saúde da comunidade



ARS algarve
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.



Cuide da sua alimentação, cuide da sua saúde



Uma alimentação saudável é a base duma vida sã. Existe uma relação direta entre o tipo de alimentação e algumas doenças muito comuns, como por exemplo as doenças cardiovasculares (angina de peito, enfarte de miocárdio, acidente cerebrovascular, hipertensão arterial), a obesidade, a diabetes mellitus e também muitos problemas do aparelho digestivo como a obstipação.

O que deve fazer?

- A nossa cozinha tradicional possui uma excelente qualidade nutritiva. Reúne as qualidades da chamada dieta mediterrânica, baseada no consumo de leguminosas, saladas e legumes, azeite, peixe, massas, arroz e fruta. Pratique exercício físico, pelo menos 3 vezes por semana. Se não realiza nenhum exercício, para começar aumente a sua atividade diária, suba escadas e caminhe sempre que seja possível.
- Para ter uma alimentação saudável e equilibrada não é necessário fazer dietas complexas, que sejam compatíveis com os seus hábitos e os da sua família.
- Siga os conselhos indicados a seguir:
 - Utilize azeite. Não consuma muitas gorduras, sobretudo de origem animal.
 - Consuma pão integral e leguminosas para ingerir suficiente fibra dietética.
 - O peixe é preferível à carne.
 - É mais saudável cozinhar os alimentos cozidos, grelhados ou no forno do que fritos.
 - Não se exceda no consumo de açúcar.
 - Consuma os alimentos cozinhados com pouco sal.
 - Se ingere bebidas alcoólicas, deve fazê-lo de forma sensata e moderada. O consumo moderado supõe não beber mais de 1 ou 2 copos por dia.
 - Consuma leite ou derivados lácteos diariamente.

Algumas vezes por mês	Carnes vermelhas, doces, pastéis e açúcares
Algumas vezes por semana	Peixe, frango, ovos e leguminosas
Todos os dias	Pão, arroz, massa e cereais. Legumes, hortaliças, frutas e batatas. Leite, queijo, iogurte e azeite

- Os diferentes tipos de alimentos que o nosso organismo precisa e a frequência com que os deve consumir estão representados na pirâmide da alimentação.
- Se quer saber quanto está perto ou se desvia destas indicações, pode anotar todos os alimentos que consome durante o dia, incluindo os que come entre refeições, as bebidas alcoólicas e os "petiscos".

Quando consultar o seu Médico de Família?

- Se tem excesso de peso ou não alcança o seu peso ideal, o seu médico pode ajudá-lo a realizar uma alimentação equilibrada e à sua medida.

Onde encontrar mais informação?

<http://www.alimentacaosaudavel.org/>
<http://www.apn.org.pt/apn/index.php?option= news&task=viewarticle&sid=577>



Folheto 5

PROGRAMA DE COMBATE
à obesidade infantil
na região do Algarve

Sugestões para toda a família

- Planear as refeições da semana em família
- Elaborar lista de compras com alimentos saudáveis
- Ler os rótulos das embalagens e escolher os alimentos menos calóricos
- Preparar refeições saborosas e pobres em gordura, preferindo cozidos, estufados e grelhados
- Fazer as refeições em família, num ambiente de convívio
- Procurar espaços de lazer que permitam atividades físico-desportivas agradáveis
- Ocupar os tempos livres da família com atividade físico-desportiva (andar a pé, correr, jogar à bola, andar de bicicleta, saltar à corda, nadar, dançar, patinar, andar de trotinete, etc.)
- Limitar a televisão e os videojogos a 1-2 horas por dia

PROGRAMA DE COMBATE
à obesidade infantil
na região do Algarve

ARS Algarve, I.P.
Tel.: 289 88 99 00
nutricao@arsalgarve.min-saude.pt
www.arsalgarve.min-saude.pt

Administração Regional de
Saúde do Algarve, I.P.

Ministério da Saúde

O Peso da Família

Metade dos adultos e um terço das crianças portuguesas têm peso a mais, ou seja, excesso de gordura corporal. Este problema resulta de um desequilíbrio entre a energia ingerida e a energia gasta.

O excesso de peso está ligado ao desenvolvimento de doenças, nomeadamente diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, problemas osteoarticulares, cancro, assim como baixa auto-estima e estados depressivos...
Uma **alimentação saudável**, associada à prática regular de **atividade física** ajuda no controlo do peso e na prevenção da obesidade.

Alimentos de consumo diário para toda a família

Leite, iogurte ou queijo com pouca gordura

Pão no pequeno-almoço e nas merendas, preferindo o mais escuro

Sopa, com hortícolas e leguminosas, a iniciar o almoço e o jantar

Hortícolas e leguminosas (ervilhas, favas, feijão, grão, lentilhas) a guarnecer o 2º prato

Arroz, batata ou massa, sempre, ao almoço e jantar

Pescado ou carne, em refeições alternadas, dando preferência ao primeiro

Fruta, 2 a 4 vezes por dia

Azeite, em quantidade moderada, para temperar e cozinhar

Água, muitas vezes ao dia

É muito importante fazer 5 a 7 refeições ao dia, com intervalos de 2 a 3 horas.

A Roda dos Alimentos um guia alimentar diário

Evitar consumir

- Açúcar, doces, chocolates, gelados, bolos, guloseimas, bolachas doces, cereais muito açucarados
- Alimentos pré-cozinhados
- Pizzas, cachorros, hambúrgueres, batatas fritas e outros *fast-food*
- Enchidos, folhados, salgados e alimentos fritos
- Refrigerantes e sumos

A *inova* RODA DOS ALIMENTOS

... um guia para a escolha alimentar diária!



COMA BEM, VIVA MELHOR!



O QUE É UMA PORÇÃO?*	POR DIA quantas porções são necessárias? **
Cereais e derivados, tubérculos	4 a 11
1 pão (50g) 1 fatia fina de broa (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas - tipo Maria / água e sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crua (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhadas (110g)	
Hortícolas	3 a 5
2 chávenas almooçadeiras de hortícolas cruas (180g) 1 chávena almooçadeira de hortícolas cozinhadas (140g)	
Fruta	3 a 5
1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	
Lacticínios ***	2 a 3
1 chávena almooçadeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)	
Carnes, pescado e ovos	1,5 a 4,5
Carnes / pescado cruas (30g) Carnes / pescado cozinhadas (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)	
Leguminosas	1 a 2
1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, fava) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)	
Gorduras e óleos	1 a 3
1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml) 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)	

Como se utiliza?

Diariamente devem comer-se porções de todos os grupos de alimentos.

O número de porções recomendado depende das necessidades energéticas individuais. As crianças de 1 a 3 anos devem guiar-se pelos limites inferiores e os homens activos e os rapazes adolescentes pelos limites superiores; a restante população deve orientar-se pelos valores intermédios.



chávena almooçadeira

copo de leite



colheres

sopa

sobremesa

chá

* As equivalências alimentares apresentadas foram por base calórica, considerando as necessidades energéticas individuais de cada um dos grupos das crianças e dos jovens, adolescentes e adultos. Considerando-se a base calórica de 2000 kcal para homens e 1800 kcal para mulheres. Os valores são baseados em valores médios de consumo energético diário. Os valores são baseados em valores médios de consumo energético diário. Os valores são baseados em valores médios de consumo energético diário.

** A quantidade da população deve consumir 2 porções, em excepção de crianças e adolescentes, que necessitam de 3 porções.



A não esquecer ...

BEBIDAS

Embora a água seja a melhor bebida para satisfazer a sede, pode também recorrer-se a outras bebidas que não contenham adição de açúcares, álcool ou cafeína. Os sumos de fruta naturais e os chás sem cafeína (camomila, cidreira, limão, erva...) são exemplos destas bebidas.

O café e alguns chás e refrigerantes contêm cafeína, substância estimulante cuja ingestão deve ser limitada a um máximo de 300mg por dia. No caso de crianças e adolescentes o seu consumo está desaconselhado.

Quantidade energética (kcal) e de açúcar (g)			
1 Café cheio	125	1 Refrigerante de Cola	46
1 Café médio	115	1 Chávena de Chá	36
1 Café curto	104	1 Descafeinado	2

As bebidas alcoólicas contêm por definição, álcool etílico ou etanol. O seu consumo é totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes. Com moderação, e a acompanhar as refeições, os adultos podem consumi-las sem risco.

Bebida (porção)	Quantidade máxima recomendada de álcool	Quantidade máxima recomendada de açúcar
Cerveja (33)	3 copos (normal)	2 copos (normal)
Vinho (12%)	2 copos pequenos	1 copo pequeno
Whisky (40%)	1,5 de copo	1,5 de copo

ACÚCAR E PRODUTOS ACUCARADOS

Refrigerantes, bolos, chocolates, compotas, rebuçados e outros doces são exemplos de alimentos especialmente ricos em açúcar. O consumo deste tipo de alimentos deve ser feito, preferencialmente, no final das refeições, e a sua ingestão não deve ser diária mas sim restrita a ocasiões festivas.

A leitura cuidadosa dos rótulos é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor em açúcares. Sob a designação de açúcares engloba-se, por exemplo, sacarose (açúcar de mesa), glicose, dextrose, frutose, maltose, lactose, açúcar invertido, mel, melação, xarope de ...

SAL E PRODUTOS SALGADOS

A quantidade de sal (quimicamente designado por cloreto de sódio - NaCl) ingerida por dia deve ser inferior a 5g. A melhor forma de satisfazer esta recomendação é moderar não só o consumo de produtos salgados (por ex: produtos de salchicha/charcutaria, alimentos enlatados, batatas fritas, aperitivos, ...) mas também a utilização de sal em natureza.

A leitura atenta dos rótulos é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor de sal e sódio. O termo sódio isolado ou em combinação com outras palavras (por ex: cloreto de sódio) é utilizado para descrever a fonte de sódio presente no alimento.

A substituição do sal por ervas aromáticas (ajo, alcaçof, alho, cebolinho, coentro, manjericão, tom, orégão, salsa, ...) e especiarias (pimenta, cominho, canela, cardo, coentro, noz-moscada, ...) na preparação e confecção de alimentos é uma boa forma de adicionar sabor e realçar a cor aos alimentos.

MANTER UM PESO SAUDÁVEL ...

Seguir as recomendações da nova Roda dos Alimentos e praticar Actividade Física moderada e regular é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.

Um simples passeio a pé com duração de pelo menos 30 minutos realizado diariamente, é um bom exemplo de actividade física moderada e regular.

No população adulta, o Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida que permite avaliar a adequação entre peso e altura.

IMC = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$	Se IMC ...
	< 18,5 = baixo peso
	18,5 - 24,9 = peso normal
	25,0 - 29,9 = excesso de peso
	> 30,0 = obesidade



Papa Bem na Gravidez

Atenção às dicas Papa Bem!

Medidas que contribuem para um crescimento saudável e para a prevenção da obesidade infantil durante a gravidez:

- Engravidar com um peso saudável.
- Ter hábitos saudáveis de alimentação e atividade física.
- Ter um ganho de peso adequado.
- Não fumar.
- Fazer os testes para detectar a diabetes gestacional e manter a diabetes controlada durante a gravidez.



ALIMENTAÇÃO

- Tenha uma alimentação saudável, ou seja, completa, equilibrada, variada e segura, de acordo com as orientações da Roda dos Alimentos.
- Esqueça a ideia errada de que a grávida deve comer por dois.
- Guie-se pelo seu apetite para comer as quantidades de que necessita, sem mais, nem menos.
- Faça 5 a 6 refeições por dia, mais ou menos de 3 em 3 horas: pequeno-almoço, almoço e jantar e 2 a 3 pequenos lanches.
- Privilegie o consumo de hortícolas, iniciando as refeições com uma sopa de legumes.
- Ao almoço e ao jantar, preencha metade do prato com hortícolas, um quarto do prato com carne ou peixe e o outro quarto com arroz, massa, batata ou outro cereal ou tubérculo.
- Coma 3 a 4 porções de fruta por dia.
- Coma 3 porções de laticínios meio-gordos ou magros por dia.
- Prefira o peixe e as carnes brancas, como as aves e o coelho.
- Limite o consumo de carne vermelha a 2 ou 3 vezes por semana.
- Consuma cerca de metade dos cereais, como pão, arroz e massa, sob a forma integral.
- Modere a quantidade de gorduras e óleos utilizados para barrar, temperar e cozinhar.

Sabia que...

Durante a gravidez o seu bebé é capaz de sentir alguns sabores dos alimentos que fazem parte da sua alimentação?

Estudos indicam ainda que nas primeiras refeições "sólidas" os bebés aceitam melhor os alimentos que fizeram parte da alimentação das mães durante a gravidez.

Assim, se tiver uma alimentação saudável durante a gravidez, para além de beneficiar a saúde do seu bebé, pode estar a contribuir para que ele tenha bons hábitos alimentares no futuro.

(continua) >>>

NOTA: Estas recomendações são baseadas na mais recente evidência científica. No entanto, não devem substituir as orientações individualizadas dos profissionais de saúde que o acompanham.

- Prefira sempre os óleos vegetais, como azeite, óleo de amendoim, de soja, de milho e de girassol, e os cremes vegetais para banhar sem gorduras trans.
- Evite as gorduras animais, como natas, manteiga, banha, toucinho e bacon e os óleos de coco e de palma.
- Modere o consumo de sal, utilizando pouco sal para cozinhar, não adicionando sal no prato e evitando produtos e alimentos com excesso de sal.
- Guarde as bebidas açucaradas e os produtos alimentares com excesso de açúcares, gorduras e sal para dias de festa. Mesmo nestas ocasiões, tenha moderação nas quantidades que consome.
- Beba água suficiente para satisfazer a sede. Cerca de 1,5 a 2l pode ser uma referência.
- Evite as bebidas alcoólicas, especialmente no primeiro trimestre da gravidez.
- Limite o consumo de cafeína a 2 cafés ou 4 chávenas de chá preto ou verde por dia.
- À refeição, cumpra a regra dos 3S: Sentada, Sossegada e Sociável.
- Siga rigorosamente os cuidados de higiene com a alimentação e evite os alimentos não indicados para o período da gravidez: carne, peixe e ovos mal cozidos, leite ou laticínios não pasteurizados e vegetais e frutas crus não higienizados.



ATIVIDADE FÍSICA

Durante uma gravidez saudável são recomendados, pelo menos, 30 minutos de atividade física moderada todos os dias ou na maioria dos dias da semana.

- Converse com o seu médico para saber se não tem nenhuma contraindicação.
- Escolha a atividade que mais se adequa ao seu dia-a-dia e lhe dá mais prazer. Caminhada, natação, hidroginástica, musculação, pilates são apenas algumas das modalidades pelas quais pode optar, desde que sejam feitas de forma adaptada a cada período da gravidez e com intensidade moderada.
- Se não está habituada, comece com sessões de até 15 minutos de caminhada.
- Inicie e termine lentamente qualquer tipo de atividade física.
- Quer esteja a iniciar um plano de atividade física, quer esteja em grande forma, não se exercite até à exaustão e evite que o seu corpo fique muito quente.
- Evite atividades com impacto, risco de queda ou trauma na barriga; atividades deitada de costas, principalmente após as 16 semanas; ficar de pé, parada por longos períodos; mergulho subaquático.

Nota:

A atividade física moderada é toda atividade que exige algum esforço, mas não aumenta muito os batimentos do coração e nem dificulta a respiração deixando-a ofegante.

A intensidade das atividades vai variar de pessoa para pessoa, de acordo com a sua condição física. Para mulheres que não estão habituadas, uma caminhada mais rápida pode ser uma atividade moderada ou até vigorosa.

Para outras, mais habituadas, uma corrida pode ser uma atividade moderada.

NOTA: Estas recomendações são baseadas na mais recente evidência científica. No entanto, não devem substituir as orientações individualizadas dos profissionais de saúde que a acompanham.

2/2



Instituto Nacional de Saúde
Dr. Ricardo Jorge



HARVARD MEDICAL SCHOOL
- PORTUGAL PROGRAM
IN TRANSLATIONAL RESEARCH AND INNOVATION

Folheto 8

Mantenha um peso adequado à sua estatura!

Para que se mantenha o mais saudável possível, é fundamental que procure obter um equilíbrio entre a energia que consome e a energia que gasta – isto é, **não consuma mais energia do que aquela que consegue gastar, caso contrário vai ganhar peso!**

Qual é o peso certo?

Actualmente usa-se o Índice de Massa Corporal (IMC) para determinar se um adulto tem o peso adequado à sua estatura ou não. O IMC é um índice simples, fiável e fácil de usar que indica o número de quilos de peso por metro quadrado de superfície corporal que cada pessoa tem.

Como se calcula o Índice de Massa Corporal?

Dividindo o peso actual pela altura ao quadrado.

$$\text{IMC} = \text{peso em Kg} / \text{altura}^2 \text{ em metros}$$

Por exemplo: Uma pessoa que meça 1,65m e pese 60 Kg, tem um IMC de:

$$\text{IMC} = 60 / (1,65 \times 1,65) = 22,04 \text{ — O que significa este valor?}$$

Se o seu valor de IMC: for

Inferior a 18,5 — é uma pessoa magra;
Baixo peso para a sua altura;

Entre 18,5 e 24,9 — tem um peso normal;
Peso adequado à sua altura;

Entre 25 e 29,9 — tem excesso de peso;
Pré-obesidade;

Superior a 30 — tem obesidade;
Peso muito excessivo para a sua altura.

Assim, no exemplo apresentado (IMC= 22,04), a pessoa tem um peso normal!

Ter hábitos alimentares saudáveis não é sinónimo de uma alimentação restritiva ou monótona. Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade.

Quanto mais variada for a sua selecção alimentar, melhor! Diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes o que, garante que todas as necessidades nutricionais sejam satisfeitas.

Optar por hábitos alimentares mais saudáveis, não significa deixar de comer aqueles alimentos menos saudáveis que tanto gosta. O importante é que o consumo desses alimentos constitua a excepção e não a regra do seu dia a dia alimentar.

Encare a adopção de práticas alimentares mais saudáveis como uma oportunidade para experimentar novos alimentos e novos modos de confecção, que para além de serem apetitosos, são uma forma de contribuir para a melhoria do seu estado de saúde.



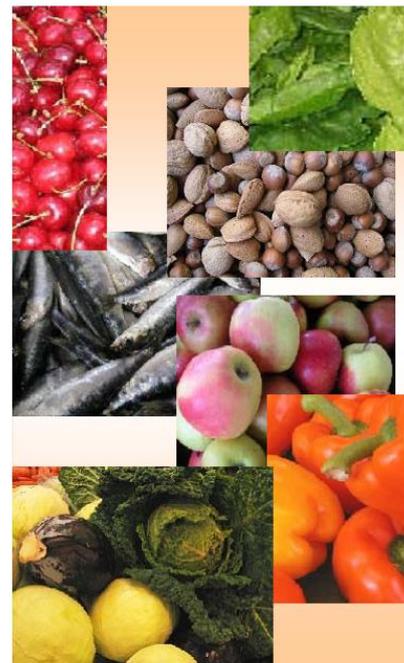
Texto e Fotografia: Vanessa Candeias
Divisão de Promoção e Educação para a Saúde
Direcção Geral da Saúde

Direcção-Geral da Saúde



Ministério da Saúde

Recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável!!



Direcção-Geral da Saúde



Ministério da Saúde

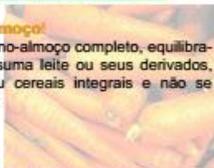
Atualmente sabe-se que os hábitos alimentares inadequados e a inatividade física são dois dos principais factores de risco para o aparecimento de doenças como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e até alguns tipos de cancro.

É por isso de primordial importância que todos adoptemos um estilo de vida mais saudável, cuidando dos nossos hábitos alimentares, praticando mais actividade física e não fumando!

RECOMENDAÇÕES PARA FAZER UMA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA MAIS SAUDÁVEL:

Tome sempre o pequeno-almoço!

Inicie o seu dia com um pequeno-almoço completo, equilibrado e saudável. Para isso consuma leite ou seus derivados, pão escuro ou de mistura ou cereais integrais e não se esqueça de incluir fruta fresca!



Evite estar mais de 3 horas e meia sem comer.

Faça pequenas merendas entre as três refeições principais e uma pequena ceia antes do deitar!



Diminua o consumo de sal!

Reduza a quantidade que usa para a confeção dos alimentos, opte por usar ervas aromáticas e especiarias para que os seus cozinhados fiquem mais apetitosos. Não adicione sal fino aos pratos já confeccionados, para isso evite levar o saleiro para a mesa.

Evite o consumo de alimentos muito salgados (ex.: chouriço e outros produtos de charcutaria e salsicharia, determinados queijos, caldos concentrados, molhos pré-preparados, alimentos tipo fast-food, etc. ...).



Evite ingerir açúcar e produtos açucarados.

Não adicione açúcar ao leite, chá ou café, procure habituar-se ao sabor natural destas bebidas! Evite consumir produtos ricos em açúcar (ex.: produtos de confeitaria e pastelaria, chocolates, gelados, rebuçados, mel, sobremesas açucaradas, gomas, refrigerantes, determinadas bolachas, etc.). Estes alimentos só devem ser consumidos ocasionalmente e de preferência após uma refeição.

Aumente o seu consumo de hortaliças e legumes!

Inicie sempre o almoço e o jantar com uma sopa rica em hortaliças e legumes; faça destes alimentos (em salada ou preparados de outras formas) um acompanhamento fundamental do seu prato.



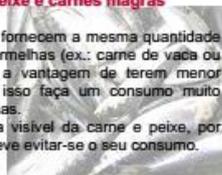
Aumente o seu consumo de fruta!

Lembre-se: "Para terminar a refeição em beleza, a fruta é a melhor sobremesa!". Prefira a fruta a outro tipo de sobremesas mais açucarada. Nos intervalos entre as refeições, "engane" a fome comendo uma peça de fruta acompanhada de outro alimento (ex.: um pedaço de pão ou um iogurte...).

Consuma de preferência peixe e carnes magras (ex.: aves ou coelho).

O peixe e as carnes brancas fornecem a mesma quantidade de proteína que as carnes vermelhas (ex.: carne de vaca ou de outros mamíferos), com a vantagem de terem menor quantidade de gordura, por isso faça um consumo muito esporádico de carnes vermelhas.

A pele das aves e a gordura visível da carne e peixe, por serem prejudiciais à saúde, deve evitar-se o seu consumo.



Beba água simples em abundância ao longo do dia!

Chá e infusões sem adição de açúcar são uma maneira saudável e saborosa de consumir água! Evite os refrigerantes e bebidas artificiais à base de sumo de frutos que são geralmente pobres em nutrientes e ricas em açúcar.



Se consumir bebidas alcoólicas, faça-o com moderação!

Mulheres grávidas, crianças, adolescentes e jovens até aos 17 anos não devem consumir nenhuma porção de álcool!

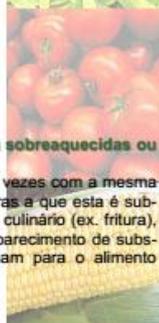
Reduza o seu consumo total de gordura, em especial da gordura saturada, existente principalmente em produtos de origem animal.

Diminua não só a quantidade de gordura usada para cozinhar e temperar, mas também o consumo de alimentos com elevado teor de gordura (ex.: margarina, banha, manteiga, produtos de charcutaria e salsicharia, natas, molhos pré-preparados industrialmente, caldos concentrados, toucinho, massas folhadas, rissóis, etc. ...).

Prefira métodos de culinária simples, saudáveis e saborosos, tais como: estufados, cozidos e grelhados!

Se adicionar gordura aos seus assados no forno, que seja apenas azeite e em pouca quantidade. Evite o consumo de alimentos fritos, pois estes contêm grandes quantidades de gordura.

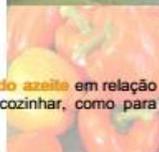
Nos alimentos grelhados não consuma as partes carbonizadas (queimadas), pois estas são muito prejudiciais para a sua saúde.



Não utilize gorduras que foram sobreaquecidas ou óleos queimados.

Evite cozinhar mais do que duas vezes com a mesma gordura, pois as altas temperaturas a que esta é submetida durante o processamento culinário (ex. fritura), levam à sua degradação e ao aparecimento de substâncias cancerígenas, que passam para o alimento enquanto este é cozinhado.

Privilegie sempre o consumo do azeite em relação às outras gorduras, tanto para cozinhar, como para temperar os pratos.



Anexo 2- Teste SAM

2.1-Folha de cotação.....	p.234
2.2-Versão resumida do teste SAM (TAISE).....	p.235

Anexo 2.1-Folha de cotação do teste SAM

FIGURE 4-3
SAM scoring sheet

2 points for superior rating 1 point for adequate rating 0 points for not suitable rating N/A if the factor does not apply to this material		
FACTOR TO BE RATED	SCORE	COMMENTS
1. CONTENT		
(a) Purpose is evident	_____	_____
(b) Content about behaviors	_____	_____
(c) Scope is limited	_____	_____
(d) Summary or review included	_____	_____
2. LITERACY DEMAND		
(a) Reading grade level	_____	_____
(b) Writing style, active voice	_____	_____
(c) Vocabulary uses common words	_____	_____
(d) Context is given first	_____	_____
(e) Learning aids via "road signs"	_____	_____
3. GRAPHICS		
(a) Cover graphic shows purpose	_____	_____
(b) Type of graphics	_____	_____
(c) Relevance of illustrations	_____	_____
(d) List, tables, etc. explained	_____	_____
(e) Captions used for graphics	_____	_____
4. LAYOUT AND TYPOGRAPHY		
(a) Layout factors	_____	_____
(b) Typography	_____	_____
(c) Subheads ("chunking") used	_____	_____
5. LEARNING STIMULATION, MOTIVATION		
(a) Interaction used	_____	_____
(b) Behaviors are modeled and specific	_____	_____
(c) Motivation—self-efficacy	_____	_____
6. CULTURAL APPROPRIATENESS		
(a) Match in logic, language, experience	_____	_____
(b) Cultural image and examples	_____	_____
Total SAM score: _____		
Total possible score: _____, Percent score: _____%		

Teste de Avaliação de Informação de saúde

(TAISE) Versão resumida do teste SAM

Para que serve?

Para avaliar a adequação de informação de saúde escrita às populações-alvo

Em que consiste?

Num guião para avaliação dos fatores que afetam a lecturabilidade (facilidade de descodificação das palavras e frases), a legibilidade (facilidade de visualização dos conteúdos) e a compreensão, (facilidade de interpretação do significado) da informação escrita sobre saúde.

O que avalia?

Avalia 19 fatores organizados em seis dimensões ou categorias, nomeadamente:

- Tipo de conteúdo
- Qualidade das ilustrações
- Incentivos à aprendizagem
- Nível de literacia exigido
- *Layout* e tipografia
- Adequação cultural à população alvo

Como funciona?

Tem início com uma leitura atenta das instruções. Segue-se a leitura da informação de saúde a avaliar. Preenche-se o teste atribuindo uma pontuação (de 0 a 2) a cada factor, segundo os critérios descritos. Finalmete calcula-se o SCORE GLOBAL de adequação da informação.

Cálculo do SCORE GLOBAL de adequação: $\frac{\text{SPF} - \text{Somatório da pontuação dos fatores}}{38 - (\text{FNA} \times 2)} \times 100$ FNA= fator não aplicável à informação em avaliação

Interpretação: 0-39- material inadequado

40-69- material adequado

70-100- material de qualidade superior

O SAM foi desenvolvido em 1993, pelos peritos em educação para a saúde, Leonard e Cecilia Doak e Jane Root, na escola de medicina Johns Hopkins com financiamento do National Institutes of Health (Doak et. al,1996)¹

1) DOAK et. al. -Teaching patients with low literacy skills, 2nd edition, Philadelphia: Lipincott, 1996.

TAISE - Teste de adequação de informação de saúde escrita

	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	COMENTÁRIOS
1- CATEGORIA DE CONTEÚDO (tópicos de conteúdo e âmbito)			
<p>Finalidade</p> <p>A finalidade da informação deve ser clara unívoca e fácil de identificar. Existe uma melhor apreensão da informação quando a finalidade está presente logo no início do material e quando não existe dispersão por múltiplas finalidades.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: A finalidade está presente, de uma forma clara, no título, na ilustração da capa ou na introdução.</p> <p><u>Adequado</u>: A finalidade não é explícita, está presente apenas implicitamente e/ou existem muitas finalidades.</p> <p><u>Inadequado</u>: A finalidade não está presente em nenhum dos sítios mencionados (título, ilustração da capa ou introdução).</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p>Conteúdo</p> <p>Normalmente os leitores procuram informação que resolva os seus problemas de saúde imediatos. O conteúdo mais adequado, para estes leitores, refere comportamentos capazes de solucionar problemas concretos.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: A maior parte da informação refere aplicações práticas de conhecimentos e ensina comportamentos desejáveis.</p> <p><u>Adequado</u>: Pelo menos 40% do conteúdo refere comportamentos ou ações benéficas para a saúde.</p> <p><u>Inadequado</u>: A maior parte do conteúdo refere factos não comportamentais e/ou menciona apenas factos médicos.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p>Âmbito</p> <p>O âmbito do conteúdo deve limitar-se à finalidade e aos objetivos. Caso contrário o leitor pode dispersar-se e não reter as ideias principais ou sentir que “perde” demasiado tempo com a tarefa.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: O âmbito limita-se a informação essencial para concretizar a finalidade e objetivos. Estes podem ser apreendidos num tempo razoável para a tarefa.</p> <p><u>Adequado</u>: Pelo menos 60% da informação é essencial. As ideias principais podem ser apreendidas num tempo razoável.</p> <p><u>Inadequado</u>: Mais de 40% da informação não é essencial.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p>Revisões e resumos</p> <p>Permitem que os leitores revejam as ideias principais através de diferentes palavras ou imagens e que aprendam informação que muitas vezes não é retida logo na primeira leitura.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: A informação inclui revisões/resumos que explicam as ideias principais através de palavras, imagens ou exemplos diferentes.</p> <p><u>Adequado</u>: Apenas algumas das ideias principais são revistas.</p> <p><u>Inadequado</u>: Não existem resumos nem revisões.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	

TAISE - Teste de adequação de informação de saúde escrita

FACTORES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	COMENTÁRIOS
2- CATEGORIA DE LITERACIA (nível de literacia da informação)			
<p>Estilo de escrita</p> <p>O uso da voz cativa e do discurso direto tornam a informação mais fácil de compreender Ex: <i>Os pacientes devem ser avisados para tomarem o seu remédio todos os dias.</i> VS. <i>Tome o seu remédio todos os dias.</i></p>	<p><u>Muito adequado</u>: Predominam ambos os fatores: o discurso direto e a voz ativa (empregues separadamente ou em simultâneo).</p> <p><u>Adequado</u>: Pelo menos 50% da informação emprega o discurso direto e/ou a voz ativa.</p> <p><u>Inadequado</u>: Prevalece o discurso indireto e/ou a voz passiva.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p>Construção das frases</p> <p>As frases devem ser claras concisas e precisas. O seu significado não deve ser imbricado (dependente das frases antecedente e subsequente). O contexto deve ser dado antes da nova informação ex.: <i>Para aliviar a dor, aplicar gelo na zona lesionada.</i></p>	<p><u>Muito adequado</u>: A maioria das frases são curtas e o seu significado é claro e não imbricado. O contexto é dado no início da frase.</p> <p><u>Adequado</u>: Pelo menos 50% das frases são curtas, não imbricadas e com contextualização no início.</p> <p><u>Inadequado</u>: Mais de 50% das frases são longas, complexas e com significado imbricado. Não existe contextualização.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p>Vocabulário</p> <p>Devem-se utilizar palavras correntes e evitar os termos técnicos, os conceitos abstratos (ex: <i>probabilidades</i>) ou os substantivos de categoria (ex: <i>Produtos frescos</i> VS. <i>leite</i>). Os juízos de valor são inapropriados (ex.: <i>Dor excessiva</i> VS. <i>Dor que se mantém por mais de 5 min.</i>).</p>	<p><u>Muito adequado</u>: Predominam os 3 fatores: 1) Utilizam-se palavras correntes 2) as palavras técnicas, abstratas ou de categoria, (TAC) são explicadas com exemplos 3) não há juízos de valor.</p> <p><u>Adequado</u>: Pelo menos 50% da informação está em conformidade com os três fatores.</p> <p><u>Inadequado</u>: Predominam as palavras menos correntes. As palavras TAC não são explicadas.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p>Títulos e subtítulos</p> <p>Identificam, de uma forma breve, a informação que se segue, tornando-a mais convidativa e facilitando a aprendizagem.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: A maioria dos tópicos são precedidos por títulos ou subtítulos.</p> <p><u>Adequado</u>: Pelo menos 50% dos tópicos estão intitulados.</p> <p><u>Inadequado</u>: Os títulos e os subtítulos são raros ou inexistentes.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	

TAISE - Teste de adequação de informação de saúde escrita

FACTORES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	COMENTÁRIOS
3- CATEGORIA DE ILUSTRAÇÕES (desenhos, tabelas, quadros e gráficos)			
<p style="text-align: center;">Ilustrações da capa</p> <p>Muitas pessoas julgam a informação pela sua capa. A imagem da capa é, muitas vezes, um facto decisivo da atitude e interesse do leitor face à informação.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: A imagem da capa é amigável, atrai a atenção e demonstra claramente o propósito da informação.</p> <p><u>Adequado</u>: A imagem da capa possui um ou dois dos critérios superiores (mencionados acima).</p> <p><u>Inadequado</u>: Não está presente nenhum dos fatores superiores</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p style="text-align: center;">Tipo de ilustrações</p> <p>Regra geral os desenhos de “contorno” são os mais adequados porque são realistas e sem muitos pormenores (ao contrário das fotografias). Devem representar elementos familiares ao leitor (<i>os desenhos de livros médicos nem sempre serão compreendidos</i>)</p>	<p><u>Muito adequado</u>: Estão presentes dois fatores: 1) São utilizados desenhos de traço simples e 2) as ilustrações representam elementos familiares, facilmente reconhecidos pelos leitores.</p> <p><u>Adequado</u>: Está presente apenas um dos fatores superiores.</p> <p><u>Inadequado</u>: Não se verifica nenhum dos fatores superiores</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p style="text-align: center;">Relevância das ilustrações</p> <p>As ilustrações devem representar, de forma clara as ideias principais. Não se devem incluir pormenores desnecessários porque estes podem distrair o leitor (Ex: <i>o plano de fundo de um quarto, as molduras elaboradas, a utilização de cores desnecessárias etc.</i>).</p>	<p><u>Muito adequado</u>: As ilustrações apresentam as ideias principais visualmente. É possível apreender estas ideias apenas com base nas ilustrações e sem muitas distrações.</p> <p><u>Adequado</u>: A quantidade de ilustrações é insuficiente e/ ou as imagens possuem algumas distrações.</p> <p><u>M. pouco adequado</u>: 1) Demasiadas ou nenhuma ilustrações ou 2) as ilustrações são demasiado técnicas ou confusas.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p style="text-align: center;">Tabelas, quadros e gráficos</p> <p>Muitos leitores não sabem interpretar tabelas, quadros ou gráficos (TQG). Estes devem ser sempre acompanhados de explicações ou instruções.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: As tabelas, quadros ou gráficos (TQG) possuem instruções detalhadas e estão, quase sempre, legendados.</p> <p><u>Adequado</u>: Apenas alguns TQG estão legendados e/ou as instruções são demasiado breves ou incompletas.</p> <p><u>M. pouco adequado</u>: Os TQG não possuem legendas nem instruções.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	

TAISE - Teste de adequação de informação de saúde escrita

FACTORES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	COMENTÁRIOS
4- CATEGORIA DE LAYOUT E TIPOGRAFIA (aspecto das páginas e caracteres)			
<p style="text-align: center;">Layout</p> <p>São especialmente importantes: 1) A consistência do <i>layout</i> (deve permitir prever o fluxo da informação); 2) O uso de pistas visuais (caixas de texto, setas ou sombreados); 3) A utilização da cor de uma forma não exaustiva 4) A localização correta das ilustrações (ao lado do texto ilustrado); 5) O aspeto não sobrecarregado da folha 6) O tipo de papel utilizado e o contraste deste com os caracteres.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: Estão presentes 5 dos seguintes fatores: 1) O layout é consistente 2) São utilizadas pistas visuais 3) a cor é utilizada de forma não exaustiva 4) as ilustrações estão bem localizadas 5) As páginas não parecem “atafuhadas” 6) Existe um grande contraste entre os caracteres e o papel 8) O papel é pouco ou nada brilhante.</p> <p><u>Adequado</u>: Estão presentes, pelo menos, 3 fatores superiores.</p> <p><u>Inadequado</u>: A informação não tem um aspeto convidativo ou parece difícil de ler.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p style="text-align: center;">Tipografia</p> <p>O tamanho e o tipo de letra empregues podem facilitar ou dificultar a leitura do texto. (ex. O USO DE MAIÚSCULAS <i>dificulta a leitura</i>). A utilização de muitos tipos de letra ou cores, na mesma página, pode confundir o leitor.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: 3 dos seguintes fatores: 1) Utiliza-se maiúsculas e minúsculas 2) A letra tem, pelo menos, o tamanho 12 3) Emprega-se o negrito e /ou diferentes cores e tamanhos de letra 4) não existe uso abusivo de maiúsculas.</p> <p><u>Adequado</u>: Estão presentes 2 dos fatores superiores.</p> <p><u>Inadequado</u>: Não se verifica nenhum dos fatores superiores e/ou são utilizados mais de 6 tipos de letra numa página.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p style="text-align: center;">Parcelamento de listas</p> <p>Poucas pessoas conseguem recordar listas com mais de 7 <i>itens</i> independentes. No caso de pessoas com baixa literacia o limite pode ser inferior, (entre 3 a 5 <i>itens</i>). As listas longas devem ser parceladas em subgrupos e intituladas.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: Os <i>itens</i> estão agrupados através de subtítulos descritivos. Todas as listas com mais de 5 <i>itens</i> têm subtítulos.</p> <p><u>Adequado</u>: Todas as listas com mais de 7 <i>itens</i> têm subtítulos.</p> <p><u>Inadequado</u>: Existem listas com mais de 7 <i>itens</i> sem subtítulos.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	

TAISE - Teste de adequação de informação de saúde escrita

FACTORES	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	COMENTÁRIOS
5- CATEGORIA DE APRENDIZAGEM (motivação e estimulação)			
<p>Interação</p> <p>A aprendizagem e memorização são mais efetivas quando a informação contém exercícios e questões para o leitor responder.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: São apresentadas questões ou exercícios para o leitor realizar.</p> <p><u>Adequado</u>: utiliza-se a interação passiva no formato pergunta-resposta.</p> <p><u>Inadequado</u>: Não existe interação (nem ativa nem passiva).</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p>Modelamento</p> <p>A aprendizagem é mais fácil quando o conteúdo é concreto e descreve comportamentos. Conteúdos demasiado teóricos ou generalistas tendem a não ser retidos.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: a informação providencia instruções concretas e descreve comportamentos e ações.</p> <p><u>Adequado</u>: Existe alguma informação demasiado técnica, que pode colocar questões quanto à sua aplicação no dia-a-dia.</p> <p><u>Inadequado</u>: A informação é muito teórica e pouco concreta</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
<p>Motivação</p> <p>A motivação para a aprendizagem aumenta quando o leitor não considera a tarefa como demasiado exigente.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: Os tópicos complexos estão subdivididos em fases mais fáceis, conduzindo a uma maior autoeficácia (confiança).</p> <p><u>Adequado</u>: Alguns dos tópicos mais difíceis estão subdivididos.</p> <p><u>Inadequado</u>: Não existe parcialização de tarefas complexas.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	
6- CATEGORIA DE ADEQUAÇÃO CULTURAL (teor cultural)			
<p>Adequação Cultural</p> <p>Pode ser aferida pela medida em que a <i>lógica, linguagem e experiência</i> (LLE) da informação se sobrepõe à <i>lógica, linguagem e experiência</i> da população alvo.</p>	<p><u>Muito adequado</u>: Os conceitos centrais do material manifestam uma cultura semelhante à lógica, linguagem e experiência da população alvo.</p> <p><u>Adequado</u>: Pelo menos metades dos conceitos centrais possuem teor cultural sobreponível à LLE da população alvo.</p> <p><u>M. pouco adequado</u>: Existe um desajuste claro entre o teor cultural da informação e a LLE da população alvo.</p>	<p>2 Pontos <input type="checkbox"/></p> <p>1 Ponto <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pontos <input type="checkbox"/></p>	

Anexo 3-Plain Language Checklist

The Ohio State University AHEC Clear Health Communication Program

Plain Language Checklist *

Content:

- 0 Title describes content
- 0 Purpose is clearly stated
- 0 Purpose is achieved
- 0 Target group is clearly defined
- 0 Information is accurate and reflects current practice
 - o Messages do not contradict themselves
 - o Information is evidence-based
- 0 Information is current
 - o Date of production shown
 - o Expiration or review date shown
 - o Sources mentioned are dated and current
- 0 Content includes all essential information
- 0 Procedural steps are clear, single action & observable
- 0 Rationale for steps of procedure is provided
- 0 Material free from bias and commercial endorsement
- 0 Major points limited to 3-5 most "need to know" information
- 0 Material encourages interaction with the reader
- 0 Reader directed to other sources of information or support

Organization:

- 0 Key points emphasized or summarized
- 0 Text organized in a easy-to-follow sequence that is logical to reader
- 0 Key messages are behavior-focused, up front, and repeated
- 0 Sections or paragraphs are short (3-4 sentences), present a single message, distinct, and labeled with subheadings
- 0 Organization of the document is easily identified by reader
- 0 Context precedes new information

Language and Writing Style:

- 0 Active rather than passive voice
- 0 New words / concepts are clearly defined and explained.
- 0 Analogies help explain difficult concepts
- 0 Positive, friendly, conversational tone
- 0 Consistent terms throughout

- Ø Reader referred to in first person and personal pronouns are used
- Ø Jargon and technical words are avoided or explained
- Ø Abbreviations and acronyms are avoided or explained
- Ø Verbs are used to describe action
- Ø Simple, everyday, familiar words
- Ø Sentences are short (15-20 words) and contain only one idea
- Ø Avoids slang
- Ø Free of stereotypes (racial, ethnic, sexual) and inclusive language
- Ø Concrete examples rather than abstract principles
- Ø Important points are separated and listed from the text with bullets

Design and Appeal:

- Ø Cover or masthead includes title and action (behavior) focused message
- Ø Ample white space with generous margins
- Ø Upper and lower case letters used, not all capitals
- Ø Text is left justified and right ragged, without hyphens
- Ø Font size 12 – 14 point with typeface for text serif and san serif for headings. Font size increases from body text to headings and headings stand out
- Ø Bullets used to present lists. Limit 5-7 items in a list
- Ø Key points are emphasized with boxes, rule lines, bolding, color, symbols
- Ø Dark ink on light, non-glare paper
- Ø Lengthy instructions are subdivided with appropriate subheadings
- Ø Graphics and illustrations
 - Simple, clear lines with distracting details
 - Aid learning and retention
 - Clear captions and labels
 - Represent a single concept
 - Color enhances message and does not distract
 - Color is accurate / realistic
 - Images are near text they refer to
 - Charts / graphs avoided
 - Illustrations show people, activities, objects that are realistic, positive, culturally acceptable
 - Body parts shown are within context of whole body

**Adapted from: Review Criteria for New / Revised OSU Materials or Commercial Materials Form – The Ohio State University Medical Center*

© S. Cornett, 2003

Anexo 4-Resultados do teste SAM

4.1-Resultados do teste SAM- Segundo folheto, categorias e fatores.....	p.244
4.2-Scores de adequação segundo o grupo	p.245
4.3- Score de qdequação Segundo categoria.....	p.245
4.4-Score de adequação segundo fatores de informação.....	p.246
4.5-Distribuição dos fatores segundo intervalos de score adequação.....	p.246

4.1-Resultados do teste SAM- Segundo folheto, categorias e fatores

Folheto Fator	1	2	3	4	5	6	7	8	\bar{x} Categ.	Score Fator	% 0	% 2
1-Finalidade	1	2	0	1	0	0	0	1		31%	50%	13%
2-Comportamento	0	1	0	2	2	1	2	2		63%	25%	50%
3-Âmbito	0	2	0	1	1	0	1	1		38%	38%	13%
4-Resumos	0	0	0	0	0	0	0	0		0	100%	0
Resultado categ. Conteúdo	13%	63%	0%	50%	38%	13%	50%	50%	34,6%	33%	53,25	19%
5-Estilo de escrita	0	1	0	1	0	0	2	1		31%	50%	13%
6-Vocabulário	0	0	0	0	1	0	1	1		19%	63%	0%
7-Contextualizaçã	0	2	0	2	1	0	1	1		44%	38%	25%
8- Títulos e subtit	1	1	0	1	1	1	1	2		50%	13%	13%
Resultado categ. Literacia	13%	50%	0%	50%	38%	13%	63%	63%	36%	36%	41%	12,75
Resultado categ. de conteúdo + categ. de literacia (fatores escritos)										34,5%	47%	15,9%
9-Capa	1	1	0	-	1	0	-	0		25%	50%	0%
10-Tipo ilustração	1	1	0	0	1	0	0	0		19%	63%	0%
11-Relevância ilustração	1	1	0	0	1	1	1	0		31%	38%	0%
12-Tabelas, Quadros, gráficos	-	-	-	0	0	0	-	-		0%	100%	0%
13-Legendas	0	-	0	0	0	1	1	-		17%	67%	0%
Resultado categ. Grafismos	38%	50%	0%	0%	30%	20%	33%	0%	21%	18%	63,6%	0%
14- Layout	1	0	0	0	1	0	1	1		25%	50%	0%
15-Tipografia	1	0	0	0	2	0	0	0		19%	75%	13%
16-Listas	2	1	0	0	0	-	0	-		25%	67%	17%
Resultado categ <i>Layout</i>	67%	17%	0%	0%	50%	0%	17%	25%	22%	23%	64%	10%
Resultados categ. de grafismos + categoria de <i>layout</i> (fatores gráficos)										20,5%	63,8	5%
17-Interação	1	0	0	1	0	1	1	1		31%	38%	0%
18-Modelamento	1	2	0	1	1	0	2	2		56%	25%	38%
19- Motivação	0	2	0	1	1	0	1	1		38%	38%	13%
Resultados categ. Aprendizagem	33%	67%	0%	50%	33%	17%	67%	67%	42%	41,6%	33,6%	17%
% 0 por folheto	44%	29%	100	50%	37%	72%	25%	31%	77.6%			
% 2 por folheto	11%	29%	0%	11%	0%	0%	19%	18%	11%			
Score Total	31%	50%	0%	31%	41%	14%	42%	44%	31,6%			

4.2-Scores de adequação segundo o grupo

Grupo 1- Folhetos com menor Score de adequação

Folheto Nº	Score Adeq.	\tilde{x}	x^2	σ
3	0%	19%	361	12,9
6	14%		25	
1	31%		144	
4	31%		144	

Grupo 2- Folhetos com maior score de adequação

Folheto Nº	Score Adeq.	\tilde{x}	x^2	σ
5	41%	44,25%	3,25	3,5%
7	42%		2,25	
8	44%		0,25	
2	50%		5,75	

4.3- Score de adequação segundo categorias- conteúdos escritos VS. conteúdos gráficos

Número do Folheto	Categorias de conteúdos escritos		Categorias de conteúdos gráficos	
	Categoria de Conteúdo	Categoria de Literacia	Categoria de grafismos	Categoria de layout
1	13%	13%	38%	67%
2	63%	50%	50%	17%
3	0%	0%	0%	0%
4	50%	50%	0%	0%
5	38%	38%	30%	50%
6	13%	13%	20%	0%
7	50%	63%	33%	17%
8	50%	63%	0%	25%
\tilde{x}	34,6%	36%	21%	22%
\tilde{x}	35,4%		21,7%	
% 0	47%		63%	
% 2	15,9%		3,75%	

4.4-Score de adequação segundo fatores de informação

Fatores com score maior		Fatores com score menor	
Fatores	Pont.	Fatores	Pont.
Factor de comportamentos	63%	Factor de resumos	0%
Factor de modelamento	56%	Factor de tabelas e gráficos	0%
Factor de títulos e subtítulos	50%	Factor de legendas	17%
Factor de contextualização	44%	Factor de vocabulário	19%
Factor de âmbito	38%	Factor de tipo de ilustração	19%
Factor de motivação	38%	Factor de tipografia	19%
Factor de finalidade	31%	Factor de capa	25%
Factor de estilo de escrita	31%	Factor de layout	25%
Factor de relevância	31%	Factor de listas	25%
Factor de Interação	31%		



Fatores adequados



Fatores inadequados

4.5-Distribuição dos fatores segundo intervalos de score adequação

Score de adequação (intervalo)	0-16	17-31	32-46	47-61	62-76
Frequência R %	10,5%	57,9%	15,8%	10,5%	5,2%

Anexo 5-Questionários

5.1- Questionário 1.....	p.248
1.2- Questionário 2.....	p.251
1.3- Questionário 3.....	p.253
1.4-Questionário 4.....	p.255
1.5-Questionário 5.....	p.257
1.6- Questionário 6.....	p.260
1.7- Questionário 7.....	p.261
1.8- Questionário 8.....	p.266

FOLHETO 1: "5 AO DIA"

1 – No folheto aparece o termo “alimentos processados”. Sabe dizer-me o nome de QUATRO (4) alimentos processados? *(Pode consultar o folheto)*

Não sei

2 - Qual destas respostas contem APENAS produtos FRESCOS:

- A. Nozes, leite, iogurte, queijo fresco
- B. Iogurte, alface, manteiga, pão
- C. Bananas, brócolos, iogurte, laranja
- D. Não sei

3 - Quantas MAÇÃS (de tamanho MÉDIO) são necessárias para somar 300 gr. de maçãs:

- A. 1 Maçã
- B. 2 Maçãs
- C. 3 Maçãs
- D. 4 Maçãs
- E. Mais de 4 Maçãs
- F. Não sei

4 - Do que gosta MAIS neste folheto? *(escolha apenas uma das seguintes):*

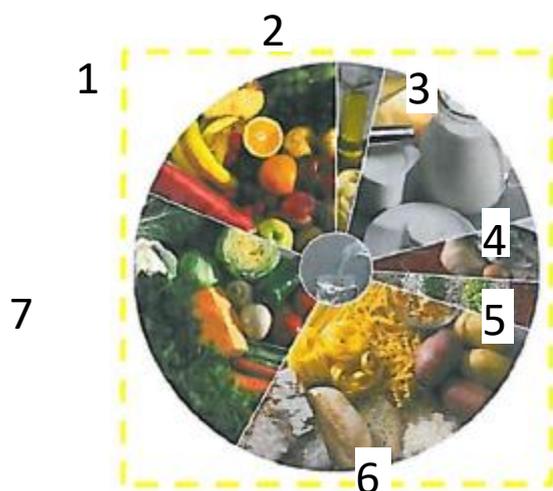
- A. Tipo de frases
- B. Tipo de explicações
- C. Tipo de palavras
- D. Imagens
- E. Cores
- F. Outras coisas:
Quais? _____
- G. Não gosto de nada

5 - O folheto refere alimentos antioxidantes. O que fazem os alimentos ANTIOXIDANTES

(Pode consultar o folheto):

- A. Ajudam a assimilar as vitaminas
- B. Ajudam a prevenir o envelhecimento
- C. Ajudam na fixação do cálcio
- D. Todas as respostas estão erradas
- E. Não sei

6 - Dos números (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), quais são os que fazem parte dos produtos HORTOFRUTÍCOLAS?



7 – O que significa para si, a frase do folheto que diz: “Deve consumir 5 porções de fruta e hortícolas diariamente”?

Significa consumir, todos os dias...

- A. 5 Hortícolas
- B. 3 Frutas + 2 hortícolas
- C. 5 Frutas + 5 hortícolas
- D. Outras quantidades (Quais?)
- E. Não sei

E agora para acabar o questionário, vou-lhe fazer duas ou três perguntinhas sobre si:

8 - Quantos anos é que estudou [ou melhor, quanto anos tem de escolaridade, completos]?

Anos completos de escolaridade

Observações: _____

9 - O senhor, a senhora... pode dizer-me quando faz anos? E em que ano nasceu? [Assinalar DIA/MÊS/ANO]

D M A

10. Sabe-me dizer o seu código postal ou nome da sua junta de freguesia?

Código postal _____ - _____ Junta de freguesia _____

11. Trabalhou [, teve uma atividade remunerada...] nestes últimos 15 dias?

Sim, trabalhou [FIM do questionário.] Obrigado/a. Muita saúde, boa alimentação

Não, não trabalhou

12. [Se respondeu NÃO:] Não trabalha há mais de 2 semanas porque é ou está:

Desempregado	<input type="checkbox"/>
Reformado/Aposentado	<input type="checkbox"/>
Doméstico(a)	<input type="checkbox"/>
Estudante / Formando	<input type="checkbox"/>
Inválido / Deficiente	<input type="checkbox"/>
Doente crónico	<input type="checkbox"/>
Vítima de um acidente (trabalho, lazer, rodoviário...)	<input type="checkbox"/>
Outra situação [Qual ?:] _____	<input type="checkbox"/>

Fim do questionário. Obrigado/a. Muita saúde, boa alimentação e longa vida

A preencher pelo entrevistador: **Género:** Feminino Masculino

Tempo médio de entrevista: _____

FOLHETO 2: "SOPA É SAÚDE"

1 - Pelo aspeto deste folheto QUANDO acha que ele foi feito:

- A. Há 5 anos ou menos
- B. Entre 5 e 10 anos
- C. Há mais de 10 anos
- D. Não sei

2- Este folheto foi feito PARA QUEM? Para pessoas de que idades:

- A. Pessoas com menos de 25 anos
- B. Pessoas entre os 25 e os 50 anos
- C. Pessoas com mais de 50 anos
- D. Pessoas de todas as idades
- E. Não sei

3- Quando lê informação sobre alimentação, o que prefere:

- A. Informação que foi feita há pouco tempo (*há menos de 5 anos*)
- B. Informação que foi feita há já algum tempo (*entre 5 e 10 anos*)
- C. Informação mais antiga (*feita há mais de 10 anos*)
- D. Tanto me faz quando foi feita a informação

4- Quantas CURGETES (de tamanho MÉDIO) são necessárias para somar 350gr. de curgete:

- A. 1 Curgete
- B. 2 Curgetes
- C. 3 Curgetes
- D. 4 Curgetes
- E. Mais de 4 curgetes
- F. Não sei

5 - Seguem-se dicas para fazer uma sopa. Diga qual ou quais acha que não vale a pena seguir (fazer):

- A. Acrescentar dentes de alho aos legumes
- B. Retirar as sementes ao tomate antes de o cozinhar
- C. Acrescentar o azeite apenas depois dos legumes estarem cozidos
- D. Seguiria (faria) todas estas dicas
- E. Não seguiria (faria) nenhuma destas dicas

6 - Do que gosta MAIS neste folheto? (escolha apenas uma das seguintes):

- A. Do tipo de frases
- B. Do tipo de explicações
- C. Do tipo de palavras
- D. Das imagens
- E. Das cores
- F. De outros aspetos:
Quais? _____
- G. Não gosto de nada

7 - Do que gosta MENOS neste folheto? (escolha apenas uma das seguintes):

- A. Do tipo de frases
- B. Do tipo de explicações
- C. Do tipo de palavras
- D. Das imagens
- E. Das cores
- F. De outros aspetos:
Quais? _____
- G. Gosto de tudo

8- ONDE (em que sítio), se encontra a informação sobre Alimentação mais útil e correta:

- A) Nas farmácias
- B) No centro de saúde
- C) Nas revistas
- D. Na Internet
- E. Noutros sítios (Quais?) _____

FOLHETO 3: “Dia Nacional e Europeu de luta contra a obesidade”

1 - Seguem-se medidas para melhorar informação sobre Alimentação e sobre Saúde.

Escolha as DUAS medidas mais importantes:

- A. Escrever de forma mais fácil
- B. Ilustrar a informação com imagens
- C. Usar menos “palavras médicas”
- D. Dar dicas úteis para o dia-a-dia
- E. Outra: (Qual)? _____

2 - O folheto refere a consulta de ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL. Para quem é esta consulta:

- A. Para pessoas com doença mental que precisam de cuidados de enfermagem
- B. Apenas para pessoas com doença mental
- C. Apenas para pessoas sem doença mental
- D. Tanto para pessoas com doença mental como para pessoas sem doença mental
- E. Não sei

3 - O que é a BIBLIOTERAPIA:

- A. Terapia (tratamento) através da leitura da Bíblia
- B. Reabilitação (tratamento) do Biblio (músculo do estômago)
- C. Terapia (tratamento) pela leitura
- D. Nenhuma das anteriores
- E. Não sei

As duas colunas (coluna A e coluna B) que se seguem dizem a mesma coisa. Leia-as com atenção.

Coluna A

A obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública mundiais, pelo elevado número de pessoas que afeta, desde crianças a adultos e idosos, e pelas consequências que acarreta.

Encontra-se associada ao desenvolvimento de doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, cancro, complicações respiratórias, e ainda problemas psicológicos (baixa auto-estima) e sociais .

A prática regular de exercício físico e a adoção de hábitos de alimentação saudável, são fundamentais, quer para a prevenção quer para o tratamento do excesso de peso.

Coluna B

A obesidade é um dos maiores problemas de saúde pública mundiais:

- Afeta um grande número de pessoas
- Atinge crianças, adultos e idosos
- Acarreta graves consequências para a saúde

A obesidade pode provocar doenças como:

- Diabetes e Cancro
- Doenças cardiovasculares (“do coração e da circulação”)
- Problemas respiratórios
- Problemas psicológicos e sociais

Para prevenir e tratar o excesso de peso é fundamental:

- **Praticar exercício físico**
- **Fazer uma alimentação saudável**

4 - Qual é a coluna (coluna A ou coluna B) mais FÁCIL de ler e compreender?

- A. Coluna A
- B. Coluna B
- C. As duas colunas são igualmente fáceis
- D. As duas colunas são igualmente difíceis

5 - Leia com atenção o TÍTULO do folheto e escolha uma das seguintes opções:

- A. O título não tem a ver com o resto do folheto
- B. O título tem pouco a ver com o resto do folheto
- C. O título resume a informação do folheto
- D. Nenhuma das anteriores

FOLHETO 4: “Cuide da sua alimentação, cuide da sua saúde”

1 - Seguem-se medidas para melhorar informação sobre Alimentação. Escolha as DUAS medidas mais importantes:

- A-Escrever de forma mais fácil
- B-Illustrar a informação com imagens
- C- Usar menos “palavras médicas”
- D- Dar dicas úteis para o dia-a-dia
- E- Outra: (Qual)? _____

2 - Do que gosta MAIS neste folheto? (escolha apenas uma das seguintes):

- A-Do tipo de frases
- B-Do tipo de explicações
- C- Do tipo de palavras
- D- Das imagens
- E- Das cores
- F- De outros aspetos:
Quais? _____
- G- Não gosto de nada

3 - Do que gosta MENOS neste folheto? (escolha apenas uma das seguintes):

- A. Do tipo de frases
- B. Do tipo de explicações
- C. Do tipo de palavras
- D. Das imagens
- E. Das cores
- F. De outros aspetos:
Quais? _____
- G. Não gosto de nada

As duas colunas (coluna A e coluna B) que se seguem dizem a mesma coisa. Leia-as com atenção.

Coluna A

Cuide da sua alimentação, cuide da sua saúde O que deve fazer?

- A nossa cozinha tradicional possui uma excelente qualidade nutritiva. Reúne as qualidades da chamada dieta mediterrânica, baseada no consumo de leguminosas, saladas e legumes, azeite, peixe, massas, arroz e fruta. Pratique exercício físico, pelo menos 3 vezes por semana. Se não realiza nenhum exercício, para começar aumente a sua atividade diária, suba escadas e caminhe sempre que seja possível.
- Para ter uma alimentação saudável e equilibrada não é necessário fazer dietas complexas, que sejam compatíveis com os seus hábitos e os da sua família.
- Siga os conselhos indicados a seguir:
 - Utilize azeite. Não consuma muitas gorduras, sobretudo de origem animal.
 - Consuma pão integral e leguminosas para ingerir suficiente fibra dietética.
 - O peixe é preferível à carne.
 - É mais saudável cozinhar os alimentos cozidos, grelhados ou no forno do que fritos.
 - Não se exceda no consumo de açúcar.
 - Consuma os alimentos cozinhados com pouco sal.
 - Se ingere bebidas alcoólicas, deve fazê-lo de forma sensata e moderada. O consumo moderado supõe não beber mais de 1 ou 2 copos por dia.
 - Consuma leite ou derivados láteos diariamente.

Coluna B

Como pode fazer uma alimentação saudável?

Não precisa de fazer dietas complicadas que interferem com os seus hábitos e com o dia-a-dia da sua família.

O ideal é seguir uma alimentação “tradicional” também chamada de dieta mediterrânica

Esta alimentação tem uma excelente qualidade nutritiva porque se baseia no consumo de: leguminosa, saladas e legumes, azeite, peixe, massas, arroz e fruta.

O que deve preferir?

- O azeite às margarinas ou aos óleos
- O peixe à carne
- Os alimentos cozidos, grelhados e assados no forno aos alimentos fritos

O que deve evitar?

- As gorduras animais (ex.: manteiga e banha)
- O açúcar e o sal
- As bebidas alcoólicas

Consuma:

- Pão integral e leguminosas

4 - Qual é a coluna (coluna A ou coluna B) mais FÁCIL de ler e compreender?

A-Coluna A

C. As duas colunas são igualmente fáceis

B-A Coluna B

D. As duas colunas são igualmente difíceis

FOLHETO 5: “O Peso da Família”

1. O folheto aconselha usar uma QUANTIDADE MODERADA de azeite. Quanto é uma quantidade moderada de azeite numa sopa para 4 pessoas:

- A. Meia colher de sopa de azeite
- B. 1 Colher de sopa de azeite
- C. 2 Colheres de sopa de azeite
- D. 3 colheres de sopa de azeite
- E. Mais de 3 colheres de sopa de azeite
- F. Não sei

2. Qual é a quantidade (em minutos) de ATIVIDADE FÍSICA* recomendada (que se deve fazer por semana):

- A. Pelo menos 30 minutos, 2 vezes por semana
- B. Pelo menos 30 minutos, 3 vezes por semana
- C. Pelo menos 30 minutos, 5 vezes por semana
- D. Todos os dias pelo menos 30 minutos
- E. Não sei

* moderada

As frases que se seguem dizem a mesma coisa. Leia-as com atenção.

- A) O excesso de peso está ligado ao desenvolvimento de doenças nomeadamente diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, problemas osteoarticulares, cancro, baixa autoestima e estados depressivos.
- B) O excesso de peso pode provocar doenças como a diabetes, “doenças do coração” e cancro. As pessoas com peso a mais também podem ficar com vergonha do seu corpo, embaraço e tristeza.

3- Qual é a frase mais FÁCIL de ler e de compreender:

- A. Frase A
- B. Frase B
- C. As duas frases são igualmente difíceis
- D. As duas frases são igualmente fáceis

4 - Do que gosta MAIS neste folheto? (escolha apenas uma das seguintes):

A-Do tipo de frases

E-Das cores

B-Do tipo de explicações

F-De outros aspetos:

C-Do tipo de palavras

Quais? _____

D-Das imagens

G-Não gosto de nada

5 - Do que gosta MENOS neste folheto? (escolha apenas uma das seguintes):

A-Do tipo de frases

E-Das cores

B-Do tipo de explicações

F-De outros aspetos:

C-Do tipo de palavras

Quais? _____

D-Das imagens

G-Não gosto de nada

6 - Seguem-se algumas medidas para melhorar informação sobre Alimentação e sobre Saúde. Escolha as DUAS medidas mais importantes:

A-Escrever de forma mais fácil

B-Illustrar a informação com imagens

C-Usar menos “palavras médicas”

D- Dar dicas úteis para o dia-a-dia

E- Outra: (Qual)? _____

7 - ONDE, em que sítio, se encontra a informação sobre Alimentação mais útil e correta:

A) Nas farmácias

D) Na Internet

B) No centro de saúde

E) Noutros sítios (Quais?) _____

C) Nas revistas

FOLHETO 6: “Nova roda dos alimentos”

1 - Seguem-se medidas para melhorar informação sobre Alimentação. Escolha as DUAS medidas mais importantes:

- A) Escrever de forma mais fácil
- B) Ilustrar a informação com imagens
- C) Usar menos “palavras médicas”
- D) Dar dicas úteis para o dia-a-dia
- E) Outra: (Qual)? _____

Na próxima página tem 3 maneiras diferentes de saber se uma pessoa tem um peso normal, excesso de peso ou obesidade.

Veja os quadros com atenção e responda.

2 - Que TIPO DE PESO (peso normal, excesso de peso ou obesidade) tem uma pessoa com 1 metro e 80 centímetros de altura e 80 quilos de peso?

- A. Peso normal
- B. Excesso de peso
- C. Obesidade
- D. Nenhuma das anteriores
- E. Não sei

3 - Para si, em qual dos quadros (A, B ou C) é mais FÁCIL perceber se uma pessoa tem peso normal, excesso de peso ou obesidade?

- A. O quadro A
- B. O quadro B
- C. O quadro C
- D. Os 3 quadros são igualmente fáceis
- E. Os 3 quadros são igualmente difíceis

A) Neste quadro para saber se o peso de uma pessoa é normal tem que estimar o IMC.

Na população adulta, o **Índice de Massa Corporal (IMC)** é uma medida que permite avaliar a adequação entre peso e altura.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$$

Se IMC ...

- < 18,5 = baixo peso
- 18,5 – 24,9 = peso normal
- 25,0 – 29,9 = excesso de peso
- > 30,0 = obesidade

B) Neste quadro para saber se o peso de uma pessoa é normal tem de consultar a tabela

Altura (m)	Peso (Kg)														
	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130
1,5	27	29	31	33	36	38	40	42	44	47	49	51	53	56	58
1,55	25	27	29	31	33	35	37	40	42	44	46	48	50	52	54
1,6	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49	51
1,65	22	24	26	28	29	31	33	35	37	39	40	42	44	46	48
1,7	21	22	24	26	28	29	31	35	35	36	38	40	42	43	45
1,75	20	21	23	24	26	28	29	31	33	34	36	38	39	41	42
1,8	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	39	40
1,85	18	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	38
1,9	17	18	19	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	35	36



C) Neste quadro para saber se o peso de uma pessoa é normal tem de consultar a tabela com a altura que corresponde.

Pessoas com ALTURA entre: 1 metro e 75 cm. e 1 m e 79 cm	
PESO em Quilos	TIPO de peso
Entre 60 kg. e 75 kg.	Peso normal
Entre 76 kg. e 90 kg.	Excesso de peso
Entre 91kg. e 130 Kg.	Obesidade

Pessoas com ALTURA entre: 1 metro e 80 cm. e 1 m e 84 cm	
PESO em Quilos	TIPO de peso
Entre 65 kg. e 75 kg.	Peso normal
Entre 76 kg. e 95 kg.	Excesso de peso
Entre 96 kg. e 130 Kg.	Obesidade

FOLHETO 7: “Papa Bem na Gravidez”

As páginas que lhe mostramos têm conselhos para grávidas. Leia-as com atenção.

1 - Na sua opinião, qual é a página mais “SIMPÁTICA”:

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. Página 3
- D. As 3 páginas são igualmente “simpáticas”
- E. Nenhuma das páginas é “simpática”

2 - Na sua opinião, qual é a página com as frases mais SIMPLES:

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. Página 3
- D. As 3 páginas têm frases simples
- E. Nenhuma das páginas tem frases simples

3 - Na sua opinião, qual é a página que EXPLICA MELHOR as vantagens e os sinais de alarme da atividade física na gravidez:

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. Página 3
- D. As 3 páginas explicam bem
- E. Nenhuma das páginas explica bem

4 - Na sua opinião, qual é a página que mais MOTIVA uma grávida para praticar atividade física:

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. Página 3
- D. Todas as páginas
- E. Nenhuma das páginas

5 - Na sua opinião, qual é a página com um ASPETO mais CHAMATIVO (que apetece ler):

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. Página 3
- D. Todas as páginas
- E. Nenhuma das páginas

6 - Na sua opinião, qual é a página que utiliza PALAVRAS mais FÁCEIS:

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. Página 3
- D. Todas as páginas
- E. Nenhuma das páginas

7- Na sua opinião, qual é a página que contem informações mais ÚTEIS?

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. Página 3
- D. Todas as páginas
- E. Nenhuma das páginas

8- Qual é a sua página PREFERIDA? _____

8.2 - Porquê?



Papa Bem na Gravidez



ATIVIDADE FÍSICA

Durante uma gravidez saudável são recomendados, pelo menos, 30 minutos de atividade física moderada todos os dias ou na maioria dos dias da semana.

- + Converse com o seu médico para saber se não tem nenhuma contraindicação.
- + Escolha a atividade que mais se adequa ao seu dia-a-dia e lhe dá mais prazer. Caminhada, natação, hidroginástica, musculação, pilates são apenas algumas das modalidades pelas quais pode optar, desde que sejam feitas de forma adaptada a cada período da gravidez e com intensidade moderada.
- + Se não está habituada, comece com sessões de até 15 minutos de caminhada.
- + Inicie e termine lentamente qualquer tipo de atividade física.
- + Quer esteja a iniciar um plano de atividade física, quer esteja em grande forma, não se exercite até à exaustão e evite que o seu corpo fique muito quente.
- + Evite: atividades com impacto, risco de queda ou trauma na barriga; atividades deitada de costas, principalmente após as 16 semanas; ficar de pé, parada por longos períodos; mergulho subaquático.

Nota:

A atividade física moderada é toda atividade que exige algum esforço, mas não aumenta muito os batimentos do coração e nem dificulta a respiração deixando-a ofegante.

A intensidade das atividades vai variar de pessoa para pessoa, de acordo com a sua condição física. Para mulheres que não estão habituadas, uma caminhada mais rápida pode ser uma atividade moderada ou até vigorosa.

Para outras, mais habituadas, uma corrida pode ser uma atividade moderada.

Página 2

Viver a gravidez em saúde

Se está grávida, saiba como deve viver os meses que antecedem o momento do parto.

Posso fazer exercício físico durante a gravidez?

Caminhar é um óptimo exercício na gravidez. Aproveite para passear ao ar livre, numa zona verde ou com ar puro.

Se lhe der prazer e não houver nenhum problema com a gravidez, continue a praticar o seu desporto habitual, embora possa ter que moderar a intensidade.

A actividade física melhora a circulação sanguínea e diminui alguns incómodos da gravidez, como a prisão de ventre e a fadiga, ajuda a diminuir o stress e as tensões físicas e emocionais.

Há alguns desportos que envolvem maior risco, por isso, fale com o seu médico sobre o assunto.

Em qualquer caso:

- Evite grandes esforços;
- Não permaneça longos períodos de tempo em pé ou sentada, alterne estas posições;
- Repouse por períodos, com as pernas elevadas, sobretudo quando as sentir inchadas ou cansadas.

Faça exercício

O exercício vai ajudá-la a viver uma gravidez saudável

Fale com o seu médico sobre a melhor forma de fazer exercício na gravidez

O Exercício pode ajudá-la a:

- Ter músculos mais fortes no parto
- Ter mais energia
- Diminuir-lhe o stress
- Evitar que ganhe demasiado peso
- Aliviar câimbras e dores de costas
- Prevenir a prisão de ventre

Apenas alguns minutos de alongamentos (esticar os músculos como a espreguiçar-se) todos os dias farão com que se sinta melhor e mais forte. Experimente nadar, fazer jardinagem e limpezas ou várias destas atividades.

Tente fazer exercício 30 minutos todos os dias. Beba muita água antes e depois do exercício.

Pare de fazer exercício se sentir:

- Dor
- Tonturas
- Dificuldade em respirar
- Dores no útero (semelhantes às da menstruação)
- Contrações no estômago (estômago duro e apertado)



Ioga

Faça uma aula de ioga ou pratique com um vídeo de ioga



Dance

Pode dançar em qualquer parte!



Caminhe

Caminhe 30 minutos por dia. Vá ao parque, às compras...

FOLHETOS 8: “Recomendações para uma alimentação saudável”

As páginas que lhe mostramos têm conselhos uma alimentação saudável.

Leia-as com atenção.

1 - Na sua opinião, qual é a página (Página 1 e 2) com um ASPETO mais CHAMATIVO (que apetece ler):

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. As duas páginas
- D. Nenhuma das páginas

2 - Que TIPO DE PESO (baixo peso, peso normal, excesso de peso ou obesidade) tem uma pessoa com 1 metro e 80 centímetros de altura e 80 quilos de peso?

- A. Baixo Peso
- B. Peso normal
- C. Excesso de peso
- D. Obesidade
- E. Nenhuma das anteriores
- F. Não sei

3- Quais são as consequências (o que fazem) dos FATORES DE RISCO para a nossa saúde:

- A. Provocam doenças
- B. Protegem de doenças
- C. Podem provocar doenças
- D. Podem proteger de doenças
- E. Aumentam o risco de acidentes
- F. Não sei

4. O que entende por FAST- FOOD:

- A. São todas as comidas que vêm em embalagens
- B. São os congelados
- C. São os congelados e os doces
- D. Nenhuma das anteriores
- E. Não sei

5. As duas frases que se seguem têm a mesma informação. Escolha a FRASE que PREFERE:

- A. Prefira métodos de culinária simples, saudáveis e saborosos, tais como: estufados, cozidos e grelhados.
- B. Prefira os alimentos cozidos e grelhados aos alimentos fritos

6. Das duas páginas (página 1 e 2) qual é a mais FÁCIL DE ENTENDER:

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. As duas páginas
- D. Nenhuma das páginas

7. Das duas páginas (página 1 e 2) qual é a sua PREFERIDA (que gosta mais):

- A. Página 1
- B. Página 2
- C. As duas páginas
- D. Nenhuma das páginas

7.1 Porquê?

Anexo 6- Operacionalização dos Questionários

6.3-Questionários- tipo de questões e variáveis

Tipo de questão/ teste	Categoria SAM	Factor SAM	Questão	Variável	Label	Freq. Quest .	Nº Quest. Perg.
1- Compreensão	Nível de literacia	Vocabulário	<i>Palavra técnica</i>	P. téc	covpat	5	1.1;1.5;3.2;3.3;8.3
			<i>Palavra categoria</i>	P. cat	covpac	2	1.2;8.4
			<i>Palavra Juízo</i>	P. Jui	covpj	1	5.1
	PEMAT-P Numeracia	PEMAT-P Ns fáceis	<i>Ns fáceis</i>	N. fac	conufac	3	1.3;1.7;2.4
	Aprendizagem	Modelamento	<i>Actividade f</i>	A.fisic	comod	1	5.2
2- Aceitação	Aprendizagem	Modelamento	<i>Directrizes</i>	Direct.	acedirec	1	2.(123)
	Layout e tipografia	Layout/ Tipografia	Aspecto	<i>Layo</i>	acelayout	1	2.5
3- Escolha (opinião 2)	Comp. cultural	Comp. Cultural	<i>Factores +</i>	Factmais	escfactmais	4	1.4;2.6;3.2;5.4
			<i>Factores -</i>	Factmen os	escfactmen os	3	2.7; 3.3;5.5
	Conteúdo	Finalidade	<i>Titulo</i>	Titu	esctitu	1	3.5;
4-Usabilidade	Grafismos Ilustrações	Grafismos Ilustrações	Hort	Graf	usabgraf	1	1.6
	Grafismos PEMAT-P numeracia	Quadros e tabelas	IMCtab	IMCT	usabtab	1	6.2
	PEMAT-P numeracia	Cálculo	IMCFórmu	IMCF	usabcalc	1	8.2
4- Opinião	Intervenções		Interv.	Interv	Opininterv	4	3.1;4.1;5.6; 6.1;
	Locais		Locais +	Loc	opiniloc	2	2.8;5.7
6- Preferência	PEMAT-P Numeracia	Gráficos e tabelas	Gráficos e tabelas	Tab	Preftab	1	6.3
	Competência Cultural	Competência Cultural	<i>Simpática</i>	Simp	comptcult	1	7.1
	Nível de literacia	Vocabulário	<i>Frases</i>	Fras	prefvocfrs	1	7.2
	Nível de literacia	Vocabulários	<i>Palavras</i>	Pal	prefvocpal	1	7.6
	Nível de literacia	Conteúdo	<i>Explicar Melhor</i>	Expl	prefcont	1	7.3
	Lyout e tipografia	Layout e Tipografia	<i>Aspecto</i>	Aspect	preflayo	2	7.5;8.1
	Aprendizagem	Modelamento	<i>Úteis</i>	Útil	prefmodutil	1	7.7
	Aprendizagem	Motivação	<i>Motivação</i>	Mot	prefaprmot	1	7.4

	Comp. Cultural	Comp. Cultural	<i>Preferida</i>	Pref	Prefcompcult	2	7.8;8.7
	Comp. Cultural	Comp. Cultural	<i>Porquê</i>	Porquê	Porquê	1	(7.8.2);8.7
	Linguagem simplificada		Palavra	PLPal	prefPLpal	1	5.3;
	Linguagem simplificada		Frase	PLfra	prefPLfra	1	8.5
	Linguagem simplificada		Tópicos	PLTó	prefPLtóp	2	3.4;4.4
	A vs. B				prefAeB	1	8.6

Anexo 7 – Resultados do Inquérito

7.1-Resultados do Inquérito por questionário.....	p.272
7.2- Resultados das questões de compreensão.....	p.274
7.3- Resultados dos procedimentos de simplificação de linguagem.	p.275

7.1-Resultados do Inquérito por questionário

Folheto/ Questio- nário 1	COVPAT		COVPAC		CONUFAC		ESCFACMAIS		COVPAT		USABGRAF		CONUFAC	
	Quest 1, pergunta 1		Quest 1, pergunta 2		Quest 1, pergunta 3		Quest 1, pergunta 4		Quest 1, pergunta 5		Quest 1, pergunta 6		Quest 1, pergunta 7	
	Errado	46,6%	Errado	10%	errado	46,7%	explicação	30%	Errado	33,3%	errado	62,1%	errado	46,7%
	Não sei	36,7%	Não sei	30%	Não sei	26,7%	Cores	26,7%	Não sei	26,7%	certo	37,9%	Não sei	10%
	certo	16,7%	Certo	60%	certo	26,7%	imagens	23,3%	Certo	40%			certo	43,3%
Total não sabe	83,3%	Total não sabe	40%	Total não sabe	73,4%	Outras opç	20%	Total não sabe	60%			Total não sabe	56,7%	
Folheto/ Questio- nário 2	ACELAYOUT		CONUFAC		ACEDIRECT		ESCFACMAIS		ESCFACMENOS		OPINILOC			
	Quest 2, pergunt 1,2,3		Quest 2, pergunta 4		Quest 2, pergunta 5		Quest 2, pergunta 6		Quest 3, pergunta 7		Quest 3, pergunta 8			
	Não	56,7%	Errado	40%	Errado/N	56,7%	explicação	26,7	g. tudo	33,3	internet	34,5%		
	Sim	23,3%	Não sei	40%	nenhuma	3,3%	Cores	20%	imagem	23,3	Cen saú	34,5%		
	Tantofaz	20%	Certo	20%	A;C;D	40%	Outras	20%	Cores	20%	F;R;O	31%		
		Total não sabe	80%	Total ENN	80%	F+I+N	33,3%	F;E;P;O	23,4					
Folheto/ Questio- nário 3	OPININTERV		OPININTERV		COVPAT		COVPAT		PREFPLTOP		ESCTITU			
	Quest 3, pergunta 1.1		Quest 3, pergunta 1.2		Quest 3, pergunta 2		Quest 3, pergunta 3		Quest 3, pergunta 4		Quest 3, pergunta 5			
	ilustrar	50%	Dicas	79,4%	Errado	16,7%	Errado	33,4%	Pref PL	86,7%	Desad.	36,7%		
	escrever	26,7%	Pal.med	10,3%	Não sei	6,7%	Não sei	43,3%	Igual	10%	Adeq.	53,3%		
	Pm,D,O	23,3%	I,E;O	10,3%	Certo	76,6%	Certo	23,3%	folheto	3,3%	Nenhu	10%		
				Total não sabe	23,4%	Total não sabe	76,6%							
Folheto Questio- nário 4	OPININTERV		OPININTERV		ESCFACMAIS		ESCFACMENOS		PREFPLTOP					
	Quest 4, pergunta 1.1		Quest 4, pergunta 1.2		Quest 4, pergunta 2		Quest 4, pergunta 3		Quest 4, pergunta 4					
	ilustrar	56,7%	Dicas	71,4%	Explicação	65,7%	Cores	60%	Pref PL	93,3%				
	escrever	23,3%	Pal. Med	14,3%	frases	10,3%	Imagem	16,7%	F;I;F;ID	6,7%				
		Pm;D;O	20%	E;I;O	14,3%	P;I;C;O;N	24%	F;E;P;O;N	23,3%					

7.1-Resultados do Inquérito por questionário- Cont.

Folheto Questionário 5	COVPJ		COMOD/VPJ		PREFPLPAL		ESCFACMAIS		ESCFACMENOS		OPININTERV		OPININTERV		OPININLOC	
	Quest 5 pergunta 1		Quest 5, pergunta 2		Quest 5, pergunta 3		Quest 5, pergunta 4		Quest 5, pergunta 5		Quest 5, pergunta 6.1		Quest 5, pergunta 6.2		Quest 5, pergunta 7	
	errado	56,7%	errado	43,3%	prefPL	56,7%	explicações	43,3%	Tudo	62,2%	Pal med	36,7%	Dicas	70,8%	c. saúd	53,3%
	não sei	26,7%	Não sei	6,7%	folheto	20%	imagens	26,7%	Outros	17,2%	Escrevfac	33,3%	Ilustrar	16,7%	intern	26,7%
	Certo	16,6%	Certo	50%	igualfac	23,3%	F;P;C;O;N	30%	F+I+C	20,6%	I+D	30%	E;Pm;O	12,5%	F;R;O	20%
Total não sabe	83,4%	Total não sabe	50%													
Folheto Questionário 6	OPININTERV		OPININTERV		USABTAB		PREFTAB									
	Quest 6, pergunta 1.1		Quest 6, pergunta 1.2		Quest 6, pergunta 2		Quest 6, pergunta 3									
	ilustrar	48,3%	Dicas	51,9%	excesso	79,3%	Cquadro	48,3%								
	escrever	27,6%	Pal med	25,9%	Norm	13,8%	Btabela	27,6%								
Pm;D;O	24,1%	E;!;O	22,2%	Não sei	6,9%	F+I+D	24,1%									
Folheto Questionário 7	PREFCOMPCUL		PREFVOCFRAS		PREFCONT		PREFAPRENDMOT		PREFLAYO		PREFVOCPAL		PREFMODUTIL		PREFCOMPCUL	
	Quest 7, pergunta 1		Quest 7, pergunta 2		Quest 7, pergunta 3		Quest 7, pergunta 4		Quest 7, pergunta 5		Quest 7, pergunta 6		Quest 7, pergunta 7		Quest 7, pergunta 8	
	PL	75%	PL	60,7%	PL	46,5%	PL	81,5%	PL	92,9%	PL	52%	PL	42,9%	PL	96,3%
	PapaBem	3,6%	PapaBem	3,6%	MS	21,4%	MS	14,8%	MS	7,1%	todos	40,6%	MS	14,3%	MS	3,7%
	Igual	21,4%	MS	3,6%	Igual	25%	PB;IB;IM	3,7%	PB;T;N	0%	PapaBem	3,7%	Todos	7,1%		
		Todas	32,1%	PapaBem	7,4%					MS	3,7%	PapaBem	35,7%			
Folheto/ Questionário 8	PREFLAYO		USABCALL		COVPAT		COVPAC		PREFPLFRAS		FÁCILENTEDE		PREFCOMPCUL			
	Quest 8,pergunta 1		Quest 8, pergunta 2		Quest 8, pergunta 3		Quest 8,pergunta 4		Quest 8, pergunta 5		Quest 8, pergunta 6		Quest 8, pergunta 7			
	folheto	40%	normal	80%	errado	63,3%	errado	56,7%	PL	51,7%	folheto	44,8%	Folheto	50%		
	A4	43,3%	excesso	13,3%	Não sei	10%	Não sei	16,7%	Folheto	48,3%	A4	31%	A4	26,7%		
	as duas	16,7%	Não sei	6,7%	Certo	26,7%	Certo	26,6%			As duasn	24,2%	As duasn	23,3%		
nenhum	0%			Total não sabe	73,3%	Total não sabe	73,4%									

7.2- Resultados das questões de compreensão

Questões de compreensão de vocabulário											
Variável	COVPAT – 1.1		COVPAT 1.5		COVPAT-3.2/3		COVPAT-3.3/4		COVPAT-8.3		TOTAL
Compreensão/ Palavra técnica	Errado	46,6%	Errado	33,3%	Errado	16,7%	errado	33,4%	errado	63,3%	Errado- 38,7%
	Não sei	36,7%	Não sei	26,7%	Não sei	6,7%	Não sei	43,3%	Não sei	10%	Não sei-24,7%
	certo	16,7%	Certo	40%	Certo	76,6%	certo	23,3%	Certo	26,7%	Certo- 36,6
	Total não sabe	83,3%	Total não sabe	60%	Total não sabe	23,4%	Total não sabe	76,6%	Total não sabe	73,3%	Tnsabe-63,4%
Variável	COVPJ 5.1		TOTAL								
Compreensão/ Juízos de valor	errado	56,7%	Errado-56,7%								
	não sei	26,7%	Não sei- 26,7%								
	certo	16,6%	Certo- 16,6%								
	Total não sabe	83,4%	Tnsabe-83,4%								
Variável	COVPAC-1.2		COVPAC 8.4		TOTAL						
Compreensão/ Palavra de categoria	Errado	10%	Errado	56,7%	Errado-33,4%						
	Não sei	30%	Não sei	16,7%	Não sei-23,4%						
	Certo	60%	Certo	26,6%	Certo-43,2%						
	Total não sabe	40%	Total não sabe	73,4%	TnSabe-56,8%						
Total Compreensão/ Vocabulário											Errado-42,9%
											Não sabe-24,9%
											Certo-32,2%
											Tnsabe-67,8%

Questões de compreensão de numeracia							
Variável	CONUFAC- 1.3		CONUFAC- 1.6		CONUFAC-2.2		TOTAL
Compreensão/ numeracia	errado	46,7%	Errado	46,7%	errado	40%	Errado-44,5%
	Não sei	26,7%	Não sei	10%	Não sei	40%	Não sei- 25,56%
	certo	26,7%	Certo	43,3%	certo	20%	Certo-30%
	Total não sabe	73,4%	Total não sabe	56,7%	Total não sabe	80%	Totalnsabe- 70%

7.3- Resultados dos procedimentos de simplificação de linguagem

Teste de preferência entre a versão do folheto e uma versão simplificada (4 opções de resposta)											
Variáveis	PREFPLTOP- 3.4		PREFPLTOP-4.4		PREFPLFRAS-8.5		PREFPLPAL-5.3		PREFTAB-6.3		Total
Clustering; Simplif. de frases; Simplif. de palavras	Pref PL	86,7%	Pref PL	93,3%	PL	51,7%	prefPL	56,7%	prefQT	75,9%	PrefPL- 72,9%
	folheto	3,3%	Folheto	0%	Folheto	48,3%	folheto	20%	Folheto	6,9%	Folheto 15,7%
	Igual F/D	10%	Igual F/D	6,7%			Igual F/D	23,3%	F+I+D	17,2%	
Teste de preferência entre a versão do folheto; uma versão mais simples que o folheto e uma versão em linguagem simplificada (5 opções de resposta)											
Variáveis	PREFCOMPCUL-7.1		PREFVOCFRAS-7.2		PREFCONT-7.3		PREFAPREND-7.4		PREFLAYO-7.5		
Comp. Cultural; frases; conteúdo; aprendizagem layout;	PL	75%	PL	60,7%	PL	46,5%	PL	81,5%	PL	92,9%	
	MS	0%	MS	3,6%	MS	21,4%	MS	14,8%	MS	7,1%	
	PapaBem	3,6%	PapaBem	3,6%	PapaBem	7,4%	PapaBem	0%	PapaBe	0%	
	Igual S/A	21,4%	Igual S/D	32,1%	Igual B/M	25%	Igual	3,7%	T/N	0%	
	PREFVOCPAL-7.6		PREFMODUTIL-7.7		PREFCOMPCUL-7.8						
Palavras Conteúdo; Competência Cultural	PL	52%	PL	42,9%	PL	96,3%					PrefPL-68,47%
	MS	3,7	MS	14,3%	MS	3,7%					MS-8,58%
	PapaBem	3,7%	PapaBem	35,7%	PapaBem	0%					PapaBem-13,13%
	IgualT/N	40,6%	Igual T/N	7,1%							

Anexo 8- Resultados da produção do glossário

Anexo 8.1- Correções realizadas pelos profissionais de saúde ao glossário

Definição	Correção proposta
Categoria de rigor científico	
<p>Doença crónica- Doença que dura mais de 6 meses e que pode não ter cura. Os sintomas das doenças crónicas devem ser controlados através de tratamentos</p> <p>Desmame- Quando o bebé está a deixar o leite de amamentação. Começa cerca dos 6 meses, quando ele come as primeiras papas.</p> <p>Hortícolas- Todos os vegetais menos os tubérculos (que crescem debaixo da terra) e <u>as leguminosas (que crescem em plantas com vagens)</u></p>	<p>Doença crónica- Doença que dura mais de <u>3 meses</u> e que pode não ter cura. Os sintomas das doenças crónicas <u>são permanentes e</u> devem ser controlados através de tratamentos</p> <p>Desmame- Quando o bebé está a deixar o leite de amamentação. Começa cerca dos 6 meses, quando ele come as primeiras <u>sopas</u> e papas.</p> <p>Hortícolas- Todos os <u>legumes</u> e vegetais menos os tubérculos (que crescem debaixo da terra).</p>
Categoria de divergências	
<p>Estatura- Exemplo: A estatura da Filipa é normal para a sua idade e <u>peso</u>.</p> <p>Quilocalorias- Exemplo: Um pastel de bacalhau tem 113 Quilocalorias. Para se gastar a mesma energia tem que se andar cerca de 23 minutos a pé.</p> <p>(Retirado de bibliografia produzida pelo Ministério da Saúde)</p> <p>Oleaginosas- São alimentos com muita <i>gordura insaturada</i>. Incluem os alimentos a partir dos quais se fazem os óleos vegetais (como a azeitona <u>e o milho</u>) e ainda os frutos oleaginosos. Exemplo: A azeitona <u>e o milho</u> (de onde se fazem os óleos vegetais) e os frutos oleaginosos, como as nozes, <u>amendoins e castanhas</u> são tipos de oleaginosas.</p>	<p>Estatura- Exemplo: A estatura da Filipa é normal para a sua idade.</p> <p>Quilocalorias- Retirar o exemplo</p> <p>Oleaginosas – São alimentos com muita gordura insaturada. Incluem os alimentos a partir dos quais se fazem os óleos vegetais (como a azeitona) e ainda os frutos oleaginosos. Exemplo: A azeitona e os frutos oleaginosos, como as nozes são tipos de oleaginosa</p>
Categoria de regras de linguagem	
<p>d) Nominalização dos verbos- utilização dos verbos como nomes</p> <p>Pré-diabetes- Estado de saúde em que existe demasiado açúcar no sangue (...)</p>	<p>Pré-diabetes- Estado de saúde em que o açúcar no sangue <u>está aumentado</u> (...)</p>

Boletim de saúde infantojuvenil.

Exemplo: O boletim de saúde tem tabelas de crescimento para ver se as crianças estão a crescer bem.

- e) Complexificação de frases/
vocabulário

Diabetes gestacional- Exemplo: A Carla teve diabetes gestacional. Quando o bebé nasceu ficou boa.

Hipercolesterolemia- Demasiado *colesterol* no sangue

Insulina- É feita pelo corpo (no pâncreas). Ajuda a regular a quantidade de açúcar que há no sangue (glicose).

Diabetes- Quando o corpo não consegue manter a quantidade certa de açúcar no sangue (glicemia). Deve-se a problemas com a insulina do organismo.

Carnes gordas- Nome que se dá ao tipo de carnes com mais gordura. Ex: Entrecosto, entremeada e mão de vaca.

Grupo alimentar. Exemplo- A carne, os ovos e o pescado são do mesmo *grupo alimentar* porque todos têm muitas proteínas.

- f) Redundâncias

Associação de doentes obesos e Ex obesos de Portugal- Grupo de pessoas que foram ou são obesas e que se juntam para se ajudarem e para defenderem os seus direitos.

Cardiovascular- Que diz respeito ao coração e às restantes partes do corpo que ajudam o sangue a circular pelo organismo, como as veias e as artérias.

- g) Conceitos de numeracia

Exemplo: A porção recomendada de cereais é uma tigela média

Argumento: O PL aconselha o uso de

Boletim de saúde infantojuvenil.

Exemplo: O boletim de saúde tem tabelas de crescimento para ver se as crianças estão a ter um crescimento normal.

Diabetes gestacional- Exemplo: A Carla teve diabetes gestacional. Quando o bebé nasceu os valores normalizaram.

Hipercolesterolemia- *Colesterol* a mais ou elevado no sangue

Insulina- É produzida pelo corpo (no pâncreas). Ajuda a regular a quantidade de açúcar que há no sangue (glicose).

Diabetes- Quando o corpo não consegue manter a quantidade certa de açúcar no sangue (glicemia). Deve-se a problemas com a produção e Ação da insulina do organismo.

Carnes gordas- Nome que se dá ao tipo de carnes com maior composição em gordura. Ex: Entrecosto, entremeada e mão de vaca.

Grupo alimentar. Exemplo- A carne, os ovos e o pescado são do mesmo *grupo alimentar* porque todos são ricos em proteínas animais.

Associação de doentes obesos e Ex obesos de Portugal- Grupo de pessoas que foram ou são obesas e que se juntam para se ajudarem mutuamente e para defenderem os seus direitos.

Cardiovascular- Que diz respeito, ao mesmo tempo, ao coração e às restantes partes do corpo que ajudam o sangue a circular pelo organismo, como as veias e as artérias.

Exemplo: A porção recomendada de cereais é de cerca de 30 gramas.

<p>“medidas caseiras”</p> <p>Densidade nutricional - Números que informam sobre a quantidade de nutrientes e calorias que existem em certo alimento.</p>	<p>Densidade nutricional - Números que informam sobre a quantidade de nutrientes e calorias que existem em certo alimento <u>por 100 gramas da sua quantidade comestível</u>.</p>
<p>Categoria de suplementação</p>	
<p>Enfarte do miocárdio- Ferimento numa parte do coração. Acontece porque existem demasiadas gorduras nas veias e artérias do coração. Pode piorar e fazer com que uma parte do coração deixe de funcionar (trombose coronária).</p> <p>Nutrientes- Partes que compõe os alimentos. Existem sete tipos de nutrientes com funções diferentes no corpo. Exemplo: As proteínas, os hidratos de carbono, as gorduras, as vitaminas, os minerais, a fibra e a água são nutrientes.</p> <p>Fibra alimentar- Parte de alguns alimentos. Fazem o intestino funcionar melhor e ajudam o corpo a “livrar-se” de algumas gorduras. Ex: Os cereais integrais, e os <i>legumes</i> têm muitas fibras.</p>	<p>Enfarte do miocárdio- <u>Lesão</u> numa parte do <u>músculo</u> do coração. Acontece normalmente porque existe <u>uma diminuição da quantidade de sangue no coração, provocada</u> por demasiadas gorduras nas veias e artérias do coração. Pode piorar e fazer com que uma parte do coração deixe de funcionar (trombose coronária).</p> <p>Nutrientes- Partes que compõe os alimentos. <u>Existem macronutrientes (energia e construção do organismo) e micronutrientes (regulação e proteção do organismo)</u> com funções diferentes no corpo. Exemplo: As proteínas, os hidratos de carbono, as gorduras, as vitaminas, os minerais, a fibra e a água são nutrientes.</p> <p>Fibra alimentar-<u>Substâncias de origem vegetal resistentes à digestão e absorção no intestino delgado com fermentação completa ou parcial no intestino grosso.</u> Fazem o intestino funcionar melhor e <u>a captar açúcares e gorduras para serem eliminados</u>. Ex: Os cereais integrais, <u>as leguminosas</u> e os <i>legumes</i> têm muita fibra.</p>
<p>Categoria de jargão técnico</p>	
<p>Patogénico- Qualquer coisa ou acontecimento que provoca doenças</p> <p>Gordura hidrogenada- É o tipo de gordura mais perigosa para a saúde. Existe principalmente em alimentos feitos em fábricas, como os alimentos embalados e pré-cozinhados.</p> <p>Perímetro abdominal- Nome dado à medida que se obtém, com uma fita métrica, à volta da cintura de uma pessoa.</p>	<p>Patogénico- Qualquer <u>organismo</u> ou acontecimento que provoca doenças <u>infecciosas</u>.</p> <p>Gordura hidrogenada- É o tipo de gordura mais perigosa para a saúde. Existe principalmente em alimentos <u>processados (fabrico industrial)</u>, como os alimentos embalados e pré-cozinhados.</p> <p>Perímetro abdominal- Nome dado à medida que se obtém, com uma fita métrica, à volta <u>da região abdominal (área de maior circunferência)</u>.</p>

Categoria de adequação	
<p>Curva de crescimento- Linha em forma de curva que aparece numa tabela. Serve para saber se o peso e a altura de uma criança são normais para a sua idade.</p> <p>Composição dos alimentos- Exemplo: Entre outros nutrientes, um queque te: 4,2 Gramas de proteína; 10,9 gramas de gordura; 15,8 gramas de glúcidos.</p> <p>Rótulo nutricional- Exemplo: através do rótulo nutricional de um chocolate, ficamos a saber que 100 gramas têm: 72g de glúcidos; 229 quilocalorias; 8,5 gramas de gorduras; 35,8 gramas de hidratos de carbono; 2 gramas de proteínas e 0,20 gramas de sal.</p>	<p>Curva de crescimento- Linha em forma de curva que aparece numa tabela. Serve para saber se o <u>crescimento</u> de uma criança <u>é</u> normal para a sua idade.</p> <p>Composição dos alimentos- Exemplo: Entre outros nutrientes 200ml leite meio gordo têm: 6,6g de proteína; 10g de glúcidos; 3,2g de gordura.</p> <p>Rótulo nutricional- Exemplo: através do rótulo nutricional de bolachas, ficamos a saber que 100g de bolacha Maria têm: 436kcal; 8,4g proteína; 12,2g gordura</p>
Categoria de preposições	
<p>Lactose - Tipo de açúcar que existe naturalmente no leite. É um hidrato de carbono.</p> <p>Cetoacidose- Problema de saúde que acontece quando existem muitos corpos cetónicos no sangue. (...)</p> <p>Gordura insaturada - Gordura de alguns alimentos. Ajuda a evitar “doenças do coração”. Divide-se em gorduras polinsaturadas e gorduras monoinsaturadas. Ex.: O azeite, o <u>salmão</u> e as nozes são alimentos com muita gordura insaturada</p>	<p>Lactose - Tipo de açúcar que existe naturalmente no leite. É um <u>dos</u> hidratos de carbono <u>que existe</u>.</p> <p>Cetoacidose- Problema de saúde que acontece quando existem muitos corpos cetónicos no sangue <u>ou na urina</u>. (...)</p> <p>Gordura insaturada - Gordura de alguns alimentos. Ajuda a evitar “doenças do coração”. Divide-se em gorduras polinsaturadas e gorduras monoinsaturadas. Ex.: O azeite e as nozes são alimentos com muita gordura insaturada</p>

Categoria de contextualização

<p>Boletim de saúde infantojuvenil – Caderno com informação sobre a saúde de uma criança e com vários cuidados a ter com ela.</p> <p>Balanco energético- Quando uma pessoa gasta a mesma energia (calorias) que ganhou a comer.</p> <p>Hipoglicemia. Exemplo: O João desmaiou porque teve uma hipoglicemia. Ele não comeu a meio da tarde.</p>	<p>Boletim de saúde infantojuvenil – Caderno com informação sobre a saúde de uma criança e com vários cuidados a ter com ela <u>desde o nascimento.</u></p> <p>Balanco energético- Quando uma pessoa <u>come e gasta a mesmas calorias (energia) ao longo de um dia,</u> que ganhou a comer.</p> <p>Hipoglicemia. Exemplo: O João teve uma hipoglicemia e desmaiou porque não comeu a meio da tarde.</p>
---	---

Categoria de Outras (correções)

<p>a) Vocabulário demasiado genérico e vago/ <i>juízos de valor</i></p> <p>Balanco energético- Quando uma pessoa gasta as mesmas calorias (energia) que ganhou a comer. É mais comum em pessoas que fazem exercício físico.</p> <p>Argumento: as calorias gastas no metabolismo basal também se incluem na energia gasta pela pessoa. O PL não recomenda termos vagos ou com <i>juízos de valor</i> (ex., ideal).</p> <p>Alimento baixo em calorias- Alimento que dá poucas calorias ao corpo. São exemplos os brócolos, o feijão, as maçãs, o peixe branco, os cereais sem açúcar, o iogurte magro e o queijo fresco magro.</p> <p>Educação terapêutica – Forma de dar informações às pessoas com peso a mais e aos seus familiares. Esta informação é fundamental para que as pessoas saibam lidar com as <i>complicações associadas à obesidade</i></p> <p>Argumento: Pretende-se responder a necessidades práticas dos leitores (diretriz PL), no âmbito da obesidade (apenas).</p> <p>*As palavras a itálico correspondem a termos também definidos no glossário</p>	<p>Balanco energético- <u>Acontece quando a atividade física realizada permite que as pessoas gastem energia suficiente para manterem um peso ideal.</u></p> <p>Argumento da correção: há que considerar as calorias necessárias para o metabolismo basal.</p> <p>Alimento baixo em calorias- Alimento que dá poucas calorias ao corpo. São exemplos os vegetais e os <u>alimentos pobres em gorduras quando ingeridos em quantidades ideais</u></p> <p>Educação terapêutica (em obesidade) – <u>Forma de ajudar as pessoas com doença crónica a aprender ou manter hábitos para lidar com a doença e prevenir as suas complicações.</u></p>
--	---

Anexo 9- Materiais sobre linguagem simplificada

9.1- Materiais sobre linguagem simplificada.....	p.283
9.2- Conteúdo do folheto produzido.....	p.284
9.3--Regras da linguagem simplificada em saúde.....	p.285
9.4- Procedimentos de simplificação de linguagem.....	p.286
9.5- Linguagem simplificada e Layout.....	p.287

-

9.2- Conteúdo do folheto produzido

O que é a Linguagem Clara?

A linguagem Clara é um tipo de comunicação simples e concisa que é facilmente compreendida por pessoas com apenas 6 anos de escolaridade.

Porque é importante que conheça este conceito?

- A linguagem Clara contribui para que os seus pacientes o compreendam melhor e aderiram mais facilmente às suas recomendações.

A linguagem Clara permite-lhe comunicar mais eficazmente informação sobre saúde, tanto em contexto da promoção da saúde como da prevenção e tratamento da doença.

- A linguagem Clara contribui para a diminuição de erros nos autocuidados e medicação.

-Contribuirá para uma maior participação dos seus pacientes nas decisões sobre saúde

Como surge a Linguagem Clara em Portugal, na área da saúde?

Através de um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública, financiado pela Merck Sharp & Dohme.

O estudo “Clarificar a saúde” pretende divulgar a Linguagem Clara no contexto de informação sobre saúde.

A linguagem Clara é uma adaptação do conceito de *plain language*.

Este conceito deu origem a um movimento internacional com vista à simplificação de informação de utilidade pública.

Atualmente o *plain language* é promovido pela Comissão Europeia e por várias entidades governamentais de diversos países.

Quais as principais regras da Linguagem Clara?

- Desenvolve mensagens direcionadas para a solução de problemas da vida diária dos destinatários
- Limita a informação ao que é essencial para o recetor
- Utiliza uma linguagem do dia-a-dia
- Disponibiliza a informação numa sequência lógica
- Apresenta os conteúdos escritos através de um *layout* fácil
- Possui adequação cultural

É fácil distinguir a Linguagem Clara de outros tipos de linguagem?

- Selecione a opção em Linguagem Clara

- 1- Os cuidados a ter pelos pacientes, durante a sua convalescença em casa, serão enumerados pelo médico de serviço, antes da sua partida da clínica.
- 2- Fale com o seu médico antes de sair da clínica. Ele vai explicar-lhe os cuidados que deve ter quando chegar a casa.

Resposta: A primeira frase (1) possui um nível de lecturabilidade para doze anos de escolaridade. A segunda frase (2) está construída segundo as regras de Linguagem Clara e possui um nível de lecturabilidade de seis anos de escolaridade

9.3-Regras da Linguagem simplificada em saúde

ADEQUADO	DESADEQUADO
Regras de conteúdo	
Centrado no leitor e com competência cultural	Audiência indefinida ou mal caracterizada
Com legibilidade para 6 anos de escolaridade	Legibilidade superior a 8 anos
Simple e conciso	Mais de quatro ideias principais
Incide principalmente em comportamentos	Incide em conhecimentos médicos
Regras de linguagem simples	
Parágrafos e frases curtas	Frases e parágrafos complexos: (Redundâncias; duplas negações; uso excessivo de modificadores;)
Sequência Suj.+ verbo	Construções gramaticais complexas
voz ativa	Voz passiva
Uso de verbos como verbos	Uso do verbo como nomes (nominalização do verbo)
Palavras vulgares e curtas sem uso de abreviaturas ou siglas	Termos técnicos, jargão médico, uso de abreviaturas e siglas
Numeracia	
Simplificar conceitos de numeracia	Uso de percentagens, prevalências, cálculos de dosagens, etc.
Estrutura	
Sequência lógica da informação	Ordem da informação na lógica do emissor
Parcialização da informação através de títulos. Utilização de listagens (com um máximo de 6 tópicos)	Informação não agrupada Enumerações através de parágrafos extensos
Tom	
Tom amigável e motivante	Tom paternalista
Interação com o leitor e disponibilização de exercícios	Leitor com um papel meramente passivo

9.4-Procedimentos de simplificação da linguagem

Expressões médicas	Linguagem simplificada
Níveis de açúcar no sangue elevados	Demasiado açúcar no sangue
Já introduziu na alimentação	Já come
Zona abdominal	Zona do umbigo
Alimentos ricos em...	Alimentos com muito...
Jargão médico	Linguagem simplificada
Doenças cardiovasculares	Doenças do coração, das veias e das artérias
Incidência	Número de pessoas com a doença
Hipertensão	Tensão alta
Palavras invulgares	Linguagem simplificada
Organismo	Corpo
Sistematicamente	Várias vezes
Fornece	Dá
Nominalização do verbo	Linguagem simplificada
Fazem aumentar	Aumentam
Podemos dar	Dá-se
São considerados	São
Múltipla adjetivação	Linguagem simplificada
Número excessivo ou exagerado de...	Demasiado; muito
Ausência ou diminuição	Falta
Redundâncias	Linguagem simplificada
Que se ajudam mutuamente	Que se ajudam

9.5- Linguagem simplificada e *layout*

Layout	
Letra com cor contrastante com o papel. Utilizar no mínimo letra nº 12 e não mais de dois estilos diferentes de letra.	Letra menor que 12 com pouco contraste e uso de vários estilos.
Muito espaço “vazio”, pouca saturação de cor	Folha muito preenchida e colorida
Uso de caixas de texto para as ideias principais ou resumos	Não sinalização das partes mais importantes da informação
Imagens e ilustrações	
Clarificam a mensagem e motivam para a leitura	Não clarificam a mensagem nem motivam para a leitura
Sem demasiados pormenores, linha simples	Imagens saturadas ou complexas
Com competência cultural	Distantes do dia-a-dia do leitor
Tabelas simples	Tabelas com duas entradas ou mais

