

Secretaria Municipal da Saúde

Autocuidado apoiado

Caderneta

2ª edição

Curitiba
2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

Prefeito Eduardo Pimentel

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

Tatiane Corrêa da Silva Filipak

SUPERINTENDÊNCIA EXECUTIVA

Juliano Schmidt Gevaerd

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO

Jane Sescatto

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Juliana Marcon Hencke

**Curitiba
2025**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

AUTOCUIDADO APOIADO

CADERNETA

2ª edição

ORGANIZAÇÃO	
Ana Maria Cavalcanti	
AUTORIA	
Ana Maria Cavalcanti	Juan Ricardo Sierra
Liliane Casagrande Sabbag	Marcelo Garcia Kolling
Angela Cristina Lucas de Oliveira	Mario Augusto Gori Gomes
Aléxei Volaco	Patrícia Audrey Reis Gonçalves Pinheiro
Gisele Dutra da Silva	Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto
COLABORAÇÃO	
Ana Carolina Araujo dos Santos Schlotag	Gisele Aparecida Ragugneti de Goes
Ana Cristina Vidal Allegretti	Gustavo de Moraes Galvão
Carollina Pereira Rigues	Juliana Marcon Hencke
Claudia Schneck	Juliana Pereira Decimo
Daniela Cristina Rachadel	Karen Vivan Bernartt
Danielle Fontoura Teixeira	Ligiana Maffini Roamnus
Diego Spinoza dos Santos	Sandra Goreti Moraes
Elaine Gracia de Quadros Nascimento	Soriane Kieski Martins
Elaine Marcelle de Moraes Rodrigues	Viviane de Souza Gubert

Curitiba
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Autocuidado apoiado [livro eletrônico] : caderneta /
[organização Ana Maria Cavalcanti ; elaboração
Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba]. –

2. ed. -- Curitiba, PR : Fundo Municipal da Saúde,
2025.

PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-88793-11-4

1. Atenção Primária à Saúde (APS)

2. Autocuidados de saúde 3. Doenças crônicas não
transmissíveis - Prevenção 4. Doenças crônicas
não transmissíveis - Tratamento 5. Educação em
saúde I. Cavalcanti, Ana Maria. II. Cavalcanti,
Ana Maria. II. Secretaria Municipal da Saúde de
Curitiba.

25-281730

CDD-616.044

Índices para catálogo sistemático:

1. Doenças crônicas não transmissíveis : Ciências
médicas 616.044

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

APRESENTAÇÃO

Esta é sua caderneta de Autocuidado Apoiado. Nela, você encontrará atividades e exercícios que lhe ajudarão a agir de forma a contribuir para a promoção e a manutenção da sua saúde física e mental.

A Caderneta será o seu diário neste processo.

Mudar exige persistência e treino. Por isso, as informações anotadas aqui poderão ser consultadas toda vez que você quiser relembra os exercícios e as informações obtidas.

Releia e refaça os exercícios quantas vezes quiser.

Você perceberá que cada vez que refizer uma atividade, estará pensando diferente sobre a mesma questão. Que bom! Isto significa que você está mudando e que naturalmente novos hábitos saudáveis já começam a fazer parte da sua vida.

Um alerta: às vezes a família e os amigos são resistentes às mudanças. Mantenha seu foco e procure inclui-los neste processo. Assim, além de você, eles poderão caminhar juntos para uma melhor qualidade de vida.

Sempre que precisar, procure apoio na equipe da sua Unidade de Saúde (UMS). Ela poderá orientá-lo e estará junto com você, acompanhando o processo de mudança.

Vamos aprender juntos! Mãos à obra.

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

UNIDADE DE SAÚDE:

PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA:

AVALIE SEUS MOTIVOS PARA SE CUIDAR

Pensando na sua saúde e bem-estar, assinale os seus TRÊS principais desejos (prioridades, metas, objetivos).



☐ Ter mais disposição e energia



☐ Perder peso



☐ Evitar dor e desconforto



☐ Estar em boa forma



☐ Manter a mente ativa



☐ Passear e curtir a vida



☐ Realizar as atividades diárias



☐ Trabalhar e ser produtivo



☐ Melhorar a aparência



☐ Ver filhos/netos crescerem



☐ Ter uma vida social ativa

Outros (anotar)

AVALIE SEUS MOTIVOS PARA SE CUIDAR (CONTINUAÇÃO)**Além de você, quem mais necessita da sua boa saúde?**

Assinale com um X quem depende de você e para quem você precisa estar saudável. Você pode escolher mais de uma opção.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Companheiro(a) | <input type="checkbox"/> Filho / filha | <input type="checkbox"/> Neto / neta |
| <input type="checkbox"/> Pai / mãe | <input type="checkbox"/> Avô / avó | <input type="checkbox"/> Irmão / irmã |
| <input type="checkbox"/> Amigo(s) | <input type="checkbox"/> Funcionário(s)
(colaboradores) | <input type="checkbox"/> Animal(is)
de estimação |
| <input type="checkbox"/> Ninguém | <input type="checkbox"/> Outros
(anotar) | |

Quais são alguns pontos fortes em relação ao cuidado de si?

Assinale com um X as características que você tem e que podem colaborar com o cuidado da sua saúde. Você pode escolher mais de uma opção.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tenho iniciativa | <input type="checkbox"/> Não desisto fácil | <input type="checkbox"/> Minha autoestima é boa |
| <input type="checkbox"/> Tenho criatividade | <input type="checkbox"/> Sei que preciso me cuidar | <input type="checkbox"/> Tenho força de vontade |
| <input type="checkbox"/> Sou otimista | <input type="checkbox"/> Tenho disciplina | <input type="checkbox"/> Lido bem com frustração |
| <input type="checkbox"/> Consigo me adaptar às mudanças | <input type="checkbox"/> Tenho tempo | <input type="checkbox"/> Tenho recursos financeiros |
| <input type="checkbox"/> Tenho apoio de familiares e amigos | <input type="checkbox"/> Outros (anotar) | |

AVALIE OS OBSTÁCULOS AO SEU AUTOCUIDADO

Algo lhe impede de cuidar da sua saúde neste momento?

Considere situações que com frequência atrapalham o cuidado com a sua saúde e marque um X. Você pode escolher mais de uma opção.


☐ Falta de tempo

☐ Preciso cuidar dos outros

☐ Não sei o que fazer

☐ Falta de dinheiro

☐ Meu trabalho

☐ Doença ou deficiência

☐ Falta de força de vontade

☐ Medo de me frustrar

☐ Desisto fácil

☐ Falta de energia

☐ Nada, eu me cuido!

Outras razões
(anotar)

AVALIE COMO VOCÊ ESTÁ NESTE MOMENTO
Como você está neste momento?










Marque um X sobre o número que indica o ponto onde você está em relação ao descrito nas colunas verde e vermelha. Quanto mais você se identifica com determinado sentimento ou ação, mais perto dele você deve marcar o X.

Como comida industrializada e fast-food frequentemente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Como principalmente comida de verdade e alimentos naturais
Sinto-me sem condições físicas de fazer o que desejo/ preciso	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sinto-me com condições físicas para fazer tudo o que desejo/ preciso
Estou muito insatisfeito com meu corpo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Estou muito satisfeito com meu corpo
Estou sempre tenso, preocupado, muito estressado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Estou sempre calmo, tranquilo, pouco estressado
Meu sono é péssimo, agitado ou com noites em claro	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Meu sono é ótimo, repousante, durmo muito bem
Não fico sem cigarro ou similar (cigarro eletrônico, charuto, narguilé, etc.)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca uso cigarro ou similar (cigarro eletrônico, charuto, narguilé, etc.)
Exagero ou tenho problemas com bebida alcoólica frequentemente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca exagero ou tenho problemas com bebida alcoólica
Não cuido da higiene da boca	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sempre cuido da higiene da boca
Uso medicamentos sem receita/ orientação frequentemente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nunca uso medicamentos sem receita/ orientação

IDENTIFIQUE AÇÕES NECESSÁRIAS

Na primeira coluna, marque um X nas ações necessárias para você alcançar seus desejos (prioridades, metas, objetivos) em relação à sua saúde e bem-estar. No campo vazio, você pode incluir uma ação que não está na lista.

Só depois de escolher todas as ações necessárias, circule, na coluna da direita, o número que corresponde ao **grau de interesse**, ou seja, o quanto você deseja (está interessado em) adotar esta ação nos próximos dias, sendo 0 (☹) - nada interessado, 5 (😊) – mais ou menos interessado e 10 (☺) - totalmente interessado.

COMPORTAMENTO		GRAU DE INTERESSE											
	Ter alimentação saudável	☹					😊						☺
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Praticar atividade física aeróbica	☹					😊					☺	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Praticar atividades para mobilidade e força	☹					😊					☺	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Fazer a gestão do estresse	☹					😊					☺	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Melhorar qualidade do sono	☹					😊					☺	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Parar de fumar	☹					😊					☺	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Manter abstinência / não ter consumo nocivo de álcool	☹					😊					☺	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Melhorar a higiene bucal	☹					😊					☺	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Melhorar em relação ao uso de medicamentos	☹					😊					☺	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Comportamento:	☹					😊					☺	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	




ELABORE UM PLANO DE AUTOCUIDADO

No instrumento **Plano de Autocuidado**, faça a **Pactuação** de atividades que você irá realizar durante os próximos dias, seguindo alguns passos (etapas).




PASSOS PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO DE AUTOCUIDADO	
1º	Escolha uma ou duas ações, de preferência as que são mais necessárias e com maior grau de interesse .
2º	Para cada ação, defina a atividade a ser realizada. SEJA ESPECÍFICO E REALISTA , descreva de forma detalhada todas as atividades. Procure não pactuar mais de duas atividades no plano todo. Se você escolher duas atividades na alimentação, por exemplo, deixe a outra área para depois.
3º	Seja PROATIVO! Pense nos problemas (obstáculos) que podem surgir na execução do seu plano e identifique as possíveis soluções .
4º	AVALIE sua confiança em realizar o plano nos próximos dias. Escolha um número de 0 a 10 para o grau de confiança em realizar seu plano, onde 0 (👉) significa estar pouco ou nada confiante, 5 (👉👉) significa estar mais ou menos confiante e 10 (👉👉👉) significa estar muito confiante. Para isto, imagine as adaptações que você precisa fazer na sua rotina, o esforço gasto, o custo e a necessidade de apoio de outras pessoas, por exemplo.
5º	ADAPTE O PLANO! Se sua confiança é menor de 7 , o risco de não conseguir realizar a atividade é grande. Pense no que você pode fazer para ter mais confiança. Por exemplo, dar passos menores ou escolher outra atividade com grau de confiança maior de 7. LEMBRE-SE! Grandes mudanças começam com PEQUENOS PASSOS .
6º	CELEBRE! Defina como você irá comemorar suas conquistas ao longo do percurso, e também quando você atingir 100% do seu desejo.
7º	FAÇA UM CONTRATO CONSIGO MESMO! Agora que você construiu seu plano de autocuidado, assine o contrato, reforçando o compromisso consigo mesmo. Ele tem efeito moral uma vez que declara sua intenção de se cuidar.

PLANO DE AUTOCUIDADO - PACTUAÇÃO

Comportamento / Atividade 1

O que farei, quanto, quantas vezes (dia/sem), quando, onde, como	
Problemas e soluções	
Grau de confiança	   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comportamento / Atividade 2

O que farei, quanto, quantas vezes (dia/sem), quando, onde, como	
Problemas e soluções	
Grau de confiança	   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Como vou celebrar

Contrato - Eu me comprometo a desenvolver as atividades de autocuidado que pactuei, procurando persistir para alcançar meus objetivos.

Assinatura:

Data:

Monitoramento: () sim () não **Meio:** () whatsapp () App () telefone () e-mail

Periodicidade: () semanal () quinzenal

Nome do apoiador:

TREINE E MONITORE

Coloque o plano em prática e registre o que aconteceu no instrumento **Monitoramento**. Faça as observações sobre o que ajudou ou atrapalhou, para reconhecer os principais problemas e soluções encontrados no período. Pactue com a equipe como será feito seu acompanhamento.

MONITORAMENTO DO PLANO DE AUTOCUIDADO	
Data	Observações

RESOLVA OS PROBLEMAS QUE SURGEM

O instrumento **Resolução de Problemas** apoia a solução de problemas e dificuldades que surgem na execução do seu plano de ação.

1º passo – Faça uma lista dos problemas encontrados e escolha aquele que mais o atrapalhou, que gerou os outros, e cuja solução depende de você.

2º passo – Explique o que aconteceu, qual era o contexto e a situação.

3º passo – Anote suas ideias (soluções) para resolver os problemas e escolha um número para o grau de confiança (0 a 10) em conseguir aplicá-las nos próximos dias.

4º passo – Escolha as soluções mais convenientes e com grau de confiança maior de 7. Algumas delas podem se tornar novas pactuações e é preciso voltar ao exercício **Plano de Autocuidado - Pactuação** para adaptar seu plano, testar nos próximos dias e monitorar os resultados.

RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS
LISTA DE PROBLEMAS
EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA ESCOLHIDO

Ideias para resolver o problema	Confiança (0 a 10)	Solução escolhida (X)

LIDE COM O QUERER E NÃO QUERER

É natural termos vontade de mudar sem ter de fazer o que é preciso para isso. É um “querer e não querer”, ou seja, a **AMBIVALÊNCIA** que se manifesta. O exercício **Argumentos para a Mudança** vai lhe auxiliar a reconhecer seus desejos, habilidades, razões e necessidades, apoiando sua tomada de decisão.

Você pode repetir o exercício com temas diferentes, toda vez que estiver em dúvida (dividido) em relação à mudança de outros comportamentos.

ARGUMENTOS PARA A MUDANÇA	
COMPORTAMENTO:	
DESEJOS (vontade, interesse)	
HABILIDADE (capacidade)	
RAZÕES (motivos)	
NECESSIDADES	

Agora, se você já tomou a decisão de mudar e no meio do processo percebeu que a dúvida aumentou, é a **AMBIVALÊNCIA** se manifestando. Como a decisão já foi tomada, é hora de levantar os **prós (benefícios)** e **contras (custos)** de manter o processo de mudança. Para isso, faça o exercício da **BALANÇA DECISÓRIA**.

BALANÇA DECISÓRIA	
COMPORTAMENTO:	
PRÓS (BENEFÍCIOS)	CONTRAS (CUSTOS)
COMPORTAMENTO:	
PRÓS (BENEFÍCIOS)	CONTRAS (CUSTOS)

Quando a dúvida aumentar, releia os prós e pense no que realmente importa para você. Este exercício pode ser preenchido em vários momentos diferentes, à medida que você se lembrar de outros benefícios. Você pode repetir o exercício com temas diferentes, toda vez que estiver em dúvida (dividido) durante o processo de mudança de outros comportamentos.

PRIORIZE O QUE FAZER

Se você se sente lotado de atividades e tarefas no dia a dia, a **Matriz de Gestão do Tempo** pode lhe ajudar. Siga os passos abaixo:

1º passo - Faça uma lista com as atividades que você precisa realizar.

2º passo – Coloque cada atividade em apenas um quadrante (Q1, Q2, Q3 ou Q4) da matriz, considerando a **importância** (necessário para atingir suas metas e objetivos) e a **urgência** (precisa ser feito o quanto antes), sendo: Q1 – muito importante e muito urgente; Q2 – muito importante e pouco urgente; Q3 – pouco importante e muito urgente; Q4 – pouco importante e pouco urgente.

3º passo – Organize um plano para realizar as tarefas, iniciando pelas **muito importantes**. As do Q1 precisam ser feitas de imediato, as do Q2, planejadas e agendadas, as do Q3 podem ser delegadas a outras pessoas e as do Q4 podem ser feitas depois ou até descartadas.

Preste atenção: quanto menos pendências no Q1, menos estresse e mais qualidade de vida você terá.

MATRIZ DE GESTÃO DO TEMPO (EISENHOWER)		
	MUITO URGENTE	POUCO URGENTE
MUITO IMPORTANTE	FAZER DE IMEDIATO Q1	PLANEJAR E AGENDAR Q2
POUCO IMPORTANTE	PODE SER DELEGADO Q3	PODE SER FEITO DEPOIS Q4

Fonte: adaptado de Covey, 2002

LIDE COM DESLIZES E RECAÍDAS

Nossos hábitos são desenvolvidos ao longo da nossa história e compartilhados com familiares e amigos. Ao tentar modificá-los, agindo de novas maneiras, é muito comum retornarmos ao comportamento habitual. O **DESLIZE** é quando isto ocorre, mas logo voltamos ao processo de mudança, ou seja, damos só uma escorregada. Quando abandonamos completamente o comportamento novo, temos uma **RECAÍDA**.

O exercício **Lidando com Deslizes e Recaídas** vai ajudá-lo lidar com estas situações.

1º passo – Pense no que ocorreu e identifique as **situações de alto risco (perigo)**, aquelas que mais favoreceram o deslize e a recaída.

2º passo – Descreva como lidar com as situações. Reconheça estratégias que já funcionaram para você ou que você imagina que podem ajudar. Pense no que dizer aos outros, como agir, como se organizar, etc.

3º passo – Escreva LEMBRETES, frases que fazem sentido para você e que podem ser usadas em **situações de alto risco (perigo)**.

LIDANDO COM DESLIZES E RECAÍDAS		
Perigo (alto risco)	O que fazer	Lembretes

MANTENHA E INCREMENTE SEU PLANO

Agora que você já está agindo assim, preencha o exercício do **Plano de Manutenção** com o resumo das ações adotadas e das principais situações de perigo. Adicione novas informações quando necessário. Vigilância é fundamental uma vez que esta nova forma de agir ainda não está plenamente incorporada ao seu estilo de vida.

PLANO DE MANUTENÇÃO	
Hábitos saudáveis para manter	Principais situações de perigo (alto risco)

OS PRÓXIMOS PASSOS

Que tal escolher mais uma ação para exercitar? Releia o instrumento **Ações Necessárias**, reavalie o grau de interesse e escolha uma para adotar agora. Se o interesse é menor de 7, reveja seus os motivos para se cuidar (**Três principais desejos em relação à saúde; Além de você, quem mais necessita da sua boa saúde?**), suas habilidades (**“Quais são seus pontos fortes em relação ao cuidado de si?”**), assim como seus **Argumentos para a Mudança**, para lidar com a ambivalência. Se é 7 ou mais, escolha por onde começar e faça o **Plano de Autocuidado - Pactuação**. Um novo ciclo começa agora. Treine, monitore, resolva os problemas e lide com os deslizes e recaídas. Vamos dar o próximo passo?

AUTOAVALIAÇÃO DAS AÇÕES ATUAIS

Caso você precise de apoio para identificar como você está agindo atualmente em relação à sua saúde, os instrumentos a seguir podem auxiliá-lo. Assim é possível reconhecer:

- a) **O que é preciso manter** - são ações que você já adota e que protegem a sua saúde.
- b) **O que é preciso melhorar** - são ações que ainda precisam de melhoria. Por exemplo, você consome **comida de verdade** na maior parte das vezes, mas ainda tem o desafio de organizar melhor horário e local das refeições. Você já pratica atividade física, mas ainda não alcançou o tempo semanal recomendado.
- c) **O que é preciso modificar** – são ações que trazem risco à sua saúde e precisam ser modificadas. Por exemplo, parar de fumar, deixar de ser sedentário, etc.

Alguns desses questionários também estão disponíveis na página [Escute o Seu Coração](#) da SMS Curitiba. Você pode respondê-los quantas vezes quiser! Assim, durante seu processo de autocuidado, é possível reconhecer o quanto você já avançou, o que mudou ou não e quais são os novos desafios.

Convide a família e os amigos a responderem os questionários.

Nossa forma de agir pode contagiar os outros!

Envolver outras pessoas potencializa a adoção e a manutenção de ações saudáveis.

COMO ESTÁ SUA ALIMENTAÇÃO

Marque um X na resposta que corresponde ao seu comportamento alimentar habitual	Nunca	Raras vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Quando faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas.	(0)	(1)	(2)	(3)
2 Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local.	(0)	(1)	(2)	(3)
3 Quando escolho frutas, legumes e verduras, dou preferência para aqueles que são orgânicos.	(0)	(1)	(2)	(3)
4 Costumo levar algum alimento comigo em caso de sentir fome ao longo do dia.	(0)	(1)	(2)	(3)
5 Costumo planejar as refeições que farei no dia.	(0)	(1)	(2)	(3)
6 Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico.	(0)	(1)	(2)	(3)
7 Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral.	(0)	(1)	(2)	(3)
8 Costumo comer fruta no café da manhã.	(0)	(1)	(2)	(3)
9 Costumo fazer minhas refeições sentado(a) à mesa.	(0)	(1)	(2)	(3)
10 Procuro realizar as refeições com calma.	(0)	(1)	(2)	(3)
11 Costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa.	(0)	(1)	(2)	(3)
12 Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições.	(0)	(1)	(2)	(3)
13 Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua.	(0)	(1)	(2)	(3)
14 Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer.	(3)	(2)	(1)	(0)

COMO ESTÁ SUA ALIMENTAÇÃO (continuação)

Marque um X na resposta que corresponde ao seu comportamento alimentar habitual	Nunca	Raras vezes	Muitas vezes	Sempre
15 Costumo fazer as refeições à minha mesa de trabalho ou estudo.	(3)	(2)	(1)	(0)
16 Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama.	(3)	(2)	(1)	(0)
17 Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e/ou jantar).	(0)	(1)	(2)	(3)
18 Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.	(0)	(1)	(2)	(3)
19 Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata.	(0)	(1)	(2)	(3)
20 Costumo frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes.	(0)	(1)	(2)	(3)
21 Tenho o hábito de “beliscar” no intervalo entre as refeições.	(0)	(1)	(2)	(3)
22 Costumo beber refrigerante.	(0)	(1)	(2)	(3)
23 Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza.	(0)	(1)	(2)	(3)
24 Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar.	(0)	(1)	(2)	(3)
Total de pontos (soma de todos os itens)				

Resultado:

- Menos de 31 pontos: Alerta, é preciso mudar e fazer escolhas alimentares mais saudáveis.
- De 31 a 41 pontos: Atenção, este é o meio do caminho. É preciso incrementar a alimentação para torná-la mais saudável.
- Mais de 41 pontos: Continue assim. Pelo resultado, a alimentação está excelente. É preciso manter-se engajado e persistir nas escolhas saudáveis.

Fonte: Brasil, 2018¹.

¹http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guiadebolso_folder.pdf

CALCULE SEU TEMPO DE ATIVIDADE FÍSICA SEMANAL NO TEMPO LIVRE E DE DESLOCAMENTO¹

Pensando numa semana normal, anote quanto tempo você pratica **ATIVIDADE FÍSICA MODERADA** no lazer e no deslocamento para o trabalho, curso, escola, etc. Considere somente as atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

Atividade física moderada é aquela que faz a sua respiração ou seus batimentos cardíacos aumentarem um pouco, por exemplo, caminhar, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, etc.

Dia	Média diária de ATIVIDADE FÍSICA MODERADA em minutos
Segunda	
Terça	
Quarta	
Quinta	
Sexta	
Sábado	
Domingo	
Faça a soma	Total A =

Pensando numa semana normal, anote quanto tempo você pratica **ATIVIDADE FÍSICA VIGOROSA** no lazer e no deslocamento para o trabalho, curso, escola, etc. Considere somente as atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

Atividade física vigorosa é aquela que faz a sua respiração ou seus batimentos cardíacos aumentarem muito, como, por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados, etc.

Dia	Média diária de ATIVIDADE FÍSICA VIGOROSA em minutos		
Segunda			
Terça			
Quarta			
Quinta			
Sexta			
Sábado			
Domingo			
Faça a soma		Multiplique por 2	Total B =

Resultado final: soma do Total A com o Total B

Recomendação para adultos e idosos - 150 minutos ou mais na semana, distribuídos ao longo de 5 dias.

¹Adaptado do Questionário Internacional de Atividade Física – versão curta (MATSUDO et al, 2011).

CLASSIFIQUE SEU ESTADO NUTRICIONAL

1. Calcule seu Índice de Massa Corporal

IMC = peso em kg ÷ altura em metros ÷ altura em metros

2. Marque a alternativa que corresponde à sua faixa de idade e ao valor do seu IMC

De 20 a 59 anos		CLASSIFICAÇÃO
	Até 18,4 kg/m ²	Baixo peso
	Entre 18,5 e 24,9 kg/m ²	Adequado
	Entre 25 e 29,9 kg/m ²	Sobrepeso
	Maior ou igual a 30 kg/m ²	Obeso
60 anos e mais		CLASSIFICAÇÃO
	Até 22 kg/m ²	Baixo peso
	Entre 22,1 e 26,9 kg/m ²	Adequado
	Entre 27 e 29,9 kg/m ²	Sobrepeso
	Maior ou igual a 30 kg/m ²	Obeso

Fonte: Adaptado de WHO, 1995; American Dietetic Association, 1994.

Atenção! Atletas, fisiculturistas, amputados, gestantes, crianças e adolescentes devem ter o peso ideal avaliado por meio de outras técnicas. Consulte sua equipe de saúde.

COMO VOCÊ PERCEBE SEU NÍVEL DE ESTRESSE¹

Nos últimos 30 dias, com que frequência:		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Pouco frequente	Muito frequente
1	Você ficou aborrecido com algo que aconteceu inesperadamente?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Você esteve nervoso ou estressado?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
5	Você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
6	Você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Você foi capaz de controlar irritações na sua vida?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
8	Você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle?	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
9	Você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Você sentiu que os problemas se acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Total de pontos (somatória)						
Resultado						
Pontuação		Classificação				
7 a 15 pontos		Grau baixo				
16 a 20 pontos		Grau moderado				
20 ou mais pontos		Grau alto				

¹ Escala de estresse percebido (REIS, HINO e RODRIGUEZ-AÑEZ, 2010).

COMO ESTÁ A QUALIDADE DO SEU SONO¹

Assinale a resposta que melhor descreve seu sono	Nunca	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre			
1 Você tem dificuldade para adormecer à noite?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
2 Você acorda de madrugada e não consegue adormecer de novo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
3 Você toma tranquilizantes ou remédios para dormir?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
4 Você dorme durante o dia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
5 Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado(a)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
6 Você ronca à noite (que você saiba)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
7 Você acorda durante a noite?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
8 Você acorda com dor de cabeça?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
9 Você sente cansaço sem ter nenhum motivo aparente?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
10 Você tem sono agitado como mudanças constantes de posição ou movimentos de pernas/ braços (que você saiba)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)			
Total de pontos (soma dos números acima das respostas escolhidas)										
Resultado										
Pontuação	Classificação									
10 a 24 pontos	Sono bom									
25 a 27 pontos	Sono levemente alterado									
28 a 30 pontos	Sono moderadamente alterado									
30 ou mais pontos	Sono muito alterado									

¹Mini questionário do sono, versão brasileira do *Mini-Sleep Questionnaire* (FALAVIGNA et al., 2011).

TESTE SUA CONDIÇÃO EM RELAÇÃO AO TABAGISMO

Tem pessoas que fumam perto de você em locais fechados (casa, escola ou trabalho, por exemplo)?

SIM	Cuidado! Se você convive com fumantes em ambientes fechados, isto faz de você um fumante passivo. O fumo passivo é a 3ª causa de doenças crônicas não transmissíveis e representa um risco para sua saúde. Evite ambientes com fumaça de cigarro e proteja o seu coração! Conheça a Lei Municipal Antifumo ² , ela pode lhe ajudar a defender seus direitos.
NÃO	Continue assim! Evite ambientes fechados em que se fuma e defenda seu coração! Este é um direito seu!

Você fuma?

Não, nunca fumei	Continue assim! Não fumar é uma escolha saudável para você e para seu coração! Além disto, protege as pessoas do seu convívio e o meio ambiente.
Não, parei de fumar	Continue assim! Você fez uma escolha saudável! Se perceber risco de voltar a fumar, procure apoio em serviços de saúde.

Sim, outros produtos (cachimbo, charuto, narguilé, cigarro de palha, cigarro eletrônico etc.)	Você consegue ficar mais de uma semana sem usar este produto sem sentir alterações físicas ou emocionais desta ausência?	
	SIM	Preste Atenção! Você não apresenta indícios de dependência, mas, ainda assim, deve se esforçar para eliminar este hábito.
	NÃO	Cuidado! Você apresenta indícios de dependência e deve buscar eliminar este hábito para prevenir danos ao seu coração e outros órgãos.

Sim, cigarro industrializado	Gostaria de parar de fumar?	
	SIM	Parabéns! Esta é uma escolha fundamental para a saúde do seu coração. Você pode buscar apoio para esta tarefa, tanto por meio de apoio motivacional, como ajuda de medicamentos. Procure um serviço de saúde para encontrar esta ajuda.
	NÃO	Cuidado! Caso você mude de ideia, procure um serviço de saúde para apoiá-lo. Parar de fumar melhora a saúde em geral e a saúde do seu coração também!

² <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=174302>

PARA FUMANTES - TESTE DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA DE FAGERSTRÖM

Marque a resposta que corresponde ao seu comportamento	Respostas			
Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos (0)	De 11 a 20 (1)	De 21 a 30 (2)	Mais de 30 (3)
Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	Menos de 6 min (3)	Entre 6 e 30 min (2)	Entre 31 e 60 min (1)	Mais de 60 min (0)
Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	SIM (1)		NÃO (0)	
Qual cigarro do dia lhe traz mais satisfação?	O primeiro da manhã (1)		Outros (0)	
Você fuma com mais frequência pela manhã?	SIM (1)		NÃO (0)	
Você fuma mesmo doente?	SIM (1)		NÃO (0)	
Total de pontos (soma dos números acima das respostas escolhidas)				
GRAU DE DEPENDÊNCIA				
Pontos	Grau	Orientações		
0 a 2	Muito baixo	Para você, o cigarro está muito associado a fatores psicológicos e não físicos. Mudar alguns aspectos do seu comportamento será importante para você conseguir deixar de fumar.		
3 a 4	Baixo	Para você, o cigarro está associado a fatores psicológicos. Para que você consiga deixar de fumar, é fundamental que você mude aspectos do seu comportamento que estão muito ligados ao cigarro e se readapte à sua nova rotina.		
5	Médio	Para você, o cigarro está associado a fatores psicológicos, com indícios de dependência física da nicotina. A mudança de comportamento será decisiva para você deixar de fumar.		
6 a 7	Elevado	Seu grau de dependência física da nicotina é elevado! Para você, o cigarro está associado a fatores psicológicos com elevada dependência física da nicotina. Você pode parar se estiver determinado em mudar o seu comportamento e sua rotina.		
8 a 10	Muito elevado	Para você, o cigarro está associado a fatores psicológicos, com dependência física da nicotina muito elevada. Você pode recorrer ao apoio de um serviço de saúde para parar de fumar.		

Fonte: Fagerström e Schneider, 1989; versão portuguesa validada por Carmo e Pueyo, 2002.

COMO ESTÁ O SEU PADRÃO DE USO DE ÁLCOOL¹

PERGUNTA	SIM	NÃO			
1. Na sua vida, você já usou bebidas alcoólicas? (somente uso não medicinal) Se resposta não – Nem mesmo quando estava na escola? Resposta não para as duas perguntas, interromper aqui. Resposta sim para uma ou ambas as perguntas, prosseguir.					
PERGUNTA	Escore parcial				
	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou bebidas alcoólicas? Se NUNCA, pule para a questão 6.	0	2	3	4	6
3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir bebidas alcoólicas?	0	3	4	5	6
4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de bebidas alcoólicas resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	0	4	5	6	7
5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de bebidas alcoólicas, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	0	5	6	7	8
PERGUNTA	Escore parcial				
	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses		
6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenham demonstrado preocupação com o seu uso de bebidas alcoólicas?	0	6	3		
7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de bebidas alcoólicas e não conseguiu?	0	6	3		
Somatória dos escores parciais das questões 2 a 7					
RESULTADO					
<ul style="list-style-type: none"> 0 a 10: risco baixo, parece não haver problemas relacionados ao uso neste momento. 11 a 26: risco moderado e há provável consumo nocivo. 27 ou mais: risco alto, há provável dependência. 					

¹ Versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST), validada por Henrique et al, 2005.

COMO ESTÁ SUA SAÚDE BUCAL

Você costuma escovar os dentes após as principais refeições do dia?

(considere café da manhã, almoço e jantar)

SIM	Muito bom, continue assim! Lembre-se que a escova de dentes e o creme dental com flúor são seus grandes aliados!
NÃO	É muito importante remover os resíduos de alimentos e a placa bacteriana (aquela massinha branca que se forma sobre os dentes), sempre após as principais refeições. Ela é a causa das cáries e de muitas doenças da boca. Lembre-se que a escova de dentes e o creme dental com flúor são seus grandes aliados!

Você usa o fio dental todos os dias?

SIM	Ótimo, assim seus dentes permanecem bem limpos.
NÃO	Entre os dentes as cerdas das escovas não conseguem limpar. Então passe o fio dental pelo menos uma vez por dia ok?

E a língua? Você limpa quando faz a escovação?

SIM	Muito bom, continue assim!
NÃO	A língua é como um tapete felpudo, fica muita sujeira sobre ela. Use a própria escova ou raspe a língua com uma colher. Coloque a colher virada para baixo lá atrás e puxe para frente. Esta sujeira que sai é a principal causa de mau hálito!

Você tem algum dente quebrado ou com buraco ou doendo?

SIM	Não espere. Procure um dentista imediatamente. Estas situações podem se agravar. Seu dentista vai saber o que fazer.
NÃO	Então deve estar tudo bem com eles. Mesmo assim, não esqueça de visitar um dentista regularmente.

As suas gengivas parecem inchadas ou muito avermelhadas ou sangram quando você escova ou passa o fio dental?

SIM	Estes são sinais de inflamação ou até de uma infecção. <u>Não deixe de escovar nem passar o fio dental.</u> É justamente a boa higiene que cura a maioria destes sinais. Se com a melhora da higiene isto não passar, procure um dentista ok?
NÃO	Então deve estar tudo bem com eles. Mesmo assim, não esqueça de visitar um dentista regularmente.

Fonte: Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Primária à Saúde, SMS Curitiba, 2018.

ROTEIRO PARA O AUTOEXAME DA BOCA

Procure por manchas, feridas, caroços ou inchaços e áreas doloridas:

- Comece pelos lábios olhando pelo lado de fora e virá-los para olhar por dentro;
- Puxe a bochecha de um lado e olhar por dentro, repetindo no outro lado;
- Coloque a língua para fora e olhar sobre ela; colocar para um lado e depois para o outro para visualizar bem as laterais. Levante a língua e olhar embaixo dela e no assoalho da boca;
- Incline a cabeça para trás e olhar o céu da boca;
- Abra bem a boca e dizer “aaaaaaaaa”, tentando olhar atrás da língua e a garganta;
- Apalpe o pescoço e abaixo da mandíbula.

Se após o autoexame for encontrado algo diferente ou houver dúvida, procure a UMS para avaliação com o cirurgião dentista.

Atenção! Feridas que não cicatrizam há mais de 15 dias devem ser avaliadas o mais rápido possível.

Fonte: Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Primária à Saúde, SMS Curitiba, 2018.

COMO ESTÁ SEU CUIDADO EM RELAÇÃO AO USO DE MEDICAMENTOS

Conheço os medicamentos que tomo e para o que foram indicados?

SIM	Muito bom, continue assim! É muito importante você conhecer os medicamentos que foram prescritos e saber para qual finalidade foram indicados.
NÃO	Converse com os profissionais da UMS para esclarecer suas dúvidas e receber orientações. Conhecer seus medicamentos evita possíveis erros na hora de se medicar.

Entendo a importância de tomar os medicamentos conforme a prescrição?

SIM	Muito bom, continue assim! Você está colaborando com o sucesso do seu tratamento e evitando complicações futuras como internamentos, gastos financeiros, necessidade de afastamento de suas atividades, entre outras.
NÃO	Usar seus medicamentos conforme a prescrição aumenta a chance de você evitar complicações futuras e ter um tratamento seguro e eficaz.

Consgo tomar os medicamentos sozinho?

SIM	Muito bom, continue assim! Mas se precisar, não hesite em pedir ajuda.
NÃO	É importante informar aos profissionais de saúde sobre suas limitações. Eles irão apoiá-lo a identificar pessoas (familiares, vizinhos, cuidadores, amigos, etc.) que lhe auxiliem na administração dos seus medicamentos.

Algo me impede de tomar os medicamentos ou fazer o tratamento medicamentoso até o final?

SIM	Compartilhe seu problema com os profissionais de saúde. Com apoio algumas soluções podem ser identificadas para que você realize seu tratamento.
NÃO	Muito bom, continue assim! Você está colaborando com o sucesso do seu tratamento.

Lembro de tomar os medicamentos no horário indicado na receita?

SIM	Muito bom, continue assim! É muito importante que os medicamentos sejam usados na dose e no horário estipulados.
NÃO	O uso de alarmes sonoros (relógios/celulares), lembretes colocados em lugares específicos, ajuda de familiares ou outras pessoas são algumas estratégias que podem auxiliar na solução deste problema. Procure a melhor para você e aplique.

Tomo os medicamentos prescritos mesmo quando estou me sentindo bem?

SIM	Muito bom, continue assim! Usando os medicamentos você irá contribuir com seu tratamento.
NÃO	Preste atenção! Não deixar de usar os medicamentos e fazer o tratamento completo, mesmo que os sintomas de sua doença estejam controlados, evita recidivas e complicações futuras.

COMO ESTÁ SEU CUIDADO EM RELAÇÃO AO USO DE MEDICAMENTOS (continuação)	
Tomo os medicamentos corretamente aos finais de semana?	
SIM	Muito bom, continue assim! Você estará evitando problemas relacionados à sua saúde.
NÃO	Cuidado! Este comportamento interfere no resultado do tratamento e pode colocar sua saúde em risco.
Costumo levar meus medicamentos quando vou passar muito tempo fora de casa ou vou viajar?	
SIM	Muito bom, continue assim! Os cuidados com os medicamentos nas férias devem ser os mesmos da sua rotina diária.
NÃO	Atenção! Ao sair de férias, não dê férias ao seu tratamento. Parar os medicamentos pode desequilibrar sua saúde e atrapalhar a sua diversão. Leve sempre consigo seus medicamentos e use-os regularmente.
Costumo utilizar medicamentos por minha conta, sem prescrição ou orientação da equipe de saúde?	
SIM	Cuidado! Usar medicamentos por conta própria ou não indicados por profissionais de saúde pode causar problemas (alergias, intoxicações, interferências nos tratamentos entre outros). O que faz bem para o outro nem sempre servirá para você. Procure orientação com a equipe de saúde.
NÃO	Muito bom, continue assim! Devemos evitar a automedicação sem orientação da equipe de saúde.
Uso tratamentos caseiros (chás, garrafadas, emplastros, ervas, etc.) ou complementares?	
SIM	Lembre-se! Todos os tratamentos, mesmo que caseiros, devem ser feitos sob a orientação de um profissional da saúde. Comunique os tratamentos caseiros ou complementares que você costuma fazer para que a equipe de saúde possa avaliar eventuais riscos.
NÃO	Tudo bem! Se algum dia você tiver interesse em utilizá-los, procure um profissional da saúde para orientá-lo (a).

Fonte: Coordenação de Apoio à APS, Departamento de Atenção Primária à Saúde, 2019.

APOIO AO MONITORAMENTO DA SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Os campos a seguir podem ser utilizados para o registro de algumas informações importantes sobre sua condição de saúde.

ALTURA	____, ____ metros
---------------	-------------------

PESO CORPORAL (KG)	DATA/OBSERVAÇÕES
____, ____ kg	
____, ____ kg	
____, ____ kg	
____, ____ kg	
____, ____ kg	

PRESSÃO ARTERIAL			DATA/ HORÁRIO/ OBSERVAÇÕES
Máxima	X	Mínima	
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		

MONITORAMENTO DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS

AUTONOMIA NA GESTÃO DOS MEDICAMENTOS		
Assinale os horários de tomada dos medicamentos ao longo do dia		
Café da manhã <input type="checkbox"/>	Lanche da manhã <input type="checkbox"/>	Almoço <input type="checkbox"/>
Lanche da tarde <input type="checkbox"/>	Jantar <input type="checkbox"/>	Hora de dormir <input type="checkbox"/>
Assinale os comportamentos / situações encontradas		
Usa os medicamentos conforme prescrito, sem dificuldades		<input type="checkbox"/>
Tem dúvidas sobre como usar os medicamentos		<input type="checkbox"/>
Não gosta de usar medicamentos ou tem medo que lhe faça mal		<input type="checkbox"/>
Interrompe os medicamentos quando se sente melhor ou nas férias, fins de semana, festas		<input type="checkbox"/>
Confunde ou troca os medicamentos às vezes		<input type="checkbox"/>
Dificuldade em:		
a) Ingerir alguns medicamentos		<input type="checkbox"/>
b) Pegar os medicamentos no dia a dia		<input type="checkbox"/>
c) Lembrar de tomar todos os medicamentos		<input type="checkbox"/>
d) Ler o que está escrito na embalagem		<input type="checkbox"/>
e) Abrir e fechar embalagens		<input type="checkbox"/>
Necessita auxílio para usar alguns dos medicamentos		<input type="checkbox"/>
Tem rede social de apoio ao uso de medicamentos - cuidador, familiar, vizinho, colega, etc.		<input type="checkbox"/>
Observações:		
ACESSO AOS MEDICAMENTOS		
Marque os locais onde os medicamentos são adquiridos (gratuitos ou não)		
<input type="checkbox"/> Unidades de Saúde	<input type="checkbox"/> Farmácia Privadas	
<input type="checkbox"/> Programa “Aqui tem Farmácia Popular”	<input type="checkbox"/> Farmácia do Estado	
<input type="checkbox"/> Farmácia do ambulatório / hospital	<input type="checkbox"/> Doação	
Há dificuldade de acesso (ir até os locais para buscar / comprar; documentos, etc.)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Deixa de tomar algum medicamento por questões financeiras	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

Fonte: adaptado de BRASIL, 2015.

PLANO DE AUTOCUIDADO – VERSÃO RESUMIDA

Agora que você já aprendeu o processo, utilize o **Plano de Autocuidado** na sua **versão resumida**. Ele agrupa os passos de uma atividade num só instrumento, facilitando seu acompanhamento.

PLANO DE AUTOCUIDADO – VERSÃO RESUMIDA				Data
Atividade		Grau de confiança (0 a 10)		
O que farei, quanto, que dias, quando, onde, como				
Como vou celebrar				
Contrato - Eu me comprometo a desenvolver as atividades de autocuidado que pactuei, procurando persistir para alcançar meus objetivos. Assinatura:				
Problemas	Estratégias de solução	Grau de confiança (0 a		
Lembretes para situações de perigo				

[illegible]

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). The nutrition screening initiative: incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington D.C. US: National Council on Aging Inc., 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira, versão resumida, folder, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica. 1.ed.rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARMO JT, PUEYO AA. A adaptação ao português do *Fagerström test for nicotine dependence* (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. Revista Brasileira de Medicina, v. 59, n.1/2, p. 73-80, 2002.

COVEY, S. R. Os 7 hábitos das pessoas altamente eficazes: lições poderosas para a transformação pessoal. 98 ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2022. 512 p.

CURITIBA. Lei nº 13.254, de 19 de agosto de 2009. Dispõe sobre as restrições ao uso de produtos fumígenos no Município de Curitiba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=174302>. Acesso em: 02 set. 2020.

FALAVIGNA A et al. Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students. Sleep Breath, v. 15, n. 3, p. 351–355, 2011.

HENRIQUE IFS et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Revista da Associação Médica Brasileira, v.50, n.2, p.199-206, 2004.

MATSUDO S et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2001, v. 6, n. 2, p. 5-12.

REIS RS, HINO A, RODRIGUEZ-ÁÑEZ CR. Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Brazil. Journal of Health Psychology, v. 15, n.1, p. 107–114, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO ASSIST WORKING GROUP. Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias. [Internet]. 2005. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

ZOMER J et al. Mini Sleep Questionnaire (MSQ) for screening large population for EDS complaints. In: KOELLA WP, RUETHER E, SCHULZ H (ed.). Sleep'84: proceedings of the 7. European Congress on Sleep Research, 3-7 Sep 1984, Munich, Germany. Basel: Karger, 1985, p.469-70.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

Centro de Educação na Saúde (CES)

Rua Marechal Floriano Peixoto 5221 – Térreo – Vila Hauer - CEP 80020-090

Telefone: (41) 3360-4960

e-mail: acavalcanti@sms.curitiba.pr.gov.br

Organização e revisão geral:

Ana Maria Cavalcanti

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.

