

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Faculdade de Medicina**

**Suzana Raquel Lopes Marques**

**LETRAMENTO EM SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS, AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE  
VIDA EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Belo Horizonte

2016

SUZANA RAQUEL LOPES MARQUES

**LETRAMENTO EM SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS, AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE  
VIDA EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Stela Maris Aguiar Lemos

BELO HORIZONTE

2016

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró- Reitor de Pós-Graduação: Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró- Reitora de Pesquisa: Profa. Adelina Martha dos Reis

### **FACULDADE DE MEDICINA**

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Coordenadora do Centro de Pós-Graduação: Profa. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora: Profa. Ana Cristina Cortes

### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS**

Coordenadora: Ana Cristina Côrtes Gama

Subcoordenadora: Luciana Macedo de Resende

### **COLEGIADO**

Profa. Andréa Rodrigues Motta - Titular	Profa. Helena Maria Gonçalves Becker - suplente
Profa. Adriane Mesquita de Medeiros - Titular	Profa. Vanessa de Oliveira Martins-Reis - suplente
Profa. Amélia Augusta de Lima Friche - Titular	Profa. Patrícia Cotta Mancini - suplente
Profa. Ana Cristina Côrtes Gama - Titular	Prof. Marco Aurélio Rocha Santos - suplente
Profa. Luciana Macedo de Resende - Titular	Prof. Juliana Nunes Santos - suplente
Aline Rejane Rosa de Castro - Disc. Titular	Aline Almeida Fontes - Disc. Suplente

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por guiar meu caminho e pelas ricas experiências vividas durante o mestrado.

À Stela que dedicou seu conhecimento e profissionalismo para me orientar e contribuiu muito para o meu crescimento profissional e pessoal. Obrigada pela parceria!

À Andrezza Escarce pela generosidade em compartilhar o conhecimento e entusiasmo pelo tema do letramento em saúde.

Aos meus pais por todo amor e apoio. Ao meu pai por me ensinar a investir naquilo em que se acredita e à minha mãe por ser exemplo de que é preciso perseverar.

Ao Claudiney, companheiro de todos os momentos, por toda tolerância, apoio e amor.

Aos familiares e amigos que partilharam as dificuldades e conquistas dessa etapa com o carinho de sempre.

À família Marques pelo suporte, carinho e almoços de domingo.

Aos colegas de trabalho, em especial a equipe NASF, por partilharmos planos, angústias, conquistas e experiências. Aprendo com vocês a cada dia de convivência.

A todos os mestres que contribuíram com meu aprendizado, em especial aos docentes do mestrado da UFMG, pelos ensinamentos e profissionalismo.

A todos os pacientes, equipes de saúde e gerentes que me acolheram e dedicaram seu tempo e atenção ao desenvolvimento dessa pesquisa.

A minha gratidão a todos que diretamente e indiretamente contribuíram para a realização dessa conquista.

## RESUMO

**Introdução:** Conhecer o letramento em saúde de indivíduos e populações pode favorecer o alcance de melhores resultados em saúde. Deste modo, é importante considerar os instrumentos de avaliação do letramento em saúde disponíveis, suas potencialidades e limitações. Ter ciência sobre a associação entre letramento em saúde e fatores que o influenciam também é relevante para compreensão mais abrangente do assunto e o planejamento de intervenções que favoreçam a saúde e qualidade de vida. **Objetivo:** Investigar o letramento em saúde e a associação com fatores sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos, usuários da atenção primária à saúde, em município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Métodos:** A primeira etapa do estudo foi a revisão sistemática da literatura sobre os instrumentos de avaliação do letramento em saúde, nas plataformas de busca PubMed (*US National Library of Medicine*), *Web of Science* e BVS - Lilacs (Biblioteca Virtual em Saúde - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Foram utilizados descritores *Medical Subject Headings* (MeSH), DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e o termo livre “letramento”, combinados entre si por meio dos operadores booleanos AND e OR. Foram incluídos na revisão artigos publicados de 2009 a 2014, em português, inglês ou espanhol, que utilizaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral e de área específica que possibilitassem avaliar o letramento em saúde geral. Realizou-se a leitura dos títulos e resumos, seguida pela leitura integral dos artigos que se enquadraram nos critérios de seleção e análise por meio de protocolo estruturado (consoante recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* - STROBE). Esse processo foi realizado por dois revisores, sendo selecionados 27 artigos para a revisão. A segunda etapa tratou-se de estudo observacional analítico transversal com adultos entre 20 e 59 anos, homens e mulheres, usuários da atenção primária à saúde de município da Região Metropolitana de Belo Horizonte. A amostra foi probabilística, estratificada segundo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência, gênero e faixa etária, e constou de 380 indivíduos. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a maio de 2015, nas UBS. Os instrumentos de pesquisa foram aplicados individualmente, por meio de entrevista, sendo utilizados os seguintes: *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-*

*speaking Adults (SAHLPA-18)*, para a avaliação da variável resposta letramento em saúde; Questionário sociodemográfico e Critério de Classificação Econômica Brasil, para avaliar fatores sociodemográficos; Questionário de autopercepção da saúde, para investigar a autopercepção da saúde e WHOQOL - Abreviado, a fim de avaliar a qualidade de vida. Realizou-se análise descritiva dos dados por meio da distribuição de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Foi feita análise bivariada por meio dos testes qui-quadrado de Pearson e Mann Whitney. As variáveis com associações estatisticamente significantes ao nível de 20% ( $p < 0,20$ ) na análise bivariada foram consideradas para entrada no modelo de regressão logística múltipla. No modelo final foram mantidas as variáveis com associação significativa ao nível de 5% ( $p < 0,05$ ). A magnitude das associações foi avaliada pela *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Outra etapa da pesquisa de campo foi a proposição de instrumento para avaliar a percepção do letramento em saúde de adultos, a Escala de Letramento em Saúde (ELS). Para este estudo foram utilizadas a ELS, estruturada nos eixos funcional e comunicativo, o SAHLPA-18 e Questionário Sociodemográfico. Foram realizadas análises descritivas, de consistência interna, análise fatorial confirmatória e da validade convergente (correlação de Spearman).

**Resultados:** Nos 27 artigos analisados na revisão foram identificados 36 instrumentos de avaliação do letramento em saúde, sendo 17 tipos distintos. O *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) e o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) foram os instrumentos mais utilizados (29,6%,  $n=8$  artigos cada). Ocorreu utilização associada de instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral e específicos em 14 artigos (51,9%). A maioria dos estudos foi de delineamento observacional transversal (81,5%), realizados na América do Norte (48,1%) e Europa (22,2%), em ambulatórios ou hospitais (63,0%). Os achados da pesquisa de campo indicaram que o letramento em saúde inadequado foi frequente (74,5%) e, na análise bivariada, foi associado às variáveis sexo, escolaridade, última série cursada com aprovação, estudo formal mínimo, CCEB, plano de saúde, arranjo familiar, importância atribuída à saúde, nota atribuída à própria saúde, frequência de comparecimento à UBS e aos domínios relações sociais e ambiental do WHOQOL. No modelo final da análise de regressão logística, somente a variável escolaridade permaneceu associada ao letramento em saúde ( $p < 0,001$ ), sendo que indivíduos com ensino fundamental e médio apresentaram, respectivamente, 22,1 e 4,2 vezes a chance de

ter o letramento em saúde inadequado quando comparados àqueles com ensino superior. Na análise psicométrica da ELS, verificou-se que a maioria dos participantes da pesquisa concluiu ou cursou parcialmente o ensino médio (44,8%) e nega perceber dificuldades quanto ao letramento em saúde nas situações apresentadas na ELS. A consistência interna da escala apresentou confiabilidade considerada de aceitável a boa, após a retirada da questão 5 ( $\alpha=0,763$ ). A análise fatorial confirmatória reafirmou a opção por extrair um único item da ELS, de modo que a estruturação final do instrumento foi em nove itens. A análise de correlação entre a ELS e o SAHLPA-18, bem como entre a ELS e a escolaridade, foi significativa ( $p<0,001$ ), porém considerada fraca (respectivamente,  $r=0,369$  e  $r=0,305$ ). **Conclusão:** Há grande variedade de instrumentos para avaliação do letramento em saúde. Observou-se predomínio de utilização dos testes de triagem clínica TOFHLA e REALM, com enfoque no letramento em saúde funcional. Verificou-se que o letramento em saúde inadequado foi frequente e apresentou associação positiva apenas com a escolaridade, de modo que os sujeitos com menor escolaridade tiveram mais chance de ter o letramento em saúde inadequado. A ELS apresentou a conformação mais adequada ao ser composta por nove itens. A correlação entre a ELS e o instrumento SAHLPA-18, bem como entre a ELS e a escolaridade, apesar de apresentar significância estatística, mostrou-se fraca.

**Descritores:** Alfabetização em Saúde; Avaliação em Saúde; Condições sociais; Autoavaliação; Qualidade de vida; Escolaridade; Saúde do adulto; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

### **Health literacy: association with sociodemographic data, self-perceived health and quality of life in adult users of primary health care**

**Introduction:** To know the health literacy of individuals and populations can foster the achievement of better health outcomes. Thus, it is important to consider the health literacy assessment tools available, its potential and limitations. It is also important to be aware of the association between health literacy and factors that influence it to a broader understanding of the subject and planning of interventions that promote health and quality of life. **Purpose:** To investigate health literacy and its association with sociodemographic factors, self-perceived health and quality of life in adults, users of the primary health care in a city of the Metropolitan Region of Belo Horizonte, Minas Gerais. **Methods:** The first stage of the study was a systematic review of the literature on health literacy assessment tools, in the search platforms PubMed (US National Library of Medicine), Web of Science and BVS - Lilacs (Virtual Health Library - Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences). The Medical Subject Headings (MeSH), DeCS (Descriptors in Health Sciences) and the free term "literacy" were combined by Boolean operators AND and OR. The review included articles published from 2009 to 2014, in Portuguese, English or Spanish, which used tools for assessment of general and specific health literacy that would allow to assess health literacy in general. Titles and abstracts were read, followed by the full reading of the articles that met the selection and analysis criteria through a structured protocol (according to recommendations of the initiative *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* - STROBE). This process was performed by two reviewers, being 27 articles selected for review. The second stage dealt with observational analytic cross-sectional study with adults aged between 20 and 59 years, men and women, users of the primary health care of the municipality of the Metropolitan Region of Belo Horizonte. The sample was probabilistic, stratified according to the Basic Health Units (UBS) of reference, gender and age, and consisted of 380 individuals. The data were collected in the UBS from February to May 2015. The following research tools were applied individually through interviews: Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18) for

assessment of the health literacy response variable; Sociodemographic Questionnaire and Brazilian Economic Classification Criterion (BECC) for assessment of the sociodemographic factors; Questionnaire of self-perceived health to investigate self-perceived health and World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) for assessment of the quality of life. A descriptive analysis of the data was carried out by frequency distribution, measures of central tendency and dispersion. A bivariate analysis was performed through Mann-Whitney or Person's Chi Square tests. Variables with statistically significant associations at the level of 20% ( $p < 0.20$ ) in the bivariate analysis were considered for inclusion in the multiple logistic regression model. Variables with significant association at the level of 5% ( $p < 0.05$ ) were kept in the final model. The magnitude of the associations was assessed by Odds Ratio (OR) and its respective confidence intervals at 95%. Another stage of the field research was the proposal of an instrument for assessment of the perception of health literacy in adults, the Health Literacy Scale (ELS). The ELS, structured in functional and communicative axes, the SAHLPA-18 and the Sociodemographic Questionnaire were used for this study. Descriptive analyses, internal consistency, confirmatory factor analysis and convergent validity (Spearman correlation) were performed. **Results:** In the 27 articles analyzed in the review, 36 health literacy assessment tools were identified, being 17 distinct types. The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) and the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) were the most commonly used instruments (29,6%,  $n=8$  articles each). The use of tools for assessment of general and specific health literacy occurred in 14 articles (51.9%). Most studies had a cross-sectional observational design (81.5%), conducted in North America (48.1%) and Europe (22.2%), in outpatient clinics or hospitals (63.0%). The findings of the field research indicated that inadequate health literacy was frequent (74.5%) and, in the bivariate analysis, it was associated with gender, schooling, last grade concluded, minimum formal study, BECC, health insurance, family arrangement, importance attributed to health, own health assessment, UBS attendance rate and with the domains of social and environmental relations of the WHOQOL. In the final model of logistic regression analysis, only the variable schooling remained associated with health literacy ( $p < 0.001$ ), being that individuals with primary and secondary education presented, respectively, 22.1 and 4.2 times the chance to have inappropriate health literacy compared to those with higher schooling. In the psychometric analysis of the

ELS, it was found that most participants of the research have completed or partially attended high school (44.8%) and deny difficulties in relation to health literacy in the situations presented in the ELS. The internal consistency of the scale presented a reliability considered acceptable to good after the removal of question 5 ( $\alpha=0,763$ ). The confirmatory factor analysis confirmed the option of extraction of a single item from the ELS, so that the final structure of the instrument was of nine items. The correlation analysis between ELS and SAHLPA-18 as well as between ELS and schooling was significant ( $p<0,001$ ) but considered weak (respectively  $r=0.369$  e  $r=0.305$ ).

**Conclusion:** There are various tools for the assessment of health literacy. The predominance of the use of TOFHLA and REALM clinical screening tests was observed, with focus on functional health literacy. It was found that inadequate health literacy was frequent and it showed a positive association only with schooling, so that individuals with less schooling were more likely to have inadequate health literacy. The ELS showed the most appropriate conformation when composed of nine items. The correlation between ELS and the SAHLPA-18 instrument and between ELS and schooling was weak, although statistically significant.

**Keywords:** Health literacy; Health Evaluation; Social Conditions; Self-Assessment; Quality of Life; Educational Status; Adult Health; Health Education; Primary Health Care; Unified Health System.

## Lista de Ilustrações

### Artigo 1

Figura 1- Fluxograma: Seleção dos artigos.....86

### Artigo 3

Figura 1 - Distribuição de frequências das respostas à Escala de Letramento em Saúde (ELS) (n=380).....143

Figura 2 - *Scree Test* (gráfico de sedimentação) para determinação de fatores a serem extraídos da Escala de Letramento em Saúde (ELS).....146

Figura 3- Histograma do escore da Escala de Letramento em Saúde (ELS) gerado por meio da análise fatorial.....147

Figura 4- Histograma do escore padronizado da Escala de Letramento em Saúde (ELS).....148

## Lista de Tabelas e Quadros

### Métodos

Tabela 1 - Tamanho da amostra necessária considerando a UBS, faixa etária e gênero.....	69
---	----

### Artigo 1

Tabela 1 - Síntese dos estudos selecionados para análise (n=27).....	88
Quadro 1 - Síntese das características dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde .....	94

### Artigo 2

Tabela 1- Distribuição de variáveis do questionário de autopercepção da saúde (n=380).....	118
Tabela 2 - Distribuição de frequência das questões 1 e 2 do WHOQOL breve (n=380).....	120
Tabela 3 - Medidas de tendência central e dispersão dos domínios do WHOQOL breve (n=380).....	120
Tabela 4 - Análise de associação (bivariada e comparação de medianas) entre o letramento em saúde e características sociodemográficas (n=368).....	121
Tabela 5 - Análise de associação (bivariada e comparação de medianas) entre o letramento em saúde e autopercepção da saúde (n=368).....	122
Tabela 6 - Comparação de medianas entre o letramento em saúde e domínios da qualidade de vida (n=368).....	123
Tabela 7 - Resultados da análise de regressão logística múltipla hierarquizada - Fatores associados ao letramento em saúde inadequado.....	124

### Artigo 3

Tabela 1 - Medidas de tendência central e de dispersão dos itens da Escala de Letramento em Saúde (ELS).....	144
Tabela 2 - Resultados da análise de consistência interna da Escala de Letramento em Saúde (n=375).....	145

Tabela 3 - Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Letramento em Saúde (ELS) (n=375).....	146
Tabela 4 - Medidas de tendência central do escore da Escala de Letramento em Saúde (ELS) gerado pela análise fatorial e do escore padronizado (n=375).....	147
Tabela 5- Classificação da percepção de letramento em saúde dos indivíduos avaliados segundo a Escala de Letramento em Saúde (ELS) (n=375).....	149

## Lista de Abreviaturas e Siglas

a.C. - Antes de Cristo  
APS - Atenção Primária à Saúde  
AUQUEI - Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé  
BMQ - Brief Medication Questionnaire  
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde  
CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil  
COEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde  
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde  
DHI - Dizziness Handicap Inventory  
DP - Desvio padrão  
DSS - Determinantes Sociais da Saúde  
eHEALS - eHealth Literacy Scale  
ELS - Escala de Letramento em Saúde  
ESB - Equipe de Saúde Bucal  
ESF - Equipe de Saúde da Família  
HAT-QOL - HIV-Aids quality of life test  
Health LiTT - Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology  
HIV - Human Immunodeficiency Virus  
HPLP Chinese - Health-Promoting Lifestyle Profile Chinese Version  
IALSS - International Adult Literacy and Life Skills Survey  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IOM - Institute of Medicine  
IPCDP - Interpersonal Processes of Care in Diverse Populations Questionnaire  
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
LS – Letramento em saúde  
MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online  
METER - Medical Term Recognition Test  
MeSH - Medical Subject Headings  
MFCCHL - Measure of functional, communicative and critical health literacy  
MG - Minas Gerais

MHLS - Mandarin Health Literacy Scale  
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
NHP - Nottingham Health Profile  
NVS - Newest Vital Sign  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONU - Organização das Nações Unidas  
PEPPI-5 - Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions questionnaire  
PPPM - Patient's Perceived Participation Measure  
PubMed – United States National Library of Medicine  
QWB - Quality of Well-being  
RAS - Redes de Atenção à Saúde  
REALM - Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine  
REALM-SF - Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - short form  
RS – Rio Grande do Sul  
SAHLPA - Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults  
SAHLSA - Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults  
SBSQ - Set of Brief Screening Questions  
SC - Santa Catarina  
SciELO - Scientific Electronic Library Online  
SF-12 - Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form Health Survey  
SF-36 - Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
STOFHLA – Short Test of Functional Health Literacy in Adults  
STROBE - Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TALES - Teste de Avaliação do Letramento em Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TDAH - Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade  
THLS - Taiwan Health Literacy Scale  
TLS - Teste de Letramento em Saúde  
TOFHLA - Test of Functional Health Literacy in Adults  
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais  
UBS - Unidade Básica de Saúde

VRQOL - Voice related quality of life questionnaire

WHOQOL - World Health Organization Quality Of Life

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality Of Life - Abbreviated version

WHOQOL-OLD - World Health Organization Quality of Life instrument for older adults

WHOQOL-100 - World Health Organization Quality Of Life – 100

WHQ - Women's health questionnaire

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
1.1 Referências.....	24
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>30</b>
2.1. Saúde: conceitos, determinação social e saúde coletiva.....	30
2.1.1. Construção do conceito de saúde.....	30
2.1.2. Determinantes sociais da saúde.....	31
2.1.3. Saúde Coletiva - O papel da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS).....	33
2.2. Autopercepção da saúde.....	35
2.3. Qualidade de vida em saúde.....	38
2.3.1. Conceito e relevância.....	38
2.3.2. Classificação e instrumentos para avaliação da qualidade de vida.....	39
2.3.3. Qualidade de vida na perspectiva da atenção primária à saúde.....	43
2.4. Letramento em saúde.....	44
2.4.1. Conceitos, assuntos correlatos e relevância.....	44
2.4.2. Classificação do letramento em saúde.....	48
2.4.3. Instrumentos para avaliação do letramento em saúde.....	49
2.5. Referências.....	59
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>65</b>
3.1. Objetivo Geral.....	65
3.2. Objetivos Específicos.....	65
<b>4. MÉTODOS .....</b>	<b>66</b>

4.1. Revisão sistemática acerca dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde .....	66
4.2. Pesquisa de campo.....	67
4.2.1. População e amostra do estudo.....	68
4.2.2. Recrutamento dos participantes.....	69
4.2.3. Procedimentos e instrumentos de coleta de dados.....	70
4.3. Análise dos dados.....	76
4.4. Referências.....	78
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>80</b>
5.1. Artigo 1: Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão sistemática.....	80
5.1.1. Introdução.....	83
5.1.2. Métodos .....	84
5.1.3. Resultados .....	87
5.1.4. Discussão .....	100
5.1.5. Conclusão .....	103
5.1.6. Referências.....	104
5.2. Artigo 2: Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária.....	110
5.2.1. Introdução.....	111
5.2.2. Métodos .....	114
5.2.3. Resultados .....	117
5.2.4. Discussão .....	124
5.2.5. Conclusão .....	128
5.2.6. Referências.....	128

5.3. Artigo 3: Letramento em saúde: proposta de instrumento para avaliação da percepção de adultos.....	132
5.3.1. Introdução.....	134
5.3.2. Métodos .....	136
5.3.3. Resultados .....	141
5.3.4. Discussão .....	149
5.3.5. Conclusão .....	158
5.3.6. Referências.....	159
5.3.7. Anexo.....	162
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>163</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>165</b>
7.1. Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	165
7.2. Anexo II - Questionário sociodemográfico.....	166
7.3. Anexo III - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).....	167
7.4. Anexo IV - Questionário de Autopercepção da Saúde.....	168
7.5. Anexo V - Escala de Letramento em Saúde.....	169
7.6. Anexo VI - Short Assessment Of Health Literacy For Portuguese-Speaking Adults (SAHLPA-18) - Instruções para o Examinador.....	170
7.7. Anexo VII - Questionário Sobre Qualidade De Vida - WHOQOL-Abreviado.....	171
7.8. Anexo VIII - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	173
7.9. Anexo IX – Folha de aprovação da dissertação de mestrado.....	174
7.10. Anexo X – Ata da defesa da dissertação de mestrado.....	175

## 1. INTRODUÇÃO

A definição de letramento em saúde apresenta diferentes abordagens conforme os autores que a analisam<sup>(1)</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o letramento em saúde é caracterizado como “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação em meios que promovem e mantêm uma boa saúde”<sup>(2)</sup>. Em termos do campo de possibilidades de determinado sujeito, pode ser classificado em básico/funcional, comunicativo/interativo e crítico. Esses diferentes níveis de letramento em saúde permitem progressivamente maior autonomia<sup>(3)</sup>.

Diversos instrumentos de avaliação tem sido desenvolvidos<sup>(4)</sup> e testes validados avaliam o grau de letramento em saúde. As formas de mensurá-lo podem ser categorizadas como: testes de triagem clínica (compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e habilidades numéricas); medidas de aproximação (utilizando pesquisas populacionais sobre letramento); medidas diretas das habilidades das pessoas em compreender, acessar, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde<sup>(5)</sup>, bem como autopercepção do paciente (permite identificar as incompatibilidades entre a capacidade do indivíduo e as demandas de comunicação orais e escritas no âmbito da saúde)<sup>(6)</sup>. Apesar de existirem diferentes testes, não há um instrumento que se adeque a todos os contextos<sup>(7)</sup>.

As limitações quanto ao letramento funcional em saúde dificultam a promoção e educação em saúde<sup>(8)</sup> e devem ser foco da atenção de profissionais da área e gestores<sup>(9,10,11)</sup>. O letramento em saúde inadequado está associado aos comportamentos de risco, redução do autocuidado e aumento de hospitalizações e custos. Em contrapartida, fortalecer o letramento em saúde tem demonstrado favorecer a resiliência individual e comunitária, auxilia no enfrentamento das iniquidades e melhora a saúde e bem-estar<sup>(4,9,12)</sup>.

Faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre o letramento em saúde e os impactos de limitações nessa habilidade<sup>(1,13)</sup>. No Brasil, a produção científica está na fase de conhecer o letramento em saúde de diferentes grupos populacionais, para então, poder realizar intervenções<sup>(14)</sup>.

A prevalência de limitações quanto ao letramento em saúde é variável segundo a região, idade, escolaridade, condições socioeconômicas e de saúde<sup>(4,10,15-17)</sup>. Em âmbito internacional, essas limitações foram verificadas entre 47% de europeus<sup>(4)</sup>, 43% de americanos<sup>(18)</sup>, 60% de canadenses<sup>(19)</sup> e 80% de idosos portugueses<sup>(20)</sup>. No Brasil, entre 32,4% de pacientes de 19 a 81 anos<sup>(21)</sup>, 66% de idosos<sup>(22)</sup>, 13,1% de usuários de unidades básicas de saúde na região sul<sup>(23)</sup>, 65,9% de diabéticos tipo 2<sup>(14)</sup> e em 58,0% de usuários de ambulatório em hospital do SUS<sup>(8)</sup>.

Ressalta-se o letramento em saúde como temática de conhecimento interdisciplinar e interprofissional. Esse tema deve ser considerado ao se analisar estratégias para o aperfeiçoamento da comunicação entre o sistema de saúde, seus trabalhadores e usuários<sup>(1)</sup>. Destaca-se que a Fonoaudiologia, enquanto ciência especialmente envolvida com a comunicação, pode contribuir nesta área de conhecimento<sup>(24-28)</sup> para melhorar o letramento em saúde e os resultados das intervenções em saúde, seja para pessoas com ou sem distúrbios da comunicação<sup>(13,24)</sup>.

É importante desenvolver estudos com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca do letramento funcional em saúde<sup>(8)</sup>. No contexto do SUS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apoiada por equipes interdisciplinares, representa uma abordagem consistente para o alcance do acesso universal à saúde e na provisão da Atenção Primária a Saúde (APS)<sup>(29,30)</sup>.

O Ministério da Saúde orienta que os profissionais da área atuem tomando como objeto aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos<sup>(30)</sup>. Essa postura ressalta a atenção aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS): fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população<sup>(31)</sup>. No Brasil, as amplas desigualdades regionais e sociais se manifestam nas taxas de morbidade e mortalidade<sup>(32)</sup>. As iniquidades em saúde - desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias<sup>(33,34)</sup> - são influenciadas de forma direta pelos DSS<sup>(35,36)</sup>. Assim, configura-se desafio e necessidade compreender como ocorrem as mediações entre os DSS e como atuam sobre a saúde<sup>(36)</sup>. O letramento

em saúde tem papel importante para o desenvolvimento de intervenções equânimes e que aprimorem os resultados em saúde<sup>(10)</sup>.

Os valores das pessoas, o que consideram desejável enquanto cuidados de saúde para si, suas famílias e sociedade é que devem pautar as reformas na APS e definir o papel dos sistemas de saúde<sup>(37)</sup>. Deste modo, é relevante analisar a autopercepção da saúde, a qual favorece a compreensão da perspectiva do paciente sobre a própria saúde e determina comportamentos e cuidados com a saúde assumidos<sup>(38,39)</sup>. Verifica-se que autopercepção da saúde se relaciona a fatores biológicos, socioeconômicos e de vínculo com o serviço de saúde em adultos brasileiros<sup>(39)</sup>. A utilização da autopercepção da saúde como indicador contribui para a prática clínica, como acompanhamento da evolução de saúde dos pacientes, para as pesquisas<sup>(39,40)</sup>, na percepção integrada do indivíduo quanto às dimensões biológicas, psicológicas e sociais<sup>(41)</sup> e deve ser considerada no desenvolvimento de políticas de saúde<sup>(42)</sup>.

Outro importante elemento a ser considerado é a qualidade de vida: "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"<sup>(43)</sup>. O interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida justifica-se por sua contribuição para analisar eficácia, eficiência e impacto, bem como aprovar e definir tratamentos; comparar procedimentos; avaliar relação custo-benefício dos serviços; definir estratégias na área de saúde e monitorar a manutenção da qualidade de vida dos pacientes<sup>(44-47)</sup>. Verifica-se associação entre fatores sociodemográficos, como escolaridade, gênero e faixa etária com a qualidade de vida<sup>(45,48)</sup>. Instrumentos, como o WHOQOL-BREF<sup>(49)</sup>, apresentam versão em português e se propõem a avaliá-la<sup>(50)</sup>. A utilização desse instrumento pode contribuir para as ações de promoção à saúde na ESF, favorecendo o vínculo e cuidado longitudinal<sup>(51)</sup>.

Segundo inquérito nacional, há limitações quanto ao acesso e continuidade dos serviços de saúde para população adulta de áreas urbanas no Brasil, sendo necessários esforços para o enfrentamento dessa realidade<sup>(52)</sup>. Adultos, entre 20 e 59 anos, representam 56,2% da população no Brasil<sup>(53)</sup>, constituem a parcela mais numerosa da população economicamente ativa<sup>(54)</sup> e apresentam perfis de morbidade e mortalidade variáveis conforme fatores biológicos, sociais, demográficos e

econômicos<sup>(55-58)</sup>. O estudo de adultos representa uma mudança de foco nas pesquisas conduzidas na América do Sul, as quais priorizam a saúde materno-infantil<sup>(56)</sup>.

Ressalta-se como direito do cidadão obter dos profissionais informações sobre seu estado de saúde “de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural”. Em contrapartida, é sua responsabilidade “manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas”<sup>(59)</sup>. Trabalhar as competências individuais, serviços de saúde humanizados e aprimoramento das comunicações orais e escritas com atenção às necessidades dos usuários são medidas indispensáveis para elevar o letramento funcional em saúde<sup>(1)</sup>.

Assim, a investigação das possíveis associações entre letramento em saúde, aspectos sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em usuários da atenção primária pode favorecer o conhecimento científico e a prática clínica em saúde, bem como auxiliar a elaboração de políticas públicas mais adequadas às necessidades da sociedade.

Este trabalho é constituído pelo referencial teórico, objetivos, métodos, resultados e considerações finais. No capítulo de resultados serão apresentados três artigos para publicação em periódicos da área.

O artigo um refere-se à revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação do letramento em saúde.

O artigo dois apresenta a investigação acerca letramento em saúde e associação com fatores sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos usuários da atenção primária.

O artigo três apresenta a análise de aspectos psicométricos de uma proposta de instrumento para avaliar a percepção de adultos acerca do letramento em saúde, a Escala de Letramento em Saúde (ELS).

## 1.1. Referências

1. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface – Comunic Saude Educ.* 2012;16(41):301-14.
2. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15:259-67.
4. WHO - Regional Office for Europe of the World Health Organization. Health Literacy – The Solid Facts. 2013. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
5. Santos LTM, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG. Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Nefrol.*2012;34(3):293-302.
6. Baker DW. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):878-83.
7. Machado ALG, Lima FET, Cavalcante TF, Araújo TL, Vieira NFC. Instrumentos de letramento em saúde utilizados nas pesquisas de enfermagem com idosos hipertensos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(4):101-7.
8. Coelho MAM, Sampaio HAC, Passamai MPB, Cabral LA, Passos TU, Lima GP. Functional health literacy and healthy eating: Understanding the Brazilian food guide recommendations. *Rev Nutr.* 2014;27(6):715-23.
9. Ruiz RB, Delis MM, Frómeta MC, Alfaro MAR. Alfabetización en salud en medicina general integral. *Perspectivas em Santiago de Cuba. MEDISAN.* 2013;13(1):126-40.
10. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* 2015;15:678-91.

11. Yin HS, Jay M, Maness L, Zabar S, Kalet A. Health Literacy: An Educationally Sensitive Patient Outcome. *J Gen Intern Med.* 2015;30(9):1363-8.
12. Franze M, Fendrich K, Schmidt CO, Fahland RA, Thyrian JR, Plachta-Danielzik S, Seiberl J, Hoffmann W, Splieth CH. Implementation and evaluation of the population-based programme "health literacy in school-aged children" (GeKoKidS). *J Public Health.* 2011;19:339-47.
13. Atcherson SR, Zraick RI, Hadden K. A Need for Health Literacy Curriculum: Knowledge of Health Literacy Among US Audiologists and Speech-Language Pathologists in Arkansas. *Education for Health.* 2013;26(2):85-8.
14. Sampaio HAC, Carioca AAF, Sabry MOD, Santos PM, Coelho MAM, Passamai MPB. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(3):865-74.
15. Saavedra-Dahm O, Solar P, Díaz H, Mandel A, Casado M, Orihuela P et al. La heterogeneidad del alfabetismo en salud y el consentimiento informado en Chile. *Terapia Psicológica.* 2012;30(3):127-31.
16. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, Vaart R. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling.* 2015; 98:41-48.
17. Shen M, Hu M, Liu S, Chang Y, Sun Z. Assessment of the Chinese Resident Health Literacy Scale in a population-based sample in South China. *BMC Public Health.* 2015; 15:637-48.
18. National Center for Education Statistics (NCES). 2003 National Assessment of Adult Literacy (NAAL). Disponível em: <http://floridaliteracy.org/refguide/assessment.pdf>
19. Murray S, Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K, Statistics Canada. Health Literacy in Canada: Initial Results from the International Adult Literacy and Skills Survey 2007. Ottawa: Canadian Council on Learning; 2007; Human Resources and Skills Development Canada, Statistics Canada. Building On Our Competencies: Canadian Results of the International Adult Literacy and Skills Survey 2003. Ottawa, Ontario: Ministry of Industry; 2003.

20. Serrão C, Veiga S, Vieira IM. Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015; (Ed. Esp. 2):33-8.
21. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):631-8.
22. Apolinario D, Oliveira RC, Bragal P, Magaldi RM, Bussef AL, Camporal F et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):702-11.
23. Maragno CAD. Associação entre Letramento em Saúde e Adesão ao Tratamento Medicamentoso [Mestrado]. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
24. Hester EJ, Stevens-Ratchford R. Health Literacy and the Role of the Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2009;18:180–191.
25. Wühlisch FS, Pascoe M. Maximising health literacy and client recall of clinical information: An exploratory study of clients and speech language pathologists. *SAJCD*. 2010; 57:22-32.
26. Wühlisch FS, Pascoe M. Maximizing health literacy and client recall in a developing context: speech-language therapist and client perspectives. *Int J Lang Commun Disord*. 2011;46(5):592-607.
27. Martins-Reis VO, Santos JN. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(1):113-4.
28. Short J, McCormack J, Copley A. The current practices of speech-language pathologists in providing information to clients with traumatic brain injury. *Int J Speech Lang Pathol*. 2014;16(3):219-30.
29. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-81.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas

- para a gestão e para o trabalho cotidiano – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília, 2014. 116 p.: il.
31. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil - Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Abril 2008.
  32. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377:1778-97.
  33. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.
  34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
  35. Organização Mundial da Saúde - Definição de determinantes sociais da saúde. 2012. [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)
  36. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.
  37. World Health Organization. Primary health care: now more than ever. Geneva, The World Health Report 2008, 2008d.
  38. Savassi LCM. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. *R Bras Med Fam e Comun.*2010;5(17):3-5.
  39. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. A autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *R Bras Med Fam e Comun.*2010;5(17):9-15.
  40. Subramanian SV, Huijts T, Avendano M. Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bull World Health Organ.*2010;88:131-8.
  41. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(12):3353-62.

42. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(5):1049-60.
43. Programme on mental health: WHOQOL user manual. WHO, 1998, Edition 2012 (WHO), 106p. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.03\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?ua=1)
44. Landeiro GMB, Pedrozo CCR, Gomes MJ, Oliveira ERA. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(10):4257-66.
45. Podestá MHMC, Souza WA, Vilas Boas OMGC, Martins AD, Braz CL, Ferreira EB. Qualidade De Vida Dos Usuários Da Atenção Primária À Saúde: Perfil e Fatores Que Interferem. *RUVRD*.2013;11(2):316-26.
46. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res*. 2014;23(2):425-30.
47. Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar a qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(3):supl.
48. Azevedo GPGC, Friche AAL, Lemos SMA. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(2):119-27.
49. World Health Organization – WHO 2013. [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/).
50. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.
51. Chiesa AM, Fraccolli LA, Zoboli ELPC, Maeda ST, Castro DFA, Barros DG et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(Esp. 2):1743-7.
52. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(3):1-15.

53. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, v.73, p.1-1 – 8-56, 2013.  
[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb\\_2013.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_2013.pdf)
54. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2014.  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme\\_nova/defaulttab\\_hist.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/defaulttab_hist.shtm).
55. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil . Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 Sup:S54-S64, 2005.
56. Aquino EML, Barreto SM, Bensenor IM, Carvalho MS, Chor D, Duncan BB, Lotufo PA, Mill JG, Molina MDC, Mota ELA, Passos VMA, Schmidt MI, Szklo M.
57. Kessaram T, McKenzie J, Girin N, Roth A, Vivili P, Williams G, Hoy D. Noncommunicable diseases and risk factors in adult populations of several Pacific Islands: results from the WHO STEPwise approach to surveillance. Aust NZ J Public Health. 2015; 39:336-43
58. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. Am J Epidemiol. 2012;175(4):315–324.
59. Brasil - Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde).

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Saúde: conceitos, determinação social e saúde coletiva**

#### **2.1.1. Construção do conceito de saúde**

O conceito de saúde é dinâmico, evolui historicamente de acordo com os progressos e limitações da sociedade. A saúde, assim como a doença, pode ser analisada sob diversos pontos de vista. O que é considerado saúde varia conforme crenças e estilos de vida pessoais e é fortemente influenciado pela época em que se vive, cultura, ambiente político e econômico, bem como pelo contexto social relacionado a educação, moradia, transporte, trabalho, saneamento e meio ambiente.

Há momentos históricos em que a concepção mágico-religiosa ganha destaque. Ou seja, a doença é concebida como maldição, pecado e a cura é alcançada pela fé. Fato notório na Idade Média, por exemplo, ou em culturas tribais. Em outros momentos, uma perspectiva racional e científica ganha destaque. O que pode ser observado com o desenvolvimento da medicina grega, na qual os escritos atribuídos a Hipócrates caracterizam-se pela observação empírica da realidade e referem a existência de causas naturais das doenças em oposição à origem divina<sup>(1)</sup>.

Em diversas épocas e culturas a saúde é vista como consequência de um estado de equilíbrio - o que enfatiza a multidimensionalidade desse conceito. Para Hipócrates (460-377 a.C.) a saúde era o equilíbrio entre os fluidos (ou humores) corporais. Galeno (129-199), destacava a existência de quatro temperamentos que influenciavam o estado de saúde e a doença como desequilíbrio entre a constituição física e hábitos de vida. A concepção oriental de saúde enfatiza o equilíbrio de forças e energias vitais para o alcance da saúde<sup>(1)</sup>. Esse preceito caracteriza as práticas de medicina complementar e alternativa. O Shiatsu, por exemplo, utiliza técnicas de energização corporal para equilíbrio da pessoa por completo - mente, corpo e espírito. Além disso, essa técnica considera que o indivíduo deve estar interconectado e harmonizado com o ambiente em que vive<sup>(2)</sup>.

A saúde da coletividade assume condição de interesse para o desenvolvimento econômico, perspectiva que se intensifica mediante os processos de urbanização e proletarização advindos da Revolução Industrial. Ferramentas como a Epidemiologia

e Estatística contribuíram para a construção de relatórios (a exemplo dos *Annual Reports* e *Bluebooks*, especialmente na Inglaterra do século XIX) que identificavam e contabilizavam eventos relacionados à morbidade e mortalidade. Diante dessa conjuntura, o poder estatal foi construindo uma legislação relacionada a medidas de controle de doenças, com foco sanitaria e na população trabalhadora, e as intervenções do Estado na área de saúde pública foram progressivamente se constituindo. Exemplos disso são a promulgação do *Public Health Act* pelo Parlamento inglês em 1848 e a criação do sistema de seguridade social e de saúde na Alemanha em 1883<sup>(1)</sup>.

No contexto pós Segunda Guerra Mundial, é instituída a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Visando a uma definição mais consensual entre as nações, a OMS em sua carta de princípios (1948) define saúde como “O estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não somente a ausência de doença ou enfermidade”<sup>(1,3)</sup>.

Todavia, esse conceito foi alvo de críticas por sua abrangência e falta de objetividade, sendo a saúde considerada como estado inatingível, dificultando a organização dos serviços de saúde<sup>(1)</sup>.

Na atualidade, a saúde tem sido destacada como um meio, um recurso pessoal e social, relacionado a capacidades físicas e funcionais que possibilita aos indivíduos uma vida produtiva<sup>(3)</sup>.

A saúde é concebida como direito humano fundamental na Carta de Ottawa – documento produzido na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986<sup>(3,4)</sup>. Portanto, o acesso a saúde deve ser assegurado às pessoas, considerando-se como pré-requisitos intrinsecamente relacionados à saúde: a paz, fontes econômicas adequadas, alimentação, abrigo, um ecossistema estável e uso de recursos de maneira sustentável. Sendo assim, o documento reconhece uma visão holística da saúde<sup>(3)</sup>.

### **2.1.2. Determinantes sociais da saúde**

No cenário atual, é amplamente reconhecida a integração e interdependência entre saúde e fatores que ultrapassam esse setor, com especial destaque para a organização social e econômica, em nível local, nacional e global<sup>(1,5-7)</sup>. Dessa forma,

ganhou destaque o conceito de determinantes sociais da saúde (DSS). Nas diversas definições desse tema apresentadas por instituições envolvidas com a saúde é explícita a abrangência dos elementos que se constituem como decisivos para a saúde e a equidade.

Os DSS são especificados pela OMS como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem<sup>(5)</sup>. A legislação estruturante do SUS detalha entre os determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais<sup>(7)</sup>. A trama de redes sociais e comunitárias também é incluída entre os DSS<sup>(3,8)</sup>.

No Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006, ultrapassa a enumeração dos DSS e os conceitua como: os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população<sup>(3,8-10)</sup>.

Os DSS são de importância central quanto às causas e formas como as iniquidades em saúde se processam<sup>(5,10)</sup>, sendo estas conceituadas como desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias<sup>(3,8,11)</sup>.

Entretanto, a relação de determinação social da saúde não é de causa e efeito puramente. Assim, configura-se desafio no estudo e intervenção quanto aos DSS compreender como ocorrem as mediações entre eles e de que maneira atuam sobre a saúde. Outra limitação a ser superada é diferenciar os determinantes que atuam sobre indivíduos e grupos populacionais. Uma vez que considerá-los como indistintos pode culminar em erros de interpretação da realidade e comprometer as intervenções sobre as iniquidades em saúde<sup>(10)</sup>.

As intervenções sobre os DSS devem visar a promoção da equidade em saúde, tendo como bases as evidências científicas, a intersetorialidade e a participação social<sup>(3,8,11)</sup>.

Vários modelos sobre a determinação social da saúde procuram detalhar as inter-relações entre os elementos envolvidos e fornecem embasamento para a proposição de intervenções. Segundo o modelo de Diderichsen, a estratificação social

gera diferenciais de saúde a respeito da exposição aos riscos à saúde, vulnerabilidade e consequências ocasionadas pelas doenças. Desse modo, as políticas e ações voltadas ao combate das iniquidades devem objetivar a minimização de todos esses fatores. Outro modelo sobre o tema é o de Dahlgren e Whitehead, estruturado em camadas que partem dos determinantes proximais (características e comportamentos individuais) para os intermediários (condições de vida e trabalho) e distais (macro-determinantes econômicos, sociais e culturais). Considerando-se esse modelo, para reduzir as iniquidades em saúde são necessárias medidas específicas para cada camada dos DSS. Em relação ao estilo de vida e fatores comportamentais dos indivíduos é preciso estabelecer políticas de abrangência populacional que favoreçam comportamentos saudáveis para a redução de riscos e melhora da qualidade de vida. Quanto ao nível das redes sociais e comunitárias, é necessário fortalecer a coesão social por meio de redes de apoio e fortalecimento da participação comunitária nas tomadas de decisão. No que se refere às condições de vida e trabalho a atuação é fundamentalmente intersetorial, realizada a partir de políticas públicas integradas nas áreas de educação, trabalho, habitação, alimentação, saneamento e serviços de saúde. Todos esses setores precisam estar amparados por políticas macroeconômicas a fim de que as iniquidades sejam de fato minimizadas e para que essa transformação permaneça<sup>(9,10)</sup>.

### **2.1.3. Saúde Coletiva - O papel da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS)**

Os níveis de atenção à saúde são organizados conforme a densidade tecnológica e são de grande importância para o uso racional de recursos e gerenciamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para o funcionamento adequado dessas redes os serviços de menor densidade tecnológica, ou seja, de atenção primária, devem ser os mais dispersos pela rede<sup>(12,13)</sup>.

As RAS podem ser definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a

população<sup>(14)</sup>. Portanto, para a efetivação das RAS, é necessário fortalecer a APS por meio do aprofundamento da implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e da associação das ESF à equipes como a de Saúde Bucal (ESB) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>(12,13)</sup>.

A Atenção Primária à Saúde - considerada pelo Ministério da Saúde como sinônimo de Atenção Básica em Saúde – é o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde<sup>(3,8)</sup>.

A opção política e estratégica do Estado brasileiro para prover acesso integral à saúde é tomar a Atenção Primária como base e locus fundamental das práticas em saúde. A APS é uma proposta racionalizadora do cuidado em saúde<sup>(1)</sup>. Por mais que as ações em saúde sejam planejadas numa perspectiva ampla e de modo intersetorial tendo em vista o objetivo de combate às iniquidades, é no nível local que ocorre a implementação desses planos<sup>(9)</sup>. Considerando-se essa premissa, se origina uma das principais justificativas para que o trabalho das Redes de Atenção à Saúde seja integrado e centrado nos indivíduos e comunidades. Também do reconhecimento de que a saúde acontece no nível local é que a APS se posiciona em papel de destaque como ordenadora dos cuidados. Ao se tomar a APS com essa função é possível reconhecer o indivíduo e a trama social na qual se insere como o centro da atenção à saúde. Desse modo a APS é o ponto de contato preferencial entre os usuários e os serviços de saúde, bem como responsável pelo cuidado longitudinal. Ou seja, ao apresentar demandas e necessidades que requeiram intervenção de outros níveis de complexidade, como o ambulatorial, diagnóstico ou hospitalar, o ponto da rede responsável por coordenar e integrar os cuidados de saúde do usuário é APS. Ao se propor políticas e programas de saúde para grupos populacionais, é a comunidade local, em negociação e consenso com os serviços de saúde, no nível do território e com a coordenação da APS que farão as ações planejadas serem realizadas<sup>(12,13,15)</sup>.

Dada ampla área de atuação e rol de responsabilidade da APS, as características desejáveis para essa área tem sido amplamente estudadas. Entre elas se destacam o desenvolvimento da APS por meio de práticas democráticas e participativas; o trabalho em equipe; a responsabilidade sanitária por territórios definidos; foco na resolução de problemas de maior frequência e relevância com uso

de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade; além se ser o contato preferencial dos usuários com os serviços de saúde. Os princípios que norteiam a APS são a universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social<sup>(3,8)</sup>.

A APS se responsabiliza por atender mais de 85% dos problemas de saúde, utilizando-se majoritariamente de tecnologias de alta complexidade, as quais envolvem, por exemplo, ações para mudança de comportamento e estilos de vida<sup>(14)</sup>. Esse nível de atenção é considerado o meio capaz de fazer frente aos anseios sociais contemporâneos diante das incapacidades dos serviços de saúde. Para que isso seja possível, a APS precisa de reformas quanto a quatro aspectos prioritários: reforma da cobertura universal (com objetivo de equidade e justiça social em saúde); reformas da prestação de serviços (de modo a fazer com que os serviços de saúde sejam condizentes com as necessidades e expectativas das pessoas, tornando-se socialmente relevantes); reformas de políticas públicas (para promoção e proteção mais eficazes da saúde das comunidades) e reforma da liderança (governança responsável e em negociação com a sociedade)<sup>(15)</sup>.

A fim de qualificar os processos de trabalho na APS, é necessário que os profissionais de saúde sejam propositivos e sua atuação seja pautada por uma escuta qualificada e acolhedora. Dessa forma é possível construir os cuidados em saúde tomando o usuário e suas demandas como norteadores das ações dos serviços de saúde<sup>(13)</sup>.

## **2.2. Autopercepção da saúde**

As reformas na APS e estruturação dos sistemas de saúde devem ser norteadas pelos valores das pessoas (o que consideram importante no próprio cuidado de saúde, de seus familiares e de toda sociedade)<sup>(15)</sup>.

Nesse contexto, um aspecto fundamental a ser considerado é a autopercepção da saúde, a qual representa a possibilidade de compreensão da perspectiva do paciente sobre a própria saúde. A percepção do próprio indivíduo sobre sua saúde é relevante por determinar os comportamentos e cuidados com a saúde assumidos.

Além disso, é de grande importância ao se analisar de que modo o usuário se relaciona com serviço de saúde, bem como se caracteriza por ser bom preditor de mortalidade individual<sup>(16,17)</sup>. Analisar a autopercepção da saúde favorece o acompanhamento da evolução de saúde dos pacientes. Portanto, esse indicador deve ser considerado na prática clínica e no desenvolvimento de pesquisas<sup>(17)</sup>. A avaliação da autopercepção da saúde pode ser útil para investigações epidemiológicas dentro dos países, mesmo em cenários de baixa renda<sup>(18)</sup>.

A autopercepção da saúde tem sido avaliada por meio de pergunta única, cujas respostas estão organizadas em escala tipo Likert de grau de satisfação. As opções de resposta variam de autopercepção da saúde muito boa a muito ruim<sup>(17,18)</sup> ou de excelente a ruim<sup>(19)</sup>. Na fase de análise dos dados, os estudos tem optado por categorizar as respostas de maneira dicotômica, definindo a autopercepção da saúde como boa ou ruim, sendo que a resposta “regular” na escala Likert é tomada por vezes como autopercepção da saúde boa<sup>(18)</sup>, outras como ruim<sup>(17)</sup>. Outra estruturação das respostas em categorias dicotômicas é: autopercepção da saúde boa (respostas excelente/muito boa/boa) e autopercepção da saúde ruim (respostas regular/ruim)<sup>(19)</sup>. As perguntas utilizadas na investigação da autopercepção da saúde tem sido: “Em geral, como você avaliaria a sua saúde hoje?”<sup>(18)</sup>, “Comparado com alguém da sua idade e sexo, como você considera sua saúde?”<sup>(17)</sup> e “Como o Sr(a) considera sua saúde?”<sup>(19)</sup>.

A prevalência da autopercepção da saúde boa/ruim varia conforme as pesquisas. Considerando-se estudos de base populacional, foram identificados valores de 78,3%<sup>(17)</sup>, 77,7%<sup>(19)</sup> e 90,5%<sup>(18)</sup> entre brasileiros adultos. Em análise de 219.713 adultos de 69 países das diversas regiões do globo, a boa autopercepção da saúde foi a resposta de 90,2% dos entrevistados. Cabe ressaltar que houve uma variação considerável entre os países quanto à prevalência da autopercepção de saúde ruim, sendo mais elevada na Suazilândia (48,9%) e menor na Austrália, Emirados Árabes Unidos e Uruguai (2,5%)<sup>(18)</sup>. Outra pesquisa, que analisou 820 adolescentes, 2715 adultos e 385 idosos em setores censitários de Pelotas (cidade do sul do Brasil), identificou a prevalência de autopercepção da saúde ruim de 12,1%, 22,3% e 49,4% respectivamente<sup>(19)</sup>.

Verifica-se que autopercepção da saúde se relaciona a fatores biológicos, socioeconômicos e de vínculo com o serviço de saúde em estudo que avaliou 3009 adultos adscritos à rede de APS no sul do Brasil. Uma maior satisfação com a Unidade Básica de Saúde (UBS) está associada a melhor autopercepção da saúde. Em contrapartida, as características de maior escolaridade, ter mais idade, gênero feminino, tabagismo, presença de doença crônica, utilização do serviço (pelo menos quatro consultas/ano), internações progressas e menor satisfação com o serviço de saúde favorecem uma pior autopercepção da saúde<sup>(17)</sup>. Outra pesquisa, realizada com adolescentes, adultos e idosos em setores censitários da cidade de Pelotas, destacou a relação entre a autopercepção da saúde e aspectos sociais, demográficos e (em menor magnitude) comportamentais. Observou-se entre os adultos e idosos, associação entre autopercepção da saúde ruim e gênero feminino, maior faixa etária, menor nível econômico e ocorrência de morbidade. Considerando-se os adolescentes, houve associação dos fatores menor nível econômico e menor escolaridade com a autopercepção da saúde ruim. Entre adolescentes e adultos, foi constatada associação entre o tabagismo e autopercepção da saúde ruim<sup>(19)</sup>.

Em diferentes pesquisas realizadas com a população adulta, a escolaridade tem se associado à autopercepção da saúde. Contudo, possivelmente devido a diferenças metodológicas e nas populações estudadas, a relação entre autopercepção da saúde e escolaridade se manifesta com direções de crescimento variadas na literatura<sup>(17,18)</sup>.

Ao se analisar pesquisa que avaliou adultos adscritos à rede de APS no sul do Brasil, verificou-se que indivíduos com menor escolaridade (um a oito anos) apresentaram boa autopercepção da saúde com mais frequência (30%) do que aqueles com escolaridade mais alta (acima de 13 anos) (18%). Os autores atribuem os achados a uma maior expectativa do significado de boa saúde para as classes sociais mais altas e com maior escolaridade, influenciada pela menor ocorrência de doenças nesses segmentos sociais<sup>(17)</sup>.

Em contrapartida, em estudo que avaliou adultos de 69 países, incluindo o Brasil, se evidenciou uma associação inversa entre anos de escolaridade e autopercepção de saúde ruim. Indivíduos com menos anos de escolaridade apresentaram duas vezes mais chances de relatar autopercepção da saúde ruim que

aqueles com mais anos de escolaridade. Esses achados foram consistentes entre homens e mulheres, entre países de baixa, média e alta renda e entre regiões<sup>(18)</sup>.

A inclusão de variáveis relacionadas à autopercepção da saúde em estudos epidemiológicos é relevante por contribuir para a compreensão da saúde enquanto condição complexa, multifatorial e envolvida com a subjetividade. Assim, pode se considerar que a autopercepção da saúde reflita uma percepção integrada do indivíduo quanto às dimensões biológicas, psicológicas e sociais<sup>(19)</sup>.

## **2.3. Qualidade de vida em saúde**

### **2.3.1. Conceito e relevância**

Outro conceito que evidencia a complexidade e multidimensionalidade da saúde é o de qualidade de vida, o qual inter-relaciona meio ambiente, aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. Segundo a OMS, a qualidade de vida é definida como: Percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>(20)</sup>.

O Ministério da Saúde utiliza o seguinte conceito de qualidade de vida: Grau de satisfação das necessidades da vida humana – como alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer e elementos materiais – que tem como referência noções subjetivas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. A formulação desse conceito envolve três aspectos: Histórico; Cultural e Estratificações ou classes sociais. Ou seja, uma determinada sociedade apresenta parâmetros de qualidade de vida condizentes com seu momento histórico; valores, tradições e necessidades; além de serem influenciados pelas estratificações sociais – especialmente em situações em que as iniquidades são mais evidentes, as concepções de bem-estar também são estratificadas conforme as classes sociais. Os valores não materiais (tais como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal, felicidade) devem, do mesmo modo, ser considerados na concepção de qualidade de vida<sup>(8)</sup>.

O interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida justifica-se por sua contribuição para: avaliar a eficácia, eficiência e impacto de tratamentos para grupos

de portadores de agravos específicos; comparar procedimentos; avaliar a relação custo-benefício dos serviços prestados; aprovar e definir tratamentos; definir estratégias na área de saúde e monitorar a manutenção da qualidade de vida dos pacientes<sup>(21)</sup>.

Sugere-se que a avaliação da qualidade de vida seja incluída na prática clínica a fim de aprimorar a assistência à saúde<sup>(22)</sup>. Ao se avaliar e considerar a qualidade de vida na atenção à saúde é ressaltado o objetivo de bem-estar do paciente, iniciativa que reafirma o compromisso com a promoção de uma abordagem holística da saúde<sup>(20)</sup>. Sendo assim, o alcance de uma melhor qualidade de vida tem sido considerado um resultado a ser esperado das condutas de promoção e proteção em saúde<sup>(21)</sup>.

### **2.3.2. Classificação e instrumentos para avaliação da qualidade de vida**

A avaliação da qualidade de vida requer uma abordagem sistêmica a qual envolve a identificação de seus fatores e as inter-relações entre eles. Contudo, devido à natureza complexa e multifatorial do tema, a classificação desses fatores e de como se associam não é consenso na literatura<sup>(23)</sup>.

Os fatores que determinam a qualidade de vida tem sido classificados como internos e externos. Os fatores relativos ao ambiente externo seriam tanto os que não podem ser regulados por políticas públicas (como o clima ou a posição geográfica do país), quanto aqueles que são afetados por elas (estabilidade política, corrupção, crescimento econômico, seguridade social, entre outras). Por outro lado, os fatores internos são considerados como aqueles que podem, de certa forma, ser controlados pela pessoa como sujeito de direitos (família, relações interpessoais, aspectos físicos, psicológicos e espirituais, por exemplo). Todos esses fatores formam um sistema integral e interconectado, sendo que os mais frequentemente utilizados na literatura são: liberdade, estabilidade política, ambiente econômico, acesso à educação e seguridade social - fatores do ambiente externo - bem como condição de saúde, segurança pessoal, conquistas educacionais, família, remuneração e moradia - fatores do ambiente interno. Tais fatores de qualidade de vida tem sido agrupados em diversas áreas da ciência como: bem-estar físico (condição funcional e de saúde); bem-estar social e bem estar-material. Outra forma de abordar o tema qualidade de

vida é a identificação de níveis de análise, classificados em: individual em contraponto ao societário, objetivo em oposição ao subjetivo<sup>(23)</sup>.

Assim como o interesse pela qualidade de vida tem aumentado, também tem crescido o número de instrumentos para mensurá-la<sup>(21)</sup>.

Com o objetivo de transformar as informações subjetivas sobre a qualidade de vida em dados quantitativos, comparáveis entre populações diferentes, foram elaborados questionários sobre o assunto os quais possibilitaram estudos na área clínica e econômica. Apesar de o conceito de qualidade de vida não ser consensual, a maioria dos autores concorda que a avaliação do tema deve abordar os domínios físico, social, psicológico e espiritual, com o objetivo de captar a experiência de cada indivíduo<sup>(22)</sup>.

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem ser classificados em genéricos e específicos<sup>(22,24,25)</sup>. Os primeiros buscam avaliar de forma global os domínios relevantes quanto à qualidade de vida (físico, social, psicológico, espiritual). Nesse quesito, destacam-se como exemplos o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), Nottingham Health Profile (NHP), Quality of Well-being (QWB) e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)<sup>(22)</sup>. Por outro lado, os instrumentos específicos avaliam de forma individualizada alguns aspectos da qualidade de vida e são mais sensíveis ao analisar respostas após uma intervenção terapêutica<sup>(22,24)</sup>.

Também tem sido realizados estudos sobre a qualidade de vida com enfoque qualitativo, por meio de questões abertas. Esses estudos apresentam como características amostras menores, porém uma compreensão mais ampla dos sentidos que os sujeitos atribuem à qualidade de vida. Essa abordagem abrangente da qualidade de vida não é passível de ser realizada por meio de instrumentos de avaliação com opções de respostas previamente estabelecidas<sup>(21)</sup>.

Sugere-se que a escolha do instrumento de avaliação da qualidade de vida que melhor se aplica aos objetivos de cada pesquisa seja pautada pelos seguintes parâmetros: instrumento simples, de fácil aplicação e compreensão, com tempo de administração apropriado<sup>(22)</sup>. Também devem ser considerados a validação do instrumento e adaptação para o idioma e cultura locais, bem como suas propriedades psicométricas (consistência interna, validade e confiabilidade teste-reteste)<sup>(25)</sup>.

Em revisão sistemática<sup>(21)</sup> dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo, considerando-se artigos de aplicação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida validados para a língua portuguesa (n=73), 46,5% utilizaram instrumentos genéricos e 53,5% instrumentos específicos. Entre os instrumentos genéricos utilizou-se o Medical Outcomes Studies 36 Short-Form Health Survey (SF-36); o Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form Health Survey (SF-12); o WHOQOL-100 e o WHOQOL-BREF. Os instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida utilizados pelas publicações analisadas apresentaram enfoque quanto à faixa etária, gênero, agravos de saúde específicos e saúde ocupacional: 1. Saúde do adulto, com ênfase nos seguintes agravos: distúrbio do sistema visual; câncer; distúrbios pulmonares; neurológicos; psicológicos; cardiovasculares; renais; ortopédicos; reumatológicos; alterações do equilíbrio; doenças infectocontagiosas; saúde bucal e distúrbios endocrinológicos; 2. Saúde da criança e do adolescente, com enfoque em: portadores de distúrbios neurológicos; intestinais; pós-cirúrgico; saúde bucal e distúrbios reumatológicos; 3. Saúde do idoso, abordagem quanto a aspectos psicológicos e saúde bucal; 4. Saúde da mulher, com ênfase nos seguintes aspectos: doença reumatológica; climatério; câncer; distúrbios urológicos; atleta; violência doméstica; doença infectocontagiosa e cardiovascular; 5. Saúde ocupacional, com enfoque em aspectos diversos da saúde do trabalhador ou em classes específicas (enfermeiros, cirurgiões-dentistas e professores do ensino fundamental). São exemplos de instrumentos específicos: Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé (AUQUEI) - para crianças de 4 a 12 anos; Women's health questionnaire (WHQ) - para saúde da mulher; Dizziness Handicap Inventory (DHI) - para portadores de distúrbios do equilíbrio; Voice related quality of life questionnaire (VRQOL) - relativo à voz; HIV-Aids quality of life test (HAT-QOL) - para portadores do HIV.

Dentre os instrumentos de avaliação genéricos da qualidade de vida o WHOQOL-BREF destaca-se por ser utilizado em diversos países do mundo, o que demonstra as várias possibilidades de sua utilização, em uma perspectiva internacional e transcultural. Trata-se de instrumento curto, de rápida aplicação, com possibilidade de aplicação tanto às populações saudáveis quanto àquelas com algum agravo específico de saúde<sup>(26)</sup>.

Uma vez que o WHOQOL-100 pode ser muito extenso, o WHOQOL-BREF foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de vida da OMS, em um projeto colaborativo e multicêntrico, como uma alternativa breve, acurada e conveniente. Desse modo, seria mais adequada, por exemplo, a usos como grandes pesquisas epidemiológicas nas quais a qualidade de vida é apenas uma entre diversas variáveis de interesse. Esse instrumento é constituído por 26 questões, com respostas estruturadas em escala tipo Likert. As duas primeiras questões são analisadas separadamente e referem-se, respectivamente, à percepção geral do indivíduo sobre a própria qualidade de vida e sobre o quão satisfeito está com a própria saúde. As demais 24 questões abordam os domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Todos os quatro domínios do WHOQOL-BREF devem ser considerados ao se avaliar a qualidade de vida geral<sup>(20)</sup>.

Em pesquisa das bases de dados LILACS e MEDLINE verificou-se que 33 países dos cinco continentes publicaram estudos utilizando o instrumento WHOQOL-BREF para avaliações de qualidade de vida, sendo que aqueles que mais utilizaram essa avaliação foram o Brasil (14,2%), Taiwan (13%) e Alemanha (8,2%) (n=169). As características mais frequentes dos sujeitos pesquisados foram população em geral e doentes psiquiátricos, ambos com percentual de 22,6% (n=234 estudos)<sup>(26)</sup>.

Observa-se que o WHOQOL-BREF pode ser utilizado na prática clínica de forma a aprimorar a relação médico-paciente, como instrumento de análise e comparação de resposta a diferentes tratamentos, em avaliações de serviços e políticas de saúde, assim como em pesquisas<sup>(26)</sup>.

Além disso, o WHOQOL-BREF pode contribuir para instrumentalizar ações de promoção à saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), favorecendo o vínculo e cuidado longitudinal. As possibilidades de utilização desse instrumento no contexto da ESF referem-se aos seguintes aspectos: 1. Os conceitos de promoção da saúde e os domínios do WHOQOL-BREF tem em comum o compartilhamento de uma visão ampliada do processo saúde-doença; 2. A avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL-BREF pode auxiliar a identificar valores, crenças e preferências de pessoas e grupos, bem como permitir o reconhecimento de possíveis divergências de pontos de vista entre população e profissionais/equipe de saúde; 3. Essas análises favorecem a interação emancipatória com pessoas em situação de vulnerabilidade, já

que estimulam a problematização e reflexão sobre as expectativas de qualidade de vida que desejam para si e a que têm direito; 4. O WHOQOL-BREF pode ser utilizado como indicador ou sentinela ao orientar sobre o domínio da vida das pessoas que estaria mais comprometido, facilitando o planejamento de ações apropriadas a esse respeito<sup>(27)</sup>.

### **2.3.3. Qualidade de vida na perspectiva da atenção primária à saúde**

Na atualidade, em consonância com o cenário internacional e dada a relevância do tema, estudos realizados no Brasil abordando a qualidade de vida são cada vez mais presentes na literatura científica.

Em pesquisa realizada com usuários do SUS na atenção primária - município de Alfenas (MG) - com idade igual ou superior a 18 anos (n=100), verificou-se boa qualidade de vida, com predomínio de escores superiores a 70 em uma escala de 0 a 100 pontos nos domínios avaliados pelo questionário SF-36. O domínio de qualidade de vida com os melhores resultados foi o dos aspectos sociais e o mais comprometido foi a vitalidade. Observou-se que a qualidade de vida foi influenciada pelos fatores gênero, faixa etária, polifarmácia e condições socioeconômicas: Melhores escores entre as mulheres para os domínios vitalidade e saúde mental; valores mais baixos entre os usuários das faixas etárias de 45 a 65 anos em relação ao domínio estado geral e, para os indivíduos acima de 65 anos, quanto aos domínios capacidade funcional e aspectos sociais; escores mais baixos também entre os sujeitos portadores de doenças crônicas com necessidade de tratamento contínuo, presença de comorbidades e polifarmácia; assim como para a UBS localizada em região de maior vulnerabilidade social, com a maioria dos indivíduos que apresentaram os menores valores no SF-36<sup>(28)</sup>.

Outro estudo avaliou a qualidade de vida, por meio do WHOQOL-BREF, entre os portadores de doenças crônicas, maiores de 14 anos, usuários das UBS vinculadas à Universidade Católica de Pelotas (RS) (n=920). As maiores médias de resultado segundo os domínios do WHOQOL-BREF foram para as relações sociais e as piores para o domínio ambiente. Verificou-se percepção de qualidade de vida inferior entre as mulheres; pessoas mais velhas; de classe social mais baixa (D e E); que não viviam com companheiro e portadores de alguma doença crônica. Os portadores de doenças

do sistema nervoso foram os que apresentaram médias mais baixas em todos os domínios de qualidade de vida, exceto pelo domínio ambiente, mais baixo entre os usuários com doenças mentais<sup>(29)</sup>.

Considerando-se idosos, de 60 a 80 anos, da área de abrangência de uma UBS em Florianópolis (SC), avaliados por meio do WHOQOL-OLD (n=106), a qualidade de vida apresentou nível satisfatório para a maioria dos pesquisados. Esse fato não foi observado apenas quanto aos quesitos medo de sentir dor antes de morrer e perda dos sentidos afetar de algum modo a vida diária, sendo relatada insatisfação por 50,0% e 71,7% dos sujeitos, respectivamente<sup>(30)</sup>.

Artigo científico evidenciou que mensurar o nível de saúde e qualidade de vida da população configura-se como uma atividade de difícil realização, em estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas com 36 profissionais de Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte (MG) que participaram de oficinas de qualificação sobre o uso de indicadores de saúde na atenção primária. A maioria desses profissionais demonstra compreensão sobre essa ferramenta e a respeito da importância desses indicadores para o planejamento de ações e prestação da assistência em saúde, contudo a aplicabilidade dos indicadores é ainda incipiente<sup>(31)</sup>.

Cabe ressaltar que a qualidade de vida é tema prioritário para o direcionamento de políticas públicas em saúde<sup>(32)</sup>, seja em relação à população geral ou à grupos específicos como pessoas com doenças crônicas ou idosos. Portanto, devido a sua relevância e complexidade, a qualidade de vida deve permanecer no foco de pesquisadores, gestores, profissionais usuários dos serviços de saúde.

## **2.4. Letramento em saúde**

### **2.4.1. Conceitos, assuntos correlatos e relevância**

A crescente relevância do letramento em saúde pode ser observada no âmbito das pesquisas científicas, da prática clínica e das políticas de saúde. O letramento em saúde tem sido definido de diferentes maneiras e apesar de não haver um conceito consensual, as definições têm em comum a abordagem do acesso e compreensão da informação em saúde e da tomada de decisões para gerenciamento da própria saúde.

Segundo a OMS, letramento em saúde representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação em meios que promovem e mantêm uma boa saúde<sup>(3)</sup>.

O Consórcio Europeu de Letramento em Saúde desenvolveu, em 2012, conceito semelhante, porém mais amplo: O letramento em saúde está ligado ao letramento e implica o conhecimento, motivação e competências das pessoas para ter acesso, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana relativas aos cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida<sup>(33)</sup>.

Uma vez que o conceito de letramento em saúde é amplo e complexo, cabe destacar a necessidade de compreensão de assuntos correlatos ao abordá-lo, como a alfabetização, letramento, letramento funcional, educação em saúde e alfabetização em saúde.

A princípio é fundamental definir o que é alfabetização e letramento do ponto de vista educacional, uma vez que são conceitos específicos, mas indissociáveis. A alfabetização é a aquisição do sistema convencional de escrita, ou seja, é tornar o indivíduo capaz de ler e escrever. Por outro lado, o letramento refere-se às habilidades de uso desse sistema em atividades de leitura e escrita, assim como nas práticas sociais que envolvem a língua escrita. Seria o estado ou condição adquirido por uma pessoa ou grupo social como consequência de ter se apropriado da escrita em seu cotidiano. Sendo assim, observa-se uma progressiva extensão do conceito de alfabetização em direção ao do letramento: do saber ler e escrever, em direção ao ser capaz de fazer uso da leitura e da escrita<sup>(34)</sup>.

Outra definição utilizada tem sido a de letramento funcional, sendo que a funcionalidade nesse caso seria relativa a capacidade do indivíduo de utilizar a leitura, escrita e cálculo sempre que for preciso realizar determinada atividade ou construir novos aprendizados, necessários ao seu desenvolvimento pessoal e contexto social<sup>(35)</sup>.

Educação e saúde são áreas estreitamente vinculadas. Fato que é representado pelo conceito de educação em saúde: um conjunto de práticas

pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde e de saneamento ambiental. A educação em saúde é caracterizada ainda como: um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social<sup>(36)</sup>.

A educação em saúde é prática transversal inerente a todas as atividades desenvolvidas no âmbito do SUS. Além disso, a educação em saúde proporciona a articulação entre os níveis de gestão do sistema, sendo fundamental para a formulação de políticas de saúde de forma compartilhada e para as ações em saúde, as quais se desenvolvem na relação direta entre serviços e usuários<sup>(37)</sup>.

Portanto, analisando-se as definições expostas até o momento, verifica-se muitos pontos em comum entre os conceitos de educação em saúde e de letramento em saúde, tais como o acesso a informações em saúde e desenvolvimento da consciência crítica para ação sobre a própria vida e sobre seu contexto social. Cabe ressaltar que no presente trabalho a educação em saúde e o letramento em saúde serão considerados distintos, sendo a primeira tomada como temática mais abrangente e prática desenvolvida por diversos atores (gestores, profissionais de saúde, usuários, comunidade) e o último, como atributo ou capacidade individual (sem deixar de se reconhecer que o letramento em saúde dos sujeitos influencia e é influenciado pelo ambiente social das pessoas). O letramento em saúde tem sido considerado um termo composto para descrever um conjunto de resultados de ações de educação em saúde e comunicação, numa perspectiva em que a educação em saúde contribui diretamente para aprimorar o letramento em saúde<sup>(38)</sup>.

Também é importante abordar a alfabetização em saúde, descritor registrado na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que tem como referência o descritor em inglês “health literacy”. A definição apresentada para alfabetização em saúde no Descritores das Ciências em Saúde da BVS é a seguinte: Grau de capacidade que indivíduos têm de obter, processar e compreender a informação e os serviços básicos sobre saúde, necessário para tomar decisões apropriadas em saúde.

Assim, de acordo com os conceitos apresentados até agora, observa-se que o termo alfabetização em saúde foi utilizado como forma semelhante à definição da OMS de letramento em saúde. Por se considerar o letramento em saúde denominação mais abrangente e em acordo com a temática trabalhada no presente estudo, este será o termo utilizado neste texto.

O letramento em saúde significa ir além de ser capaz de ler e compreender orientações escritas ou de agendar consultas. Representa o alcance de um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança o qual permite agir a fim de melhorar a própria saúde e a da comunidade em que se vive, por meio de mudanças quanto a hábitos pessoais e condições de vida<sup>(3)</sup>. Sendo assim, fortalecer o letramento em saúde tem demonstrado favorecer a resiliência individual e comunitária, auxilia no enfrentamento das iniquidades e melhora a saúde e bem-estar. Em contrapartida, o letramento em saúde inadequado está associado à comportamentos de risco, redução do autocuidado e aumento de hospitalizações e custos<sup>(33)</sup>.

Verifica-se que o letramento em saúde é dependente de níveis mais gerais de letramento (capacidade de leitura e escrita). Caso estes estejam inadequados, podem limitar o desenvolvimento pessoal, social e cultural do indivíduo e, portanto, impossibilitar que alcance o letramento em saúde<sup>(3)</sup>.

Considerando-se a relevância do assunto a OMS (escritório regional da Europa) publicou recentemente evidências - como os resultados da Pesquisa Europeia sobre Letramento em Saúde - de que a abordagem do tema é ampla e envolve toda a sociedade: nível individual e complexidade do contexto no qual o indivíduo vive. Os dados coletados demonstraram que cerca de metade dos europeus pesquisados apresentam letramento em saúde inadequado ou limitado<sup>(33)</sup>.

Dadas as iniquidades presentes na realidade brasileira, observa-se que o alcance de letramento em saúde adequado é também um desafio a ser superado no Brasil. Tais iniquidades são representadas, por exemplo, pela coexistência do analfabetismo e de limitações quanto a escolaridade para parcela numerosa da população. A taxa de analfabetismo das pessoas com 18 anos ou mais no Brasil é de 9,2%, sendo menor na região Sul (4,7%) e maior na Nordeste (18,7%), fato que evidencia as diferenças entre regiões<sup>(39)</sup>.

### **2.4.2. Classificação do letramento em saúde**

Em termos do campo de possibilidades de determinado sujeito, o letramento em saúde pode ser classificado como: 1. Letramento básico/funcional: habilidades básicas de leitura e escrita que permitem ao indivíduo funcionar efetivamente em situações cotidianas; 2. Letramento comunicativo/interativo: habilidades cognitivas e de letramento mais avançadas, as quais, junto às habilidades sociais, podem ser utilizadas para participar ativamente nas atividades cotidianas, extrair informações e depreender significados de diferentes meios de comunicação, assim como para aplicar novas informações a fim de modificar circunstâncias; 3. Letramento crítico: habilidades cognitivas e de letramento ainda mais avançadas, as quais, junto às habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar informações criticamente e utilizá-las para exercer maior controle sobre os eventos da vida e situações<sup>(38)</sup>.

A referida classificação sugere que os diferentes níveis de letramento em saúde permitem progressivamente maior autonomia. Essa progressão entre os níveis de letramento é dependente de fatores como desenvolvimento cognitivo, exposição à diferentes informações/mensagens (conteúdo e métodos de comunicação), respostas variáveis para cada pessoa à essas informações, habilidades sociais e autogerenciamento de questões específicas<sup>(38)</sup>.

Analisar o nível de letramento funcional, comunicativo e crítico dos pacientes pode contribuir para que os profissionais de saúde compreendam melhor as possíveis limitações dos pacientes em aderir ao autocuidado e a comportamentos promotores de saúde. Além disso, ressalta a necessidade do sistema de saúde se adequar a provisão de informação em saúde a fim de reduzir as limitações de letramento em saúde de seus usuários<sup>(40)</sup>.

Em contraste com a classificação acima, a OMS define letramento em saúde de forma mais ampla e sem estratificar o letramento em saúde em níveis. Todavia, também inclui em seu conceito os elementos do letramento interativo e crítico, indicando que o letramento em saúde tem implicações pessoais e sociais<sup>(38)</sup>. Por conseguinte, por ser apropriada e abrangente, a definição utilizada pela OMS será a adotada no presente estudo.

### 2.4.3. Instrumentos para avaliação do letramento em saúde

Apesar da falta de consenso quanto ao seu conceito, o letramento em saúde é reconhecido como tema relevante e mensurável<sup>(40)</sup>.

Conhecer o letramento em saúde é fundamental para se alcançar desfechos clínicos mais favoráveis, assim como para reduzir as iniquidades em saúde. Além disso, a utilização de testes validados permite classificar o grau de letramento em saúde, determinar a intervenção mais apropriada a ser realizada e evitar o constrangimento do paciente em relatar suas possíveis limitações quanto a compreensão de leitura e habilidades numéricas. Contudo, a identificação do nível de letramento em saúde não é tarefa fácil<sup>(41)</sup>.

Uma das maneiras de analisar as formas de mensurar o letramento em saúde é classificá-las em:

1. Testes de triagem clínica (compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e habilidades numéricas) - Propósito: Identificar dificuldades em compreender e utilizar informações em saúde / Limitações: Estigmatização de pessoas com letramento em saúde inadequado e abordagem incompleta do assunto;

2. Medidas de aproximação do letramento em saúde utilizando pesquisas populacionais sobre letramento - Propósito: Permite estimar a proporção da população que pode ter dificuldade / Limitações: Abordagem incompleta do assunto e provisão de pouca orientação quanto às intervenções necessárias;

3. Pesquisas com medidas diretas das habilidades das pessoas em compreender, acessar, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde - Campo em expansão<sup>(41)</sup>.

Novas escalas aplicadas a grupos ou populações podem prover informações para possibilitar aos profissionais e organizações melhores serviços para pessoas com letramento em saúde limitado<sup>(33)</sup>.

Além dos instrumentos que avaliam o letramento em saúde de forma geral, existem outros elaborados para áreas específicas da saúde, visando determinar o conhecimento e capacidade do paciente em lidar com distúrbios como asma, diabetes, hipertensão e doenças cardíacas<sup>(42)</sup>.

Diversos instrumentos de avaliação do letramento em saúde tem sido desenvolvidos. Grupo de pesquisadores na Europa desenvolveu e aplicou o European

Health Measurement Instrument em oito países: Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polônia e Espanha. Esse instrumento de avaliação do letramento em saúde é constituído por 47 questões para mensurar a dificuldade percebida pelos indivíduos em tarefas relevantes na área de saúde como: compreender o que o médico diz, avaliar se uma informação sobre doença nas mídias de massa é confiável, encontrar informação sobre como lidar com problemas mentais como estresse e depressão, compreender informações em embalagens de alimentos ou participar de atividades para aprimorar a saúde e bem-estar na própria comunidade. Por meio desse instrumento foi elaborado o General Index of Health Literacy para transformação dos escores do teste em uma escala em quatro níveis de letramento em saúde: inadequado, limitado, suficiente e excelente. A fim de se identificar grupos vulneráveis, o conceito de letramento em saúde limitado foi definido como abrangendo os níveis inadequado e limitado<sup>(33)</sup>.

Em revisão sistemática da literatura sobre o letramento em saúde, verificou-se que o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), o Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) e sua versão reduzida (S-TOFHLA) são os testes mais frequentemente utilizados. O Medical Term Recognition Test (METER), Perguntas de um item e o Newest Vital Sign (NVS) também são comumente empregados para esse fim. A maioria desses instrumentos de avaliação classifica o indivíduo como apresentando letramento em saúde inadequado, limitado ou adequado (conforme pontuação pré-estabelecida), com tempo de administração entre 1 e 12 minutos. O METER e Perguntas de um item são autoadministrados, ao contrário dos demais testes citados. Alguns testes avaliam exclusivamente o reconhecimento e pronúncia de palavras na área de saúde (REALM e METER) e outros são mais abrangentes, com avaliação da interpretação de informações (NVS) ou leitura e compreensão com tempo determinado (TOFHLA e S-TOFHLA)<sup>(41)</sup>.

Apesar de serem úteis na prática clínica, nenhum dos testes supracitados para avaliação do letramento em saúde abrange a complexidade do tema, uma vez que ele envolve uma variedade de textos e contextos, do domínio da linguagem escrita e oral<sup>(41,42)</sup>. Além disso, esses instrumentos apresentam limitações quanto ao seu uso na realidade brasileira: são testes elaborados para países cuja realidade social,

econômica e educacional diverge significativamente da que se observa no Brasil, sendo assim dificultada a adaptação transcultural dessas avaliações<sup>(41)</sup>.

Do mesmo modo que se observa o interesse por instrumentos de avaliação do letramento em saúde mais abrangentes, também há empenho em identificar medidas breves e práticas. Verifica-se na literatura duas abordagens a esse respeito. A primeira é desenvolver testes mais curtos e objetivos, como o S-TOFHLA (versão breve do TOFHLA). A segunda, é mensurar o letramento em saúde por meio da autopercepção do paciente sobre suas dificuldades em compreender os profissionais de saúde e materiais escritos do ambiente dos serviços de saúde. A percepção do paciente permitiria identificar as incompatibilidades entre a capacidade do indivíduo e as demandas de comunicação geradas no âmbito da saúde<sup>(42)</sup>.

Considerando o ponto de vista dos pacientes, pesquisadores desenvolveram perguntas de triagem a fim de identificar aqueles com letramento em saúde marginal ou inadequado<sup>(43)</sup>. Foram elaboradas 16 questões, com respostas em escala tipo Likert, sendo que três dessas foram efetivas em detectar o letramento em saúde inadequado (classificado utilizando-se os escores do teste S-TOFLHA):

1. Com que frequência você precisa da ajuda de alguém para ler materiais sobre saúde?

2. O quão seguro você se sente ao preencher formulários médicos por conta própria?

3. Com que frequência você tem problemas em compreender sua condição de saúde devido a dificuldades em entender informações escritas?

Entretanto não há comprovação de que esses achados possam ser generalizados para outras populações, sendo necessários mais estudos acerca das perguntas de triagem<sup>(42)</sup>.

Outra possibilidade a ser considerada é a de que aspectos sociodemográficos já seriam por si bons preditores do letramento em saúde<sup>(42)</sup>.

Mais um aspecto de importância a ser analisado é o letramento oral em saúde, uma vez que a compreensão de instruções verbais sobre os cuidados em saúde é fundamental. O letramento oral em saúde diferencia-se do letramento sobre material escrito em saúde por não depender da capacidade de leitura, contudo, de forma semelhante, depende de habilidades cognitivas. Por isso, é possível que pessoas com

letramento sobre material escrito em saúde limitado, também apresentem limitações quanto ao letramento oral e estes dois quesitos sejam parte de uma mesma variável. Assim sendo, torna-se complexa a avaliação da perspectiva oral do letramento em saúde separadamente da escrita. Fato que enfatiza a necessidade de pesquisas nessa área<sup>(42)</sup>.

A excelência na medição inicia-se com a clareza sobre o que precisa ser medido e acerca da finalidade desse procedimento. Existem mais de 20 ferramentas de avaliação do letramento em saúde. Entretanto, as medidas existentes de letramento em saúde ainda são muito dirigidas aos indivíduos e devem ser expandidas para incluir o nível coletivo (comunidades), bem como devem avaliar o quão favoráveis ao letramento em saúde são os materiais, organizações e ambientes<sup>(33)</sup>.

O número de publicações no âmbito da literatura internacional acerca do letramento em saúde é crescente, assim como a abrangência dos aspectos abordados: conceito, instrumentos de avaliação, prevalência dos diferentes níveis de letramento em saúde, fatores associados a eles, assim como ações para aprimorar o letramento em saúde. Entretanto, é consenso que as pesquisas sobre o assunto ainda precisam progredir a fim de se obter maior adequação à multidimensionalidade do assunto.

O Consórcio Europeu de Letramento em Saúde, em pesquisa realizada com 7795 pessoas de oito países da Europa (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Espanha, Irlanda, Suíça e Polônia), avaliou em 47% a prevalência de europeus que apresentam letramento em saúde limitado (ou seja, classificado como inadequado (12%) ou problemático (35%)), por meio do European Health Measurement Instrument - General Health Literacy Index). Esse grupo de pesquisa destaca os fatores identificados sobre o letramento em saúde: 1. O baixo letramento em saúde é frequente entre todas as faixas etárias, mesmo em países com sistema educacional e desenvolvimento econômico bem estruturados; 2. O letramento em saúde limitado entre os europeus é comum, não sendo um problema exclusivo das minorias; 3. A prevalência de letramento em saúde limitado apresenta grande variação entre os países avaliados (29% na Suíça e 62% na Bulgária); 4. Alguns grupos são mais vulneráveis a esse problema: aqueles com condições sociais mais precárias (baixos níveis educacionais e de remuneração, por exemplo), piores condições de saúde (pior

autopercepção da saúde, doenças crônicas e presença de limitações funcionais) e pessoas com idade mais avançada. As ações propostas pelos autores para o enfrentamento dessa realidade incluem: 1. Abordagem do letramento em saúde como questão relativa aos governos e à sociedade; 2. Envolvimento de múltiplos investidores/atores no letramento em saúde (público em geral, profissionais de saúde e agências de governos, comunidade acadêmica e empresarial, mídia, entre outros); 3. Desenvolvimento de iniciativas para simplificar a linguagem/comunicação (materiais sensíveis às diferenças culturais, de gênero e idade quanto ao seu conteúdo e formato, possibilitando ao usuário a compreensão assim que ler ou ouvir as orientações); 4. Investimento em medição/avaliação e pesquisas (financiamento para pesquisas e ampliação dos estudos realizados para mais países da Europa, repetidas em intervalos regulares)<sup>(33)</sup>.

De acordo com o National Assessment of Adult Literacy, pesquisa que investigou o letramento de americanos com idade igual ou superior a 16 anos em 2003, 14% e 29% da população apresentava letramento abaixo do básico e básico, respectivamente<sup>(44)</sup>. Com base nesses dados, o Institute of Medicine (IOM) estima que cerca de 90 milhões de americanos tem dificuldade em compreender e atuar a respeito de informações em saúde. Os pesquisadores ressaltam que para reduzir os efeitos negativos do letramento em saúde inadequado esforços devem ser realizados por parte dos diversos setores envolvidos com o problema: governo, escolas, serviços de saúde e comunidade. Os autores do estudo ressaltam ainda a necessidade de novas medidas para o letramento em saúde, pesquisa multidisciplinar, inclusão de temas relacionados à saúde nos planos de aula, inclusão do tema letramento em saúde nos currículos de profissionais envolvidos e necessidade de abordagens efetivas por parte dos sistemas de saúde<sup>(45)</sup>.

No International Adult Literacy and Life Skills Survey (IALSS), avaliou-se o letramento em saúde por meio de 191 perguntas relativas a tarefas cotidianas, consideradas como medidas de atividades relacionadas à saúde. As questões foram agrupadas em cinco domínios (promoção da saúde, proteção à saúde, prevenção de doenças, navegação no sistema de saúde, cuidados em saúde e manejo de doenças) e a pontuação estruturada também em cinco níveis, sendo que a pontuação abaixo do nível três indica letramento em saúde inadequado. Entre os canadenses, 60%

(cerca de 12 milhões de pessoas), apresentaram essa característica, sendo considerados com limitações para obter, entender e agir mediante as informações e os serviços de saúde, bem como de tomar decisões apropriadas sobre saúde por si próprios. Ao analisar os idosos (65 anos ou mais), verifica-se que o letramento em saúde inadequado é ainda mais prevalente, sendo que 80% apresentaram pontuação no nível um, o mais baixo da escala utilizada<sup>(46)</sup>.

No contexto da intervenção em relação ao letramento em saúde inadequado ainda há muito o que se pesquisar<sup>(47)</sup>. Estudo realizado por fonoaudiólogos na África do Sul sugere estratégias como materiais escritos, ilustrações, contato telefônico, material audiovisual, mensagens de celular, lembretes no celular e informação clínica personalizada para maximizar o letramento em saúde e recordação dos pacientes. Contudo, ressaltou-se que não existe solução única e universal, portanto, sugere-se a utilização de estratégias combinadas, adequadas ao paciente e ao tratamento proposto para ele<sup>(47,48)</sup>.

Dentre os artigos nacionais, estudos de revisão abordam questões como o conceito, impacto na interação entre usuários profissionais e sistema de saúde<sup>(49)</sup>, epidemiologia, associação entre letramento em saúde inadequado e desfechos clínicos desfavoráveis, avaliação, determinantes e alertas para o letramento em saúde inadequado<sup>(41)</sup>.

O letramento em saúde inadequado é prevalente em diversos países e associa-se a desfechos clínicos desfavoráveis. Apesar de mais frequente entre os segmentos sociais mais vulneráveis, não é característica exclusiva dessa condição social. A identificação do nível de letramento em saúde é tarefa difícil, mas fundamental para promoção de melhores desfechos de saúde e para minimização das iniquidades. Pesquisadores recomendam que os profissionais de saúde, especialmente ao atender pessoas com doenças crônicas, procurem conhecer o grau de letramento em saúde de seus pacientes, assim como avaliar a cada consulta o entendimento deles sobre as orientações realizadas (uma vez que patologias crônicas são caracterizadas pela necessidade de grande volume de informações e acompanhamento continuado dos pacientes). Ressalta-se também a necessidade de os profissionais de saúde analisarem criticamente sua prática clínica, a fim de desenvolver comportamentos e

comunicação adequados que favoreçam os melhores desfechos clínicos aos sujeitos com diferentes níveis de letramento em saúde<sup>(41)</sup>.

Outros pesquisadores endossam esse ponto de vista ao afirmar que as medidas direcionadas à elevação dos níveis do letramento funcional em saúde devem se concentrar tanto na melhoria das competências individuais quanto no papel desempenhado pelos serviços de saúde humanizados, no sentido de aperfeiçoar as comunicações, escritas e orais, para satisfazer as necessidades (e habilidades) de seus usuários<sup>(49)</sup>.

Aspectos relativos ao letramento em saúde, dentre eles a prevalência e associação com presença de doenças crônicas, gênero e escolaridade, integram os conteúdos de eventos como o Congresso da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição de 2011. Pesquisas transversais participantes desse evento apresentaram os seguintes resultados: Letramento em saúde insuficiente em 51,0% dos sujeitos, sem associação com a presença de doenças crônicas (105 pacientes usuários de ambulatórios de prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, avaliação por meio do TOFHLA)<sup>(50)</sup>; Letramento em saúde inadequado/marginal em 66,7% das mulheres e 65,2% dos homens, sem diferença estatística entre os gêneros (119 portadores de doenças crônicas, pacientes de um hospital público, avaliação por meio do S-TOFHLA)<sup>(51)</sup>; Associação entre letramento em saúde e anos de escolaridade, com diferença entre as categorias um a três anos versus oito a 11 anos ( $p = 0,007$ ) e um a três anos versus mais de 12 anos ( $p < 0,001$ ) (24 usuários de uma UBS, avaliação por meio do TOFHLA)<sup>(52)</sup>; Letramento em saúde inadequado, marginal e adequado com as frequências de 57,1%, 9,2% e 33,6%, respectivamente (119 pacientes de um hospital público, avaliação por meio do S-TOFHLA)<sup>(53)</sup>.

Apesar do reconhecimento da prevalência elevada do letramento em saúde inadequado, estudos e artigos científicos que avaliem essas taxas na população brasileira ainda são pouco frequentes. Considerando-se os usuários do SUS, também são escassos levantamentos da prevalência da condição de letramento em saúde.

Estudos na literatura nacional tem se ocupado em avaliar o letramento em saúde por meio de testes padronizados, sendo que há o interesse em validar adaptações de testes internacionais para realidade brasileira – como estudos que utilizaram o S-TOFHLA traduzido e adaptado para o português<sup>(54)</sup>, elaboraram o TLS

– Teste de Letramento em Saúde (baseado na tradução e adaptação do TOFHLA)<sup>(55)</sup> e criaram o Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults - SAHLPA-50 e o SAHLPA-18 (adaptado de teste originalmente em espanhol SAHLSA)<sup>(56)</sup>. Também há pesquisas que se ocupam em elaborar instrumentos de avaliação do letramento em saúde originais como é o caso do TALEs – Teste de Avaliação do Letramento em Saúde, direcionado para pacientes com doença renal<sup>(41)</sup>. Além disso, as pesquisas procuram identificar fatores relacionados ao letramento em saúde entre os quais tem se destacado a escolaridade<sup>(54-56)</sup>, a faixa etária<sup>(54)</sup>, assim como a adesão à terapia medicamentosa<sup>(55)</sup>.

Em estudo que analisou 312 adultos (idade entre 19 e 81 anos), voluntários, preferencialmente usuários de hospitais que prestam atendimento via SUS na cidade de São Paulo, foi observado que 32,4% da amostra apresentaram letramento funcional em saúde inadequado ou limítrofe segundo o teste S-TOFHLA. Entre os idosos (65 anos ou mais) esse resultado foi ainda mais prevalente (51,6%). Verificou-se diferenças com significância estatística nos escores do S-TOFHLA em relação aos anos de escolaridade, indicando maiores médias nos grupos com mais anos de estudo (correlação positiva e significativa, mesmo ao se controlar os efeitos da idade). Ainda a esse respeito, cabe destacar que quase todos os pacientes com três anos ou menos de escolaridade apresentaram letramento em saúde inadequado ou marginal (92,5%), sendo que no extremo oposto - indivíduos com 11 anos ou mais de escolaridade - 98,3% tiveram letramento em saúde adequado. Quanto à idade, foi constatada correlação negativa entre este parâmetro e os escores do S-TOFHLA (entretanto, essa correlação não foi significativa ao se controlar os efeitos da escolaridade). Diferenças significantes foram observadas nas médias dos escores entre o grupo dos mais jovens (18 a 50 anos) e o dos mais idosos (acima de 64 anos), sendo a proporção de indivíduos com letramento em saúde inadequado, respectivamente, 26,0% e 51,6%. Como implicações desta pesquisa destaca-se o fato de que indivíduos com sete anos ou menos de escolaridade muito provavelmente apresentarão letramento em saúde inadequado e que a prevalência desses indivíduos é maior entre os mais idosos. Assim, são necessárias intervenções para auxiliar esses pacientes a melhorar a habilidade em lidar com sua condição de saúde, tais como: orientações mais diretas

e acompanhamento, uso de vídeos educativos e desenvolvimento de programas de rádio e TV sobre condições de saúde específicas<sup>(54)</sup>.

Outro estudo, realizado com 226 idosos (60 anos ou mais) recrutados em duas clínicas geriátricas públicas de São Paulo, também identificou elevada prevalência de letramento em saúde inadequado nessa faixa etária. Seja por meio da autopercepção (16,8% e 55,8%, referiram nível rudimentar e básico, respectivamente), ou pelo teste SAHLPA-50, no qual 66% dos indivíduos pesquisados apresentaram letramento em saúde inadequado. Observou-se correlação entre os escores do teste e da autopercepção de letramento em saúde e, novamente, os resultados se correlacionaram aos anos de escolaridade formal. Os autores referem que o letramento em saúde inadequado é mais frequente entre os idosos possivelmente devido a menor escolaridade nessa parcela da população brasileira<sup>(56)</sup>.

Pesquisa realizada em unidades básicas de saúde de Bagé (RS), identificou 87,0% da amostra com letramento adequado, 10,5% com letramento limitado e 2,6% com letramento inadequado (avaliados por meio do TLS – Teste de Letramento em Saúde, baseado na tradução e adaptação do TOFHLA). Os autores justificaram a elevada prevalência de letramento em saúde adequado pelo fato de que a maioria dos sujeitos avaliados (73,6%) apresentava ensino médio completo. Foi observada diferença estatística entre as pontuações do TLS em relação à escolaridade, sendo que os indivíduos com maior escolaridade apresentaram melhores resultados quanto ao letramento em saúde. Ao se avaliar a adesão à terapia medicamentosa e as dificuldades para adesão (testes Morisky e BMQ – Brief Medication Questionnaire), verificou-se que os indivíduos com baixo letramento em saúde apresentaram mais que o dobro de probabilidades de encontrarem dificuldades para aderir ao tratamento medicamentoso quando comparados àqueles com letramento em saúde adequado. Os autores propuseram que as intervenções realizadas com a finalidade de melhorar a adesão à terapia medicamentosa sejam precedidas por verificação do nível de letramento em saúde dos pacientes, para propiciar a elaboração de estratégias específicas para cada nível identificado<sup>(55)</sup>.

É necessário destacar que a utilidade em se avaliar o letramento em saúde vai depender do que é feito com as informações obtidas e da efetividade das estratégias que são desenvolvidas a partir delas para inovar as formas de comunicação<sup>(42)</sup>.

Nesse sentido, assim como na literatura internacional, identificam-se escassos estudos sobre intervenções relativas ao letramento em saúde.

Estudo de caso de ação de educação em saúde em sala de espera, realizada por acadêmicas de fonoaudiologia em uma UBS de Belo Horizonte, envolveu a participação de cerca de 30 usuários e 10 trabalhadores em saúde e abordou intervenções relativas ao letramento em saúde. As estratégias e atividades realizadas foram criação da mascote “Dona Orelha”, perguntas e respostas sobre saúde auditiva, exposição de filme sobre comunicação e discussão entre os participantes. Dentre essas ações, as estratégias perguntas e respostas sobre saúde auditiva, bem como a discussão entre os participantes (roda de conversa) relacionaram-se ao eixo letramento em saúde. Os autores identificaram que a participação ativa dos usuários ao aguardar o atendimento, assim como suas ponderações e dúvidas durante a ação, favoreceram o letramento em saúde e o desenvolvimento da autonomia. Questões sobre como “cuidar” da audição e prevenir alterações auditivas, bem como acerca do fluxo de marcação de exames revelaram usuários atentos ao seu papel ativo em relação à própria saúde, caracterizando aprimoramento do letramento conceitual em saúde<sup>(57)</sup>.

Portanto, considerando-se o âmbito do SUS, é preciso melhorar o letramento em saúde dos indivíduos e aprimorar a comunicação entre os profissionais, o sistema de saúde e seus usuários<sup>(49)</sup>. Os profissionais de saúde devem reorganizar seus processos de trabalho a fim de favorecer o letramento em saúde. Além disso, estudos sobre a efetividade das ações com esse objetivo devem ser realizados, sob os pontos de vista dos usuários, dos serviços de saúde, trabalhadores e gestores<sup>(57)</sup>.

## 2.5. Referências

1. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007;17(1):29-41.
2. Long AF. The potential of complementary and alternative medicine in promoting well-being and critical health literacy: a prospective, observational study of shiatsu. *BMC Complement Altern Med*. 2009;9:19.
3. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998.
4. Brasil - Ministério da Saúde. Cartas da Promoção da Saúde, 2002. [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_1221\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf)
5. Organização Mundial da Saúde - Definição de determinantes sociais da saúde. [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)
6. Organização Mundial da Saúde, Governo da Austrália Meridional, Adelaide. Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas, 2010. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_adelaide.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_adelaide.pdf)
7. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990; Seção 1:018055.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
9. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil - Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Abril 2008.
10. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.
11. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

12. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*. 2013; 27(78):27-34.
13. Souza CR, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. *Physis*. 2013;23(2):393-413.
14. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.
15. World Health Organization. Primary health care: now more than ever. Geneva, The World Health Report 2008, 2008d.
16. Savassi LCM. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. *R Bras Med Fam e Comun*. 2010;5(17):3-5.
17. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. A autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *R Bras Med Fam e Comun*. 2010;5(17):9-15.
18. Subramanian SV, Huijts T, Avendano M. Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bull World Health Organ*. 2010;88:131-8.
19. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(12):3353-62.
20. Programme on mental health: WHOQOL user manual. WHO,1998, Edition 2012 (WHO), 106p.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.03\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?ua=1)
21. Landeiro GMB, Pedrozo CCR, Gomes MJ, Oliveira ERA. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(10):4257-66.
22. Pinto-Neto AM, Conde DM. Qualidade de vida. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(11):535-6.
23. Pukeliene V, Starkauskiene V. Quality of life: Factors Determining its Measurement Complexity. *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics*. 2011;22(2):147-56.

24. Wiebe S, Guyatt G, Weaver B, Matijevic S, Sidwell C. Comparative responsiveness of generic and specific quality-of-life instruments. *J Clin Epidemiol.* 2003;56(1):52-60.
25. Alves EF. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. *R Bras Qual Vida.* 2011;3(1):16-23.
26. Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar a qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009;31(3):suppl.
27. Chiesa AM, Fraccolli LA, Zoboli ELPC, Maeda ST, Castro DFA, Barros DG et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(Esp. 2):1743-7.
28. Podestá MHMC, Souza WA, Vilas Boas OMGC, Martins AD, Braz CL, Ferreira EB. Qualidade De Vida Dos Usuários Da Atenção Primária À Saúde: Perfil E Fatores Que Interferem. *RUVRD.* 2013;11(2):316-26.
29. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças Crônicas E Qualidade De Vida Na Atenção Primária À Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(9):1774-82.
30. Nicolazi MC, Silva JKC, Coelho L, Cascaes AM, Büchele F. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo na atenção primária em saúde. *Cogitare Enferm.* 2009;14(3):428-34.
31. Magalhães ACF, Ferreira AL, Corrêa LP, Rodrigues MC, Viegas SMF. Indicadores de saúde e qualidade de vida no contexto da atenção primária à saúde. *R Enferm Cent O Min.* 2012;2(1):31-42.
32. Azevedo GPGC, Friche AAL, Lemos SMA. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *RevSocBrasFonoaudiol.* 2012;17(2):119-27.
33. WHO - Regional Office for Europe of the World Health Organization. Health Literacy – The Solid Facts. 2013. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
34. Soares M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. *Rev Bras Educ.* 2004;25:5-17.

35. UNESCO Expert Meeting, 2003, Paris. Aspects of Literacy Assessment: topics and issues. Paris: Unesco, 2005. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001401/140125eo.pdf>
36. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007:70p. [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/dir\\_ed\\_sau.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf)
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007:160p. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/caderno-de-educacao-popular-e-saude-\[16-200810-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/caderno-de-educacao-popular-e-saude-[16-200810-SES-MT].pdf)
38. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15:259-67.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, v.73, p.1-1 – 8-56, 2013. [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb\\_2013.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_2013.pdf)
40. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. Diabetes Care.2008;31(5):874-9.
41. Santos LTM, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG. Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. J Bras Nefrol.2012;34(3):293-302.
42. Baker DW. The Meaning and the Measure of Health Literacy. J Gen Intern Med. 2006;21(8):878-83.
43. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Fam Med. 2004;36(8):588-94.
44. National Center for Education Statistics (NCES). 2003 National Assessment of Adult Literacy (NAAL). Disponível em: <http://floridaliteracy.org/refguide/assessment.pdf>

45. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
46. Murray S, Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K, Statistics Canada. Health Literacy in Canada: Initial Results from the International Adult Literacy and Skills Survey 2007. Ottawa: Canadian Council on Learning; 2007; Human Resources and Skills Development Canada, Statistics Canada. Building On Our Competencies: Canadian Results of the International Adult Literacy and Skills Survey 2003. Ottawa, Ontario: Ministry of Industry; 2003.
47. Martins-Reis VO, Santos JN. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17(1):113-4.
48. Hester EJ, Stevens-Ratchford R. Health Literacy and the Role of the Speech-Language Pathologist. American Journal of Speech-Language Pathology. 2009;18:180–191.
49. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Interface – Comunic Saude Educ. 2012;16(41):301-14.
50. Rêgo JMCS, Sabry MODS, Carioca AAF, Lima LMS, Parente NA, Rocha DC et al. Letramento funcional em saúde de usuários do SUS: existe relação com a doença presente? Nutrire, vol.36, n.Suplemento (11º Congresso Nacional da SBAN), p.217-217, 2011.
51. Pinheiro LA, Santos PM, Lima LM, Sales NB, Canabrava NV, Sousa FAN et al. Letramento funcional em saúde: existe diferença entre homens e mulheres? Nutrire, vol.36, n.Suplemento (11º Congresso Nacional da SBAN), p.224-224, 2011.
52. Lima LM, Sampaio HAC, Sabry MOD, Carioca AAF, Passamai MPB, Praxedes CO. Escolaridade e nível de letramento em saúde em unidade básica de saúde. Nutrire, vol.36, n.Suplemento (11º Congresso Nacional da SBAN), p.233-233, 2011.

53. Santos PM, Pereira IB, Lima LMS, Sales NB, Parente NA, Nara A et al. Perfil de letramento funcional em saúde em pacientes atendidos no sistema único de saúde. *Nutrire*, vol.36, n.Suplemento (11º Congresso Nacional da SBAN), p.312-312, 2011.
54. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):631-8.
55. Maragno CAD. Associação entre Letramento em Saúde e Adesão ao Tratamento Medicamentoso [Mestrado]. Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
56. Apolinario D, Oliveira RC, Bragal P, Magaldi RM, Bussel AL, Camporal F et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):702-11.
57. Reis FV, Brito JR, Santos JN, Oliveira MG. Educação em saúde na sala de espera - relato de experiência. *Rev Med Minas Gerais*. 2014;24(Supl 1):S32-S36.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Investigar o letramento em saúde e a associação com fatores sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos, usuários da atenção primária à saúde, em município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Revisar sistematicamente a literatura científica acerca de instrumentos e métodos utilizados para a avaliação do letramento em saúde.
- Investigar associação entre o letramento em saúde e fatores sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos, usuários da atenção primária à saúde.
- Analisar um instrumento de avaliação da percepção do letramento em saúde de adultos usuários da atenção primária à saúde (Escala de Letramento em Saúde - ELS).
- Verificar a concordância entre a Escala de Letramento em Saúde (ELS) e o Short Assessment of Health Literacy for Portuguese speaking Adults (SAHLPA-18).

## 4. MÉTODOS

O estudo constou de duas etapas, sendo a primeira uma revisão sistemática da literatura e a segunda, uma pesquisa de campo realizada com adultos, usuários da atenção primária à saúde no SUS.

### 4.1. Revisão sistemática acerca dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde

Foi realizada revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar e analisar os instrumentos de avaliação do letramento em saúde. Para esse fim, adotou-se a seguinte questão norteadora: Quais instrumentos são utilizados para avaliar o letramento em saúde?

As pesquisas bibliográficas foram realizadas nas plataformas de busca PubMed (*US National Library of Medicine*), *Web of Science* e BVS - Lilacs (Biblioteca Virtual em Saúde - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Os descritores utilizados nas plataformas PubMed e *Web of Science* foram *Medical Subject Headings* (MeSH): "health literacy" and "questionnaires" (title/abstract). Para pesquisa na BVS - Lilacs foram utilizados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), bem como o termo livre "letramento" que foram combinados entre si com a utilização dos operadores booleanos AND e OR. Deste modo, a equação de busca foi: ((MH: N02.421.143.827.407.228.500\$ OR "Health Literacy" OR "Alfabetización en Salud " OR "Alfabetização em Saúde " OR letramento OR MH: N02.421.143.827.407.680 OR " Patient Education as Topic " OR " Educación del Paciente como Asunto " OR " Educação de Pacientes como Assunto " OR MH: N02.421.143.827.407.228\$ OR " Consumer Health Information " OR " Información de Salud al Consumidor " OR " Informação de Saúde ao Consumidor ") AND (MH: N06.850.520.308.750\$ OR Questionnaires OR Cuestionarios OR Questionários)).

Foram incluídos na revisão artigos publicados de 2009 a 2014, em português, inglês ou espanhol. Os artigos selecionados utilizaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral, ou seja, instrumentos para avaliar o letramento em saúde funcional, comunicativo ou crítico do indivíduo ao lidar com o tema saúde de forma ampla, sem abordagens relativas a especialidades. Também foram incluídos estudos

que empregaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde desenvolvidos para área específica (como diabetes), mas que são adaptados na literatura e aplicados em outros contextos de saúde, portanto, considerados como instrumentos que possibilitam a análise do letramento geral em saúde.

Artigos que não abordaram o letramento em saúde no título ou resumo, não citaram os instrumentos e os resultados da avaliação do letramento em saúde, repetidos nas plataformas de busca, revisões, casos e série de casos foram excluídos. Também foram excluídos os artigos que utilizaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde elaborados exclusivamente para áreas específicas (oncologia, saúde mental e outras).

As etapas de definição das plataformas de busca e descritores, estruturação da equação da pesquisa e busca dos estudos contaram com o apoio de um profissional de Ciência da Informação vinculado ao sistema de bibliotecas da Universidade Federal de Minas Gerais e à área de Ciências da Saúde.

A análise dos estudos foi realizada, inicialmente, pela leitura dos títulos e resumos, seguida pela leitura integral dos artigos que se enquadraram nos critérios de seleção. Para a análise dos artigos selecionados foram utilizadas as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)*<sup>(1)</sup>, iniciativa internacional para melhorar a qualidade da descrição de estudos observacionais. O protocolo incluiu o detalhamento dos dados de identificação do estudo, introdução, metodologia, resultados principais (descritivos e analíticos), discussão e conclusões. A análise dos artigos e tomada de decisão quanto à inclusão na revisão sistemática foi realizada por dois revisores, sendo selecionados 27 artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

#### **4.2. Pesquisa de campo**

Desenvolvida após a revisão sistemática da literatura sobre instrumentos e métodos de avaliação do letramento em saúde. Trata-se de estudo observacional analítico transversal com adultos entre 20 e 59 anos, homens e mulheres, usuários da atenção primária à saúde de município da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

O município no qual o estudo foi realizado tem população superior a 50.000 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) superior a 0,700<sup>(2)</sup>. Municípios com população superior a 50.000 habitantes são aqueles considerados como médio e grande porte, bem como as metrópoles. Quanto ao IDHM, esta é uma medida composta por indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de zero a um. Quanto mais próximo de um, maior o desenvolvimento humano. Este índice contribui para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros<sup>(3)</sup>. Valores de IDHM superiores a 0,700 correspondem às faixas alta e muito alta de desenvolvimento humano municipal<sup>(4)</sup>. Por solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, o município onde o estudo se realizou não será identificado.

#### **4.2.1. População e amostra do estudo**

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, as quais totalizavam 16 unidades, atendendo 41.993 usuários entre 20 e 59 anos, em 2013<sup>(5)</sup>. A amostra foi probabilística, estratificada segundo a distribuição de usuários por UBS, gênero e faixa etária (20 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos). O cálculo amostral foi definido por amostragem estratificada aleatória simples<sup>(6)</sup>. Considerando-se margem de erro amostral e nível de significância de 5%, verificou-se o tamanho da amostra necessário de 380 usuários da atenção primária à saúde. A alocação de acordo com a UBS, faixa etária e gênero é apresentada na Tabela 1.

<b>Tabela 1: Tamanho da amostra necessária considerando a UBS, faixa etária e gênero</b>							
UBS	Faixa Etária						Total
	20 a 39		40 a 49		50 a 59		
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
BF	5	5	2	2	2	2	18
CB	11	10	5	4	4	3	37
CCI	6	6	3	3	2	1	21
CCII	6	7	2	2	2	2	21
CRI	13	13	5	5	6	5	47
CRU	5	5	2	2	2	1	17
CS	13	13	6	4	6	5	47
HB	8	8	3	3	2	2	26
JCI	8	8	2	2	1	1	22
JCII	8	7	3	3	1	1	23
JS	5	4	2	2	2	1	16
MC	3	3	1	2	1	1	11
MI	4	4	2	2	2	2	16
NSF	6	6	3	2	1	2	20
RT	8	8	3	2	4	3	28
SR	3	3	1	1	1	1	10
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>110</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>380</b>

#### 4.2.2. Recrutamento dos participantes

Previamente à coleta de dados, foi solicitada e obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da gerência de cada UBS por meio de carta de anuência acompanhada de cópia do projeto de pesquisa, para execução do estudo e utilização do espaço das UBS.

Foram considerados critérios de inclusão ser usuário da atenção primária à saúde via SUS no município pesquisado; ter idade entre 20 e 59 anos; ter concordado em participar do estudo e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I). Os critérios de exclusão foram: não responder no mínimo 80% das questões dos instrumentos de pesquisa; manifestação de alterações neurológicas ou cognitivas que comprometessem a compreensão por parte do usuário dos instrumentos do estudo e manifestação de comprometimentos relativos à expressão verbal que impossibilitassem à entrevistadora compreender as respostas apresentadas pelo usuário. Essas manifestações foram observadas pela entrevistadora ao convidar os usuários pessoalmente a participar do estudo.

Para recrutamento dos participantes a pesquisadora compareceu a cada UBS e procedeu o convite aos usuários para participar do estudo nas recepções e áreas das UBS onde os pacientes aguardavam pelo atendimento de saúde. Para tal, foi apresentado o TCLE e explicados os objetivos, justificativas, riscos e benefícios, o caráter voluntário da investigação, o sigilo das informações obtidas, bem como os procedimentos a serem realizados e estimativa de duração da entrevista. Os usuários que concordaram em participar do estudo e se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão expressaram sua anuência mediante assinatura do TCLE.

#### **4.2.3. Procedimentos e instrumentos de coleta de dados**

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados individualmente, por meio de entrevista, no mesmo local em que os participantes foram convidados a participar do estudo e imediatamente após a assinatura do TCLE. A entrevista era interrompida caso o usuário fosse chamado ao atendimento de saúde e retomada assim que fosse concluído, sempre que o usuário apresentasse disponibilidade. A duração das entrevistas variou de cerca de 20 a 30 minutos e não foi determinado tempo máximo para sua conclusão. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a maio de 2015, exclusivamente pela pesquisadora, sempre no turno da manhã, por ser o horário em que havia mais usuários nas UBS.

A fim de cumprir os propósitos da pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

##### **Questionário sociodemográfico (Anexo II):**

Elaborado para a presente pesquisa com objetivo de se obter o perfil da população estudada, foi composto pelos eixos identificação, moradia e estrutura familiar, escolaridade, trabalho e acesso à rede de saúde particular. Os componentes pesquisados nos respectivos eixos temáticos foram:

Identificação: código do participante e UBS, gênero, data de nascimento, idade, endereço e local de nascimento.

Moradia e estrutura familiar: condição da moradia quanto à propriedade, arranjo familiar e estado conjugal.

Escolaridade: Nível de ensino formal completado, anos de estudo formal, última série concluída com aprovação, curso em andamento - caso estudante.

Trabalho: situação funcional e atividade ocupacional que realiza.

Acesso à rede de saúde particular: acesso a plano de saúde e duração do contrato com a rede particular.

### **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)<sup>(7)</sup> (Anexo III):**

Indicador com a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias por meio da análise da posse de itens (televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete/DVD, geladeira, freezer) e grau de instrução do chefe da família (nível de escolaridade de analfabeto a superior completo). Para cada item respondido há uma pontuação correspondente. Com a soma dessas pontuações se determina a classificação econômica de A1 a E, em que A representa maior poder de compra e E menor.

### **Questionário de autopercepção da saúde (Anexo IV):**

Elaborado pelas autoras, composto pelos eixos temáticos descritos a seguir:

Percepção da própria saúde: As questões abordaram a importância atribuída à saúde, frequência na qual o participante pensa na própria saúde e nos problemas de saúde, bem como a percepção de comprometimento das atividades cotidianas devido ao estado de saúde atual. Esses itens foram estruturados em questões com respostas em escala Likert de cinco pontos. Esse eixo incluiu também questão sobre a percepção de si como pessoa saudável, cuja opção de resposta foi dicotômica.

Autopercepção da saúde: Avaliada por meio da pergunta “Como você avalia a sua saúde?”, com possibilidades de resposta em escala Likert de cinco pontos (muito ruim; ruim, nem ruim, nem boa; boa e muito boa). O participante também foi solicitado a atribuir uma nota para a própria saúde (escore de zero a dez, em números inteiros, sendo zero referente a uma saúde muito ruim e dez, a uma saúde excelente).

Aspectos de morbidade: Questões acerca da presença de problemas de saúde, sobre estar em tratamento fonoaudiológico e motivo. Variáveis aferidas segundo o relato dos participantes da pesquisa. Em cada item havia opções de múltipla escolha

e a possibilidade de o entrevistado referir outra doença/problema de saúde ou motivo para atendimento fonoaudiológico não mencionado no questionário.

Utilização dos serviços de saúde: Nesse eixo o entrevistado foi questionado a respeito do motivo de ter ido à UBS no dia da entrevista, assim como sobre a frequência de comparecimento à UBS e tempo decorrido desde o último comparecimento.

### **Escala de letramento em saúde (Anexo V):**

Organizado pelas autoras, composto por 10 questões acerca do letramento em saúde. O objetivo é avaliar a percepção do participante sobre o entendimento de orientações em saúde, bem como suas considerações acerca das possíveis dificuldades nesse processo. A estruturação da escala foi baseada em instrumentos de avaliação do letramento em saúde e da percepção do paciente sobre a própria participação no atendimento de saúde (*Set of Brief Screening Questions (SBSQ)*<sup>(8)</sup>, *Measure of functional, communicative, and critical health literacy*<sup>(9)</sup>, *Patient`s perceived participation measure*<sup>(10)</sup>). Além das questões relativas à compreensão de materiais escritos na área de saúde, privilegiada no SBSQ, considerou-se necessário utilizar também perguntas sobre a compreensão de orientações verbais, frequentes no contexto da atenção primária à saúde. Julgou-se igualmente importante incluir, além do termo “médico” (presente no SBSQ), o termo “profissional de saúde”, por ser mais abrangente e apropriado ao ambiente das UBS. O fato de estruturar as questões perguntando “com que frequência” você tem dificuldade, ao invés de perguntar “você tem dificuldade”, bem como a utilização de escala de respostas em quatro pontos, são métodos que auxiliam a minimizar a tendência dos pacientes em sub informar suas dificuldades<sup>(8)</sup>.

A escala foi estruturada nos eixos temáticos funcional e comunicativo, sendo que essa categorização teve como norteadores a classificação de letramento em saúde funcional, comunicativo e crítico apresentada no referencial teórico<sup>(11)</sup>, bem como instrumento de avaliação do letramento em saúde que utiliza essa classificação<sup>(9)</sup>.

Os eixos temáticos são os seguintes:

Funcional: Refere-se à percepção do participante de dificuldades em compreender informações e orientações de saúde, sejam escritas ou faladas, seja em panfletos ou durante atendimentos de profissionais de saúde. Também estão incluídas questões sobre percepção de dificuldades para preencher formulários ou para entender a própria condição de saúde. O eixo de letramento funcional em saúde inclui as questões de número 1, 2, 3, 4, 7, 8 e 10.

Comunicativo: Aborda a percepção do entrevistado de dificuldades durante a interação com profissionais ou serviços de saúde, especificamente nas situações de tomar iniciativa para o esclarecimento de dúvidas e agendamento de exames e consultas. Além disso, esse eixo se refere à percepção de dificuldades para ter acesso a informações sobre saúde de interesse do participante. O eixo de letramento comunicativo em saúde inclui as questões de número 5, 6 e 9.

As respostas a todas as questões foram organizadas em escala Likert de quatro pontos (sempre, frequentemente, às vezes e nunca). Sendo que a resposta “sempre” representa uma maior percepção de dificuldade e a opção “nunca”, menor percepção de dificuldade quanto ao letramento em saúde. Exceto para a questão de número 5, em que a resposta “sempre” se refere à maior iniciativa para o esclarecimento de dúvidas, portanto, menor percepção de dificuldade quanto ao letramento em saúde. Em contrapartida, a opção “nunca”, representa o oposto, ou seja, maior percepção de dificuldade quanto ao letramento em saúde.

***Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18)<sup>(12)</sup> (Anexo VI):***

Instrumento adaptado e validado por pesquisadores brasileiros para estimar o nível de alfabetismo em saúde de adultos. Avalia as habilidades de pronúncia e compreensão de 18 termos médicos comuns. A aplicação é realizada com cartões impressos contendo o termo médico em negrito e duas palavras de associação. O indivíduo avaliado lê em voz alta o termo médico (análise da pronúncia). Em seguida, é solicitado a dizer qual das duas palavras de associação está mais relacionada com o termo médico, sendo que deve afirmar não saber a resposta caso não saiba a associação correta (análise da compreensão).

Quanto à pontuação do SAHLPA, cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18. Os itens são considerados corretos apenas quando o paciente acerta a pronúncia e a associação. Um escore de 0 a 14 sugere alfabetismo em saúde inadequado e de 15 a 18, alfabetismo em saúde adequado.

O SAHLPA foi adaptado do SALHSA (*Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adults*). Por sua vez, o SALHSA originou-se de um dos instrumentos mais utilizados para avaliação do letramento em saúde, o REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*). O REALM foi desenvolvido no idioma inglês. O delineamento deste instrumento é baseado na premissa de que a leitura é uma habilidade básica de letramento e que há elevada correlação entre a pronúncia e compreensão em inglês. Todavia, isso não é verdadeiro para o espanhol, idioma que apresenta alta correspondência fonema-grafema e pronúncia regular. Uma tradução direta do inglês para o espanhol não seria capaz de distinguir os diferentes níveis de letramento em saúde, pois aqueles com nível educacional mínimo poderiam pronunciar corretamente a maioria dos termos médicos, mesmo não compreendendo seu significado. O SAHLSA superou a questão da correspondência fonema-grafema em espanhol incluindo o teste de compreensão. O idioma português, apresenta ortografia transparente e se assemelha às características de correspondência fonema-grafema do espanhol. Portanto, os pesquisadores brasileiros tomaram como hipótese (e ao concluir o estudo comprovaram) que SAHLSA poderia ser traduzido para o português, sem mudanças estruturais e com ajustes semânticos mínimos. Portanto, o SAHLSA foi adaptado para falantes de português e originou o SAHLPA, cujas propriedades psicométricas foram testadas e validadas em uma amostra de adultos brasileiros.

No presente estudo, utilizou-se o SAHLPA-18, em detrimento da versão com 50 itens, devido ao fato de o primeiro ser um instrumento de aplicação mais rápida e apresentar propriedades psicométricas similares ao SAHLPA-50.

Cabe ressaltar que a equipe que elaborou o SAHLPA utiliza o termo “alfabetismo em saúde” ao descrever o instrumento e seus achados. Conforme previamente descrito no referencial teórico, nas análises desenvolvidas na presente dissertação, optou-se pela terminologia letramento em saúde. Essa escolha também

se justifica no contexto da análise do SAHLPA pelo fato de o descritor “alfabetização em saúde” - da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - ter como referência o descritor em inglês “health literacy”, cuja definição é semelhante àquela utilizada pela OMS ao conceituar o letramento em saúde<sup>(13)</sup>.

Uma vez que o SAHLPA se restringe a análise da pronúncia e compreensão de termos em saúde, considerou-se que esse instrumento avalia exclusivamente o letramento funcional em saúde, sem abordagens quanto aos níveis comunicativo e crítico.

#### **WHOQOL - Abreviado, versão em português<sup>(14)</sup> (Anexo VII):**

Instrumento composto por 26 questões, com respostas em escala Likert de cinco pontos, para avaliar a qualidade de vida. No WHOQOL - Abreviado as duas primeiras questões são analisadas separadamente e referem-se à percepção geral do indivíduo sobre a própria qualidade de vida e sobre o quanto satisfeito está com a própria saúde. As demais 24 questões abordam os domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Todos os quatro domínios do WHOQOL-BREF devem ser considerados ao se avaliar a qualidade de vida geral<sup>(15)</sup>. O domínio físico abrange facetas relativas a dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico refere-se aos aspectos de sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais. Quanto ao domínio das relações sociais, as facetas abordadas são relações pessoais; suporte (apoio) social e atividade sexual. As facetas representantes do domínio meio ambiente são segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais - disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. As questões de número 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18 representam o domínio físico; as de número 5, 6, 7, 11, 19, e 26, o domínio psicológico; as de número 20, 21 e 22, o domínio das relações sociais; por fim, as questões de número 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 correspondem ao domínio meio ambiente<sup>(15,16)</sup>.

No presente estudo, foi estruturado banco de dados no software *Microsoft Office Excel 2013* com as respostas coletadas durante as entrevistas. Após esse procedimento, utilizou-se uma ferramenta, também desenvolvida a partir do *Microsoft Office Excel*, para realizar o cálculo dos escore e estatística descritiva do instrumento WHOQOL – Abreviado, seguindo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL<sup>(16)</sup>.

Realizou-se estudo piloto prévio com cinco usuários, em uma das UBS, para ajuste da terminologia e calibração dos instrumentos. O estudo piloto possibilitou também a prática da abordagem a ser realizada para convidar e aplicar os instrumentos de avaliação, bem como a estimativa do tempo de cada entrevista.

### **4.3. Análise dos dados**

Em todos os artigos, realizou-se análise descritiva por meio da distribuição de frequência para as variáveis categóricas e das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas. Para tanto, os dados foram previamente digitados em banco de dados elaborado no software *Microsoft Office Excel 2013* e conferidos.

No artigo dois, referente à investigação do letramento em saúde e fatores associados, considerou-se o letramento em saúde como variável resposta e os dados sociodemográficos, autopercepção de saúde e qualidade de vida foram as variáveis explicativas. Foi realizada análise bivariada para verificar a associação entre as variáveis resposta e explicativas por meio da utilização dos testes Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas e Mann Whitney para comparação entre medianas das variáveis contínuas. Foi executada também regressão logística múltipla para examinar as associações entre as variáveis. Aquelas com  $p < 0,20$  na análise bivariada foram incluídas no modelo inicial da regressão logística. No modelo final da regressão logística, foram considerados nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Como medida de magnitude das associações foi utilizado o *Odds Ratio* e seu respectivo intervalo de confiança.

Quanto ao artigo três, a respeito de uma proposta de instrumento para avaliar a percepção de adultos acerca do letramento em saúde, além das análises descritivas,

foram realizadas análises de consistência interna da Escala de Letramento em Saúde por meio do Alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach, análise fatorial confirmatória pelo método de componentes principais e de validade convergente (correlação de Spearman entre o escore padronizado da Escala de Letramento em Saúde e o SAHLPA-18).

Para a entrada, processamento e análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o número CAAE: 25014513.7.0000.5149 (Anexo IX).

#### 4.4. Referências

1. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev. Saúde Públ. 2010;44(3):559-65.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [atualizado em 2014; citado em 2015 6 dez]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang>.
3. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O que é o IDHM. [atualizado em 2012; citado em 2015 6 dez]. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/idh/IDHM.aspx?indiceAccordion=0&li=li\\_IDHM](http://www.pnud.org.br/idh/IDHM.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDHM).
4. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. [atualizado em 2013; citado em 2015 6 dez]. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/).
5. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). População usuária das Unidades Básicas de Saúde do município pesquisado – Minas Gerais. 2013.
6. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Blücher, 2005.
7. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil – 2012 – [www.abep.org](http://www.abep.org) – [abep@abep.org](mailto:abep@abep.org). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 – IBOPE.
8. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Fam Med. 2004;36(8):588-94.
9. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. Diabetes Care. 2008;31(5):874-9.
10. Ishikawa H, Yano E, Fujimori S, Kinoshita M, Yamanouchi T, Yoshikawa M et al. Patient health literacy and patient-physician information exchange during a visit. Fam Pract. 2009;26(6):517-23.
11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15:259-67.

12. Apolinario D, Oliveira RC, Bragal P, Magaldi RM, Bussel AL, Camporal F et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. Rev Saúde Pública. 2012;46(4):702-11.
13. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998.
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000;34(2):178-83.
15. Programme on mental health: WHOQOL user manual. WHO,1998, Edition 2012 (WHO), 106p. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.03\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?ua=1)
16. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. R Bras Qual Vida. 2010;2(1):31-6.

## 5. RESULTADOS

**Revista para submissão:** Interface – Saúde, Educação, Comunicação

### 5.1. Artigo 1: Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão sistemática

#### RESUMO

O letramento em saúde refere-se à motivação e capacidade para ter acesso, compreender e utilizar a informação para promover e manter uma boa saúde. Objetivo: Revisar sistematicamente a literatura científica sobre os instrumentos e métodos para avaliação do letramento em saúde. Foram realizadas pesquisas bibliográficas nas plataformas de busca *PubMed*, *Web of Science* e BVS – LILACS de artigos publicados de 2009 a 2014 que utilizaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral. Foram selecionados 27 artigos, identificados 36 instrumentos de avaliação do letramento em saúde (17 tipos distintos). O *Test of Functional Health Literacy in Adults* e o *Rapid Estimate of Adult Literacy* foram os mais utilizados. Os pesquisadores têm utilizado variados instrumentos e métodos de avaliação do letramento em saúde. Predominam testes de triagem clínica com enfoque no letramento em saúde funcional, no contexto de ambulatórios e hospitais.

**Descritores:** Alfabetização em Saúde; Avaliação em Saúde; Metodologia; Revisão.

## Herramientas de evaluación de la alfabetización en salud: revisión sistemática

### RESUMEN

La alfabetización en salud se refiere a la motivación y la capacidad de acceder, comprender y utilizar la información para promover y mantener una buena salud. Objetivo: Revisar sistemáticamente la literatura científica sobre las herramientas y métodos para la evaluación de la alfabetización en salud. Búsquedas bibliográficas se llevaron a cabo en las plataformas de búsqueda *PubMed*, *Web of Science* y BVS – LILACS de artículos publicados de 2009 a 2014 que utilizaron instrumentos de evaluación de alfabetización en salud en general. Se seleccionaron 27 artículos, identificados 36 herramientas de evaluación de alfabetización en salud (17 tipos distintos). Lo *Test of Functional Health Literacy in Adults* y lo *Rapid Estimate of Adult Literacy* son los más utilizados. Los investigadores han utilizado diversas herramientas y métodos para la evaluación de la alfabetización en salud. Predominaran las pruebas de triaje clínica con un enfoque en la alfabetización en salud funcional, en el contexto de las clínicas y hospitales. **Descriptores:** Alfabetización en Salud; Evaluación en Salud; Metodología; Revisión.

## ***Health literacy assessment instruments: systematic review***

### **ABSTRACT**

Health literacy refers to the motivation and ability to access, comprehend and apply the information to promote and maintain good health. Purpose: Systematically review the scientific literature regarding the instruments and methods to assess health literacy. A search of the literature was done in the electronic databases of *PubMed*, *Web of Science* and BVS – LILACS concerning articles published from 2009 to 2014, reporting the utilization of general health literacy assessment instruments. In total, 27 studies were selected, 36 assessment instruments of health literacy were identified (17 different types). The *Test of Functional Health Literacy in Adults* and the *Rapid Estimate of Adult Literacy* were the most frequently used. Researchers utilized a variety of instruments and methods to assess health literacy. Clinical screening tests focusing on functional health literacy, in outpatient clinics and hospitals are predominant. **Keywords:** Health Literacy; Health Evaluation; Methodology; Review.

### 5.1.1. INTRODUÇÃO

O letramento em saúde refere-se ao conhecimento, motivação e competências das pessoas em ter acesso, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para julgar e tomar decisões no cotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida<sup>(1)</sup>.

Quanto ao campo de possibilidades de determinado sujeito, o letramento em saúde pode ser classificado em níveis que evidenciam progressivamente maior autonomia: 1.Básico/funcional; 2.Comunicativo/interativo e 3.Crítico<sup>(2)</sup>.

O letramento em saúde é tema relevante e mensurável<sup>(3)</sup>. A utilização de testes validados permite classificar o grau de letramento em saúde e determinar a intervenção mais apropriada. Ainda que não seja tarefa fácil, conhecer o nível de letramento em saúde é fundamental para alcançar desfechos clínicos mais favoráveis e reduzir as iniquidades em saúde<sup>(4)</sup>.

Os instrumentos de avaliação do letramento em saúde podem ser classificados como: 1.Testes de triagem clínica (compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e numeramento para identificar dificuldades em compreender e utilizar informações em saúde); 2.Medidas de aproximação utilizando pesquisas populacionais sobre letramento, as quais permitem estimar a proporção da população com dificuldade e 3.Medidas diretas das habilidades das pessoas em compreender, acessar, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde, campo em expansão<sup>(1)</sup>.

Além dos instrumentos que avaliam o letramento em saúde geral, existem outros para áreas específicas da saúde, visando determinar o conhecimento e capacidade do paciente em lidar com distúrbios como asma, diabetes e hipertensão<sup>(5)</sup>.

Apesar da relevância na prática clínica, nenhum teste para avaliação do letramento em saúde abrange toda a complexidade do tema, uma vez que ele envolve uma variedade de contextos do domínio da linguagem escrita e oral<sup>(4,5)</sup>.

Visto que o letramento em saúde constitui conhecimento interdisciplinar e interprofissional<sup>(6)</sup>, cabe a todas as áreas de saúde seu estudo e avaliação. Na atual conjuntura, em que é indispensável o aperfeiçoamento da comunicação entre o sistema de saúde, trabalhadores e usuários<sup>(6)</sup>, a Fonoaudiologia enquanto ciência especialmente relacionada à comunicação pode contribuir de forma diferenciada com esta área de conhecimento<sup>(7-9)</sup> e favorecer os resultados das intervenções em saúde, para pessoas com ou sem desordens de comunicação<sup>(7)</sup>.

O objetivo deste estudo foi revisar sistematicamente a literatura científica acerca de instrumentos e métodos utilizados para a avaliação do letramento em saúde.

### **5.1.2. MÉTODOS**

A questão norteadora da revisão foi: Quais instrumentos são utilizados para avaliar o letramento em saúde?

A fim de obter respostas para este questionamento foram realizadas pesquisas bibliográficas nas plataformas de busca PubMed (*US National Library of Medicine*), *Web of Science* e BVS - Lilacs (Biblioteca Virtual em Saúde - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2014.

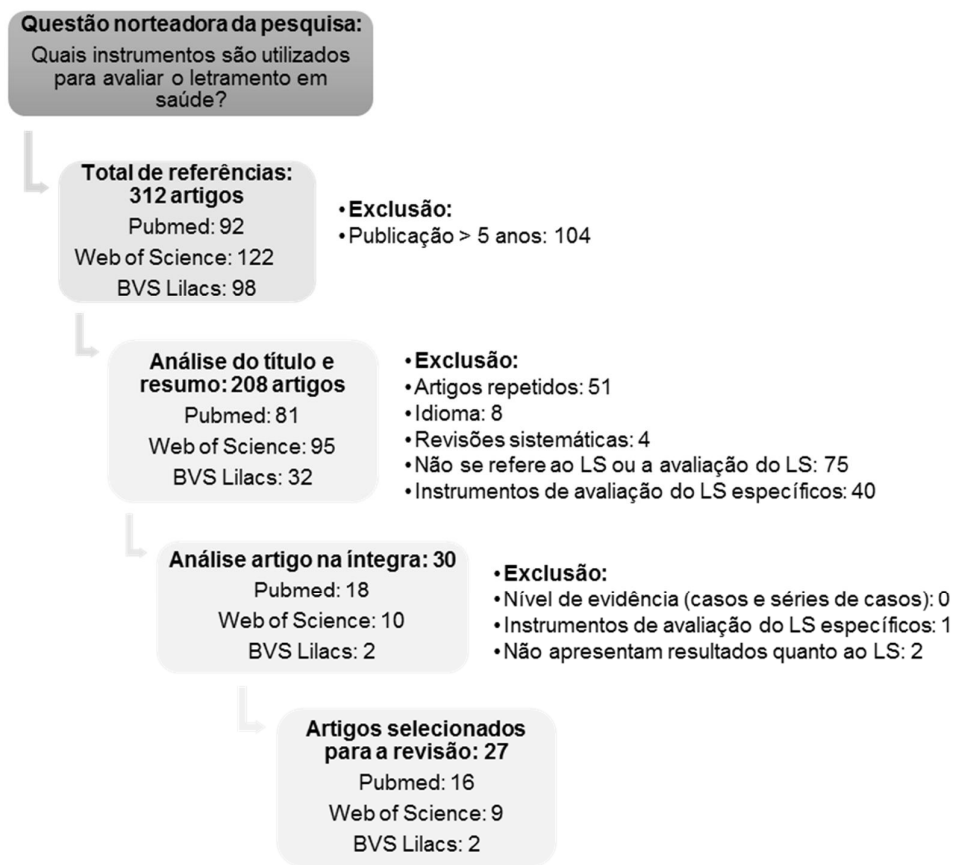
Foram utilizados descritores MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine para as plataformas PubMed e *Web of Science* ("health literacy" and "questionnaires" (title/abstract)). Para pesquisa na BVS - Lilacs foram utilizados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), bem como o termo livre "letramento" que foram combinados entre si com a utilização dos operadores booleanos AND e OR. Deste modo, a equação de busca foi: ((MH: N02.421.143.827.407.228.500\$ OR "Health Literacy" OR "Alfabetización en Salud " OR "Alfabetização em Saúde " OR letramento OR MH: N02.421.143.827.407.680 OR " Patient Education as Topic " OR " Educación del Paciente como Asunto " OR " Educação de Pacientes como Assunto " OR MH: N02.421.143.827.407.228\$ OR " Consumer Health Information " OR " Información de Salud al Consumidor " OR " Informação de Saúde ao Consumidor ") AND (MH: N06.850.520.308.750\$ OR Questionnaires OR Cuestionarios OR Questionários)).

Foram incluídos na revisão artigos publicados de 2009 a 2014, em português, inglês ou espanhol. Os artigos selecionados utilizaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral, ou seja, instrumentos para avaliar o letramento em saúde funcional, comunicativo ou crítico do indivíduo ao lidar com o tema saúde de forma ampla, sem abordagens relativas a especialidades. Também foram incluídos estudos que empregaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde desenvolvidos para área específica (como diabetes), mas que são adaptados na literatura e aplicados em outros contextos de saúde, portanto, considerados como instrumentos que possibilitam a análise do letramento geral em saúde.

Artigos que não abordaram o letramento em saúde no título ou resumo, não citaram os instrumentos e os resultados da avaliação do letramento em saúde,

repetidos nas plataformas de busca, revisões, casos e série de casos foram excluídos. Também foram excluídos os artigos que utilizaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde elaborados exclusivamente para áreas específicas (oncologia, saúde mental e outras).

A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos artigos.



**Figura 1.** Fluxograma: Seleção dos artigos

**Legenda:** LS: letramento em saúde

A análise dos estudos foi realizada, inicialmente, pela leitura dos títulos e resumos, seguida pela leitura integral dos artigos que se enquadraram nos critérios de seleção. Para a análise dos artigos selecionados foram utilizadas as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational studies in*

Epidemiology (STROBE)<sup>(10)</sup>, iniciativa internacional para melhorar a qualidade da descrição de estudos observacionais. O protocolo incluiu o detalhamento dos dados de identificação do estudo, introdução, metodologia, resultados principais (descritivos e analíticos), discussão e conclusões. A análise dos artigos e tomada de decisão quanto à inclusão na revisão sistemática foi realizada por dois revisores, sendo selecionados 27 artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

### **5.1.3. RESULTADOS**

#### **Síntese dos estudos**

Na tabela 1, referente à síntese dos estudos selecionados para a revisão, foram apresentados os instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral. Também foram incluídos instrumentos considerados como de avaliação indireta do letramento em saúde, os quais possuem relação intrínseca com o tema ao avaliar comportamentos promotores de saúde ou eficácia na comunicação médico-paciente, por exemplo. Além disso, foram descritos os resultados das pesquisas no que concerne ao letramento em saúde.

**Tabela 1.** Síntese dos estudos selecionados para análise (n=27)

Autor, ano	País	Delineamento	Casuística	Instrumentos*	Resultados
<b>Sleath et al., 2014<sup>11</sup></b>	Estados Unidos	Observacional transversal multicêntrico.	228 adultos, falantes de inglês, com glaucoma, em autoadministração de medicações.	REALM	14,5% dos pacientes com pontuação no REALM de 0-60 e 83,3% entre 61-66. Não houve associação entre LS e adesão à medicação.
<b>Izard et al., 2014<sup>12</sup></b>	Estados Unidos	Observacional transversal.	50 pacientes com câncer de próstata (idade ≥ 21 anos) e 50 profissionais da saúde.	<sup>1)</sup> REALM-SF <sup>2)</sup> Graphical Literacy Scale	Pontuação média no REALM -SF: 6,8 (máximo:7, DP:1,0), equivalente a LS elevado.
<b>van der Vaart et al., 2014<sup>13</sup></b>	Holanda	Pré-teste / pós-teste.	360 pacientes com artrite reumatoide, na faixa etária de 20 a 86 anos.	<sup>1)</sup> MFCCHL–Ishikawa (Versão em holandês) <sup>2)</sup> Versão de 5 itens do PEPPI-5	Pontuação média no LS: 38,6 (escala de 14 (baixo LS) a 56 - elevado LS)), (DP:7,2). Associação significativa do uso do portal com o LS: LS mais elevado, mais acesso do portal.
<b>Tsai et al., 2014<sup>14</sup></b>	Taiwan	Observacional transversal.	347 mulheres que vivessem nas regiões da grande Taipei ou Taoyuan (norte de Taiwan).	<sup>1)</sup> THLS-versão modificada <sup>2)</sup> HPLP Chinese	Pontuação média no LS: 2,60 (máximo:4, DP:0,55) = LS moderado. 33,2% dos participantes apresentaram LS inadequado e 66,8%, LS adequado. Houve associação entre LS e comportamentos promotores de saúde.
<b>Wei et al., 2014<sup>15</sup></b>	Taiwan	Observacional transversal.	752 adultos Taiwaneses (372 de Taipei e 380 de Hualien).	MHLS	Pontuação média no MHLS: 43,2 (máximo:50, DP:6,6). LS adequado: 68,6%, LS marginal: 25,3% e LS inadequado 6,1%.
<b>Smedberg et al., 2014<sup>16</sup></b>	15 países da Europa	Observacional transversal multicêntrico.	8.344 mulheres grávidas ou com filhos menores de um ano.	SBSQ	LS entre não fumantes e fumantes: baixo: 5,0% e 7,4%, médio: 39,7% e 47,4%, alto: 55,3% e 45,1% (p-valor <0,001). Mulheres com baixo LS foram mais propensas a continuar fumando durante a gravidez.

Tabela 1. **Continuação**

Autor, ano	País	Delineamento	Casística	Instrumentos*	Resultados
<b>Lupattelli et al., 2014</b> <sup>17</sup>	Países da Europa, Oceania, Américas	Observacional transversal multicêntrico.	4999 grávidas.	SBSQ	LS alto: 54,5%, médio: 40,3% e baixo: 5,2%. LS teve associação significativa com a não-adesão à medicação, percepção de risco e crenças sobre a medicação.
<b>Nesbitt et al., 2014</b> <sup>18</sup>	Estados Unidos	Observacional transversal.	612 pacientes com insuficiência cardíaca, idade ≥ 18 anos, área rural.	STOFHLA	Pontuação média no LS: 25,5 (máximo:36, DP:8,8). O LS não teve influência na qualidade de vida relativa à saúde.
<b>Hirsh et al., 2014</b> <sup>19</sup>	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado.	300 pacientes com artrite reumatoide, idade ≥ 18 anos.	STOFHLA	28% de pacientes com LS inadequado ou marginal. Pontuação média no LS: 77,6 (máximo:100; DP: 23,5%). O LS limitado é preditor da presença de discrepâncias significativas entre as avaliações verbais e escritas.
<b>Riebl et al., 2013</b> <sup>20</sup>	Estados Unidos	Observacional transversal - piloto	60 adultos com idade ≥ 21 anos.	NVS	Pontuação média no LS: 5,2 (varia de 0-6: 4-6= LS adequado). Indivíduos com menor nível educacional apresentaram menor pontuação do LS.
<b>Inoue et al., 2013</b> <sup>21</sup>	Japão	Observacional transversal.	269 pacientes com diabetes tipo 2, idade ≥ 20 anos e < 75 anos.	<sup>1)</sup> MFCCHL–Ishikawa <sup>2)</sup> Pergunta com escala likert.	LS funcional: 3,36 (DP: 0,58); comunicativo: 2,65 (DP: 0,68); crítico:2,28 (DP: 0,59). O LS e a comunicação paciente-médico foram associados à compreensão e gerenciamento do diabetes.
<b>Jovic'-Vranes et al., 2013</b> <sup>22</sup>	Sérvia	Observacional transversal (validação de instrumento).	120 pacientes, idade ≥ 18 anos.	<sup>1)</sup> TOFHLA <sup>2)</sup> STOFHLA (versões sérvias)	LS adequado em 59,0% e 82,9% e limitado em 41,0% e 17,1% (respectivamente no TOFHLA e STOFHLA). Sexo, idade, educação, autopercepção da saúde e presença de doença crônica associados ao LS.

Tabela 1. **Continuação**

Autor, ano	País	Delineamento	Casuística	Instrumentos*	Resultados
<b>Kiser et al., 2012<sup>23</sup></b>	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado.	99 pacientes adultos com doença pulmonar obstrutiva crônica.	STOFHLA	Baixo LS:36%. Pacientes com LS baixo ou elevado se beneficiaram da intervenção de autogestão em técnica de inalção.
<b>Anger et al., 2012<sup>24</sup></b>	Estados Unidos	Observacional transversal - piloto.	36 mulheres com disfunções do assoalho pélvico, com idade entre 42 e 94 anos.	TOFHLA	Pontuação média no LS: 93 (máximo: 100). Pontuação do LS diminuiu com o aumento da idade. As pacientes tiveram baixa recordação do diagnóstico e compreensão pobre da sua condição de assoalho pélvico, apesar do LS elevado em 97,2% delas.
<b>Coughlan et al., 2012<sup>25</sup></b>	Irlanda	Observacional transversal - piloto.	199 pacientes, idade ≥ 18 anos, frequentadores de uma clínica de anticoagulação.	REALM	Mediana da pontuação no LS: 64 (máximo: 66). Baixo LS: 19,1%, LS adequado: 80,9%. Houve associação entre o LS e o nível educacional.
<b>Apolinário et al., 2012<sup>26</sup></b>	Brasil	Observacional transversal (validação de instrumento).	226 idosos, idade ≥ 60 anos, ambos os gêneros.	SAHLPA (completo e reduzido: SAHLPA-50 e SAHLPA-18)	Média da pontuação: 37,7 (DP:9,0). LS inadequado: 66% (SAHLPA-50). O instrumento desenvolvido apresentou boa validade e consistência.
<b>Eriksson-Backa et al., 2012<sup>27</sup></b>	Finlândia	Observacional transversal.	281 idosos, entre 65 e 79 anos, ambos os gêneros.	Questionário adaptado do eHEALS	Maior vulnerabilidade à obtenção/uso de informação em saúde: baixa escolaridade e autopercepção da saúde, desinteresse e baixa proatividade na busca de informações em saúde.
<b>Convery et al., 2011<sup>28</sup></b>	Austrália	Observacional transversal.	80 adultos com perda auditiva, entre 45 e 90 anos, ambos os gêneros.	STOFHLA	Pontuação média no LS: 34 (LS adequado), (máximo:36; DP:4,61). Maiores níveis de LS foram associados ao aumento da probabilidade de conclusão da tarefa de forma independente e bem-sucedida.

Tabela 1. **Continuação**

Autor, ano	País	Delineamento	Casuística	Instrumentos*	Resultados
<b>van der Vaart et al., 2011<sup>29</sup></b>	Holanda	Observacional transversal.	227 pacientes de uma clínica reumatológica, idade < 70 anos.	MFCCHL– Ishikawa (Versão em holandês)	Pontuação média no LS funcional: 3,4 (DP:0,55), comunicativo: 2,8 (DP:0,64) e crítico 2,0 (DP:0,67).
<b>Myaskov sky et al., 2011<sup>30</sup></b>	Estados Unidos	Observacional transversal multicêntrico.	275 sujeitos com lesão medular, cadeirantes há pelo menos um ano, idade ≥ 16 anos.	<sup>1)</sup> REALM – Revised. <sup>2)</sup> 9-item Healthcare System Distrust Scale.	Pontuação média no LS: 7,37 (máximo:8; DP:1,55). Afro-americanos tiveram menor LS que brancos.
<b>Hahn et al., 2011<sup>31</sup></b>	Estados Unidos	Observacional transversal (validação de instrumento).	608 falantes de inglês, pacientes da atenção primária, idade ≥ 21 anos.	Health LiTT	As proporções de respostas corretas no Health LiTT variaram de 30% a 95%. O teste fornece escores confiáveis e válidos. Pontuações mais baixas foram associadas a renda e escolaridade inferiores, ausência de uso prévio de computador e auto relato de piores habilidades de leitura.
<b>Rawson et al., 2010<sup>32</sup></b>	Estados Unidos	Observacional transversal (validação de instrumento).	155 pacientes encaminhados para cardiologia ambulatorial.	<sup>1)</sup> REALM <sup>2)</sup> METER	Pontuação média: METER: 36,1 (DP:5,0; máximo: 40) REALM: 62,2 (DP: 6,5; máximo: 66). O METER é rápido e prático para mensurar o LS.
<b>Fink et al., 2010<sup>33</sup></b>	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado multicêntrico.	502 pacientes com indicação para cirurgias eletivas.	REALM	Pontuação média do LS: 62,3 no grupo com a técnica e 62,5 no grupo sem a técnica Repeat Back`s.
<b>Fink et al., 2010<sup>34</sup></b>	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado multicêntrico.	502 pacientes com indicação para cirurgias eletivas.	REALM	Pacientes com LS limitado: 16% com pontuação <60 e 2%, <40 no REALM). O LS não foi associado significativamente à compreensão.
<b>Sox et al., 2010<sup>35</sup></b>	Estados Unidos	Observacional transversal.	15 pais/tutores de escolares em análise diagnóstica para TDAH.	TOFHLA	A pontuação de LS variou de 79 a 100. A inclusão de itens de apoio ao usuário no aplicativo desenvolvido foi pautada pelo LS ou experiência em tecnologia.

Tabela 1. **Continuação**

Autor, ano	País	Delineamento	Casuística	Instrumentos*	Resultados
<b>Ishikawa et al., 2009</b> <sup>36</sup>	Japão	Observacional transversal.	134 pacientes com diabetes tipo 2, em acompanhamento ambulatorial regular.	<sup>1)</sup> MFCCHL– Ishikawa <sup>2)</sup> PPPM - adaptado <sup>3)</sup> IPCDP - adaptado	LS funcional:3,4; comunicativo:2,5 e crítico:2,0 (máximo 4). O LS está relacionado com a comunicação do paciente e do médico e com a percepção do paciente do processo.
<b>Carthery-Goulart et al., 2009</b> <sup>37</sup>	Brasil	Observacional transversal (validação de instrumento).	312 participantes saudáveis, idade ≥ 18 anos, ambos os gêneros.	STOFHLA (em portug uês)	32,4% dos pacientes com desempenho inadequado ou limítrofe no instrumento. Entre idosos, 51,6%. Associação entre os resultados do S-TOFHLA com a escolaridade. O instrumento é adequado para a população brasileira.

**Legenda:** Instrumentos\*: Instrumentos de avaliação do letramento em saúde; REALM- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine; LS: letramento em saúde; REALM-SF: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - short form; DP: desvio padrão; MFCCHL– Ishikawa: Measure of functional, communicative and critical health literacy – Ishikawa; PEPPI-5: Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions questionnaire; THLS: Taiwan Health Literacy Scale; HPLP Chinese: Versão chinesa do Health-Promoting Lifestyle Profile; MHLS: Mandarin Health Literacy Scale; SBSQ: Set of Brief Screening Questions; S-TOFHLA: Short Test of Functional Health Literacy in Adults; NVS: Newest Vital Sign; TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults; SAHLSA: Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adults; SAHLPA: Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults; eHEALS: eHealth Literacy Scale; Health LiTT: Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology; METER: Medical Term Recognition Test; TDAH: Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; PPPM: patient's perceived participation measure; IPCDP: Interpersonal Processes of Care in Diverse Populations Questionnaire.

## **Instrumentos de avaliação do letramento em saúde**

Nos 27 artigos analisados foram identificados 36 instrumentos de avaliação do letramento em saúde, sendo 17 tipos distintos. O TOFHLA e o REALM foram os instrumentos mais utilizados. O TOFHLA foi o instrumento de escolha de oito artigos (29,6%)<sup>(18,19,22-24,28,35,37)</sup>, sendo que um desses estudos utilizou duas versões do TOFHLA (completa e abreviada)<sup>(22)</sup>. A versão abreviada S-TOFHLA foi a mais frequente (seis artigos) (22,2%)<sup>(18,19,22,23,28,37)</sup>. O TOFHLA e suas versões foram utilizados nos Estados Unidos, Sérvia, Austrália e Brasil. O REALM, empregado nos Estados Unidos, Irlanda e Brasil, foi utilizado também por oito artigos (29,6%)<sup>(11, 12, 25, 26, 30, 32-34)</sup>, sendo que em cinco foi utilizada a versão na íntegra (18,6%)<sup>(11,25,32-34)</sup>, em um a versão abreviada (3,7%)<sup>(12)</sup> e em um a versão revisada (3,7%)<sup>(30)</sup>. Dentre esses oito estudos, um (3,7%) utilizou o SALPHA<sup>(26)</sup>, versão validada em português do SALSHA, adaptado do REALM. O MFCCHL– Ishikawa (Measure of functional, communicative and critical health literacy) foi utilizado por quatro artigos (14,8%)<sup>(13,21,29,36)</sup>, no Japão e na Holanda, e o SBSQ (Set of Brief Screening Questions) por dois artigos (7,4%)<sup>(16,17)</sup>, no estudo que realizou avaliações em 15 países da Europa<sup>(16)</sup> e no que envolveu países da Europa, Oceania, América do Norte e do Sul<sup>(17)</sup>. Os demais 13 instrumentos de avaliação do letramento em saúde identificados foram utilizados por um artigo cada (3,7%).

O quadro 1 apresenta as características principais dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde mais frequentemente utilizados pelos artigos selecionados.

**Quadro 1.** Síntese das características dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde

Instrumento	Características	Versões / Idiomas
<p><b>Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)</b> <small>(22,24,38-40)</small></p>	<p><b>Objeto de avaliação:</b> Letramento funcional em saúde. <b>Método de avaliação:</b> Autoadministrado, com orientações verbais prévias. Para os itens de compreensão de leitura, são apresentadas sentenças com palavras ausentes. Os avaliados selecionam uma entre quatro opções de resposta para o preenchimento das lacunas. Os textos utilizados são de materiais reais do contexto da saúde, como formulários médicos e instruções quanto a exames. Para os itens de numeramento, são apresentados materiais relativos a prescrições médicas e é pedido que o paciente responda verbalmente às perguntas. <b>Itens de avaliação:</b> TOFHLA: 50 itens de compreensão de leitura e 17 de habilidades numéricas. STOFHLA: 36 itens de compreensão de leitura e 4 de habilidades numéricas. <b>Tempo de aplicação:</b> 22 minutos no TOFHLA e 12 no STOFHLA. <b>Classificação dos resultados:</b> Para o TOFHLA a pontuação varia de 0 a 100 (0 a 50 para compreensão de leitura, o mesmo para o numeramento). Os resultados estabelecem níveis de letramento funcional em saúde: Inadequado (0-59 pontos), marginal (60-74 pontos) e adequado (75-100 pontos). Para o STOFHLA, a pontuação também varia de 0 a 100: 0 a 28 nos itens de numeramento (cada item vale 7 pontos) e 0 a 72 nos itens de compreensão de leitura (cada item vale 2 pontos). Níveis de letramento funcional em saúde: Inadequado (0-53 pontos), marginal (54-66 pontos) e adequado (67-100 pontos).</p>	<p><b>1. TOFHLA:</b> Versão original em inglês. <b>2. TOFHLA-Spanish:</b> Versão em espanhol. <b>3. STOFHLA (Short TOFHLA):</b> Versão abreviada. <b>4. STOFHLA-Spanish:</b> Versão abreviada em espanhol. <b>5. TOFHLA e STOFHLA em sérvio</b><sup>(22)</sup>. <b>6. STOFHLA em português</b><sup>(37)</sup>.</p>
<p><b>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)</b> <small>(26, 41,42)</small></p>	<p><b>Objeto de avaliação:</b> Letramento funcional em saúde. <b>Método de avaliação:</b> O paciente lê em voz alta uma lista de 66 termos médicos organizados em ordem crescente de dificuldade. Cada palavra pronunciada corretamente equivale a um ponto. <b>Itens de avaliação:</b> 66 termos da área da saúde. <b>Tempo de aplicação:</b> 2 a 3 minutos. <b>Classificação dos resultados:</b> A pontuação varia de 0 a 66 e identifica o letramento em saúde como inadequado (0-44 acertos), limitado (45-60 acertos) e adequado (61-66). O REALM atribui um entre quatro graus de letramento estimados: 1) 3ª série e abaixo (pontuação de 0 a 18), 2) 4ª a 6ª série (19 a 44 pontos), 3) 7ª a 8ª série (45 a 60 pontos) e 4) 9ª série e acima (61 a 66 pontos).</p>	<p><b>1. REALM short form</b><sup>(43)</sup>. <b>2. REALM- Revised:</b> Versão com 8 itens<sup>(41)</sup>. <b>3. SAHLA -50 e 18:</b> Versões adaptada em espanhol as quais incluem avaliação de compreensão<sup>(26)</sup>. <b>4. SAHLPA 50 e 18:</b> Versão adaptada em português do SALSHA</p>

Quadro 1. Continuação

Instrumento	Características	Versões / Idiomas
<p><b>Measure of functional, communicative and critical health literacy (MFCCHL– Ishikawa)<sup>(7)</sup></b></p>	<p><b>Objeto de avaliação:</b> Letramento funcional, comunicativo e crítico em saúde (desenvolvido para pacientes com diabetes tipo 2). O objetivo é avaliar a habilidade de extrair, compreender e utilizar a informação relacionada à saúde. <b>Método de avaliação:</b> Questionário auto administrado de escalas de letramento em saúde. Auxílio de assistente, caso solicitado pelo paciente. <b>Itens de avaliação:</b> 3 subescalas com 14 itens de resposta, sendo 5 itens para a subescala de LS funcional, 5 para a de LS comunicativo e 4 para a de LS crítico. <b>Tempo de aplicação:</b> Não especificado. <b>Classificação dos resultados:</b> Cada item é avaliado de acordo com uma escala likert de 4 pontos, variando de 1 (nunca) a 4 (frequentemente). O escore dos itens de cada escala é somado e dividido pelo número de itens naquela escala, portanto, o escore em cada subescala varia de 1 a 4. Os escores são invertidos para a subescala de LS funcional para que escores mais elevados indiquem maior letramento em saúde.</p>	<p><b>1. (MFCCHL– Ishikawa):</b> Versão em holandês.</p>
<p><b>Set of Brief Screening Questions (SBSQ)<sup>(44)</sup></b></p>	<p><b>Objeto de avaliação:</b> Letramento em saúde (sem especificação de nível de LS). O teste possibilita a identificação de pacientes com o LS inadequado. <b>Método de avaliação:</b> Entrevista. <b>Itens de avaliação:</b> 3 questões de triagem com respostas em escala likert de 5 pontos. <b>Tempo de aplicação:</b> Não há tempo máximo estipulado para o preenchimento do questionário. <b>Classificação dos resultados:</b> LS classificado como inadequado, marginal ou adequado. Autores do teste relatam que o ponto de corte ótimo depende da acurácia do teste, prevalência do LS inadequado, custos dos testes e classificação de falso-positivos. Outros estudos<sup>12,13</sup> nos quais foram utilizadas respostas em escala likert de 4 pontos estabeleceram uma pontuação variando de 0 a 12 e classificaram o LS em baixo (0 a 5 pontos), médio (6 a 9 pontos) e alto (10 a 12 pontos).</p>	<p><b>1. SBSQ</b> com 3 questões e respostas em escala likert de 4 pontos. Classificação do LS em baixo, médio e alto<sup>(16,17)</sup>. <b>-Observação:</b> Estudos aplicaram o teste em até 18 países e o traduziram para seus respectivos idiomas<sup>17</sup>.</p>

**Legenda 1:** SAHLSA: Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults; SAHLPA: Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults; LS: letramento em saúde.

Dentre os instrumentos de avaliação do letramento em saúde que apresentaram ocorrência em apenas um artigo (n=13), sete (53,8%) referem-se a instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral<sup>(12,14,15,20,27,31,32)</sup>: o NVS (Newest Vittal Sign)<sup>(20)</sup>, MHLS (Mandarin Health Literacy Scale)<sup>(15)</sup> e Health LiTT<sup>(31)</sup> (Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology) (n=3, 23,1%) são referentes a compreensão de informações textuais e numéricas (relativos ao letramento em saúde funcional); o METER (Medical Term Recognition Test)<sup>(32)</sup> e o THLS (Taiwan Health Literacy Scale)<sup>(14)</sup> - versão modificada (n=2, 15,3%) são do tipo reconhecimento de termos em saúde (também restritos ao letramento em saúde funcional); o Graphical Literacy Scale<sup>(12)</sup> (n=1, 7,7%) refere-se à compreensão de representações gráficas comuns de informações numéricas em saúde (portanto, ao letramento em saúde funcional) e o questionário inspirado no eHEALS (eHealth Literacy Scale)<sup>(27)</sup> (n=1, 7,7%) avalia o letramento informacional em saúde (ou seja, letramento em saúde funcional) por meio de enunciados que são julgados pelos pacientes (se concordam ou não com as afirmativas – respostas em escala Likert de 5 pontos). Os outros seis instrumentos (46,2%)<sup>(13,14,21,30,36)</sup> foram considerados como de avaliação indireta do letramento em saúde e abordavam os seguintes temas: sensação de confiança do paciente na interação com o médico (instrumento relacionado ao letramento em saúde comunicativo)<sup>(13)</sup>; comportamentos promotores de saúde em adultos<sup>(14)</sup>; percepção do paciente sobre a própria participação no atendimento de saúde<sup>(36)</sup>; percepção do paciente sobre a explicação do médico<sup>(36)</sup>; percepção do paciente quanto à clareza das explicações médicas<sup>(21)</sup> e desconfiança do indivíduo quanto ao sistema de saúde<sup>(30)</sup> (estes cinco instrumentos relacionados ao letramento em saúde funcional, comunicativo e crítico).

Ocorreu utilização associada de instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral e específicos em 14 artigos (51,9%)<sup>(11,13,17-21,23,24,28,30,33,34,36)</sup>, sendo que as especialidades abordadas nestes instrumentos foram: Reumatologia<sup>(13,19)</sup> Endocrinologia<sup>(21,36)</sup>, Cirurgia<sup>(33,34)</sup> (cada área abordada em dois artigos, 7,4%), Oftalmologia<sup>(11)</sup>, Farmácia<sup>(17)</sup>, Cardiologia<sup>(18)</sup>, Nutrição e Educação Física<sup>(20)</sup>, Pneumologia<sup>(23)</sup>, Urologia e Uroginecologia<sup>(24)</sup>, Fonoaudiologia<sup>(28)</sup>, Ortopedia e Fisioterapia<sup>(30)</sup> (cada área abordada em um artigo, 3,7%).

### **Características metodológicas e contextuais dos estudos selecionados**

Quanto ao delineamento, a maioria dos estudos foi observacional transversal (n= 22; 81,5%)<sup>(11,12,14-18,20-22,24-32,35-37)</sup>, sendo que alguns receberam especificações adicionais: três do tipo piloto (11,1%)<sup>(20,24,25)</sup>; quatro multicêntricos (14,8%)<sup>(11,16,17,30)</sup> e cinco se referiram a validação de instrumentos de avaliação (18,5%)<sup>(22,26,31,32,37)</sup>. Os ensaios clínicos randomizados, estudos que apresentam maiores níveis de evidência científica, totalizaram apenas quatro ocorrências (14,8%)<sup>(19,23,33,34)</sup>, com dois destes estudos multicêntricos (7,4%)<sup>(33,34)</sup>. Somente um estudo apresentou delineamento pré-teste/pós-teste (3,7%)<sup>(13)</sup>.

Entre os estudos de validação de instrumentos, três (60,0%) traduziram e adaptaram testes de avaliação do letramento em saúde para idiomas locais na Sérvia e no Brasil: TOFHLA e STOFHLA em sérvio<sup>(22)</sup>; STOFHLA em português<sup>(37)</sup>; SAHLSA (teste em espanhol adaptado do REALM) para o português, originando o SAHLPA-50 e SAHLPA-18<sup>(26)</sup>. Os outros dois estudos (40,0%) se propuseram a desenvolver novos instrumentos de avaliação do letramento em saúde, ambos nos Estados Unidos: o Health Litt<sup>(31)</sup> e o METER (este inclui muitas palavras do REALM)<sup>(32)</sup>.

O letramento em saúde foi considerado como variável explicativa na maioria dos artigos (n=16, 59,3%)<sup>(11-13,16,18-20,23-25,28-30,33-35)</sup>. Dentre os artigos que tomaram o letramento em saúde como variável resposta (n=11, 40,7%)<sup>(14,15,17,21,22,26,27,31,32,36,37)</sup>, incluem-se os cinco estudos de validação de instrumentos (18,5%)<sup>(22,26,31,32,37)</sup>, quatro estudos de bases populacionais (14,8%) (dois em Taiwan<sup>(14,15)</sup>, um na Finlândia<sup>(27)</sup> e um intercontinental<sup>(17)</sup> e dois estudos com pacientes diabéticos (7,4%) (ambos no Japão)<sup>(21,36)</sup>.

No que se refere ao local de origem, houve predomínio de estudos realizados na América do Norte (n=13; 48,1%)<sup>(11,12,18-20,23,24,30-35)</sup>, todos nos Estados Unidos. Foram identificados seis estudos europeus (22,2%), sendo dois da Holanda (7,4%)<sup>(13,29)</sup>, um da Irlanda (3,7%)<sup>(25)</sup>, um da Finlândia (3,7%)<sup>(27)</sup>, um da Sérvia (3,7%)<sup>(22)</sup> e um elaborado em conjunto por 15 países da Europa (3,7%)<sup>(16)</sup>. Quatro estudos foram realizados na Ásia (14,8%), sendo dois no Japão (7,4%)<sup>(21,36)</sup> e dois em Taiwan (7,4%)<sup>(14,15)</sup>. Dois estudos foram realizados na América Latina (ambos no Brasil) (7,4%)<sup>(26,37)</sup> e um na Oceania (Austrália) (3,7%)<sup>(28)</sup>. Um estudo intercontinental contou com a participação de países da Europa, Oceania, América do Norte e do Sul (3,7%)<sup>(17)</sup>.

Houve predomínio de estudos realizados em clínicas ou centros de referência, localizados em ambulatórios ou hospitais (n=17; 63,0%)<sup>(11-13,19,23-26,28-30,32-37)</sup>. Sete pesquisas se referiram ao contexto da atenção primária (25,9%)<sup>(14,15,20-22,27,31)</sup> e uma envolveu avaliações tanto em ambiente de atenção primária, quanto hospitalar (3,7%)<sup>(18)</sup>. Dois estudos (os multinacionais) realizaram a coleta de dados via internet (7,4%)<sup>(16,17)</sup>.

## **Formas de apresentação e de análise dos resultados sobre o letramento em saúde**

No que se refere à apresentação dos resultados, a maioria dos estudos categorizou o letramento em saúde e apresentou distribuição de frequências (n=13, 48,1%)<sup>(11,14-17,19,22-26,34,37)</sup>.

Muitos pesquisadores optaram por analisar os resultados por meio da média das pontuações, sem realizar categorizações (n=11, 40,7%)<sup>(12,13,18,20,21,28-30,32,31,36)</sup>. Outras abordagens dos resultados ocorreram em três estudos (11,1%) e se referiram a apresentação da pontuação mínima e máxima<sup>(35)</sup>; análise da proporção de respostas corretas<sup>(31)</sup> e consideração dos pontos em cada item (sem média, nem distribuição de frequências por categorias)<sup>(27)</sup>.

Dentre os artigos nos quais os resultados de letramento em saúde foram categorizados, as classificações utilizadas apresentaram-se de formas variadas: letramento em saúde inadequado, marginal ou adequado<sup>(15,19,22,24,37)</sup> (n=cinco, 18,5%); inadequado, limitado ou adequado<sup>(11,25,34)</sup> (n=três, 11,1%); baixo, médio ou alto<sup>(16,17)</sup> (n=dois, 7,4%); rudimentar, básico ou avançado<sup>(26)</sup> (n=um, 3,7%); inadequado ou inadequado<sup>(14)</sup> (n=um, 3,7%) e baixo ou adequado<sup>(23)</sup> (n=um, 3,7%). É importante destacar que houve estudos nos quais os autores modificaram o esquema de análise do teste original, seja avaliando o resultado como média numa escala contínua enquanto o teste original se estruturava em categorias<sup>(17)</sup>, seja alterando a escala de pontuação (de um a quatro - calculada pela média – para 14 a 56 – obtida por meio da somatória da pontuação)<sup>(13)</sup>.

Considerando-se as classificações apresentadas, a prevalência de letramento em saúde adequado entre os artigos variou de 44,0% (em idosos com idade  $\geq 60$

anos, avaliados pelo SAHLPA-50, no Brasil)<sup>(26)</sup> a 92,7% (em mulheres de 42 a 94 anos, avaliadas pelo TOFHLA, nos Estados Unidos)<sup>(24)</sup>. Para essa análise considerou-se o letramento em saúde de forma dicotômica: adequado (quando descrito pelos pesquisadores como adequado, alto ou avançado) e inadequado (quando referido nas pesquisas como inadequado, limitado, marginal, baixo, médio, rudimentar ou básico).

Foi identificada associação com significância estatística entre os resultados de letramento em saúde e diversos aspectos avaliados nos 27 estudos: escolaridade<sup>(20,22,25,27,31,37)</sup>; idade<sup>(22,24)</sup>; autopercepção da saúde<sup>(27,22)</sup>; raça<sup>(30)</sup>; renda<sup>(31)</sup>, uso prévio de computador<sup>(31)</sup>, auto relato de habilidades de leitura<sup>(31)</sup>; comportamentos promotores de saúde<sup>(14)</sup>; comunicação paciente - médico e percepção do paciente do processo de comunicação<sup>(36)</sup>; sexo e presença de doença crônica<sup>(22)</sup>; tabagismo durante a gravidez<sup>(16)</sup>; não-adesão à medicação, percepção de risco e crenças sobre a medicação em gestantes<sup>(17)</sup>; acesso a portal para visualização de prontuário eletrônico<sup>(13)</sup>; discrepâncias em avaliações verbais e escritas na área de artrite reumatoide<sup>(19)</sup>; compreensão e gerenciamento do diabetes<sup>(21)</sup>; autogestão em técnica de inalação<sup>(23)</sup>; pro-atividade na busca de informações em saúde<sup>(27)</sup> e conclusão da tarefa de montagem de aparelho auditivo<sup>(28)</sup>. Observou-se maior ocorrência de associação do letramento em saúde com a escolaridade (em seis artigos: 22,2%), idade e autopercepção da saúde (em dois artigos: 7,4%). Os demais fatores se associaram ao letramento em saúde em apenas um estudo cada (3,7%).

#### **5.1.4. DISCUSSÃO**

A grande variabilidade de objetivos e metodologias apresentadas pelos artigos e o fato de ser frequentemente abordado como variável explicativa<sup>(11-13,16,18-20,23-25,28-</sup>

<sup>30,33-35</sup>) posicionam o letramento em saúde e sua avaliação como de grande relevância, uma vez que permeiam estudos de temas, delineamentos, países e contextos diversos.

Os instrumentos de avaliação do letramento em saúde que apresentaram maior ocorrência nesta revisão foram o TOFHLA e o REALM. Tais achados corroboram os de outros estudos que referem esses instrumentos como os mais utilizados para a avaliação do letramento em saúde<sup>(8,26,32)</sup>. Inclusive, a maioria dos estudos de validação de instrumentos de avaliação do letramento em saúde foi composta por traduções e adaptações do TOFHLA e REALM<sup>(22,26,37)</sup>, o que foi observado também no Brasil <sup>(26,37)</sup>. A escolha desses testes pode ser justificada pelo fato de serem triagens, de rápida aplicação, disponíveis em cada vez mais idiomas e adaptáveis a diversos contextos de avaliação clínica. Entre as limitações dos dois instrumentos está a avaliação de apenas um dos níveis do letramento em saúde, o funcional. Possível motivo pelo qual o TOFHLA<sup>(18,19,33,24,28)</sup> e REALM<sup>(11,30,33,34)</sup> são por vezes associados a outros instrumentos de avaliação do letramento em saúde (em cinco (18,5%) e quatro (14,8%) dos artigos, respectivamente).

Apesar de os objetos de análise da presente revisão terem sido os instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral, faz-se necessário destacar que há empenho das diversas especialidades em utilizar e desenvolver instrumentos de avaliação do letramento em saúde relativos a temas específicos. Essa constatação é evidenciada, por exemplo, pelo número de artigos excluídos por abordar somente o letramento em saúde específico (n=40). Além disso, dentre os artigos selecionados, foi possível observar de forma frequente a associação entre instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral e específicos<sup>(11,13,17-19,21,23,24,28,30,33,34,36)</sup>. Essa estratégia

reforça o fato de não haver na atualidade instrumentos de avaliação do letramento em saúde suficientemente abrangentes para analisar o tema<sup>(4,5)</sup>. Logo, justifica-se a opção de alguns pesquisadores em utilizar mais de um instrumento de avaliação do letramento em saúde<sup>(11,13,17-19,21,23,24,28,30,33,34,36)</sup>.

A revisão proposta não inclui os instrumentos de avaliação do letramento em saúde relativos a áreas específicas. Portanto, é provável que estratégias de busca distintas resultem em outros achados. Cabe ressaltar que a opção metodológica por dar destaque aos instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral foi necessária devido ao volume e variedade de estudos e instrumentos de avaliação do assunto. Além disso, essa escolha teve o objetivo de contribuir para uma abordagem global do letramento em saúde e que fosse aplicável de forma mais adequada ao contexto da atenção primária à saúde. Acredita-se que o presente estudo favorece o esclarecimento do panorama atual das pesquisas sobre o letramento em saúde. Outra contribuição foi o detalhamento dos instrumentos de maior ocorrência na avaliação do letramento em saúde geral e, principalmente, a análise das associações entre instrumentos gerais, específicos e indiretos é uma interpretação que, segundo a pesquisa realizada, não estava disponível na literatura científica até o momento.

No contexto brasileiro, os estudos sobre a avaliação do letramento em saúde tem priorizado o nível funcional, em ambiente clínico, por meio de instrumentos de triagem originários de outros países e idiomas, validados para o português. Há lacunas na avaliação do letramento em saúde comunicativo e crítico. A revisão acerca dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde proposta por este estudo, bem como a elaboração e análise de novos instrumentos aplicáveis a realidade brasileira são passos necessários para identificar indivíduos e populações em dificuldades

quanto ao letramento em saúde. Além disso, favorecem a prática clínica e aprimoramento das ações de educação em saúde, as quais são prioritárias na atenção primária a saúde – locus privilegiado da promoção à saúde e prevenção de doenças.

#### **5.1.5. CONCLUSÃO**

Existe grande variedade de instrumentos e métodos para avaliação do letramento em saúde. Verifica-se que pesquisadores de muitos países, em diversos contextos e áreas da saúde, têm utilizado instrumentos de avaliação do letramento em saúde - gerais, específicos ou de avaliação indireta.

Dentre os instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral predominaram os testes de triagem clínica TOFHLA e REALM, utilizados no contexto de ambulatórios e hospitais, com enfoque no letramento em saúde funcional.

A maioria dos estudos analisados apresentou delineamento observacional transversal e foi elaborada por pesquisadores dos diversos continentes, com maior produção científica nos Estados Unidos e países europeus.

### 5.1.6. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Health Literacy – The Solid Facts [internet]. Copenhagen, Denmark: Regional Office for Europe; 2013. [citado em 2014 Out 19]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promot Int.* 2000; 15: 259-67.
3. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. *Diabetes Care.* 2008; 31(5): 874-9.
4. Santos LTM, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG. Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Nefrol.* 2012; 34(3): 293-302.
5. Baker DW. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(8): 878-83.
6. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface – Comunic Saude Educ.* 2012; 16(41): 301-14.
7. Hester EJ, Stevens-Ratchford R. Health Literacy and the Role of the Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 2009; 18: 180-191.
8. Wühlisch FS, Pascoe M. Maximising health literacy and client recall of clinical information: An exploratory study of clients and speech language pathologists. *SAJCD.* 2010; 57: 22-32.

9. Martins-Reis VO, Santos JN. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012; 17(1): 113-4.
10. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Públ.* 2010; 44(3): 559-65.
11. Sleath BL, Blalock SJ, Muir KW, Carpenter DM, Lawrence SD, Giangiacomo AL et al. Determinants of Self-Reported Barriers to Glaucoma Medicine Administration and Adherence: A Multisite Study. *Ann Pharmacother.* 2014; 48(7): 856-62.
12. Izard J, Hartzler A, Avery DI, Shih C, Dalkin BL, Gore JL. User-centered design of quality of life reports for clinical care of patients with prostate cancer. *Surgery.* 2014; 155(5): 789-96.
13. van der Vaart R, Drossaert CHC, Taal E, Drossaers-Bakker KW, Vonkeman HE, van de Laar MJAF. Impact of patient-accessible electronic medical records in rheumatology: use, satisfaction and effects on empowerment among patients. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014; 15: 102-10.
14. Tsai HM, Cheng CY, Chang SC, Yang YM, Wang HH. Health Literacy and Health-Promoting Behaviors among Multiethnic Groups of Women in Taiwan. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2014; 43(1): 117-29.
15. Wei MH. The associations between health literacy, reasons for seeking health information, and information sources utilized by Taiwanese adults. *Health Educ J.* 2014; 73(4): 423-34.
16. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby AC, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2014; 14: 213-28.

17. Lupattelli A, Picinardi M, Einarson A, Nordeng H. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Educ Couns*. 2014; 96(2):171-8.
18. Nesbitt T, Doctorvaladan S, Southard JA, Singh S, Fekete A, Marie K et al. Correlates of Quality of Life in Rural Heart Failure Patients. *Circ Heart Fail*. 2014 [Epub ahead of print].
19. Hirsh JM, Davis LA, Quinzanos I, Keniston A, Caplan L. Health Literacy Predicts Discrepancies Between Traditional Written Patient Assessments and Verbally Administered Assessments in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol*. 2014; 41(2): 256-64.
20. Riebl SK, Paone AC, Hedrick VE, Zoellner JM, Estabrooks PA, Davy BM. The Comparative Validity of Interactive Multimedia Questionnaires to Paper-Administered Questionnaires for Beverage Intake and Physical Activity: Pilot Study. *JMIR Res Protoc*. 2013; 2(2): 1-16.
21. Inoue M, Miyako Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Fam Pract*. 2013; 14: 40-48.
22. Jovic´-Vranesˇ A, Bjegovic´-Mikanovic´ V, Marinkovic´ J, Vukovic´ D. Evaluation of a health literacy screening tool in primary care patients: evidence from Serbia. *Health Promot Int*. 2013 Feb 27. [Epub ahead of print].
23. Kiser K, Jonas D, Warner Z, Scanlon K, Shilliday BB, DeWalt DA. A randomized controlled trial of a literacy-sensitive self-management intervention for chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(2): 190-5.
24. Anger JT, Lee U, Mittal BM, Pollard M, Tarnay C, Maliski S, Rogers RG. Health Literacy and Disease Understanding among Aging Women with Pelvic Floor Disorders. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2012; 18(6): 340-343.

25. Coughlan D, Sahm L, Byrne S. The importance of health literacy in the development of 'Self Care' cards for community pharmacies in Ireland. *Pharm Pract (Granada)*. 2012; 10(3): 143-50.
26. Apolinário D, Oliveira RC, Bragal P, Magaldi RM, Bussel AL, Camporal F et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Públ*. 2012; 46(4): 702-11.
27. Eriksson-Backa K, Ek S, Niemelä R, Huotari ML. Health information literacy in everyday life: A study of Finns aged 65–79 years. *Health Informat J*. 2012; 18(2): 83-94.
28. Convery E, Keidser G, Hartley L, Caposecco A, Hickson L, Meyer C. Management of hearing aid assembly by urban-dwelling hearing-impaired adults in a developed country: implications for a self-fitting hearing aid. *Trends Amplif*. 2011; 15(4): 196-208.
29. van der Vaart R, Drossaert CH, Taal E, van de Laar MA. Patient preferences for a hospital-based rheumatology Interactive Health Communication Application and factors associated with these preferences. *Rheumatology (Oxford)*. 2011; 50(9): 1618-26.
30. Myaskovsky L, Burkitt KH, Lichy AM, Ljungberg IH, Fyffe DC, Ozawa H et al. The association of race, cultural factors, and health-related quality of life in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011; 92(3): 441-8.
31. Hahn EA, Choi SW, Griffith JW, Yost KJ, Baker DW. Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology (Health LiTT): A New Item Response Theory-based Measure of Health Literacy. *J Health Commun*. 2011; 16(Suppl 3): 150-62.
32. Rawson KA, Gunstad J, Hughes J, Spitznagel MB, Potter V, Waechter D et al. The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(1): 67-71.
33. Fink AS, Prochazka AV, Henderson WG, Bartenfeld D, Nyirenda C, Webb A et al. Enhancement of Surgical Informed Consent by Addition of Repeat Back - A

- Multicenter, Randomized Controlled Clinical Trial. *Ann Surg.* 2010; 252(1): 27-36.
34. Fink AS, Prochazka AV, Henderson WG, Bartenfeld D, Nyirenda C, Webb A et al. Predictors of Comprehension during Surgical Informed Consent. *J Am Coll Surgeons.* 2010; 210(6): 919-26.
35. Sox CM, Gribbons WM, Loring BA, Mandl KD, Batista R, Porter SC. Patient-Centered Design of an Information Management Module for a Personally Controlled Health Record. *J Med Internet Res.* 2010; 12(3) :e36.
36. Ishikawa H, Yano E, Fujimori S, Kinoshita M, Yamanouchi T, Yoshikawa M et al. Patient health literacy and patient-physician information exchange during a visit. *Fam Pract.* 2009; 26(6): 517-23.
37. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Públ.* 2009; 43(4): 631-8.
38. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* 1995; 10: 537-41.
39. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns.* 1999; 38: 33-42.
40. Nurss JR, Parker RM, Williams MV, Baker DW. Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOFHLA) [internet]. Atlanta (GA): Emory University; 1995 [citado em 2014 Out 19]. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Attachment%20D%20%20Short%20Test%20of%20Functional%20Health%20Literacy%20in%20Adults%20\(STOFHLA\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Attachment%20D%20%20Short%20Test%20of%20Functional%20Health%20Literacy%20in%20Adults%20(STOFHLA).pdf)
41. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH. A Shortened Instrument for Literacy Screening. *J Gen Intern Med.* 2003; 18: 1036-8.

42. Murphy, P. & Davis, T. (October 1997). When low literacy blocks compliance. RN, p. 61.
  
43. 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; 25: 391-5.
  
44. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ: Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Fam Med. 2004; 36(8): 588-94.

**5.2. Artigo 2: Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária**

**Resumo:** O objetivo do estudo foi investigar o letramento em saúde e associação com fatores sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos. Trata-se de estudo transversal com adultos entre 20 e 59 anos, homens e mulheres, usuários da atenção primária à saúde. A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com amostra probabilística, estratificada segundo a UBS, gênero e faixa etária. O letramento em saúde foi avaliado por meio do *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18)*. As variáveis explicativas foram os fatores sociodemográficos (aferida por meio do questionário sociodemográfico e Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB), autopercepção da saúde e qualidade de vida (avaliada por meio do WHOQOL - Abreviado). Realizou-se análise estatística descritiva, análise bivariada ( $p \leq 0,20$ ) e regressão logística múltipla ( $p \leq 0,05$ ). O letramento em saúde inadequado foi frequente e inicialmente associado ao sexo, escolaridade, última série cursada com aprovação, estudo formal mínimo, CCEB, plano de saúde, arranjo familiar, importância atribuída à saúde, nota atribuída à própria saúde, frequência de comparecimento à UBS e aos domínios relações sociais e ambiental do WHOQOL. No modelo final da regressão logística, somente a variável escolaridade permaneceu associada ao letramento em saúde, sendo que indivíduos com menor escolaridade tiveram mais chance de ter letramento em saúde inadequado. Os achados sugerem a necessidade de desenvolver estratégias de educação em saúde para os adultos usuários da atenção primária.

**Palavras-chave:** Alfabetização em saúde; Condições Sociais; Autoavaliação; Qualidade de Vida; Saúde do Adulto; Sistema Único de Saúde.

**Health literacy and associated factors in adults primary care users**

**Abstract:** The aim of the study was to investigate health literacy and association with social and demographic factors, self-perception of health and quality of life in adults. This is a cross-sectional study with adults between 20 and 59 years, men and women, users of primary health care. The research was conducted in the Basic Health Units (BHU), with stratified probability

sample, according to the BHU, gender and age range. Health literacy was evaluated by means of *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18)*. The explanatory variables were social and demographic factors (assessed by a social and demographic questionnaire and a test of economic classification (Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB)), self-perception of health and quality of life (evaluated by WHOQOL - Abbreviated). Descriptive statistical analysis, bivariate analysis ( $p < 0.20$ ) and multiple logistic regression ( $p < 0.05$ ) were performed. Inadequate health literacy was recurrent and initially associated with gender, schooling, last grade concluded with approval, minimum formal study, CCEB, health insurance, family arrangement, importance attributed to health, grade attributed to own health, attendance to the BHU and two domains of WHOQOL (social relations and environmental). In the final model of logistic regression, only schooling remained associated with health literacy, in a way that individuals with less schooling had more chance of having inadequate health literacy. The findings suggest the need to develop health education strategies for adult users of primary care. **Keywords:** Health literacy; Social Conditions; Self-Assessment; Quality of Life; Adult Health; Unified Health System.

### 5.2.1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental para o bom desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quando estruturada pela Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2007; Rasella e col., 2014; Macinko, Harris, 2015). Esse nível de atenção, configura-se como elemento-chave pela capacidade de influir nos indicadores de saúde, função reguladora da utilização dos recursos e ordenadora do cuidado longitudinal em saúde (Brasil, 2007). A longitudinalidade da assistência é considerada característica central da APS e apresenta três dimensões: a identificação da unidade básica de saúde (UBS) como fonte regular de cuidado, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde e, por fim, a continuidade informacional (registros de qualidade, que favoreçam o crescente conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde) (Cunha, Giovanella, 2011).

Na APS o cuidado e acompanhamento longitudinais perpassam por ações de promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos (Rasella e col., 2014). Para que essas intervenções sejam bem sucedidas, é preciso aperfeiçoar a comunicação entre o sistema de saúde, seus trabalhadores e usuários (Passamai e col., 2012). Nesse contexto, é essencial refletir sobre como

as pessoas compreendem e utilizam as orientações da equipe de saúde para tomar decisões e agir no cuidado com a própria saúde (Sampaio e col., 2015). Essas questões envolvem a temática do letramento em saúde, sendo necessário desenvolver estudos com usuários do SUS a esse respeito (Coelho e col., 2014).

O letramento em saúde (LS) refere-se ao “conhecimento, motivação e competências das pessoas para ter acesso, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana relativas aos cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida” (WHO, 2013).

O letramento em saúde pode ser classificado como básico/funcional; comunicativo/interativo e crítico. Esses diferentes níveis representam habilidades progressivas do indivíduo para compreender e exercer maior controle sobre as questões de saúde (Nutbeam, 2000). Esses conceitos evidenciam que o importante não é apenas saber se o indivíduo sabe ler ou escrever, mas o que ele é capaz de fazer com essas habilidades, especificamente, no âmbito da saúde. Especialmente no gerenciamento de doenças crônicas (cada vez mais prevalentes como causa de morbimortalidade no Brasil), observa-se que mesmo pessoas com bom nível instrucional podem apresentar dificuldades em compreender orientações sobre os cuidados com a saúde (Sampaio e col., 2015).

As limitações quanto ao letramento funcional em saúde dificultam a promoção e educação em saúde (Coelho e col., 2014) e devem ser foco da atenção de profissionais da área e gestores (Ruiz e col., 2013; Beauchamp e col., 2015; Yin e col., 2015). O LS inadequado está associado a comportamentos de risco, redução do autocuidado e aumento de hospitalizações e custos (WHO, 2013; Ruiz e col., 2013). O baixo letramento em saúde oral, relativo à comunicação verbal entre pacientes e profissionais de saúde, também está associado a piores resultados de saúde e deve ser pesquisado (Nouri, Rudd, 2015). Em contrapartida, fortalecer o LS tem demonstrado favorecer a resiliência individual e comunitária, auxilia no enfrentamento das iniquidades e melhora a saúde e bem-estar (WHO, 2013; Ruiz e col., 2013).

O letramento em saúde deve ser considerado como um importante Resultado Sensível à Educação em Saúde, ou seja, é mensurável e interligado a resultados mais distais em saúde (Yin e col., 2015). Entretanto, no Brasil, as intervenções quanto ao LS não são o foco da literatura científica, uma vez que os estudos estão em fase conhecer o LS de diferentes grupos populacionais (Sampaio e col., 2015).

Outro aspecto relevante no contexto da APS é a autopercepção da saúde, a qual favorece a compreensão da perspectiva do paciente sobre a própria saúde e determina comportamentos e cuidados com a saúde assumidos (Agostinho e col., 2010). A autopercepção da saúde se relaciona a fatores biológicos, socioeconômicos e de vínculo com o serviço de saúde em adultos brasileiros (Agostinho e col., 2010). Sua utilização como indicador contribui para a prática clínica, como acompanhamento da evolução de saúde dos pacientes, para as pesquisas (Agostinho e col., 2010; Subramanian e col., 2010), na percepção integrada do indivíduo quanto às dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Reichert e col., 2012) e deve ser considerada no desenvolvimento de políticas de saúde (Confortin e col., 2015).

A avaliação da qualidade de vida é também um fator importante por contribuir para as ações de promoção à saúde na ESF, favorecendo o vínculo e cuidado longitudinal (Chiesa e col., 2011). A qualidade de vida refere-se à "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 2012). A literatura evidencia associação entre fatores sociodemográficos, como escolaridade, gênero e faixa etária com a qualidade de vida (Azevedo e col., 2012; Podestá e col., 2013).

Cabe ressaltar a necessidade de maior enfoque na população adulta ao se realizar pesquisas e planejar ações em saúde (Aquino e col., 2012; Dilélio e col., 2015). Adultos apresentam perfis de morbidade e mortalidade variáveis conforme fatores biológicos, sociais, demográficos e econômicos (Aquino e col., 2012; Kessaram e col., 2015). Inquérito nacional verificou limitações quanto ao acesso e continuidade dos serviços de saúde para adultos em áreas urbanas no Brasil, sendo imperativo o enfrentamento dessa realidade (Dilélio e col., 2015).

Conforme demonstrado pela literatura, o letramento em saúde deve ser considerado no planejamento e desenvolvimento de ações em saúde (Coelho e col., 2014; Ruiz e col., 2013; Beauchamp e col., 2015; Yin e col., 2015). O mesmo ocorre em relação aos determinantes sociais da saúde (Paim e col., 2011), à autopercepção da saúde (Confortin e col., 2015) e à qualidade de vida (Chiesa e col., 2011). Diante desses vários aspectos que perpassam o cotidiano de usuários, profissionais e gestores no contexto da APS, acredita-se que a investigação das possíveis associações entre eles pode contribuir para o conhecimento científico e a prática clínica em saúde, assim como auxiliar a elaboração de políticas públicas mais adequadas às necessidades da sociedade.

O objetivo deste estudo foi investigar o letramento em saúde e a associação com fatores sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos, usuários da atenção primária à saúde.

### 5.2.2. Métodos

Trata-se de estudo observacional analítico transversal com adultos entre 20 e 59 anos, homens e mulheres, usuários da atenção primária à saúde de município da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), Minas Gerais, Brasil.

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, as quais totalizavam 16 unidades, atendendo 41.993 usuários entre 20 e 59 anos, em 2013. A amostra foi probabilística, estratificada segundo a distribuição de usuários por UBS, gênero e faixa etária (20 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos). O cálculo amostral foi definido por amostragem estratificada aleatória simples. Considerando-se margem de erro amostral e nível de significância de 5%, verificou-se o tamanho da amostra necessário de 380 usuários da atenção primária à saúde.

Foram considerados critérios de inclusão ser usuário da atenção primária à saúde via SUS no município pesquisado; ter idade entre 20 e 59 anos; ter concordado em participar do estudo e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: manifestação de alterações neurológicas ou cognitivas que comprometessem a compreensão por parte do usuário dos instrumentos do estudo e manifestação de comprometimentos relativos à expressão verbal que impossibilitassem à entrevistadora compreender as respostas apresentadas pelo usuário.

A variável resposta foi o letramento em saúde, aferida por meio da utilização do *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18)* (Apolinario e col., 2012): Instrumento para estimar o nível de alfabetismo em saúde, cujas propriedades psicométricas foram testadas e validadas em uma amostra de adultos brasileiros. Avalia as habilidades de pronúncia e compreensão de 18 termos médicos comuns. A aplicação e análise do instrumento foram realizadas conforme os critérios propostos na literatura (Apolinario e col., 2012). O SAHLPA foi adaptado do SALHSA (*Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adults*). Este, por sua vez, originou-se de um dos instrumentos mais utilizados para avaliação do letramento em saúde, o REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*).

No presente estudo utilizou-se o termo “letramento em saúde” por considerá-lo mais abrangente e apropriado que a terminologia “alfabetismo em saúde”.

As variáveis explicativas referiram-se a aspectos sociodemográficos, de autopercepção da saúde e de qualidade de vida.

As variáveis referentes aos fatores sociodemográficos foram aferidas por meio do Questionário sociodemográfico e Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ABEP, 2012). O Questionário sociodemográfico foi composto pelos eixos identificação; moradia e estrutura familiar; escolaridade; trabalho e acesso à rede de saúde particular.

As variáveis acerca da autopercepção de saúde foram avaliadas por meio do Questionário de autopercepção da saúde. O instrumento foi elaborado pelas autoras e composto por eixos temáticos: Percepção da própria saúde (importância atribuída à saúde, frequência na qual o participante pensa na própria saúde e nos problemas de saúde, percepção de comprometimento das atividades cotidianas devido ao estado de saúde atual e percepção de si como pessoa saudável); autopercepção da saúde (pergunta “Como você avalia a sua saúde?” com resposta em escala Likert de cinco pontos; atribuição de uma nota para a própria saúde, em escore de zero a dez, em números inteiros, sendo zero referente a saúde muito ruim e dez, a excelente); aspectos de morbidade (presença e número de problemas de saúde, tratamento fonoaudiológico atual e motivo, segundo o relato dos participantes) e utilização dos serviços de saúde (motivo de ter ido à UBS no dia da entrevista, frequência de comparecimento à UBS e tempo decorrido desde o último comparecimento).

Por fim, as variáveis relativas à qualidade de vida foram avaliadas por meio do WHOQOL - Abreviado, versão em português (Fleck e col., 2000). Foi estruturado banco de dados no software *Microsoft Office Excel 2013* com as respostas coletadas, então utilizou-se ferramenta desenvolvida para realizar o cálculo dos escore e estatística descritiva do instrumento, seguindo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL (Pedroso e col., 2010).

O recrutamento e a coleta de dados foram realizados de fevereiro a maio de 2015, nas UBS de referência de cada participante no momento de espera para atendimento. Todos os participantes assinaram o TCLE.

Realizou-se estudo piloto prévio com cinco usuários, em uma das UBS, para ajuste da terminologia e calibração dos instrumentos. O estudo piloto possibilitou também a prática da abordagem a ser realizada para convidar e aplicar os instrumentos de avaliação, bem como a estimativa do tempo de cada entrevista.

Quanto à análise dos dados, realizou-se análise descritiva por meio da distribuição de frequência para as variáveis categóricas e das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas. Para tanto, os dados foram previamente digitados em banco de dados elaborado no software *Microsoft Office Excel 2013* e conferidos.

Posteriormente, foi realizada análise bivariada para verificar a associação entre as variáveis resposta e explicativas. Para avaliar a associação com variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Uma vez que todas as variáveis contínuas tiveram distribuição assimétrica pelo teste de Kolmogorov-Smirnof ( $p < 0,005$ ), foi utilizado o teste não paramétrico de Mann Whitney para comparação entre as medianas dos dois grupos da variável-resposta. Algumas das variáveis explicativas foram reclassificadas para reduzir as categorias com poucas informações e melhorar as estimativas nas análises: a variável escolaridade foi reorganizada nas categorias ensino fundamental (referente ao ensino fundamental completo e incompleto), ensino médio (médio completo e incompleto) e ensino superior (superior e pós-graduação completo e incompleto); para a variável situação ocupacional, foram mantidas as categorias empregado, autônomo, desempregado, do lar e acrescida a categoria outros (afastados por motivo de saúde, aposentados e estudantes); no estado conjugal foi mantida a categoria solteiro e unificados os casados/união estável, bem como os separados/divorciados/viúvos; no CCEB as categorias foram reorganizadas em A e B (A1,A2,B1 e B2), C (C1 e C2), D e E (D e E); para a situação de moradia foi mantida a categoria própria e criada a categoria alugada/cedida (alugada/cedida/compartilhada com herdeiros/área de ocupação); na importância atribuída à saúde foram unificadas as categorias sem importância/pouco importante/indiferente e mantidas as categorias importante e muito importante; na avaliação da própria saúde foram utilizadas as categorias ruim (muito ruim/ruim/nem ruim, nem boa) e boa (boa/muito boa); na frequência em que pensa na saúde, nos problemas de saúde e na frequência de comparecimento à UBS foram unificadas as categorias nunca/raramente e mantidas as categorias às vezes, frequentemente e sempre. A análise bivariada foi realizada com os 368 participantes que responderam ao instrumento de avaliação do letramento em saúde (SAHLPA-18).

As variáveis com associações estatisticamente significantes ao nível de 20% ( $p \leq 0,20$ ) na análise bivariada foram consideradas para entrada no modelo de regressão logística múltipla, com exceção da variável *Último ano cursado* e *Estudo Formal mínimo* por serem altamente relacionadas à variável *Escolaridade*, que foi escolhida para essa análise. Foi

adotado o método manual, considerando em cada passo da análise, a variável com maior valor-p para retirada do modelo. No modelo final foram mantidas as variáveis com associação significativa ao nível de 5% ( $p \leq 0,05$ ). A magnitude das associações foi avaliada pela *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. A adequação do modelo foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow. Os modelos de regressão logística foram ajustados com as seguintes variáveis: Gênero, Escolaridade, CCEB, Plano de Saúde, arranjo familiar, importância da saúde, frequência de comparecimento à UBS; Nota da Saúde e domínios do WHOQOL que apresentaram valor-p  $>0,20$ .

Para a entrada, processamento e análise dos dados quantitativos foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0.

Previamente à coleta de dados, foi solicitada e obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da gerência de cada UBS por meio de carta de anuência acompanhada de cópia do projeto de pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número CAAE: 25014513.7.0000.5149.

### **5.2.3. Resultados**

Quanto às questões sociodemográficas, no eixo temático identificação, verificou-se que a maioria dos 380 participantes foi do gênero feminino (51,6%), mediana de idade de  $37,0 \pm 11,0$  anos, sendo o local de nascimento mais frequente o próprio município no qual o estudo se realizou (56,6%). Nascidos em outros municípios do estado de Minas Gerais totalizaram 34,5% e em outros estados da federação, 8,9%. No que se refere ao eixo moradia e estrutura familiar, 67,5% dos entrevistados residem em casa própria, predominou o estado conjugal casado ou em união estável (58,2%) e, em média,  $4,0 \pm 1,7$  pessoas residem na mesma moradia. No eixo escolaridade, a mediana de anos de estudo formal foi de  $11,0 \pm 3,8$ . O nível de ensino formal relatado foi nenhum para 1,3% dos entrevistados; ensino fundamental incompleto ou completo para 42,3%; ensino médio incompleto ou completo para 44,8% e ensino superior ou pós-graduação incompleto ou completo para 11,5%. No eixo trabalho, as situações ocupacionais mais prevalentes foram: empregado (46,1%), autônomo (22,9%), do lar (12,4%) e desempregado (10,0%), sendo que os demais participantes relataram ser estudantes, aposentados ou afastados por motivo de saúde (8,7%). Quanto às atividades ocupacionais, a maioria dos 380 participantes relatou ser trabalhador dos serviços, vendedor do comércio em lojas e mercados (31,6%); trabalhador da produção de bens e serviços industriais (18,9%) e

técnico de nível médio (6,1%). No eixo acesso à rede de saúde particular, observou-se que a maioria dos participantes (68,9%) não têm plano de saúde. Dentre os 31,1% que possuem plano de saúde, a duração do contrato com a rede particular apresentou mediana de 4,0±6,6 anos. Quanto à classificação econômica, dos 372 participantes que responderam integralmente o CCEB, 0,5% compõem as classes A1 e A2; 8,1% a classe B1; 25,3% a B2; 34,7% a C1; 22,0% a C2 e 9,4% as classes D e E.

A tabela 1 apresenta distribuição de frequências de variáveis do questionário de autopercepção da saúde.

**Tabela 1- Distribuição de variáveis do questionário de autopercepção da saúde (n=380)\***

<b>Percepção da própria saúde</b>		
<b>Importância da Saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sem importância/Pouco importante/Indiferente	9	2,4
Importante/Muito Importante	371	97,6
Total	380	100,0
<b>Frequência em que pensa na saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca/Raramente/Às vezes	109	28,7
Frequentemente/Sempre	271	71,3
Total	380	100,0
<b>Frequência em que pensa nos problemas de saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca/Raramente/Às vezes	135	35,7
Frequentemente/Sempre	243	64,3
Total	378	100,0
<b>Frequência em que o estado de saúde atual compromete as atividades cotidianas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca/Raramente/Às vezes	330	87,1
Frequentemente/Sempre	49	12,9
Total	379	100,0
<b>Considera-se saudável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	301	80,1
Não	75	19,9
Total	376	100,0
<b>Autopercepção da saúde</b>		
<b>Como avalia a própria saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muito ruim/Ruim/Nem ruim, nem boa	61	16,1
Boa/Muito boa	319	83,9
Total	380	100,0

<b>Aspectos de morbidade</b>			
<b>Relato de presença de problema de saúde</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
	Sim	203	53,4
	Não	177	46,6
	Total	380	100,0
<b>Utilização dos serviços de saúde</b>			
<b>Frequência de comparecimento à UBS</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
	Mais de uma vez por semana/Semanalmente	35	9,3
	Mensalmente	69	18,2
	Trimestralmente/Semestralmente	122	32,2
	Raramente	153	40,3
	Total	379	100,0

\*O número de informações varia devido a dados faltantes

No eixo temático autopercepção da saúde, a média da nota atribuída a própria saúde foi  $8,0 \pm 1,6$ . Em relação ao eixo aspectos de morbidade, verificou-se que os problemas de saúde mais frequentemente referidos ( $n=380$ ) são os do aparelho circulatório (25,8%); endócrinos, nutricionais e metabólicos (15,8%); do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (9,2%); transtornos mentais e comportamentais (7,9%) e do aparelho respiratório (7,6%). Acerca do relato de estar em tratamento fonoaudiológico no momento da entrevista, 1,6% dos participantes afirmaram estar nessa situação, sendo o motivo mais frequente a deficiência auditiva. Quanto ao eixo utilização dos serviços de saúde, foi identificado que a maioria dos usuários referiu apenas um objetivo do comparecimento à UBS (94,5%), sendo os mais frequentes consulta médica (45,0%); acompanhar atendimento de outras pessoas (30,0%); consulta com outro profissional de saúde (7,9%); agendar consulta/exame para si/ terceiros (5,3%). Outros motivos totalizaram 12,4% (em ordem decrescente de frequência: aferir pressão arterial ou glicemia; curativo; vacina; cadastrar-se na UBS ou Cartão Nacional do SUS; buscar medicamentos ou insumos para saúde; buscar informações de saúde e buscar documentação). Dentre os usuários que acompanhavam o atendimento de outras pessoas ( $n=112$ ), 79,5% acompanhavam filhos, sobrinhos ou netos. Verificou-se mediana de  $30 \pm 343,9$  dias decorridos desde o último comparecimento à UBS.

A tabela 2 apresenta a distribuição de frequência das questões 1 e 2 do WHOQOL breve e a tabela 3, as medidas de tendência central e dispersão dos domínios do WHOQOL breve.

**Tabela 2 - Distribuição de frequência das questões 1 e 2 do WHOQOL breve (n=380)\***

<b>Características*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Características*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Percepção geral indivíduo sobre a própria qualidade de vida</b>			<b>Satisfação com a própria saúde</b>		
Muito ruim	5	1,3	Muito insatisfeito	2	0,5
Ruim	12	3,2	Insatisfeito	37	9,7
Nem ruim, nem boa	79	20,8	Nem satisfeito, nem insatisfeito	61	16,1
Boa	231	60,8	Satisfeito	222	58,4
Muito boa	53	13,9	Muito satisfeito	58	15,3
Total	380	100,0	Total	380	100,0

**Tabela 3 - Medidas de tendência central e dispersão dos domínios do WHOQOL breve (n=380)**

<b>Domínios do WHOQOL</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Físico</b>	69,26	15,95	71,43	14,29	100,00
<b>Psicológico</b>	72,25	13,34	75,00	20,83	100,00
<b>Relações Sociais</b>	73,59	15,30	75,00	16,67	100,00
<b>Ambiental</b>	60,12	13,45	59,38	18,75	93,75

No que se refere ao letramento em saúde avaliado pelo SAHLPA-18, dos 368 participantes que responderam à avaliação, 74,5% (n=274) apresentaram letramento em saúde inadequado e 25,5% (n=94), adequado. A mediana dos escores do SAHLPA-18 foi de 12,0±4,1; média 11,3; pontuação mínima=1,0 e máxima=18,0.

A tabela 4 apresenta a análise bivariada e a comparação de medianas entre letramento em saúde e características sociodemográficas.

Na tabela 5, verifica-se a análise de associação (bivariada e comparação de medianas) entre o letramento em saúde e autopercepção da saúde.

A análise de associação por comparação de medianas entre o letramento em saúde e os domínios da qualidade de vida é demonstrada na tabela 6.

**Tabela 4 - Análise de associação (bivariada e comparação de medianas) entre o letramento em saúde e características sociodemográficas (n=368)\***

Características	Letramento em Saúde		Valor-p
	Adequado	Inadequado	
<b>Sexo</b>			
Feminino	58 (61,7)	133 (48,5)	<b>0,028**</b>
Masculino	36 (38,3)	141 (51,5)	
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	
<b>Situação Conjugal</b>			
Solteiro	22 (27,5)	89 (32,5)	0,224**
Casado/União estável	61 (64,9)	152 (55,5)	
Separado/Divorciado/Viúvo	11 (11,7)	33 (12,0)	
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	
<b>Escolaridade (em nível de ensino formal)</b>			
Fundamental	12 (12,8)	142 (51,8)	<b>&lt;0,001**</b>
Médio	53 (56,4)	117 (42,7)	
Superior	29 (30,9)	15 (5,5)	
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	
<b>Situação da Moradia</b>			
Casa própria	67 (71,3)	180 (65,9)	0,341**
Casa alugada/cedida	27 (28,7)	93 (34,1)	
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	
<b>Critério de Classificação Econômica (CCEB)</b>			
Classes A e B	39 (41,5)	85 (32,0)	<b>0,033**</b>
Classes C	52 (55,3)	151 (56,8)	
Classes D e E	3 (3,2)	30 (11,3)	
Total	94 (100,0)	266 (100,0)	
<b>Plano de Saúde</b>			
Sim	39 (41,5)	78 (28,6)	<b>0,020**</b>
Não	55 (58,5)	195 (71,4)	
Total	94 (100,0)	273 (100,0)	
<b>Situação Ocupacional</b>			
Empregado	48 (51,1)	124 (45,3)	0,303**
Autônomo	25 (26,6)	59 (21,5)	
Desempregado	5 (5,3)	32 (11,7)	
Do lar	10 (10,6)	35 (12,8)	
Outros	6 (6,4)	24 (8,8)	
Total	94 (100,0)	273 (100,0)	
<b>Idade (em anos) (n=368)</b>			
Mediana	34,5	37,0	0,287***
Média	36,8	38,2	
Desvio Padrão	9,9	11,2	
<b>Estudo formal mínimo (em anos) (n=368)</b>			
Mediana	11,5	8,0	<b>&lt;0,001***</b>
Média	12,4	8,6	
Desvio Padrão	3,0	3,3	

<b>Arranjo familiar (número de pessoas no domicílio) (n=368)</b>			
Mediana	4,0	4,0	
Média	3,8	4,1	<b>0,140***</b>
Desvio Padrão	1,6	1,8	
<b>Tempo que possui Plano de Saúde (em anos) (n=116)</b>			
Mediana	4,0	4,0	
Média	4,9	7,4	0,242***
Desvio Padrão	4,3	7,4	

\* O número de informações varia devido à dados faltantes; \*\*Qui-quadrado de Pearson; \*\*\*Teste de Mann-Whitney (comparação de medianas).

**Tabela 5 - Análise de associação (bivariada e comparação de medianas) entre o letramento em saúde e autopercepção da saúde (n=368)\***

Autopercepção da saúde	Letramento em Saúde		Valor-p
	Adequado	Inadequado	
<b>Importância atribuída à saúde</b>			
Sem importância/pouco importante/indiferente	3 (3,2)	5 (1,8)	
Importante	5 (5,3)	44 (16,1)	<b>0,025**</b>
Muito importante	86 (91,5)	225 (82,1)	
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	
<b>Frequência em que pensa na saúde</b>			
Nunca/Raramente	6 (6,4)	16 (5,8)	
Às vezes	15 (16,0)	68 (24,8)	
Frequentemente	33 (35,1)	71 (25,9)	0,206**
Sempre	40 (42,6)	119 (43,4)	
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	
<b>Frequência em que pensa nos problemas de saúde</b>			
Nunca/Raramente	8 (8,6)	33 (12,1)	
Às vezes	25 (26,9)	63 (23,1)	
Frequentemente	26 (28,0)	70 (25,6)	0,697**
Sempre	34 (36,6)	107 (39,2)	
Total	93 (100,0)	273 (100,0)	
<b>Frequência em que o estado de saúde atual compromete as atividades cotidianas</b>			
Nunca	52 (55,3)	158 (57,9)	
Raramente	10 (10,6)	24 (8,8)	
Às vezes	20 (21,3)	58 (21,2)	
Frequentemente	7 (7,4)	15 (5,5)	0,915**
Sempre	5 (5,3)	18 (6,6)	
Total	94 (100,0)	273 (100,0)	
<b>Considera-se saudável</b>			
Sim	74 (78,7)	219 (81,1)	
Não	20 (21,3)	51 (18,9)	0,615**
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	

Avaliação da própria saúde			
Ruim	14 (14,9)	44 (16,1)	0,789**
Boa	80 (85,1)	230 (83,9)	
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	
Nota atribuída a própria saúde			
Mediana	8,0	8,0	0,142***
Média	8,0	8,1	
Desvio Padrão	1,2	1,7	
Relato de problema de saúde			
Sim	51 (54,3)	144 (52,6)	0,776**
Não	43 (45,7)	130 (47,4)	
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	
Número de problemas de saúde relatados			
≤ 1	76 (80,9)	223 (81,4)	0,341**
> 1	18 (19,1)	51 (18,6)	
Total	94 (100,0)	274 (100,0)	
Frequência de comparecimento à UBS			
Nunca/Raramente	5 (7,9)	29 (18,8)	0,093**
Às vezes	17 (27,0)	51 (33,1)	
Frequentemente	23 (36,5)	40 (26,0)	
Sempre	18 (28,6)	34 (22,1)	
Total	63 (100,0)	154 (100,0)	
Tempo decorrido entre a última visita à UBS (em dias)			
Mediana	30,0	30,0	0,496***
Média	76,0	114,9	
Desvio Padrão	109,0	232,0	

\* O número de informações varia devido à dados faltantes; \*\*Qui-quadrado de Pearson; \*\*\*Teste de Mann-Whitney.

**Tabela 6 - Comparação de medianas entre o letramento em saúde e domínios da qualidade de vida (n=368)**

Qualidade de vida	Letramento em Saúde		Valor-p*	Qualidade de vida	Letramento em Saúde		Valor-p*
	Adequado	Inadequado			Adequado	Inadequado	
<b>Domínio Físico</b>				<b>Domínio Relações Sociais</b>			
Mediana	71,4	71,4	0,486	Mediana	75,0	75,0	<b>0,161</b>
Média	68,4	69,6		Média	75,9	72,6	
Desvio Padrão	16,1	15,9		Desvio Padrão	13,9	15,7	
<b>Domínio Psicológico</b>				<b>Domínio Ambiental</b>			
Mediana	75,0	75,0	0,642	Mediana	62,5	59,4	<b>0,149</b>
Média	72,9	72,1		Média	62,0	59,5	
Desvio Padrão	13,0	13,5		Desvio Padrão	12,0	13,9	
<b>Geral</b>							
Mediana	16,0	16,0	<b>0,124</b>				
Média	14,9	15,4					
Desvio Padrão	2,7	2,7					

\*Teste de Mann-Whitney.

Os resultados da análise de regressão logística múltipla hierarquizada dos fatores associados ao letramento em saúde inadequado foi apresentada na tabela 7.

**Tabela 7 - Resultados da análise de regressão logística múltipla hierarquizada - Fatores associados ao letramento em saúde inadequado**

Características*	Modelo Inicial		Modelo final	
	OR (IC 95%)	Valor-p*	OR (IC 95%)	Valor-p*
<b>Sexo</b>	1,66 (0,76-3,59)	0,203	1,52 (0,90-2,58)	0,117
<b>Escolaridade</b>				
Ensino Fundamental	38,68 (10,1-148,81)	<0,001	22,06 (9,34-52,17)	<0,001
Ensino Médio	4,66 (1,71-12,66)	0,003	4,20 (2,07-8,51)	<0,001
<b>CCEB</b>				
Classe C1/C2	0,56 (0,23-1,36)	0,200	–	–
Classe D/E	1,35 (0,13-14,66)	0,803	–	–
<b>Plano de Saúde (não)</b>	1,23 (0,55-2,78)	0,616	–	–
<b>Arranjo Familiar</b>	1,06 (0,85-1,35)	0,588	–	–
<b>Importância da Saúde</b>	2,96 (0,84-10,43)	0,092	–	–
Sem Importância	–	–	–	–
Importante	2,54 (0,72-9,01)	0,148	–	–
<b>Frequência UBS</b>				
Nunca/Raramente	1,91 (0,51-7,15)	0,336	–	–
Às vezes	2,25 (0,84-6,07)	0,109	–	–
Frequentemente	0,92 (0,36-2,34)	0,864	–	–
<b>Nota Saúde</b>	0,937 (0,69-1,28)	0,678	–	–
<b>Domínio Relações Sociais</b>	1,07 (0,98-1,04)	0,646	–	–
<b>Domínio Ambiental</b>	0,99 (0,97-1,03)	0,962	–	–
<b>Constante</b>	0,206	0,348	0,437	0,014

**Categorias de referência:** Sexo - masculino; Ensino superior; CCEB - Classe A/B1/B2; Plano de Saúde - sim; Importância da Saúde - muito importante; Frequência que comparece à UBS - sempre.

**Ajuste dos modelos inicial/final (Hosmer e Lemeshow):** p= 0,762/p=0,971

#### 5.2.4. Discussão

O letramento em saúde inadequado foi frequente e, na análise bivariada, foi associado às variáveis sexo, escolaridade, última série cursada com aprovação, estudo formal mínimo, CCEB, plano de saúde, arranjo familiar, importância atribuída à saúde, nota atribuída à própria saúde, frequência de comparecimento à UBS e aos domínios relações sociais e ambiental do WHOQOL. Após análise de regressão logística, no modelo final, somente a variável escolaridade permaneceu associada ao letramento em saúde, sendo que indivíduos com ensino

fundamental e médio apresentaram, respectivamente, 22,1 e 4,2 vezes a chance de ter o letramento em saúde inadequado quando comparados àqueles com ensino superior.

É observada elevada frequência de letramento em saúde inadequado em estudos realizados no Brasil: 58,0% em pacientes de 19 a 59 anos de um hospital universitário avaliados pelo *Brief Test of Functional Health Literacy* (B-TOFHLA) (Coelho e col., 2014); 65,9% entre diabéticos tipo 2 (19 a 59 anos), atendidos em hospital público; também avaliados por meio do B-TOFHLA (Sampaio e col., 2015) e 66% entre idosos (idade  $\geq 60$  anos) de clínicas geriátricas públicas avaliados com o SAHLPA-50 (Apolinario e col., 2012). De modo similar, porém mais expressivo, grande percentual dos adultos avaliados no presente estudo também apresentou letramento em saúde inadequado. A diversidade de métodos das pesquisas, como os diferentes testes utilizados e a aplicação do SAHLPA-18 em ambiente de sala de espera neste estudo, podem ser a razão dos diferentes percentuais.

Verificou-se que o letramento em saúde adequado foi mais frequente entre as mulheres, todavia a associação da variável sexo com o letramento em saúde não foi demonstrada no modelo final da regressão logística. Outros estudos na literatura também não identificaram associação entre gênero e letramento em saúde (Apolinario e col., 2012; Sampaio e col., 2015). Entretanto, estudo de revisão verificou que a mulher é a principal cuidadora no âmbito das famílias. Ressaltou também que as habilidades comunicativas das mulheres favorecem o desenvolvimento de redes de contato e apoio que possibilitam cuidar com mais eficiência (Gutierrez e col., 2010). Esses cuidados abrangem acompanhamento das ações e prescrições médicas (como marcação e acompanhamento das consultas e obtenção de medicamentos) (Gutierrez e col., 2009). Esses achados sugerem que as funções exercidas pelas mulheres e frequência de comparecimento aos serviços de saúde podem contribuir para o melhor desempenho nas habilidades de letramento em saúde, apesar desse fato não ter se confirmado no presente estudo.

A escolaridade demonstrou importante associação com o letramento em saúde no modelo final da regressão logística, de maneira que quanto maior a escolaridade, maior a frequência de letramento em saúde adequado. Resultados semelhantes foram identificados em outras pesquisas nas quais menos anos de estudo formal estavam associados a pior letramento em saúde (Sampaio e col., 2015) e ensino médio completo associou-se a melhores escores de letramento em saúde quando comparado com indivíduos com menor nível educacional (Beauchamp e col., 2015). Esses achados sugerem que apesar de o letramento em saúde e

escolaridade serem medidas diferentes (Apolinário e col., 2012; Sampaio e col., 2015), ações que favoreçam a escolaridade formal podem contribuir para reduzir a prevalência de letramento em saúde inadequado. Todavia, cabe ressaltar que o alfabetismo pleno (o qual se espera a partir da conclusão do ensino fundamental) foi alcançado por apenas 35% das pessoas com ensino médio e 62% daquelas com ensino superior, de acordo com o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF) 2011-2012, que avalia brasileiros de 15 a 64 anos. Esses resultados demonstram que esforços para aprimorar a qualidade do ensino devem ser concomitantes aos avanços já alcançados quanto aos anos de escolaridade. Portanto, os serviços de saúde devem estar atentos aos indivíduos com menor escolaridade, pois há maiores chances de que estes apresentem limitações quanto ao letramento em saúde, porém é necessário o alerta de que pessoas com níveis mais elevados de ensino formal também podem apresentar essas dificuldades.

A classificação econômica mostrou-se associada ao letramento em saúde na análise bivariada, porém isso não se confirmou no modelo final da regressão logística. Não foram encontrados estudos brasileiros que analisassem essa associação para comparação. Todavia a literatura internacional refere que o letramento em saúde mais baixo é mais prevalente em grupos populacionais de baixa renda (WHO, 2013).

Verificou-se que a maioria dos participantes não possui planos de saúde privados, sendo que a posse desses planos esteve associada ao letramento em saúde adequado ao nível  $p \leq 0,20$ , na análise bivariada. Essa associação também esteve presente em estudo que avaliou 813 adultos de 19 a 99 anos na Austrália (Beauchamp e col., 2015). Todavia, no presente estudo, essa associação não se comprovou no modelo final da regressão logística, possivelmente pelo fato da presença de plano de saúde privado estar relacionada a outros fatores, como a maior escolaridade.

Quanto ao arranjo familiar, na literatura internacional, constatou-se que morar sozinho estava associado a piores escores de letramento em saúde, todavia o tamanho do efeito dessa associação foi pequeno (Beauchamp e col., 2015). De modo similar, na presente pesquisa o arranjo familiar demonstrou associação com o letramento em saúde somente na análise bivariada, fato que não se confirmou na regressão logística.

No eixo autopercepção da saúde, a importância atribuída à saúde e a nota atribuída à própria saúde demonstraram associação com o letramento em saúde apenas na análise bivariada e não no modelo final da regressão logística. Não foram encontradas na literatura

estudos que analisassem a associação entre essas variáveis. Contudo, pesquisa americana constatou que o baixo letramento em saúde, individual e comunitário, está associado a autopercepção de saúde ruim (Sentell e col., 2013).

Observou-se que os participantes com letramento em saúde adequado relataram de forma mais recorrente comparecer às UBS sempre ou frequentemente quando comparados àqueles com LS inadequado. Porém essa, associação não se confirmou na regressão logística e não foram verificados outros estudos na literatura que realizaram essa análise.

Quanto ao eixo qualidade de vida, os domínios relações sociais e ambiental do WHOQOL foram associados ao letramento em saúde na análise bivariada, mas não no modelo final da regressão logística. Não foram verificados estudos nacionais que avaliassem essa associação. Os resultados do presente estudo divergem de pesquisa canadense na qual verificou-se que o letramento em saúde inadequado está associado a pior qualidade de vida relacionada à saúde em adultos com diabetes tipo 2 (Sayah e col., 2015). A diversidade entre aspectos socioeconômicos e culturais entre as populações estudadas possivelmente justificam as diferenças nos achados.

Ressalta-se que os achados do presente estudo restringiram-se ao nível funcional do letramento em saúde e são generalizáveis apenas para o município analisado. Contudo, é possível que realidade semelhante seja verificada em outras regiões, uma vez que há similaridade da distribuição em classes econômicas desta pesquisa, quando comparada aos valores estimados para o Brasil segundo os parâmetros do CCEB a partir de 2015. Em ambos os casos há predomínio das classes C e B (respectivamente) (ASBPM, 2015). Sendo assim, acredita-se que esta pesquisa tenha contribuído para a identificação do perfil de letramento em saúde de adultos usuários da atenção primária à saúde no SUS. Além disso, a análise dos fatores associados ao letramento em saúde inadequado, tendo como referência a diversidade de variáveis utilizadas neste estudo, podem direcionar o planejamento de intervenções em saúde. Esses resultados sugerem que são necessárias ações de educação em saúde direcionadas para adultos com todos os níveis de escolaridade, uma vez que o letramento em saúde inadequado é frequente, mas principalmente para os indivíduos com menor escolaridade. Destaca-se também a necessidade de redefinir estratégias para aprimorar o acompanhamento longitudinal dos adultos usuários da atenção primária no SUS, conforme evidenciado na literatura (Dilélío e col., 2015). Pois, apesar de muitos indivíduos relatarem problemas de saúde, esses adultos às vezes passam longos períodos sem comparecer às UBS e, quando o

fazem, frequentemente têm o objetivo de acompanhar familiares e não o próprio cuidado. A atenção primária à saúde como local privilegiado na rede de atenção à saúde para o desenvolvimento da promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como os adultos, protagonistas dos cuidados de si mesmos e muitas vezes responsáveis pela saúde de familiares, precisam encontrar maneiras para que o suporte longitudinal em saúde esteja ao alcance da população e seja eficiente.

### **5.2.5. Conclusão**

Dentre os fatores sociodemográficos analisados, a escolaridade foi a única variável que apresentou associação positiva com o letramento em saúde, sendo que indivíduos com menor escolaridade tiveram mais chance de ter o letramento em saúde inadequado. A autopercepção da saúde e a qualidade de vida não foram associadas ao letramento em saúde. Os achados sugerem a necessidade de desenvolver ações de educação em saúde direcionadas para os adultos usuários da atenção primária e com a participação desses indivíduos a fim de que se alcance o acompanhamento longitudinal da saúde de forma eficiente.

### **5.2.6. Referências**

- ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil – 2012. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2010 – IBOPE. Disponível em: <[www.abep.org](http://www.abep.org)>. Acesso em: 9 set. 2013.
- AGOSTINHO, M.R.; OLIVEIRA, M.C.; PINTO, M.E.B.; BALARDIN, G.U.; HARZHEIM, E. A autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. v. 5, n.17, p. 9-15, 2010.
- APOLINARIO, D.; OLIVEIRA, R.C.; BRAGA, P.; MAGALDI, R.M.; BUSSE, A.L.; CAMPORA, F. e col. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Revista de Saúde Pública*. v. 46, n. 4, p. 702-711, 2012.
- AQUINO, E.M.L.; BARRETO, S.M.; BENSENOR, I.M.; CARVALHO, M.S.; CHOR, D.; DUNCAN, B.B. e col. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. *American Journal of Epidemiology*. v. 175, n. 4, p. 315–324, 2012.
- ASBPM - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES DE MERCADO OPINIÃO E MÍDIA. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015. Disponível em:< <http://www.asbpm.org.br/criterios.asp>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

AZEVEDO, G.P.G.C.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. v.17, n.2, p.119-127, 2012.

BEAUCHAMP, A.; BUCHBINDER, R.; DODSON, S.; BATTERHAM, R.W.; ELSWORTH, G.R.; MCPHEE, C. e col. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. v.15, p. 678-691, 2015.

BRASIL. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8) 232 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Brasília, 2014. 116 p.: il.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.C.; MAEDA, S.T.; CASTRO, D.F.A.; BARROS, D.G. e col. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 45, n. Esp. 2, p. 1743-1747, 2011.

COELHO, M.A.M.; SAMPAIO, H.A.C.; PASSAMAI, M.P.B.; CABRAL, L.A.; PASSOS, T.U.; LIMA, G.P. Functional health literacy and healthy eating: Understanding the Brazilian food guide recommendations. *Revista de Nutrição*. v. 27, n. 6, p. 715-723, 2014.

CONFORTIN, S.C.; GIEHL, M.W.C.; ANTES, D.L.; SCHNEIDER, I.J.C.; D'ORSI, E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 31, n. 5, p. 1049-1060, 2015.

CUNHA, E.L.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011.

DILÉLIO, A.S.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.C.V.; PICCINI, R.X. e col. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. *Revista de Saúde Pública*. v. 49, n. 3, p. 1-15, 2015.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*. v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.15(Supl. 1), p.1497-1508, 2010.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Papel da mulher de camadas populares de Manaus na produção de cuidados da saúde. *Saúde e Sociedade*. v.18, n.4, p.707-720, 2009.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO. INAF-Brasil 2011- Principais resultados. Disponível: <[http://www.ipm.org.br/pt-br/programas/inaf/relatoriosinafbrasil/Paginas/inaf2011\\_2012.aspx](http://www.ipm.org.br/pt-br/programas/inaf/relatoriosinafbrasil/Paginas/inaf2011_2012.aspx)>. Acesso em: 12 mar. 2016.

KESSARAM, T.; MCKENZIE, J.; GIRIN, N.; ROTH, A.; VIVILI, P.; WILLIAMS, G. e col. Noncommunicable diseases and risk factors in adult populations of several Pacific Islands: results from the WHO STEP wise approach to surveillance. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. v. 39, p. 336-343, 2015.

MACINKO, J.; HARRIS, M.J. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine*. v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015.

NOURI, S.S.; RUDD, R.E. Health literacy in the ‘oral exchange’’: An important element of patient–provider communication. *Patient Education and Counseling*. v. 98, p. 565-571, 2015.

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

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. v. 377, p. 1778-1797, 2011.

PASSAMAI, M.P.B.; SAMPAIO, H.A.C.; DIAS, A.M.I.; CABRAL, L.A. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 16, n. 41, p. 301-314, 2012.

PEDROSO, B.; PILATTI, L.A.; GUTIERREZ, G.L.; PICININ, C.T. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. v. 2, n.1, p. 31-36, 2012.

PODESTÁ, M.H.M.C.; SOUZA, W.A.; VILAS-BOAS, O.M.G.C.; MARTINS, A.D.; BRAZ, C.L.; FERREIRA, E.B. Qualidade De Vida Dos Usuários Da Atenção Primária À Saúde: Perfil e Fatores Que Interferem. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. v.11, n. 2, p. 316-326, 2013.

RASELLA, D.; HARHAY, M.O.; PAMPONET, M.L.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ Journals*. v. 349, p.4014, 2014.

REICHERT, F.F.; LOCH, M.R.; CAPILHEIRA, M.F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2012.

RUIZ, R.B.; DELIS, M.M.; FRÓMETA, M.C.; ALFARO, M.A.R. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas em Santiago de Cuba. *MEDISAN*. v. 13, n. 1, p. 126-140, 2013.

SAMPAIO, H.A.C.; CARIOCA, A.A.F.; SABRY, M.O.D.; SANTOS, P.M.; COELHO, M.A.M, PASSAMAI, M.P.B. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 20, n. 3, p. 865-874, 2015.

SAYAH, F.; QIU, W.; JOHNSON, J.A. Health literacy and health-related quality of life in adults with type 2 diabetes: a longitudinal study. *Quality of Life Research*. Published online:1-8, 2015. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26603739>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

SENTELL, T.; ZHANG, W.; DAVIS, J.; BAKER, K.K.; BRAUN, K.L. The Influence of Community and Individual Health Literacy on Self-Reported Health Status. *Journal of General Internal Medicine*. v. 29, n. 2, p. 298-304, 2013.

SUBRAMANIAN, S.V.; HUIJTS, T.; AVENDANO, M. Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bulletin of the World Health Organization*. v. 88, p. 131-138, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Programme on mental health: WHOQOL user manual. WHO, 1998, Edition 2012 (WHO), 106p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.03\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 12 mai. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO - Regional Office for Europe. Health Literacy - The Solid Facts. 2013. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)>. Acesso em: 8 nov. 2015.

YIN, H.S.; JAY, M.; MANESS, L.; ZABAR, S.; KALET, A. Health Literacy: An Educationally Sensitive Patient Outcome. *Journal of General Internal Medicine*. v.30, n. 9, p. 1363-1368, 2015.

### 5.3. Artigo 3: Letramento em saúde: proposta de instrumento para avaliação da percepção de adultos

#### Resumo

Objetivo: Analisar um instrumento de avaliação da percepção do letramento em saúde de adultos, bem como verificar a concordância entre este instrumento e o *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese Speaking Adults*. Métodos: Estudo observacional transversal, com 380 adultos, 20 a 59 anos, homens e mulheres, usuários da Atenção Primária à Saúde, amostra probabilística. O letramento em saúde foi avaliado por meio da Escala de Letramento em Saúde (proposta pelo presente estudo) e do *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*. Também foram coletados dados quanto a gênero, idade e escolaridade. Foram realizadas análises descritivas, de consistência interna, análise fatorial confirmatória e da validade convergente (correlação de Spearman). Resultados: A maioria dos participantes concluiu ou cursou parcialmente o ensino médio e nega perceber dificuldades nas situações apresentadas na Escala de Letramento em Saúde. Contudo, predominou o letramento em saúde inadequado quando avaliado pelo *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*. A consistência interna da Escala de Letramento em Saúde apresentou confiabilidade de aceitável a boa e a estruturação final do instrumento foi em nove itens. A análise de correlação entre a Escala de Letramento em Saúde e o *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*, bem como entre a escala e a escolaridade, foi significativa, porém fraca. Conclusão: Os testes de avaliação do letramento em saúde analisados medem diferentes aspectos do tema e podem ser complementares. A Escala de Letramento em Saúde pode favorecer a identificação de dificuldades quanto ao letramento em saúde funcional e comunicativo.

**Descritores:** Alfabetização em saúde; Avaliação em Saúde; Saúde do adulto; Escolaridade; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

## Health Literacy: proposal of an instrument to evaluate the perception of adults

### Abstract

Purpose: Analyze an evaluation tool of perception of health literacy of adults, as well as verify the correlation between this instrument and the *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese Speaking Adults*. Methods: Cross-sectional observational study, with 380 adults, 20 to 59 years, men and women, users of Primary Health Care, probability sample. Health literacy was assessed by the *Health Literacy Scale* (proposed by this study) and the *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*. Data was also collected regarding gender, age and schooling. Descriptive analyzes, internal consistency, confirmatory factor analysis and convergent validity (Spearman`s correlation) were performed. Results: Most participants concluded or partially attended high school and denied difficulties in the situations presented in the *Health Literacy Scale*. However, inadequate health literacy was predominant when assessed by the *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*. Internal consistency of the *Health Literacy Scale* presented acceptable to good reliability and nine items composed the final structure of the instrument. Correlation analysis between the *Health Literacy Scale* and the *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*, as well as between the scale and schooling, was significant, but weak. Conclusion: Analyzed health literacy assessment tests measure different aspects of the theme and can be complementary. The *Health Literacy Scale* may contribute to the identification of difficulties concerning functional and communicative health literacy.

**Keywords:** Health literacy; Health Evaluation; Adult Health; Educational Status; Health Education; Primary Health Care; Unified Health System.

### 5.3.1. Introdução

O letramento em saúde é mensurável e avaliar os pacientes acerca desse aspecto pode favorecer maior compreensão das barreiras para o autocuidado e comportamentos promotores de saúde<sup>(1)</sup>. A utilização de testes validados permite classificar o grau de letramento em saúde e orienta intervenções mais apropriadas. Medir e monitorar o letramento em saúde pode contribuir para desenvolver políticas e assegurar que os serviços de saúde sejam acessíveis<sup>(2)</sup>. Portanto, conhecer o nível de letramento em saúde é essencial para obtenção de resultados clínicos mais favoráveis. Todavia, a avaliação do letramento em saúde não é tarefa fácil e a falta de consenso quanto ao instrumento mais adequado para este fim é um dos elementos que agrega dificuldade ao processo avaliativo<sup>(3)</sup>.

O conceito de letramento em saúde é amplo e refere-se ao “conhecimento, motivação e competências das pessoas para ter acesso, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana relativas aos cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida”<sup>(2)</sup>.

Cabe ressaltar que a questão do letramento em saúde vai além da escolaridade formal, pois, mesmo pessoas com nível educacional mais elevado podem apresentar dificuldades em compreender e lidar com a própria saúde (ou doença). Deste modo, ter a informação sobre se o indivíduo sabe ler e escrever não é o bastante. É preciso saber o que essas habilidades de leitura e escrita lhe possibilitam, especificamente no contexto da saúde<sup>(4)</sup>.

É possível classificar o letramento em saúde tomando como referência o campo de possibilidades de determinado sujeito. O letramento em saúde básico/funcional refere-se a habilidades básicas de leitura e escrita suficientes para as atividades cotidianas. O nível comunicativo/interativo envolve habilidades mais avançadas que permitem ao indivíduo extrair informações, compreender significados de diferentes formas de comunicação e aplicar novas informações para modificar circunstâncias. Por fim, o letramento em saúde crítico é relativo a habilidades ainda mais avançadas para analisar criticamente e utilizar informações para exercer maior controle sobre os

eventos e situações da vida. Esses níveis de letramento em saúde indicam, progressivamente, maior autonomia<sup>(5)</sup>.

Os achados da literatura sugerem que as maneiras como cada nível de letramento em saúde influencia o autocuidado e resultados de saúde dos pacientes devem ser exploradas<sup>(1)</sup>.

Os instrumentos de avaliação do letramento em saúde podem ser categorizados como testes de triagem clínica (compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e numeramento para identificar dificuldades em compreender e utilizar informações em saúde); medidas de aproximação utilizando pesquisas populacionais sobre letramento (possibilitam estimar a proporção da população com dificuldade) e medidas diretas das habilidades das pessoas em compreender, acessar, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde<sup>(2)</sup>.

Apesar da relevância da avaliação do letramento em saúde na prática clínica, nenhum teste proposto abrange toda a complexidade do tema, uma vez que ele envolve variados aspectos do campo da linguagem escrita e oral, relativos ao indivíduo e ao próprio sistema de saúde<sup>(3,6)</sup>.

Fatores como a grande diversidade social, econômica e educacional entre os países dificultam a aplicação de instrumentos de avaliação do letramento em saúde desenvolvidos no exterior à realidade brasileira<sup>(3)</sup>. Mesmo instrumentos elaborados no Brasil e validados, a exemplo do Short Assessment of Health Literacy for Portuguese Speaking Adults (SAHLPA), apresentam limitações, tais como a análise restrita ao nível funcional e maior aplicabilidade como ferramenta de triagem (em comparação a uma análise em escala contínua das habilidades de letramento em saúde)<sup>(7)</sup>.

Diante da relevância do assunto e das lacunas existentes na literatura científica acerca da avaliação do letramento em saúde, o objetivo deste estudo foi analisar um instrumento de avaliação da percepção do letramento em saúde de adultos, bem como verificar a concordância entre este instrumento e o Short Assessment of Health Literacy for Portuguese speaking Adults (SAHLPA-18).

### 5.3.2. Métodos

Trata-se de estudo observacional transversal, no qual foram avaliados 380 adultos, de 20 a 59 anos, homens e mulheres, usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, as quais totalizavam 16 unidades, atendendo 41.993 usuários entre 20 e 59 anos, em 2013. A amostra foi probabilística, estratificada segundo a distribuição de usuários por UBS, gênero e faixa etária (20 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos). Considerando-se margem de erro e nível de significância de 5%, o cálculo amostral (por amostragem estratificada aleatória simples) indicou que o tamanho da amostra necessário seria de 380 usuários da APS.

Foram considerados critérios de inclusão ser usuário da APS via Sistema Único de Saúde (SUS) no município pesquisado; ter idade entre 20 e 59 anos; ter concordado em participar do estudo e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: não responder no mínimo 80% das questões dos instrumentos de pesquisa; manifestação de alterações neurológicas ou cognitivas que comprometessem a compreensão por parte do usuário dos instrumentos do estudo e manifestação de comprometimentos relativos à expressão verbal que impossibilitassem à entrevistadora compreender as respostas apresentadas pelo usuário. Essas manifestações foram observadas pela entrevistadora ao convidar os usuários pessoalmente a participar do estudo.

Para recrutamento dos participantes uma das pesquisadoras compareceu a cada UBS e procedeu o convite aos usuários para participar do estudo nas recepções e áreas das UBS onde os pacientes aguardavam pelo atendimento de saúde. Os usuários que concordaram em participar do estudo e se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão expressaram sua anuência mediante assinatura do TCLE.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados individualmente, por meio de entrevista, no mesmo local em que os participantes foram convidados e imediatamente após a assinatura do TCLE. A entrevista era interrompida caso o usuário fosse chamado ao atendimento de saúde e retomada assim que fosse concluído, sempre que ele apresentasse disponibilidade. A duração das entrevistas

variou de cerca de 20 a 30 minutos e não foi determinado tempo máximo para sua conclusão. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a maio de 2015, exclusivamente por uma das pesquisadoras, sempre no turno da manhã, por ser o horário em que havia mais usuários nas UBS.

Realizou-se estudo piloto prévio com cinco usuários, em uma das UBS, para ajuste da terminologia e calibração do instrumento proposto para avaliação da percepção do letramento em saúde de adultos. O estudo piloto possibilitou também a prática da abordagem a ser realizada para convidar e aplicar os instrumentos de avaliação, bem como a estimativa do tempo de cada entrevista.

Previamente à coleta de dados, foi solicitada e obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da gerência de cada UBS para execução do estudo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o número CAAE: 25014513.7.0000.5149.

### **Procedimentos**

O letramento em saúde foi avaliado por meio de dois instrumentos: a **Escala de Letramento em Saúde (ELS)** proposta pelo presente estudo e o **Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18)**<sup>(7)</sup>.

A **Escala de Letramento em Saúde (ELS)**, composta por 10 questões acerca do letramento em saúde, foi elaborada com o objetivo de avaliar a percepção de adultos sobre o entendimento de orientações em saúde, bem como suas considerações acerca das possíveis dificuldades nesse processo. A estruturação da escala foi baseada em instrumentos de avaliação do letramento em saúde e da percepção do paciente sobre a própria participação no atendimento de saúde (*Set of Brief Screening Questions (SBSQ)*<sup>(8)</sup>, *Measure of functional, communicative, and critical health literacy*<sup>(1)</sup>, *Patient's perceived participation measure*<sup>(9)</sup>). Além das questões relativas à compreensão de materiais escritos na área de saúde, privilegiada no SBSQ, considerou-se necessário utilizar também pergunta sobre a compreensão de orientações verbais, frequentes no âmbito da saúde. Julgou-se igualmente importante incluir, além do termo “médico” (presente no SBSQ), o termo “profissional de saúde”, por ser mais abrangente e apropriado à interdisciplinaridade do tema letramento em saúde. O fato de estruturar as questões perguntando “com que

frequência você tem dificuldade”, ao invés de perguntar “você tem dificuldade”, bem como a utilização de escala de respostas em quatro pontos, são ajustes que auxiliam a minimizar a tendência dos pacientes em sub informar suas dificuldades<sup>(8)</sup>.

A escala foi estruturada nos eixos temáticos funcional e comunicativo, sendo que essa categorização teve como norteadores a classificação de letramento em saúde funcional, comunicativo e crítico<sup>(5)</sup>, bem como instrumento de avaliação do letramento em saúde que utiliza essa classificação<sup>(1)</sup>. O eixo temático funcional refere-se à percepção do participante de dificuldades em compreender informações e orientações de saúde, sejam escritas ou faladas, seja em panfletos ou durante atendimentos de profissionais de saúde. Também foram incluídas questões sobre percepção de dificuldades para preencher formulários ou para entender a própria condição de saúde. Esse tópico inclui as questões de número 1, 2, 3, 4, 7, 8 e 10. O eixo temático comunicativo aborda a percepção do indivíduo de dificuldades durante a interação com profissionais ou serviços de saúde, especificamente nas situações de tomar iniciativa para o esclarecimento de dúvidas e agendamento de exames/consultas. Além disso, esse eixo se refere à percepção de dificuldades para ter acesso a informações sobre saúde de interesse do participante. Esse eixo inclui as questões de número 5, 6 e 9.

As opções de resposta a todas as questões foram organizadas em escala Likert de quatro pontos (sempre, frequentemente, às vezes e nunca). Sendo que a resposta “sempre” representa uma maior percepção de dificuldade e a opção “nunca”, menor percepção de dificuldade quanto ao letramento em saúde. Exceto para a questão de número 5, em que a resposta “sempre” se refere à maior iniciativa para o esclarecimento de dúvidas, portanto, menor percepção de dificuldade quanto ao letramento em saúde comunicativo.

Para analisar a concordância da ELS com um instrumento de avaliação do letramento em saúde validado, optou-se por correlacioná-la ao *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA-18)*<sup>(7)</sup>. A escolha pelo SAHLPA ocorreu devido ao fato de este ser um instrumento no idioma português, adaptado e validado por pesquisadores brasileiros, cujo protocolo e material de aplicação foram disponibilizados pelos autores. Utilizou-se a versão SAHLPA-18 por

apresentar aplicação mais rápida e propriedades psicométricas similares à versão com 50 itens, SAHLPA-50.

O SAHLPA tem como objetivo estimar o nível de alfabetismo em saúde de adultos. Para tal, em sua versão abreviada (SAHLPA-18), avalia as habilidades de pronúncia e compreensão de 18 termos médicos comuns. No presente estudo, conforme as recomendações dos autores do teste, a aplicação foi realizada com cartões impressos contendo o termo médico em negrito e duas palavras de associação. O indivíduo avaliado leu em voz alta o termo médico (análise da pronúncia). Em seguida, foi solicitado a dizer qual das duas palavras de associação estava mais relacionada com o termo médico, sendo orientado a afirmar não saber a resposta caso não soubesse a associação correta (análise da compreensão). Para calcular a pontuação no teste, a cada item correto foi atribuído um ponto e o escore total foi obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18. Os itens foram considerados corretos apenas quando o paciente acertou a pronúncia e a associação. Um escore de 0 a 14 no SAHLPA-18 sugere alfabetismo em saúde inadequado e de 15 a 18, alfabetismo em saúde adequado.

Cabe ressaltar que a equipe que elaborou o SAHLPA utiliza o termo “alfabetismo em saúde” ao descrever o instrumento e seus achados. No presente estudo, optou-se pela terminologia letramento em saúde. Essa escolha se justifica no contexto da análise do SAHLPA pelo fato de o descritor “alfabetização em saúde” - da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - ter como referência o descritor em inglês “*health literacy*”, cuja definição é análoga àquela utilizada pela Organização Mundial da Saúde ao conceituar o letramento em saúde<sup>(10)</sup>. Uma vez que o SAHLPA se restringe a análise da pronúncia e compreensão de termos em saúde, considerou-se que esse instrumento avalia exclusivamente o letramento funcional em saúde, sem abordagens quanto aos níveis comunicativo e crítico.

Para caracterização dos participantes da pesquisa, foram coletados dados quanto a gênero, idade e escolaridade, por meio de entrevista com questionário estruturado. Vale destacar quanto à escolaridade que os participantes foram questionados acerca do nível de ensino formal completado e anos de estudo formal.

## **Análise estatística**

Para o presente estudo foi selecionada como variável resposta o letramento em saúde e como variáveis explicativas o gênero, idade e escolaridade.

Foram realizadas análises descritivas das variáveis de caracterização da amostra (gênero, idade e escolaridade), bem como da variável letramento em saúde (medida pela ELS e SAHLPA-18) por meio de distribuição de frequências absoluta e relativa.

Para avaliação psicométrica da ELS foi realizada análise da consistência interna por meio do Alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach, índice que avalia a magnitude em que os itens do instrumento estão correlacionados. Essa técnica possibilita a verificação da conformação mais indicada do instrumento para melhor consistência interna, sendo excluídas as questões cuja retirada do domínio aumente o valor do  $\alpha$  de Cronbach (varia entre -1 e 1). Geralmente, um grupo de itens que representa um fator comum mostra um elevado valor de  $\alpha$  de Cronbach <sup>(11,12)</sup>.

Realizou-se também análise fatorial confirmatória pelo método de componentes principais para a confirmação da composição da escala. A análise fatorial é um processo de mensuração cujo objetivo é identificar variáveis que apresentam a mesma estrutura subjacente, testa em que medida determinadas variáveis são representativas de um conceito/dimensão do instrumento proposto.

Para realização da análise fatorial, alguns pressupostos foram seguidos, a saber<sup>(14)</sup>:

1. Verificação da adequação do tamanho da amostra (amostras com mais de 100 observações são adequadas).
2. Cálculo da razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis (deve exceder cinco para um ou mais).
3. Testes para verificar a adequação da amostra:
  - Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) deve ter valor maior que 0,6<sup>(13)</sup>, varia entre 0 e 1, quanto mais perto de 1, melhor.
  - Teste de esfericidade de Bartellet (BTS) deve ser estatisticamente significativo, com valor  $p \leq 0,05$ .
4. A maior parte da matriz de correlação deve exibir a maior parte dos coeficientes com valor acima de 0,30.

5. Determinação do número de fatores extraídos: A solução ótima é identificar o número mínimo de fatores que maximiza a quantidade de variância total explicada. Para essa determinação foram utilizados os seguintes métodos:

- Critério de Kaiser: Sugere que devem ser extraídos os fatores com autovalores (eigenvalue) maiores que 1. Se o autovalor é menor que 1, esse fator contribui pouco para explicar a variância.

- Análise gráfica por meio do *Scree Test* (gráfico de sedimentação).

- Razões teóricas para justificar a extração dos fatores.

6. Escolha do método de rotação dos fatores: O método selecionado foi a rotação ortogonal Varimax.

Concluída a análise fatorial, foi gerado o escore da ELS e, em seguida, esse escore foi padronizado para gerar valores com variação de 0 a 100.

Posteriormente, foi realizada análise da validade convergente por meio da correlação entre o escore padronizado da ELS e do SAHLPA-18. Devido ao fato de ambos os escores apresentarem distribuição assimétrica, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Varia entre -1 e 1, sendo que valores superiores a 0,9 (positivo ou negativo) indicam correlação muito forte; de 0,7 a 0,9 forte; 0,5 a 0,7 moderada; 0,3 a 0,5 fraca e 0 a 0,3 insignificante)<sup>(15)</sup>. Também foi feita análise de associação da ELS com o SAHLPA-18 e com a escolaridade do entrevistado.

Os dados foram previamente digitados em banco de dados elaborado no software *Microsoft Office Excel 2013* e conferidos. Para processamento e análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0.

### **5.3.3. Resultados**

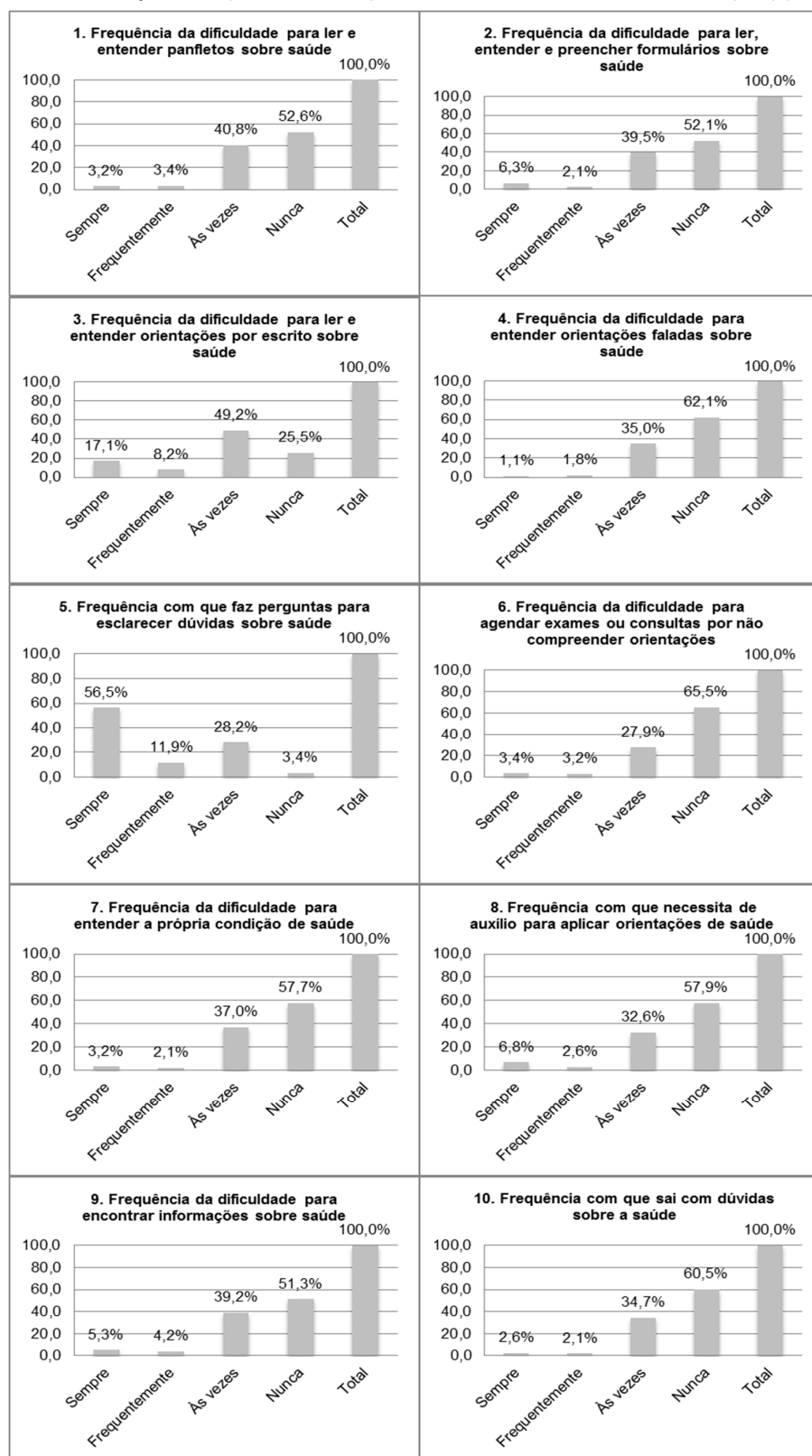
A amostra foi constituída por 380 participantes, sendo 51,6% do gênero feminino e 48,4% do masculino. A mediana de idade foi de 37,0±11,0 anos. Quanto à escolaridade, a mediana de anos de estudo formal foi de 11,0±3,8. O nível de ensino formal relatado foi nenhum para 1,3% dos entrevistados; ensino fundamental para 42,3%; ensino médio para 44,8% e ensino superior ou pós-graduação para 11,5% da

amostra (os percentuais apresentados abrangem tanto os entrevistados que completaram, quanto os que não completaram o nível de escolaridade referido).

Do total de participantes, 368 (96,8%) foram avaliados pelo SAHLPA-18 (11 indivíduos (2,9%) relataram não serem capazes de ler o material do teste e 1 (0,3%) afirmou não conseguir ler o material por dificuldades visuais). A média da pontuação no teste foi de  $11,3 \pm 4,1$ ; mediana de 12,0; mínimo de 1,0 e máximo de 18,0 acertos. Dentre as pessoas avaliadas pelo SALHPA-18, 274 (74,5%) apresentaram letramento em saúde inadequado e 94 (25,5%), adequado.

As respostas às 10 questões da ELS, por distribuição de frequências absolutas e relativas, foram demonstradas na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição de frequências das respostas à Escala de Letramento em Saúde (ELS) (n=380)\*



\* O número de informações varia devido a dados faltante

Para análise da consistência interna da ELS foram analisadas as repostas de 375 participantes (98,7%) (nos questionários de 5 sujeitos (1,3%) foram identificados dados faltantes, portanto estes foram excluídos da análise). As opções de resposta para cada uma das 10 perguntas foram tratadas numericamente da seguinte forma: 1.Sempre; 2.Frequentemente; 3.Às vezes e 4.Nunca. Considerou-se que a resposta 1 representa maior percepção de dificuldade e 4, menor percepção de dificuldade quanto ao letramento em saúde. Exceto para a questão 5, na qual as respostas foram codificadas na ordem inversa (a resposta “sempre” sugere maior iniciativa para o esclarecimento de dúvidas, portanto, menor percepção de dificuldades de letramento em saúde).

As tabelas 1 e 2 apresentam os resultados da análise de consistência interna, sendo que na tabela 1 foram expostas as medidas de tendência central e de dispersão dos itens da ELS e na tabela 2, os valores do  $\alpha$  de Cronbach.

**Tabela 1 - Medidas de tendência central e de dispersão dos itens da Escala de Letramento em Saúde (ELS)**

Itens da escala	Média	Desvio Padrão	N
Q1.Dificuldade para ler e entender panfletos sobre saúde	3,43	0,71	375
Q2.Dificuldade para ler, entender e preencher formulários sobre saúde	3,37	0,81	375
Q3.Dificuldade para ler e entender orientações por escrito sobre saúde	2,84	1,00	375
Q4.Dificuldade para entender orientações faladas sobre saúde	3,58	0,59	375
Q5.Frequência com que faz perguntas para esclarecer dúvidas sobre saúde	3,56	0,72	375
Q6.Dificuldade para agendar exames ou consultas por não compreender orientações	3,50	0,69	375
Q7.Dificuldade para entender a própria condição de saúde	3,41	0,85	375
Q8.Necessita de auxílio para aplicar orientações de saúde	3,37	0,79	375
Q9.Dificuldade para encontrar informações sobre saúde	3,54	0,66	375
Q10.Frequência com que sai com dúvidas sobre a saúde	3,22	0,97	375

**Tabela 2 - Resultados da análise de consistência interna da Escala de Letramento em Saúde (n=375)**

Itens da escala	Média da escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Q1.Dificuldade para ler e entender panfletos sobre saúde	28,95	13,84	0,49	0,41	0,66
Q2.Dificuldade para ler, entender e preencher formulários sobre saúde	29,01	13,64	0,43	0,33	0,67
Q3.Dificuldade para ler e entender orientações por escrito sobre saúde	29,54	13,09	0,39	0,21	0,68
Q4.Dificuldade para entender orientações faladas sobre saúde	28,79	14,82	0,39	0,22	0,68
<b>Q5.Frequência com que faz perguntas para esclarecer dúvidas sobre saúde</b>	<b>30,60</b>	<b>16,41</b>	<b>-0,05</b>	<b>0,03</b>	<b>0,76</b>
Q6.Dificuldade para agendar exames ou consultas por não compreender orientações	28,82	14,18	0,41	0,21	0,67
Q7.Dificuldade para entender a própria condição de saúde	28,88	13,89	0,49	0,32	0,66
Q8.Necessita de auxílio para aplicar orientações de saúde	28,97	13,41	0,45	0,26	0,66
Q9.Dificuldade para encontrar informações sobre saúde	29,01	13,60	0,46	0,32	0,66
Q10.Frequência com que sai com dúvidas sobre a saúde	28,84	14,66	0,36	0,26	0,68

**Alpha de Cronbach = 0,722. Com base em itens padronizados= 0,726. Excluída a questão Q5: Alpha de Cronbach = 0,763. Com base em itens padronizados= 0,770.**

A análise dos valores do  $\alpha$  de Cronbach demonstrou o aumento da consistência interna da ELS com a retirada do item “Q.5- Frequência com que faz perguntas para esclarecer dúvidas sobre saúde”, passando de **0,722** na escala de 10 itens para **0,763** na escala com nove itens, confiabilidade considerada de aceitável a boa<sup>(12)</sup>. Diante do incremento no valor do alfa de Cronbach com a retirada do item Q.5, optou-se por excluí-lo e realizar a análise fatorial confirmatória com a escala de nove itens.

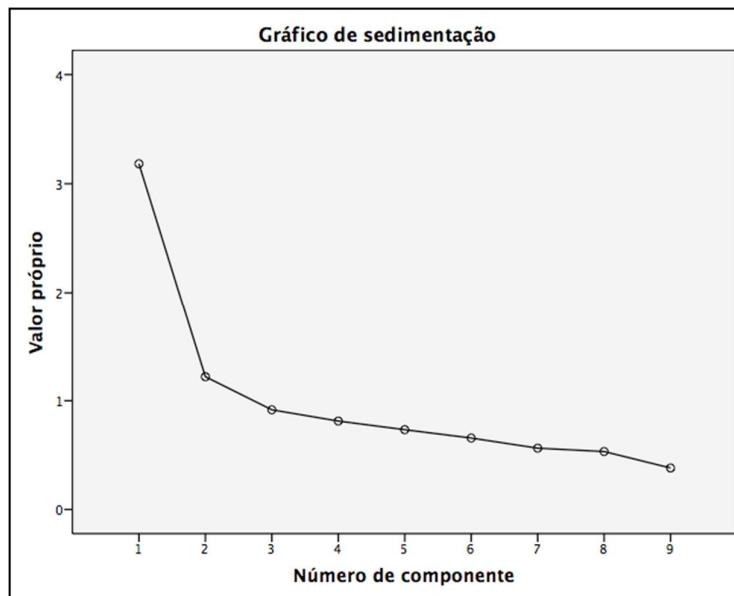
Na análise fatorial confirmatória foram verificados os seguintes resultados: tamanho da amostra adequado (superior a 100); razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis adequado (380/10=38); KMO = 0,786 (considerado mediano); p-valor do BTS<0,001; maior parte dos coeficientes da matriz de correlação com valor>0,30. Utilizando-se a escala

com os nove itens, conforme o critério de Kaiser, foram gerados inicialmente dois fatores, sendo o primeiro com autovalor de 3,18, explicando 35,36% da variância e o segundo com autovalor de 1,22, explicando 13,56% da variância (Tabela 3). Considerando o pressuposto teórico, o critério de Kaiser e o gráfico de Scree (Figura 2), optou-se por extrair um único fator, com 35,4% da variância explicada dos fatores.

**Tabela 3 - Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Letramento em Saúde (ELS) (n=375)**

Fatores	Comunalidades Extração	Valores Próprios (eigenvalues)	% cumulativo	Variância explicada	Variância total explicada
1	0,429	3,18	35,36	35,364	35,364
2	0,365	1,22	48,93	13,563	48,927
3	0,287	0,92	59,11		
4	0,323	0,81	68,14		
5	0,313	0,73	76,29		
6	0,454	0,66	83,59		
7	0,352	0,56	89,85		
8	0,38	0,53	95,76		
9	0,28	0,38	100		

**Figura 2 - Scree Test (gráfico de sedimentação) para determinação de fatores a serem extraídos da Escala de Letramento em Saúde (ELS)**



O escore da ELS gerado pela análise fatorial foi elaborado conforme a distribuição apresentada na tabela 4 e na figura 3. O escore padronizado foi construído da seguinte maneira: subtraiu-se dos valores obtidos o valor mínimo (-4,4), dividiu-se pela amplitude (5,72) e multiplicou-se por 100. A distribuição do escore final padronizado é apresentada na tabela 4 e na figura 4.

A estruturação final da Escala de Letramento em Saúde é apresentada no anexo.

**Tabela 4 - Medidas de tendência central do escore da Escala de Letramento em Saúde (ELS) gerado pela análise fatorial e do escore padronizado (n=375)**

Escore da Análise Fatorial	
Média	0,0
Desvio padrão	1,0
Mediana	0,1
Mínimo	-4,4
Máximo	1,3
Escore Padronizado	
Média	77,4
Desvio padrão	17,5
Mediana	79,8
Mínimo	0,0
Máximo	100,0

**Figura 3- Histograma do escore da Escala de Letramento em Saúde (ELS) gerado por meio da análise fatorial**

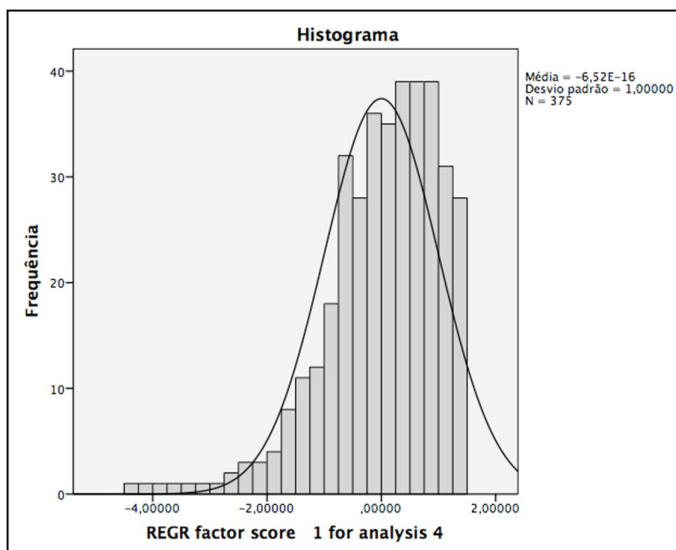
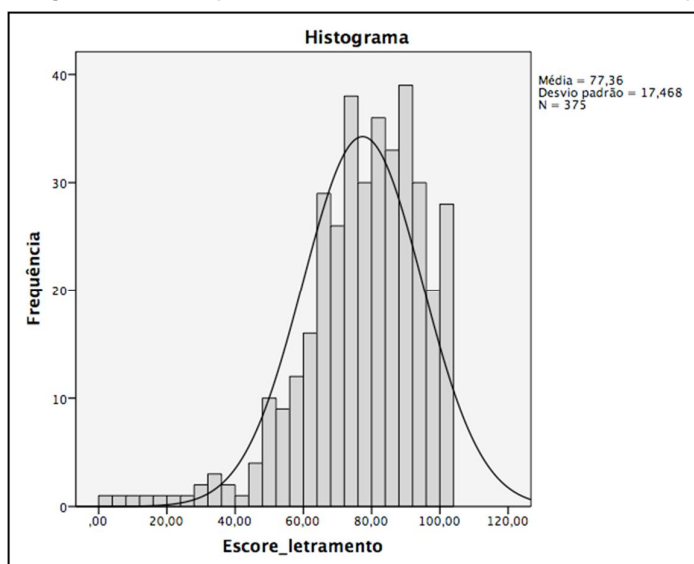


Figura 4- Histograma do escore padronizado da Escala de Letramento em Saúde (ELS)



Na análise da validade convergente, verificou-se que a correlação de Spearman entre a Escala de Letramento em Saúde e o SAHLPA-18 (n=368) foi positiva ( $p=0,001$ ), entretanto, considerada fraca (coeficiente foi de 0,369). Para análise de associação da Escala de Letramento em Saúde com o SAHLPA-18, a ELS foi organizada em duas categorias, utilizando como ponto de corte o valor da mediana do escore padronizado (79,8): 1. Melhor percepção de letramento em saúde e 2. Pior percepção de letramento em saúde (Tabela 5). Ao se comparar essa classificação com a do SAHLPA-18, verificou-se que utilizando a Escala de Letramento em Saúde 49,6% dos entrevistados foram classificados como tendo pior percepção do letramento em saúde. Percentual inferior ao identificado por meio da classificação do SAHLPA-18, que foi de 74,5% dos indivíduos com letramento em saúde inadequado.

Ao se avaliar a correlação entre a ELS e a escolaridade dos entrevistados por meio da correlação de Spearman (n=375) observou-se correlação fraca ( $r=0,305$ ), mas estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ).

**Tabela 5- Classificação da percepção de letramento em saúde dos indivíduos avaliados segundo a Escala de Letramento em Saúde (ELS) (n=375)\*\***

Percepção de Letramento em Saúde*	N	%
Pior (<79,8)	186	49,6
Melhor (≥79,8)	189	50,4
Total	375	100,0

\* Categorizado segundo a mediana do escore padronizado = 79,8

\*\* O número de informações varia devido a dados faltantes

#### **5.3.4. Discussão**

A maioria dos participantes da pesquisa concluiu ou cursou parcialmente o ensino médio e nega perceber dificuldades quanto ao letramento em saúde nas situações apresentadas na ELS. Contudo, predominou o letramento em saúde inadequado quando avaliado pelo SAHLPA-18. A consistência interna da Escala de Letramento em Saúde apresentou confiabilidade considerada de aceitável a boa<sup>(12)</sup>, após a retirada da questão 5. A análise fatorial confirmatória reafirmou a opção por extrair um único item da ELS, de modo que a estruturação final do instrumento foi em nove itens. A análise de correlação entre a Escala de Letramento em Saúde e o SAHLPA-18, bem como entre a ELS e a escolaridade, foi estatisticamente significativa, porém considerada fraca.

Ao se analisar as respostas dos participantes à Escala de Letramento em Saúde verificou-se variabilidade na percepção de dificuldades de letramento em saúde nos contextos apresentados em cada questão da escala.

Quanto à primeira questão, observou-se que a maioria dos participantes nega dificuldades para ler e entender panfletos sobre saúde. Contudo, quase metade desses entrevistados relatou vivenciar essas dificuldades. Foram encontrados resultados semelhantes em outra pesquisa, na qual pacientes diabéticos foram questionados se, ao ler instruções e panfletos em serviços de saúde, acharam que o conteúdo estava muito difícil. A média das respostas foi  $3,43 \pm 0,84$  em uma escala de um a quatro<sup>(1)</sup>. Em outra pesquisa, cujo objetivo foi testar e selecionar questões de triagem capazes de identificar pessoas com letramento em saúde inadequado, também foi realizada questão sobre se os materiais educativos para os pacientes são fáceis para ler e entender. Porém, esse questionamento não foi efetivo em identificar

o letramento em saúde inadequado<sup>(8)</sup>. Os achados do presente estudo sugerem que é necessária atenção ao se elaborar materiais de orientação por escrito, como panfletos, para que as informações descritas sejam expostas de maneira clara e simples. Tais cuidados poderiam favorecer a compreensão e aplicação das orientações de saúde, que são os objetivos a que esses panfletos se propõem.

Também foi identificado que cerca da metade dos indivíduos percebem dificuldade quando solicitados a ler, entender e preencher formulários sobre saúde (questão 2). Em estudos norte-americanos realizados com 1.796<sup>(16)</sup> e 332 pacientes<sup>(8)</sup> adultos e idosos, a questão de triagem sobre o quão confiante o indivíduo se sentia preenchendo formulários médicos foi efetiva em detectar o letramento em saúde inadequado<sup>(8,16)</sup>. Cabem aqui as mesmas reflexões sobre os cuidados quanto à preparação desses formulários realizadas para panfletos e materiais de orientação. Além disso, outras ações, como a disponibilização de auxílio pelos profissionais de saúde durante o preenchimento desses formulários, podem minimizar as dificuldades dos pacientes. Limitações, inclusive quanto às habilidades de leitura e escrita, são recorrentes, por vezes impossibilitando a tarefa de preencher formulários, realidade que enfatiza a necessidade de apoio. É importante refletir ainda sobre o fato de que as informações prestadas pelos pacientes nesses formulários por vezes alimentam cadastros e bases de dados, bem como orientam as ações da equipe de saúde. Portanto, é do interesse dos serviços de saúde que essas informações sejam melhor compreendidas pelos usuários e apropriadamente descritas nos formulários.

As dificuldades percebidas para ler e entender orientações sobre saúde por escrito foram as mais relatadas na amostra pesquisada (por quase três quartos dos participantes), sendo que a questão três teve a menor média e o maior desvio padrão (2,84;DP=1,0). Questão de triagem a respeito da frequência de dificuldades dos pacientes em entender orientações escritas fornecidas pelos profissionais de saúde também foi abordada em outra pesquisa, porém não foi considerada efetiva em detectar o letramento em saúde inadequado na população analisada<sup>(8)</sup>. Os resultados do presente estudo destacam a necessidade de atenção a aspectos como grafia, uso de siglas, abreviaturas e termos técnicos em prescrições e orientações escritas para cuidados de saúde. É possível que a adesão de muitos pacientes aos tratamentos de saúde propostos seja comprometida por dificuldades de compreensão das

orientações realizadas. Além de simplificar a linguagem utilizada, estratégias como apresentar as orientações digitadas e impressas podem torná-las mais compreensíveis. Para tal é preciso avançar na infraestrutura e disponibilização de materiais como computadores e impressoras nos serviços de saúde, especialmente no âmbito dos serviços públicos. Estudo na área de Fonoaudiologia propôs que estratégias de comunicação além de materiais escritos, como ilustrações, contato telefônico e via mensagens de celular, lembretes no celular, materiais audiovisuais e informações clínicas personalizadas podem favorecer melhor letramento em saúde e recordação das orientações<sup>(17,18)</sup>.

Em oposição à questão anterior, as dificuldades para entender orientações faladas sobre saúde (item 4) foram as menos recorrentes (pouco mais de um terço da amostra), com a maior média e o menor desvio padrão (3,58;DP=0,59). De forma semelhante, em estudo australiano com pacientes de 19 a 99 anos, avaliados pelo *Health Literacy Questionnaire*, a habilidade para interagir com os profissionais de saúde foi a que apresentou maiores escores (3,97;DP=0,69, em escala de um a cinco, na qual valores mais altos representam maior facilidade na situação descrita)<sup>(19)</sup>. Revisão sistemática da literatura ressaltou a importância da comunicação oral no contexto clínico e propôs a definição de letramento em saúde verbal (*Verbal Exchange Health Literacy*) como a habilidade de falar e ouvir que facilita a troca, compreensão e interpretação de informação de saúde para a tomada de decisão em saúde, gerenciamento de doenças e a navegação no sistema de saúde<sup>(20)</sup>.

Diante dos achados da literatura e visto que na presente pesquisa as orientações faladas foram mais compreensíveis, utilizá-las de forma associada aos materiais escritos possivelmente favorecerá o entendimento. Mesmo assim, valem os cuidados para simplificação da linguagem verbal e não utilização de jargões profissionais<sup>(2)</sup>. Estudo de revisão demonstrou que recursos como a técnica “*teach-back*”, também podem contribuir para a compreensão. Nesta técnica, após ser orientado, o paciente é solicitado a dizer conforme seu entendimento as orientações do profissional de saúde, o que possibilita confirmar a compreensão<sup>(21)</sup>. Cabe ressaltar ainda que parte dos entrevistados na presente pesquisa relatou nunca ter frequentado o ensino formal e alguns não responderam ao SAHLPA-18 por não conseguir realizar leitura. Especialmente no contexto brasileiro, persistem limitações de alfabetização e

letramento para muitos adultos e idosos. Para indivíduos nessa situação é indispensável que as orientações verbais de saúde sejam realizadas de forma cuidadosa e efetiva. O fonoaudiólogo pode contribuir para esta abordagem e favorecer o letramento em saúde, por meio de métodos de atuação analíticos do processo comunicativo<sup>(17,18)</sup>.

A respeito da frequência com que fazem perguntas para esclarecer dúvidas sobre saúde quando não compreendem as orientações (questão 5), a maioria dos indivíduos relatou não perceber dificuldades em realizá-las. Contudo, percentual numeroso dos sujeitos relatou vivenciar situações nas quais não fazem perguntas ao profissional de saúde, mesmo não tendo entendido as orientações. É possível que a execução de cuidados de saúde e o sucesso terapêutico sejam prejudicados por situações como essa. Estudo com 134 diabéticos demonstrou que pacientes com maior letramento em saúde comunicativo fizeram mais perguntas durante o atendimento médico, indicando 2,25 mais chances de realizá-las (intervalo de confiança de 1,76-2,88)<sup>(9)</sup>. Estratégias como propiciar aos profissionais de saúde e pacientes tempo adequado para os atendimentos pode favorecer a realização dos questionamentos existentes. Além disso, a iniciativa do próprio profissional de saúde em perguntar ao paciente sobre a existência de dúvidas pode favorecer o esclarecimento. Revisão sistemática descreveu que o constrangimento de pacientes em assumir suas limitações de letramento em saúde é frequente<sup>(3)</sup>. Destaca-se que nessa questão do presente estudo, ao contrário das demais, a resposta “sempre” foi interpretada como menor percepção de dificuldade quanto ao letramento em saúde.

A maioria dos participantes, quase dois terços, relatou não apresentar dificuldades para o agendamento de exames e consultas por não compreender as orientações para tal (questão 6). Também foi predominante o relato de não haver dificuldades para entender a própria condição de saúde (questão 7). Todavia, em ambas as situações, há um percentual importante de pacientes que poderiam se beneficiar das estratégias discutidas nas questões anteriores da Escala de Letramento em Saúde para melhor entendimento do próprio estado de saúde e das orientações para agendamento de exames/consultas. Questões de triagem a respeito de dificuldades para leitura, compreensão e cumprimento de horários de marcação de consultas foram realizadas em outra pesquisa, contudo não foram efetivas na

detecção do letramento em saúde inadequado entre os avaliados<sup>(8)</sup>. No mesmo estudo, questionamento acerca da frequência de dificuldades para compreender a própria condição médica (por meio de material escrito) foi avaliada como efetiva em identificar indivíduos com o letramento em saúde inadequado<sup>(8)</sup>.

Apesar da maioria dos adultos entrevistados ter afirmado compreender sua condição de saúde, mais de um terço deles relatou vivenciar a necessidade de auxílio para aplicar as orientações de saúde (questão 8). Pergunta a respeito da frequência com que os pacientes necessitam de auxílio para ler materiais hospitalares foi efetiva em detectar o letramento em saúde inadequado em estudo norte-americano<sup>(8)</sup>. Questão semelhante foi utilizada em estudo japonês, no qual diabéticos responderam se precisaram de alguém para ajudar a ler panfletos e instruções em serviços de saúde, sendo a média das respostas  $3,65 \pm 0,86$  numa escala Likert de um a quatro, em que valores maiores representam alto letramento em saúde<sup>(1)</sup>. As diferenças entre a média do estudo realizado no Japão e a verificada com a ELS podem ser atribuídas ao uso de instrumentos diferentes, pois o estudo com diabéticos abordou a necessidade de ajuda para leitura de materiais, enquanto a ELS se referiu a outro tipo de ajuda, direcionada à aplicação de orientações. Os achados do presente estudo e da literatura apontam para importância do suporte social e de se valorizar as orientações prestadas para acompanhantes, familiares e cuidadores. Além disso, para minimizar as necessidades de auxílio de terceiros, o acompanhamento longitudinal dos pacientes preconizado pela atenção primária à saúde é fundamental, bem como as ações de educação em saúde com ênfase no desenvolvimento do protagonismo dos sujeitos para o autocuidado.

Quase metade dos pacientes referiu perceber dificuldades para encontrar informações de saúde (questão 9). Estudo japonês realizado com 138 diabéticos também analisou o letramento em saúde comunicativo. Para tal, utilizou questões acerca da iniciativa dos pacientes com diabetes em coletar informações de diferentes fontes, extraí-las e compreendê-las. A média das respostas quanto a coleta de informações foi de  $2,43 \pm 1,04$  em escala de um a quatro na qual o quatro indica o maior grau de letramento em saúde<sup>(1)</sup>. Questões culturais, escolaridade e disponibilidade prévia de informações podem ter influenciado as diferenças entre os indivíduos analisados. Esses resultados ressaltam a necessidade de aprimoramento da

comunicação entre os serviços de saúde, seus profissionais e usuários, apresentada na literatura científica<sup>(22)</sup>. Além disso, esses achados apontam a importância das ações de educação em saúde.

Por fim, a maioria dos participantes negou sair dos atendimentos com dúvidas sobre a saúde (item 10). Ainda assim, em relação aos muitos entrevistados que não se perceberam plenamente esclarecidos nos atendimentos de saúde, é possível que sejam pertinentes as reflexões e estratégias discutidas em relação às dificuldades para entender as orientações faladas e frequência do esclarecimento de dúvidas (questões 4 e 5). Conforme destaca a literatura, é importante que os profissionais de saúde adotem estratégias flexíveis de troca de informações com os pacientes de modo a se adequar às suas habilidades e necessidades<sup>(9)</sup>.

Aproximadamente três quartos dos adultos avaliados pelo SAHLPA-18 apresentaram letramento em saúde inadequado. Em estudo com 226 idosos, pacientes de clínicas geriátricas públicas, 66% apresentaram letramento em saúde inadequado quando avaliados pelo SAHLPA-50<sup>(7)</sup>. Em outra pesquisa, com 129 idosos diabéticos, também em serviços públicos de Geriatria, foram identificados 56,6% de pacientes com letramento em saúde inadequado por meio do SAHLPA-18<sup>(23)</sup>. O maior percentual de pacientes com letramento em saúde inadequado na presente pesquisa pode ser justificado por diferenças nas amostras pesquisadas. No presente estudo, a proporção de homens e mulheres foi semelhante, uma vez que o cálculo amostral foi estratificado por gênero. Em contrapartida, nas outras pesquisas houve predomínio de participantes do gênero feminino: 71,7%<sup>(7)</sup> e 69,8%<sup>(23)</sup>. Alguns estudos demonstram que indivíduos do gênero masculino apresentam maior probabilidade de ter letramento em saúde mais baixo<sup>(24,25)</sup>.

No que se refere à escolaridade, a mediana de anos de estudo formal dos adultos entrevistados foi igual a 11,0. Bastante superior a observada em estudos com idosos, os quais apresentaram 5,3 anos de escolaridade<sup>(7)</sup> e mediana de quatro anos de estudo formal<sup>(23)</sup>. O nível de ensino majoritariamente relatado na presente pesquisa foi o médio (completo ou incompleto). Contudo, cerca da metade dos participantes relatou nível de escolaridade referente ao fundamental (completo ou incompleto), ou mesmo nunca ter frequentado o ensino formal. Essa distribuição de nível de escolaridade se assemelha à verificada entre diabéticos de 19 a 59 anos, dentre os

quais 50,0% apresentou escolaridade abaixo de oito anos, correspondendo ao ensino fundamental<sup>(4)</sup>. A literatura destaca que, apesar da frequente associação entre letramento em saúde e escolaridade, não é possível determinar um nível de escolaridade a partir do qual se possa garantir que o indivíduo apresente letramento em saúde adequado. Do mesmo modo, não se pode assumir que toda pessoa com nível muito baixo de escolaridade formal vá apresentar letramento em saúde inadequado<sup>(7)</sup>.

A correlação da Escala de Letramento em Saúde com o instrumento SAHLPA-18 mostrou-se estatisticamente significativa e foi classificada como fraca. Esse resultado sugere que os instrumentos medem construtos diferentes do letramento em saúde, hipótese reforçada pela análise conceitual e da literatura.

Conforme ressaltado pelos autores do SAHLPA-18, esse teste se restringe a identificar pacientes com dificuldades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns, apresenta características de triagem e limita-se à abordagem do nível funcional do letramento em saúde<sup>(7)</sup>.

De forma diferente do SAHLPA-18, a ELS destaca a percepção de limitações quanto ao letramento em saúde sob o ponto de vista do próprio avaliado, com ênfase na frequência de dificuldades vivenciadas pelos pacientes em situações do cotidiano da saúde. Essas características da Escala de Letramento em saúde destacam-se como pontos positivos, pois permitem uma reflexão mais direcionada para quais aspectos determinado paciente ou amostra apresenta dificuldades. Portanto, podem favorecer o planejamento e desenvolvimento de ações para minimizar tais dificuldades.

De maneira semelhante à análise de associação com o SAHLPA-18, a correlação entre a Escala de Letramento em saúde e a escolaridade também foi fraca e estatisticamente significativa. A literatura demonstra que mais anos de escolaridade e maior nível de educação formal completado estão associados a melhores habilidades de letramento em saúde<sup>(4,7)</sup>. Todavia, a percepção do letramento em saúde envolve mais que habilidades de leitura e escrita, pois abrange a análise do uso funcional dessas capacidades, bem como daquelas relacionadas à linguagem oral, no contexto específico da saúde. Portanto, a análise estatística reforçou as

diferenças conceituais entre escolaridade e letramento em saúde, apesar da influência positiva da escolaridade sobre o letramento em saúde.

A correlação de Spearman entre o SAHLPA-18 e anos de escolaridade identificada na literatura foi significativa e de grau moderado (0,62)<sup>(7)</sup>, portanto, mais expressiva quando comparada à correlação entre a ELS e escolaridade. Esses achados indicam que a escolaridade formal está mais associada às habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos (avaliadas pelo SAHLPA-18) do que à percepção de dificuldades de letramento em saúde (aferida pela ELS). As diferenças de correlação com a escolaridade são mais um indicativo de que o SAHLPA-18 e a ELS abordam o letramento em saúde de forma correlata, mas sob diferentes pontos de vista.

Dentre as limitações da presente pesquisa, não foi definido ponto de corte na ELS para percepção de letramento em saúde adequado ou inadequado e pesquisas adicionais são necessárias para estabelecer esse critério. Nesse estudo, optou-se por utilizar a mediana para estabelecer grupos com melhor e pior percepção de letramento em saúde. Outra escolha para análise da ELS foi elaborar uma escala padronizada (pontuação de 0 a 100), também estruturada tendo como referência a mediana na amostra deste estudo. Sendo assim, sugere-se que ao utilizar a ELS, pesquisadores e profissionais de saúde, analisem as respostas dos entrevistados por meio da escala de respostas de um a quatro. Deste modo respostas mais próximas do valor um devem ser interpretadas como pior percepção de letramento em saúde e as respostas que se aproximem de quatro, indicam melhor percepção de letramento em saúde.

Também é relevante destacar que os resultados se restringem ao contexto da atenção primária a saúde no município pesquisado. Portanto, apesar de achados semelhantes serem possíveis em outras regiões e serviços de saúde, não são generalizáveis.

Outra limitação da Escala de Letramento em Saúde é a possibilidade de os pacientes minimizarem suas dificuldades pelo constrangimento de admiti-las diante do entrevistador. Ressalta-se que a disposição das respostas em escala Likert de quatro pontos, bem como a estruturação das perguntas em “com qual frequência você tem dificuldades” ao invés de “você tem dificuldades” visou minimizar a subnotificação

das dificuldades quanto ao letramento em saúde, conforme medidas utilizadas em previamente na literatura<sup>(8)</sup>.

Em oposição às limitações descritas, pode-se considerar um avanço da ELS a utilização de uma medida contínua de percepção de dificuldades quanto ao letramento em saúde, obtida ao se analisar as médias das respostas de cada paciente. Essa característica indica o potencial da utilização do instrumento para medir se houve mudanças na percepção de dificuldades de letramento em saúde após o desenvolvimento de ações de educação em saúde para um determinado paciente ou grupo, por exemplo. Até o presente momento, a utilização de uma medida contínua da percepção de dificuldades quanto ao letramento em saúde não foi apresentada nos instrumentos de avaliação disponibilizados em português.

Acredita-se que a utilização associada da ELS e do SAHLPA-18 (quando comparada à aplicação isolada de cada teste) possa favorecer uma avaliação mais abrangente do letramento em saúde e que se aproxime melhor do entendimento da gama de fatores envolvidos neste tema. Além disso, a ELS mostrou-se como avanço dentre as medidas de avaliação do letramento em saúde disponibilizadas em português, por incluir o campo da percepção dos indivíduos no estudo do letramento em saúde. No atual contexto de saúde, em que se busca valorizar o protagonismo e autonomia dos sujeitos no cuidado de saúde, a percepção das dificuldades quanto ao letramento em saúde deve ser valorizada.

Outro aspecto positivo da ELS foi a abordagem do letramento em saúde comunicativo. Deste modo, como resultado da proposta de avaliação do letramento em saúde apresentada neste estudo, espera-se também contribuir com uma ferramenta para direcionar e otimizar as estratégias comunicativas dos profissionais da área. As relações comunicativas devem ser consideradas também no âmbito da gestão em saúde. O conceito de planejamento estratégico e comunicativo em saúde interpreta a gestão com enfoque na articulação entre sujeitos sociais, problematização coletiva e compartilhamento de responsabilidades<sup>(26)</sup>. Estudo demonstrou que é preciso atribuir maior relevância às habilidades de comunicação em todos os momentos do processo de gestão (planejamento, execução e avaliação das ações), pois os trabalhadores entrevistados não estabelecem uma relação direta entre a comunicação e processo de gestão, quando na verdade, devem caminhar juntos<sup>(27)</sup>.

Áreas de conhecimento da Fonoaudiologia como comunicação e linguagem são elementos-chave para o letramento em saúde adequado, pois os pacientes utilizam as habilidades comunicativas para acessar os serviços de saúde, relatar e discutir sintomas, responder a perguntas, compreender orientações dos profissionais e fazer perguntas sobre saúde. A literatura fonoaudiológica tem analisado assuntos relativos ao letramento em saúde como a compreensão, legibilidade e simplificação (de vocabulário e sintática, por exemplo) de materiais escritos sobre saúde. Além disso, a Fonoaudiologia pode contribuir para o aprimoramento dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde ao pesquisar as relações deste com habilidades pragmáticas, como fazer questionamentos e fornecer informações<sup>(28)</sup>. Destaca-se também a relevância de se desenvolver estudos interdisciplinares envolvendo fonoaudiólogos, profissionais da educação e demais áreas da saúde a fim de analisar as relações entre letramento, letramento em saúde e determinantes da saúde<sup>(28,29)</sup>.

### **5.3.5. Conclusão**

A Escala de Letramento em Saúde (ELS) apresentou a conformação mais adequada ao ser composta por nove itens, confirmados pela análise de consistência interna ( $\alpha=0,762$ ) e pela análise fatorial confirmatória.

A correlação entre a escala e o instrumento SAHLPA-18 apesar de apresentar significância estatística mostrou-se fraca, o que indica que, provavelmente, os testes medem diferentes aspectos do letramento em saúde e podem ser utilizadas de forma complementar.

Além disso, análise da correlação entre a escala e a escolaridade também foi estatisticamente significativa, porém de grau fraco. Esse resultado evidencia o quanto a educação formal influencia as habilidades de letramento em saúde, mas também destaca que estas são diferentes da escolaridade.

Acredita-se que a utilização da Escala de Letramento em Saúde possa favorecer a identificação de dificuldades quanto ao letramento em saúde funcional e comunicativo, bem como o planejamento e desenvolvimento de ações para minimizá-las.

### 5.3.6. Referências

1. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874-9.
2. World Health Organization. Health Literacy – The Solid Facts [internet]. Copenhagen, Denmark: Regional Office for Europe; 2013. [citado em 2015 Dez 10]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
3. Santos LTM, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG. Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Nefrol*. 2012;34(3):293-302.
4. Sampaio HAC, Carioca AAF, Sabry MOD, Santos PM, Coelho MAM, Passamai MPB. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(3):865-74.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15:259-67.
6. Baker DW. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):878-83.
7. Apolinario D, Oliveira RC, Bragal P, Magaldi RM, Bussel AL, Camporal F et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):702-11.
8. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med*. 2004; 36(8):588-94.
9. Ishikawa H, Yano E, Fujimori S, Kinoshita M, Yamanouchi T, Yoshikawa M et al. Patient health literacy and patient-physician information exchange during a visit. *Fam Pract*. 2009; 26(6):517-23.
10. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998.
11. Bland JM & Altman DG, 1986. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1986;1(8476):307-10.

12. Cortina, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*. v. 78, p. 98-104. 1993.
13. Pallant J. *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Maidenhead: Open University Press; 2007.
14. Filho DBF & Júnior JAS. Visão além do alcance: uma introdução à análise factorial. *OPINIÃO PÚBLICA*, Campinas, vol. 16, nº 1, Junho, 2010, p. 160-185.
15. Mukaka MM. Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*. 2012; 24(3): 69-71.
16. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A et al. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a Large VA Outpatient Population. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(5):561-6.
17. Wühlisch FS, Pascoe M. Maximising health literacy and client recall of clinical information: An exploratory study of clients and speech language pathologists. *SAJCD*. 2010; 57:22-32.
18. Martins-Reis VO, Santos JN. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(1):113-4.
19. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2015; 15:678-91.
20. Harrington KF, Valerio MA. A conceptual model of Verbal Exchange Health Literacy. *Patient Educ Couns*. 2014;94(3): 403-10.
21. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality. Consultation Paper. Sydney: ACSQHC, 2013. [citado em 2015 Dez 30]. Disponível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/Consumers-the-health-system-and-health-literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality3.pdf>
22. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários,

- profissionais e sistema de saúde. *Interface – Comunic Saude Educ.* 2012;16(41):301-14.
23. Souza JG, Apolinario D, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Jacob-Filho W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2014;4:e004180.
24. Hoover DS, Vidrine JI, Shete S, Spears CA, Cano MA, Correa-Fernández V et al. Health Literacy, Smoking, and Health Indicators in African American Adults. *J Health Commun.* 2015; 20(2):24-33.
25. Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61:1086-90.
26. Rivera FJ, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciênc saúde coletiva.* 1999;4(2):355-65.
27. Ferreira MC, Maciel FJ, Castro LA, Lemos SMA. Estudo das relações comunicativas no processo de gestão de uma instituição de saúde. *Rev CEFAC.* 2013;15(6):1560-9.
28. Hester EJ, Stevens-Ratchford R. Health Literacy and the Role of the Speech-Language Pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 2009;18:180–191.
29. Rocha PC, Lemos SMA. Aspectos conceituais e fatores associados ao letramento funcional em saúde: revisão de literatura. *Rev CEFAC.* 2016;18(1):214-25.

### 5.3.7. Anexo

#### Anexo 1- Estruturação final da Escala de Letramento em Saúde (ELS)

##### Escala de Letramento em Saúde (ELS)

1. Com qual frequência você tem dificuldades para ler/entender panfletos com orientações sobre cuidados com a saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
2. Com qual frequência você tem dificuldades para ler/entender/preencher formulários com informações sobre a sua saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
3. Com qual frequência você tem dificuldade para ler/entender as orientações médicas ou de outro profissional de saúde dadas por escrito?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
4. Com qual frequência você tem dificuldades para entender as orientações que são faladas pelos profissionais de saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
5. Com qual frequência você tem dificuldades em marcar exames ou novas consultas por não ter entendido bem as orientações do médico/outro profissional de saúde, sejam elas escritas ou faladas?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
6. Com qual frequência você tem dificuldade em entender sua condição de saúde por não ter compreendido as explicações/orientações dadas pelo médico/outro profissional de saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
7. Com que frequência você precisa do auxílio de alguém (parentes, amigos) para ajudá-lo a entender as orientações dadas para seu tratamento/terapia, tais como uso de remédios, retornos, marcações de exames, etc?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
8. Com que frequência você tem dificuldades para encontrar informações que irão auxiliá-lo no cuidado com sua saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
9. Com qual frequência você sai de uma consulta/terapia com dúvidas sobre sua saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca

Média global: \_\_\_\_

Eixo funcional (questões 1,2,3,4,6,7,9): \_\_\_\_      Eixo comunicativo (questões 5,8): \_\_\_\_

**Observações:** As opções de resposta para cada uma das perguntas devem ser tratadas numericamente da seguinte forma: 1.Sempre; 2.Frequentemente; 3.Às vezes e 4.Nunca. A resposta 1 representa maior percepção de dificuldade e 4, menor percepção de dificuldade quanto ao letramento em saúde.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O letramento em saúde deve ser considerado relevante pelos profissionais de saúde e gestores, assim como pela sociedade (seja no papel de paciente, desempenhando a função de cuidador ou como indivíduo que deseja manter-se saudável). Essa importância evidencia a necessidade de se avaliar o letramento em saúde e conhecer os fatores a ele associados, de modo a contribuir para a obtenção de melhores resultados em saúde.

A dissertação apresentada se propôs a revisar sistematicamente a literatura científica acerca de instrumentos para avaliar o letramento em saúde, bem como investigar a associação deste com fatores sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos. Além disso, foi um dos objetivos do estudo propor e analisar um instrumento de avaliação da percepção do letramento em saúde de adultos, a Escala de Letramento em Saúde.

Os resultados demonstraram que há diversos instrumentos de avaliação do letramento em saúde, dentre os quais predominaram os testes de triagem clínica TOFHLA e REALM. Os estudos no qual o letramento em saúde foi avaliado, foram frequentemente observacionais transversais e desenvolvidos em variados países. Nessas pesquisas, foi dada maior ênfase à avaliação do nível funcional do letramento em saúde, em detrimento do comunicativo e crítico. Observou-se ser necessário avançar na realização de estudos no Brasil e na atenção primária à saúde, uma vez que foi constatada maior disponibilidade de estudos americanos e europeus, realizados em ambulatórios e hospitais.

Além disso, identificou-se que a escolaridade é fator de grande relevância no que se refere ao letramento em saúde, pois apresentou associação positiva com este de maneira que adultos com menor escolaridade tiveram mais chance de ter letramento em saúde inadequado. Apesar de considerados importantes na literatura analisada, os outros aspectos sociodemográficos analisados, a autopercepção da saúde e a qualidade de vida não demonstraram associação estatística com o letramento em saúde nesta pesquisa. Diante disso, acredita-se ser necessário desenvolver ações de educação em saúde que possibilitem a indivíduos com diversos

níveis de escolaridade e letramento em saúde melhorar e manter condições de saúde adequadas.

Outro resultado obtido baseado nos estudos conduzidos foi a proposição da Escala de Letramento em Saúde, estruturada em nove itens, após processo de análise de consistência interna e fatorial confirmatória. Essa escala apresentou correlação de significância estatística e grau fraco com o instrumento SAHLPA-18 e com a escolaridade. Tais achados sugerem que a escala e o SAHLPA-18 avaliam diferentes aspectos do letramento em saúde, sendo possível utilizá-las de modo complementar. Além disso, os resultados reafirmam a influência da educação formal sobre as habilidades de letramento em saúde. Todavia, a fraca correlação entre eles deve ser notada como fator que evidencia o fato, já ressaltado na literatura científica, de o letramento em saúde e escolaridade serem diferentes entre si. Sendo assim, acredita-se que a Escala de Letramento em Saúde possa contribuir para identificar dificuldades acerca do letramento em saúde funcional e comunicativo de adultos. Essa identificação deve ser entendida como passo primordial em direção ao enfrentamento das limitações do letramento em saúde.

Por fim, ressalta-se o letramento em saúde como tema interdisciplinar, portanto, de interesse das ciências fonoaudiológicas. Acredita-se que a Fonoaudiologia, por se dedicar à comunicação, tenha um papel diferenciado em favorecer reflexões/ações para promover o acesso, compreensão, tomada de decisão e aplicação dos cuidados mais apropriados à manutenção da saúde e qualidade de vida. Cabe especialmente ao fonoaudiólogo auxiliar o desenvolvimento da comunicação eficiente entre profissionais de saúde, gestores e pacientes a fim de se alcançar melhores níveis de letramento em saúde e modos de vida saudáveis para indivíduos e comunidades.

## 7. ANEXOS

### 7.1. Anexo I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada "LETRAMENTO EM SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE". É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo investigar o letramento em saúde e a relação com fatores sociais, de saúde e de qualidade de vida em adultos, de 20 a 59 anos, usuários do Sistema Único de Saúde do município (SUS) de xxx.

Para participar, você deverá responder a cinco questionários, sendo dois a respeito de suas características pessoais (como escolaridade, moradia, situação de trabalho e condições econômicas) e outros três relacionados à autopercepção de saúde (como você percebe a sua saúde), qualidade de vida e letramento em saúde (o que você sabe sobre como cuidar da sua saúde) respectivamente. Você responderá também há um teste que avalia habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns. Os questionários e o teste serão aplicados por meio de entrevista na própria Unidade Básica de Saúde. A entrevista terá a duração de aproximadamente 30 minutos, não será gravada ou filmada e o (a) senhor (a) poderá se recusar a responder qualquer pergunta. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você poderá retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

O (A) senhor (a) não terá gastos com deslocamento, uma vez que as avaliações ocorrerão no mesmo dia em que já estiver na unidade básica de saúde. Por se tratarem de questionários, não existem riscos à sua integridade física, pois não serão realizados procedimentos invasivos ou que o(a) exponha explicitamente, mas caso se sinta constrangido com alguma pergunta o senhor poderá interromper a entrevista e recusar-se a responder as perguntas.

O (A) senhor (a) não terá quaisquer benefícios diretos com a realização da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos.

Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Acredita-se que os resultados podem auxiliar no entendimento de como você e outros adultos percebem sua saúde e as relações entre a qualidade de vida e o letramento em saúde. Além disso, os resultados podem contribuir para a elaboração de normas e práticas clínicas mais adequadas aos usuários adultos do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de xxx.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar dúvidas sobre a pesquisa da qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Suzana Raquel Lopes Marques  
Pesquisadora

Stela Maris Aguiar Lemos  
Pesquisadora Responsável

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada "LETRAMENTO EM SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE".

xxx, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

**Pesquisadores:** Stela Maris Aguiar Lemos - fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 3409-9791/ Suzana Raquel Lopes Marques – fonoaudióloga da prefeitura de xxx.

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG:** Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

## 7.2. Anexo II

### Questionário Sociodemográfico

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Código/UBS: \_\_\_\_\_ 2. Gênero: F ( ) M ( )

3. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 4. Idade: \_\_\_\_\_ anos

5. Endereço: \_\_\_\_\_ 6. CEP: \_\_\_\_\_

7. Local de Nascimento: \_\_\_\_\_

8. Moradia: casa própria ( ) casa alugada ( ) outros ( ) \_\_\_\_\_

9. Arranjo familiar: Quantas pessoas residem na mesma moradia que você? \_\_\_\_\_

10. Estado conjugal: Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Separado ( ) Divorciado ( )  
Viúvo ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

11. Escolaridade:

Analfabeto ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Fundamental completo ( )

Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( )

Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( )

12. Anos de estudo formal: \_\_\_\_\_ 13. Estudou até que série com aprovação? \_\_\_\_\_

14. Plano de saúde: sim ( ) não ( )

15. Há quanto tempo possui plano de saúde: \_\_\_\_\_

16. Situação Funcional: Empregado ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( )

Estudante ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

17. Atividade funcional que realiza: \_\_\_\_\_

18. Se estudante, de qual curso: \_\_\_\_\_

### 7.3. Anexo III

#### Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

##### Posse de itens de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

##### Grau de Instrução do chefe de família Nomenclatura Atual

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior completo	8

Classe\_\_\_\_\_ Pontos\_\_\_\_

## 7.4. Anexo IV

### Questionário de Auto percepção da Saúde

1. Qual a importância da saúde para você?  
Sem importância( ) Pouco importante( ) Indiferente( ) Importante( ) Muito importante( )
2. Você se considera uma pessoa saudável? Sim ( ) Não( )
3. Como você avalia a sua saúde?  
Muito ruim( ) Ruim( ) Nem ruim, nem boa( ) Boa ( ) Muito boa ( )
4. Você tem algum problema de saúde? Sim ( ) Não ( )  
- Se sim, qual:  

<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Epilepsia	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Catarata	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Problemas de rim
<input type="checkbox"/> Problemas da glândula tireóide	<input type="checkbox"/> Surdez/deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> Problemas de pele
<input type="checkbox"/> Problemas hormonais	<input type="checkbox"/> Problema de coração	<input type="checkbox"/> Artrite ou reumatismo
<input type="checkbox"/> Depressão (somente se em uso de medicamento)	<input type="checkbox"/> Pressão alta	<input type="checkbox"/> Dor na coluna/costas
<input type="checkbox"/> Problema de álcool ou drogas (em tratamento médico)	<input type="checkbox"/> Trombose	<input type="checkbox"/> Nenhum desses
<input type="checkbox"/> Enxaqueca	<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Esclerose múltipla	<input type="checkbox"/> Asma/bronquite/sinusite/rinite	
	<input type="checkbox"/> Enfisema	
	<input type="checkbox"/> Gastrite, esofagite, úlceras	
5. Está realizando tratamento de Fonoaudiologia no momento? Sim ( ) Não ( )  
- Se sim, por qual motivo:  

<input type="checkbox"/> Voz	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Fissura Lábio-palatina	<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva	<input type="checkbox"/> Motricidade Orofacial
<input type="checkbox"/> Afasia	<input type="checkbox"/> Disfluência	<input type="checkbox"/> CA Cabeça e Pescoço	<input type="checkbox"/> Reabilitação Vestibular	
6. Com que frequência você pensa sobre a sua saúde:  
Nunca( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre ( )
7. Com que frequência você pensa sobre seus problemas de saúde:  
Nunca( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre ( )
8. Seu estado de saúde atual compromete suas atividades cotidianas?  
Nunca( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre ( )
9. Para que você veio à UBS hoje? \_\_\_\_\_
10. Com que frequência você vem à UBS:  
Mais de uma vez por semana ( ) Semanalmente ( ) Mensalmente ( )  
Trimestralmente ( ) Semestralmente ( ) Raramente ( )
11. Quando foi a última vez que você veio à UBS? \_\_\_\_\_

Dê uma nota para sua saúde: (muito ruim)0\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10\_ (excelente)

## 7.5. Anexo V

### Escala de Letramento em Saúde

1. Com qual frequência você tem dificuldades para ler/entender panfletos com orientações sobre cuidados com a saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
2. Com qual frequência você tem dificuldades para ler/entender/preencher formulários com informações sobre a sua saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
3. Com qual frequência você tem dificuldade para ler/entender as orientações médicas ou de outro profissional de saúde dadas por escrito?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
4. Com qual frequência você tem dificuldades para entender as orientações que são faladas pelos profissionais de saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
5. Quando você não entende as orientações (escritas ou faladas), com qual frequência você faz perguntas ao médico/outro profissional de saúde para esclarecer suas dúvidas?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
6. Com qual frequência você tem dificuldades em marcar exames ou novas consultas por não ter entendido bem as orientações do médico/outro profissional de saúde, sejam elas escritas ou faladas?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
7. Com qual frequência você tem dificuldade em entender sua condição de saúde por não ter compreendido as explicações/orientações dadas pelo médico/outro profissional de saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
8. Com que frequência você precisa do auxílio de alguém (parentes, amigos) para ajudá-lo a entender as orientações dadas para seu tratamento/terapia, tais como uso de remédios, retornos, marcações de exames, etc?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
9. Com que frequência você tem dificuldades para encontrar informações que irão auxiliá-lo no cuidado com sua saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca
10. Com qual frequência você sai de uma consulta/terapia com dúvidas sobre sua saúde?  
( ) Sempre      ( ) Frequentemente      ( ) Às vezes      ( ) Nunca

## 7.6. Anexo VI - SHORT ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY FOR PORTUGUESE-SPEAKING ADULTS (SAHLPA-18) - Instruções para o Examinador

O SAHLPA-18 avalia habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns. O teste pode ser utilizado por profissionais de saúde ou pesquisadores para estimar o nível de **alfabetismo em saúde** de adultos. A administração deve ser realizada com cartões impressos contendo o termo médico em negrito acima e as duas palavras de associação abaixo.

### Instruções para o Examinador:

1. Antes de iniciar tenha os cartões de estímulo e o formulário de aplicação para anotar as respostas.
2. Diga: **Agora eu vou te mostrar alguns cartões com 3 palavras. Primeiro eu quero que você leia a palavra de cima em voz alta. Então eu vou ler as duas palavras de baixo e quero que você me diga qual delas está mais relacionada com a de cima. Se você não souber a resposta diga "não sei" – não tente adivinhar.**
3. Mostre o primeiro cartão.
4. Diga: **Agora, por favor, leia a palavra de cima em voz alta.**
5. Em seguida leia as duas palavras de associação e diga: **Qual dessas duas palavras está mais relacionada com a de cima? Se você não sabe a resposta, por favor diga "não sei".**
6. Repita as instruções nos itens subsequentes até que o paciente esteja confortável com o procedimento.
7. O item é considerado correto apenas quando o paciente acerta a pronúncia e a associação. Cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18.
8. Um escore entre 0 e 14 sugere alfabetismo em saúde **inadequado**.

PALAVRA PRINCIPAL	PALAVRAS DE ASSOCIAÇÃO		
1. <input type="checkbox"/> <b>OSTEOPOROSE</b>	<input type="checkbox"/> <b>OSSO</b>	<input type="checkbox"/> músculo	<input type="checkbox"/> Não sei
2. <input type="checkbox"/> <b>PAPANICOLAOU</b>	<input type="checkbox"/> <b>TESTE</b>	<input type="checkbox"/> vacina	<input type="checkbox"/> Não sei
3. <input type="checkbox"/> <b>ABORTO</b>	<input type="checkbox"/> matrimônio	<input type="checkbox"/> <b>PERDA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
4. <input type="checkbox"/> <b>HEMORROIDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>VEIAS</b>	<input type="checkbox"/> coração	<input type="checkbox"/> Não sei
5. <input type="checkbox"/> <b>ANORMAL</b>	<input type="checkbox"/> similar	<input type="checkbox"/> <b>DIFERENTE</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
6. <input type="checkbox"/> <b>MENSTRUAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>MENSAL</b>	<input type="checkbox"/> diário	<input type="checkbox"/> Não sei
7. <input type="checkbox"/> <b>COMPORTAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> pensamento	<input type="checkbox"/> <b>CONDUTA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
8. <input type="checkbox"/> <b>CONVULSÃO</b>	<input type="checkbox"/> <b>TONTO</b>	<input type="checkbox"/> tranquilo	<input type="checkbox"/> Não sei
9. <input type="checkbox"/> <b>RETAL</b>	<input type="checkbox"/> regador	<input type="checkbox"/> <b>SUPOSITÓRIO</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
10. <input type="checkbox"/> <b>APÊNDICE</b>	<input type="checkbox"/> coceira	<input type="checkbox"/> <b>DOR</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
11. <input type="checkbox"/> <b>ARTRITE</b>	<input type="checkbox"/> estômago	<input type="checkbox"/> <b>ARTICULAÇÃO</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
12. <input type="checkbox"/> <b>CAFEÍNA</b>	<input type="checkbox"/> <b>ENERGIA</b>	<input type="checkbox"/> água	<input type="checkbox"/> Não sei
13. <input type="checkbox"/> <b>COLITE</b>	<input type="checkbox"/> <b>INTESTINO</b>	<input type="checkbox"/> bexiga	<input type="checkbox"/> Não sei
14. <input type="checkbox"/> <b>VESÍCULA BILIAR</b>	<input type="checkbox"/> artéria	<input type="checkbox"/> <b>ÓRGÃO</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
15. <input type="checkbox"/> <b>ICTERÍCIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>AMARELO</b>	<input type="checkbox"/> branco	<input type="checkbox"/> Não sei
16. <input type="checkbox"/> <b>PRÓSTATA</b>	<input type="checkbox"/> circulação	<input type="checkbox"/> <b>GLÂNDULA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei
17. <input type="checkbox"/> <b>INCESTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>FAMÍLIA</b>	<input type="checkbox"/> vizinhos	<input type="checkbox"/> Não sei
18. <input type="checkbox"/> <b>TESTÍCULO</b>	<input type="checkbox"/> óvulo	<input type="checkbox"/> <b>ESPERMA</b>	<input type="checkbox"/> Não sei

Escore total: \_\_\_\_\_

Letramento em saúde:

( ) Adequado

( ) Inadequado

## 7.7. Anexo VII - Questionário Sobre Qualidade De Vida – WHOQOL-Abreviado

**Instruções:** Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	Nem ruim, nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**Domínio físico:** \_\_\_\_\_

**Domínio psicológico:** \_\_\_\_\_

**Relações sociais:** \_\_\_\_\_

**Meio ambiente:** \_\_\_\_\_

## 7.8. Anexo VIII

### Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP


**Projeto: CAAE - 25014513.7.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Stela Maris Aguiar Lemos  
Departamento de Fonoaudiologia  
Faculdade de Medicina- UFMG**

#### DECISÃO


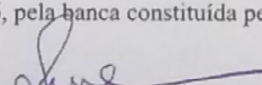
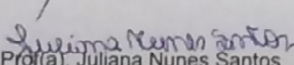
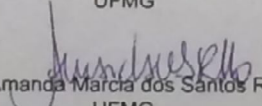
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 19 de fevereiro de 2014, o projeto de pesquisa intitulado **"Autopercepção e letramento em saúde: associação com dados sócio-demográficos e qualidade de vida em adultos usuários do Sistema Único de Saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG

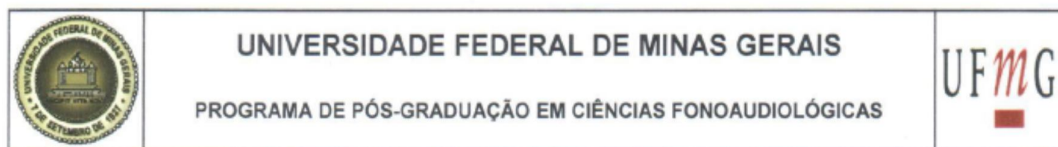
## 7.9. Anexo IX

### Folha de aprovação da dissertação de mestrado

	<p style="text-align: center;"><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</b> PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS</p>	<p style="text-align: center;"><b>UFMG</b></p>
<p><b>FOLHA DE APROVAÇÃO</b></p> <p><b>LETRAMENTO EM SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b></p> <p><b>SUZANA RAQUEL LOPES MARQUES</b></p> <p>Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS, área de concentração FUNCIONALIDADE E SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA.</p> <p>Aprovada em 18 de fevereiro de 2016, pela banca constituída pelos membros:</p> <p style="text-align: center;"> Prof(a). Stela Mattos Aguiar Lemos - Orientador UFMG</p> <p style="text-align: center;"> Prof(a). Juliana Nunes Santos UFMG</p> <p style="text-align: center;"> Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo UFMG</p> <p style="text-align: center;">Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2016.</p>		

## 7.10. Anexo X

### Ata da defesa da dissertação de mestrado



### ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA SUZANA RAQUEL LOPES MARQUES

Realizou-se, no dia 18 de fevereiro de 2016, às 09:00 horas, Faculdade de Medicina - Sala 029, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *LETRAMENTO EM SAÚDE: ASSOCIAÇÃO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*, apresentada por SUZANA RAQUEL LOPES MARQUES, número de registro 2014657879, graduada no curso de FONOAUDIOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador (UFMG), Prof(a). Juliana Nunes Santos (UFMG), Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2016.

  
Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos ( Doutora )

  
Prof(a). Juliana Nunes Santos ( Doutora )

  
Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo ( Doutora )

Marques, Suzana Raquel Lopes.  
M3571 Letramento em saúde [manuscrito]: associação com dados sociodemográficos, autopercepção da saúde e qualidade de vida em adultos usuários da Atenção Primária à Saúde. / Suzana Raquel Lopes Marques. -- Belo Horizonte: 2016.  
175f.: il.  
Orientador: Stela Maris Aguiar Lemos.  
Área de concentração: Ciências Fonoaudiológicas.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Alfabetização em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Avaliação em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Condições Sociais. 6. Qualidade de Vida. 7. Escolaridade. 8. Sistema Único de Saúde. 9. Dissertações Acadêmicas. I. Lemos, Stela maris Aguiar. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WV 18