

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

**Letramento funcional em saúde e qualidade de vida de adolescentes
do ensino médio de escolas estaduais de Belo Horizonte**

POLIANA CRISTINA ROCHA

Belo Horizonte

2015

POLIANA CRISTINA ROCHA

**Letramento funcional em saúde e qualidade de vida de adolescentes
do ensino médio de escolas estaduais de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Stela Maris Aguiar Lemos - Professora do Departamento de Fonoaudiologia Faculdade de Medicina - UFMG

BELO HORIZONTE

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

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

Pró-Reitora de Pesquisa: Prof^a. 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

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof^a. Ana Cristina Cortes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Virgílio Baião Carneiro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA**

Coordenadora: Prof^a. Elza Machado de Melo

COLEGIADO

Prof^a. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha

Prof^a. Eliane Dias Gontijo

Prof^a. Elizabeth Costa Dias

Prof^a. Eugênia Ribeiro Valadares

Prof^a. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Victor Hugo de Melo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela constante oportunidade de crescimento e por estar sempre amparada e envolvida em sua proteção.

Minha eterna gratidão aos meus pais, por me permitirem a vida e lutarem para que eu chegasse até aqui, mas principalmente por cuidarem do meu bem mais precioso nos momentos de minha ausência.

Ao meu Gui, luz da minha vida, obrigada por literalmente me acompanhar desde o início dessa jornada e por torná-la mais alegre e agradável. Você já nasceu estudante meu amorzinho!

Ao meu sempre companheiro André pela compreensão nos momentos em que estive ausente e por me acompanhar no que fosse preciso.

Às minhas eternas irmãs e amigas, Melissa e Dálian, pelo companheirismo e incentivo. À Dálian pelo valioso auxílio na coleta de dados.

À minha orientadora Stela Maris Aguiar Lemos pela confiança, compreensão, brilhante orientação e por não permitir que esse projeto fosse árduo.

Aos diretores, professores, funcionários e alunos das escolas que contribuíram para essa pesquisa.

A todos os professores, funcionários e colegas do curso de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

À professora Maria Augusta de Lima Friche pela presteza na análise estatística dos dados da pesquisa.

RESUMO

Introdução: o letramento funcional em saúde é constituído pela habilidade do indivíduo em manipular e gerir as informações de saúde necessárias para o seu autocuidado ou para o relacionamento com os profissionais de saúde. Assim, estudar o letramento funcional em saúde no adolescente pode auxiliar na elaboração de estratégias de promoção da saúde para esse ciclo de vida, melhorando a qualidade de vida desses sujeitos

Objetivo: investigar a associação entre letramento funcional em saúde e qualidade de vida de adolescentes.

Métodos: para cumprir o objetivo o estudo foi desenvolvido em duas etapas, sendo a primeira constituída por uma revisão de literatura e a segunda por pesquisa de campo. A revisão integrativa de literatura foi produzida segundo os eixos temáticos letramento funcional em saúde e qualidade de vida, com busca realizada nas bases de dados PubMed, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde. Após a aplicação dos critérios de inclusão obteve-se 538 artigos e após a aplicação dos critérios de exclusão foram selecionados 11 artigos sendo nove estudos internacionais e dois nacionais. A revisão constou de compilação e construção de linha histórica das publicações e análise metodológica dos estudos observacionais. A pesquisa de campo teve delineamento observacional analítico transversal com amostra probabilística aleatória estratificada por escola composta por 384 adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos, cursando o ensino médio em 16 das 131 escolas estaduais de Belo Horizonte, Minas Gerais, distribuídas pelas regionais administrativas (Centro-Sul, Oeste, Pampulha, Nordeste, Leste, Noroeste, Venda Nova, Barreiro e Norte). Para a coleta de dados, foram utilizados questionários de caracterização dos adolescentes, de qualidade de vida (PedsQL Versão 4.0), de letramento funcional em saúde e autopercepção da saúde e da violência. Para a análise dos dados foram realizadas análise descritiva da distribuição de frequência das variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão para variáveis contínuas. As variáveis com associações estatisticamente significantes ao nível de 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada, na qual utilizaram-se os testes T, Quiquadrado de Pearson e não paramétrico de Mann Whitney, foram consideradas nos modelos de regressão logística múltipla. Em seguida foi realizada análise de regressão logística múltipla com entrada hierarquizada dos dados segundo o nível de determinação do modelo teórico estabelecido. Para avaliação das associações nos modelos de regressão logística foi considerado o nível de significância de 5%. Como medida de magnitude das associações foi utilizado o Odds Ratio e seu respectivo

intervalo de confiança de 95%. A adequação dos modelos foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow. **Resultados:** a revisão de literatura indicou associação com significância estatística entre letramento funcional em saúde e variáveis sócio-demográficas (sexo, idade e escolaridade). A maior parte dos estudos teve como objetivo relacionar o letramento a patologias e foi realizada em ambientes clínicos (ambulatórios e hospitais). Dos oito artigos observacionais incluídos na presente revisão apenas um atendeu totalmente aos critérios metodológicos para elaboração desse tipo de estudo. Os resultados da pesquisa de campo revelaram que 51,6% dos adolescentes apresentaram letramento funcional em saúde bom. No modelo final da análise multivariada, permaneceram associadas ao bom letramento funcional em saúde as variáveis: não praticar religião ($p=0,006$; $OR=2,108$); domínio social da qualidade de vida ($p=0,004$; $OR=1,022$); e domínio escolar da qualidade de vida ($p=0,009$; $OR=1,019$). **Conclusão:** o estudo indicou que a maior parte das pesquisas realizadas na área evidenciam associação entre letramento funcional em saúde e aspectos sociodemográficos. Na pesquisa de campo a maioria da amostra apresentou letramento funcional em saúde bom. As variáveis que se associaram com significância estatística ao letramento funcional em saúde foram não praticar alguma religião e os domínios social e escolar da qualidade de vida, demonstrando que adolescentes adequadamente ajustados ao ambiente e escolar e ao convívio social tendem a apresentar melhor letramento funcional em saúde.

Descritores: letramento funcional em saúde / letramento em saúde / alfabetização em saúde / qualidade de vida

Abstract

Introduction: the functional literacy on health is made by the individual's ability to handle and manage health information necessary for his/her self-care or relationships with healthcare professionals. So, studying the functional literacy in health in adolescents can help develop health promotion strategies for this cycle of life. **Objective:** to investigate the association between functional health literacy and quality of life of adolescents. **Methods:** to accomplish the objective, the study was conducted in two steps, the first being constituted by a literature review and the second, a field search. The integrative review of literature was produced according to the functional literacy themes in health and quality of life, with search performed in the databases PubMed, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde. After applying the inclusion criteria, yielded 538 articles, and after the application of the exclusion criteria 11 articles were selected, nine being international and two national studies. The review consisted of compilation and historical line construction of publications and methodological analysis of observational studies. The field search was a cross-sectional analytical observational design with simple random probability sample of adolescents aged between 15 and 19 years old, attending high school in one of the 131 state schools in Belo Horizonte, Minas Gerais, distributed by the regional administrates (Centro-Sul, Oeste, Pampulha, Nordeste, Leste, Noroeste, Venda Nova, Barreiro e Norte). For data collection were used questionnaires of adolescents characterization, quality of life (PedsQL version 4.0), functional literacy in health and self-perception of health and violence. For the analysis of data, descriptive analysis of the frequency distribution of categorical variables and analysis of central tendency and dispersion for continuous variables were performed. Then multivariate logistic regression analysis with hierarchical data entry according to the level of determination of the established theoretical model was performed. The variables with statistically significant associations at the level of 20% ($p < 0.20$) in the bivariate analysis were considered in models of multiple logistic regression. To evaluate the associations in logistic regression models, the significance level of 5% was considered. As a measure of the magnitude of the associations we used the Odds Ratio and its respective 95% confidence interval. The adequacy of the models was assessed using the Hosmer and Lemeshow test. **Results:** the literature review indicated a statistically significant association between functional literacy in health and socio-demographic variables (gender, age and education). Most of the studies aimed to relate literacy to pathologies and was conducted in clinical settings

(clinics and hospitals). Of the eight observational articles included in this review only one fully met the methodological criteria in developing this type of study. Field survey results revealed that 51.56% of adolescents had good functional literacy in health. In the final model of multivariate analysis, the variables: not practicing religion ($p = 0.006$; OR = 2.108); social domain of quality of life ($p = 0.004$; OR = 1,022); and school field of quality of life ($p = 0.009$; OR = 1.019) remained associated with functional literacy in health.

Conclusion: The study indicated that most of the research conducted in the area show association between functional literacy in health and sociodemographic characteristics. In the field search, most of the sample showed good functional health literacy. The variables associated with statistical significance to functional literacy on health were not been practicing any religion and social and educational domains of quality of life.

Key words: functional literacy in health / health literacy, health literacy / quality of life

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Revisão de Literatura

Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead	20
Figura 2. Modelo de determinação social da saúde por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001)	21
Figura 3. Modelo de determinação social discutido pela OMS	22

Métodos

Figura 4. Relação da representatividade e n por regional	32
Figura 5. Fluxograma da amostra	33
Figura 6. Variáveis para entrada hierarquizada no modelo de análise multivariada	38

Artigo 1

Figura 1. Fluxograma demonstrativo das etapas de busca e seleção de artigos	50
Figura 2. Sinopse dos dados dos estudos incluídos na revisão de literatura	51
Figura 3. Síntese das características dos testes de medida de letramento funcional de saúde mais utilizados na literatura.....	56
Figura 4. Análise dos artigos observacionais segundo a iniciativa STROBE	59
Figura 5. Linha histórica e cronológica da produção científica nacional e internacional em avaliação do letramento funcional em saúde sem relacioná-lo a patologias	60
Figura 6. Nuvem de textos gerada com base nas conclusões dos artigos utilizados na revisão de literatura	61

LISTA DE TABELAS

Artigo 2

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao letramento em saúde	77
Tabela 2. Síntese numérica dos resultados do PedsQL	79
Tabela 3. Análise bivariada da associação entre Letramento e saúde e características sociodemográficas	80
Tabela 4. Análise bivariada da associação entre Letramento em saúde e aspectos culturais	82
Tabela 5. Análise bivariada da associação entre Letramento e saúde e contexto de violência	83
Tabela 6. Análise bivariada da associação entre Letramento em Saúde e Qualidade de Vida (PedsQL)	84
Tabela 7. Análise bivariada entre Letramento e saúde e autopercepção de saúde	85
Tabela 8. Modelos intermediários e final dos fatores associados ao letramento funcional em saúde bom	86

Lista de Abreviaturas e Siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

SUS – Sistema Único de Saúde

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

MS – Ministério da Saúde

CNDSS- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ECA - Estatuto da Criança e Adolescente

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOFHLLA – Test of Functional Health Literacy in Adults

REALM – Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

NVS – Newest Vital Sign

SAHLISA – Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults

NAAL – National Assessment of Adult Literacy

CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil

SUMÁRIO

Considerações iniciais	14
Introdução	16
Referencial teórico.....	17
3.1 Saúde: conceito, histórico e seus determinantes	17
3.1.1 Conceito e histórico	17
3.1.2 Determinantes Sociais de Saúde.....	19
3.2 Letramento funcional em saúde	23
3.3.1 Histórico.....	23
3.3.2 Conceito.....	23
3.3 Qualidade de vida	25
3.4 Adolescência	27
Objetivos	28
4.1 Objetivo geral	28
4.2 Objetivos específicos	28
5. Métodos	29
5.1 Métodos da revisão de literatura	29
5.2 Métodos da pesquisa de campo.....	30
5.2.1 Delineamento.....	30
5.2.2 Cenário do estudo.....	30
5.2.3 Participantes do estudo	31
5.2.4 Instrumentos	34
5.2.5 Coleta de dados.....	36
5.2.6 Aspectos éticos.....	36
5.2.7 Análise dos dados.....	37
6. Referências.....	39
7. Artigo 1	45
7.1 Resumo	45
7.2 Abstract.....	46
7.3 Introdução.....	47
7.4 Método.....	49

7.5 Revisão de Literatura.....	51
7.6 Conclusão.....	62
7.7 Referências	63
8. Artigo 2	68
8.1 Resumo	68
8.2 Abstract.....	69
8.3 Introdução.....	70
8.4 Métodos	72
8.5 Resultados.....	76
8.6 Discussão	87
8.7 Conclusão	93
8.8 Referências.....	94
9. Considerações finais	98
10. Anexos	99

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente trabalho representa o resultado da inserção e desenvolvimento de atividades no Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da aluna Poliana Cristina Rocha e tem como tema central o letramento funcional em saúde e qualidade de vida no período da adolescência especificamente. Vale destacar que a temática central da dissertação é nova e tangencia a realidade e trabalho da mestrandia na atenção básica à saúde do município de Belo Horizonte, inserida no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que tem como diretrizes a promoção de saúde e atividades que objetivem a melhoria da qualidade de vida da população.

Letramento em Saúde pode ser definido como *“o grau em que as pessoas estão aptas para buscar, compreender e partilhar informações em saúde, a fim de manter e promover a saúde ao longo da vida, dentro de diferentes contextos”* (PASKULIN et al, 2011).

O tema letramento em saúde remete à realidade de trabalho na atenção básica, que busca políticas públicas para melhorar os resultados na saúde. Uma hipótese é que estratégias que aumentem os níveis de letramento funcional em saúde possam ser de extrema importância no empoderamento por parte dos sujeitos da própria condição de saúde. Assim, faz-se necessária a abordagem deste tema para que reflexões possam ser realizadas e colocadas em prática. Essa observação que motivou a pesquisadora a estudar tal tema, visto que o sucesso de sua prática profissional está intrinsecamente ligado à capacidade dos sujeitos se implicarem no cuidado de sua condição de saúde com o entendimento adequado.

Além disso, o público alvo do trabalho foi a população adolescente, ciclo de vida de extrema importância no desenvolvimento do ser humano e fase na qual se podem definir atitudes e ações relacionadas à própria saúde.

Desta forma, a inserção do presente projeto na linha de pesquisa Promoção de Saúde e suas Bases: Trabalho, Ambiente, Cidadania pode contribuir para identificar e descrever aspectos relacionados ao letramento funcional em saúde e sua relação com qualidade de vida de adolescentes de escolas estaduais de ensino médio de Belo Horizonte, contribuindo para a consolidação de ações de promoção de saúde.

Este trabalho é constituído por resumo, abstract, introdução, revisão de literatura, objetivos, métodos, resultados e considerações finais. Cabe ressaltar que os resultados estão apresentados em forma de dois artigos, sendo o primeiro uma revisão integrativa de literatura e o segundo um artigo original de pesquisa.

2. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde está diretamente relacionado ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural no qual o sujeito está inserido (COSTA e LEMOS, 2007) e a forma como este a define será, portanto, o resultado do conhecimento do próprio sujeito sobre a saúde e as formas de mantê-la, assim como a aspectos ligados à sua qualidade de vida.

Nesse contexto, no qual o indivíduo torna-se o protagonista do cuidado com a sua saúde, surgiu o termo letramento ou alfabetização em saúde, recente e ainda pouco divulgado no Brasil, e que pode ser definido, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar a informação como forma de promover e manter a saúde, o que não significa apenas saber ler panfletos e marcar consultas (WHO, 1998). Assim as variáveis relacionadas à condição de saúde estão ligadas ao nível de letramento em saúde (KANJ e MITIC, 2009).

A qualidade de vida, de natureza subjetiva e multidimensional, é definida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, considerando o contexto da cultura e sistemas de valores nos quais está inserido e seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995). Sendo assim, é necessário considerar a percepção do próprio indivíduo sobre seu estado de saúde (SOARES et al, 2011) na discussão e dimensionamento da qualidade de vida.

Diante do exposto e partindo do princípio de que a qualidade de vida está relacionada à ideia do próprio indivíduo sobre sua saúde, é provável que o maior letramento funcional em saúde promova uma melhor qualidade de vida aos indivíduos. Deste modo, o estudo conjunto de indicadores de socioeconômicos, qualidade de vida e letramento funcional em saúde pode contribuir para subsidiar ações promoção de saúde e reabilitação no contexto das redes de atenção à saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – Saúde: conceito, histórico e seus determinantes

3.1.1 Conceito e histórico

A história da concepção da doença passou por definições religiosas, sociais e políticas, mas para estabelecer um conceito de saúde universal foi necessária a criação de um organismo internacional. Com a Segunda Guerra Mundial um dos organismos criados foi a Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 1948 definiu saúde como “...o estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência da enfermidade” e reconheceu a promoção e proteção à saúde como direito do cidadão e dever do estado. Essa definição reflete os movimentos sociais do pós-guerra (SCLIAR, 2007).

Devido à natureza idealista do conceito preconizado pela OMS em 1977 Christopher Boorse sugeriu que a saúde seria a ausência de doença, e questionou, inclusive, a promoção a saúde (FILHO e JUCÁ, 2002).

A definição de saúde postulada pela OMS apresentou-se avançada para a época, mas atualmente recebe avaliações como ultrapassada e utópica, já que a “perfeição” não pode ser definida. Questiona-se um possível conceito para saúde, como sendo “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (SEGRE e FERRAZ, 1997).

Vale destacar que o conceito da OMS recebeu críticas também de natureza política, indicando a possibilidade de abusos do Estado na intervenção na vida dos indivíduos sob o pretexto de promover a saúde (SCLIAR, 2007).

Nos anos 70 a ideia de promoção à saúde despontou influenciada pela discussão dos determinantes sociais e econômicos da saúde, além de uma concepção não centrada na doença. Um fato importante que marcou esse período foi o movimento canadense, em 1974, com o Relatório Lalonde, inspirado por motivações políticas, técnicas e econômicas de enfrentamento do aumento dos gastos com a saúde, sendo o primeiro documento oficial a intitular-se de promoção à saúde. Esse documento

introduziu os determinantes de saúde, influenciou a política sanitária de outros países e preparou bases para a Conferência de Alma Ata em 1978. Apesar da inovação da abordagem, críticas foram realizadas, uma vez que as propostas eram voltadas para mudanças de estilo de vida individualmente, desconsiderando os contextos político, econômico e social (HEIDMANN et al, 2006).

Em 1978 aconteceu a primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde e teve como produto a Declaração de Alma-Ata que reforçou o conceito de saúde como direito humano essencial concluindo que a promoção e proteção da saúde são fundamentais para o desenvolvimento econômico e social (MENDES, 2004).

No ano de 1984 surgiu um documento preliminar, produzido pela OMS/Europa contendo elementos da nova promoção à saúde e reforçando os determinantes sociais da saúde (HEIDMANN et al, 2006).

Em 1986 aconteceu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde e teve como resultado a Carta de Ottawa, referência mundial em promoção à saúde (HEIDMANN et al, 2006). A Carta de Ottawa trouxe a seguinte definição para a promoção à saúde: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” Assim, ela reforçou os direitos e responsabilidades dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde (BUSS, 2000).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 não trata do conceito de saúde, mas garante que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.”, sendo este o princípio norteador do sistema de saúde do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) (SCLIAR, 2007).

Aspectos econômicos, culturais, sociais, políticos, econômicos e ambientais estão ligados ao conceito de saúde, além da maneira como o sujeito a define (COSTA e LEMOS, 2007).

Dessa forma, percebe-se a evolução do conceito de saúde com a valorização cada vez maior da determinação social da saúde.

3.1.2 Determinantes Sociais de Saúde

Para que o direito à saúde seja garantido é necessário a implementação de políticas públicas e para tanto esse direito deve ser visto dentro de um contexto maior, no qual é influenciado por diversos determinantes sociais (BADZIAK e MOURA, 2010).

A discussão sobre a relação entre condições de vida e saúde tem tradição no Brasil e na América Latina, já que muitos desses países apresentam distribuição desigual de renda, analfabetismo e baixo grau de escolaridade, além de condições precárias de habitação e ambiente, que impactam nas condições de saúde da população (BUSS, 2000).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde – Lei n.º 8.080, de 19/9/1990, no art. 3.º “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.” (MS, 2005)

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) definiu os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que têm influência na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população, baseada no conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e no preceito constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. A OMS possui comissão de mesmo nome da supracitada que definiu os DSS como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS e FILHO, 2007).

Não obstante a existência de vários modelos sobre os determinantes sociais de saúde a CNDSS optou por basear-se no modelo elaborado por Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 1), por considerá-lo simples e de fácil compreensão para diversos públicos (CNDSS, 2008).

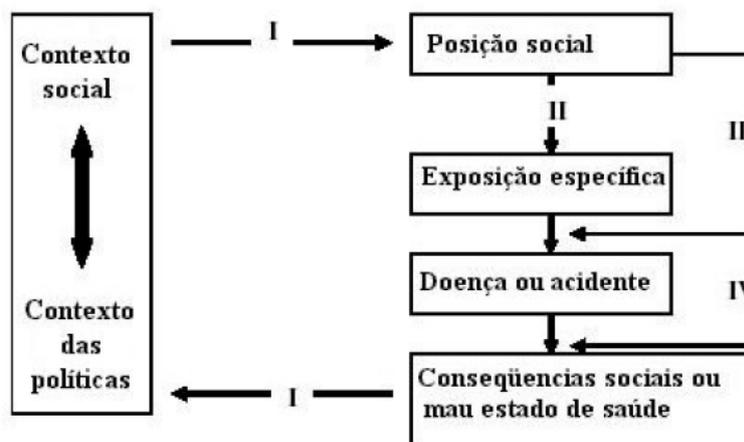
Neste modelo os determinantes sociais de saúde são divididos em camadas desde os macrodeterminantes (condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais) até os mais proximais (estilo de vida, idade, sexo e fatores hereditários) (SOBRAL e FREITAS, 2010).

Figura 1. Modelo de determinação social de saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) (CNDSS, 2008)



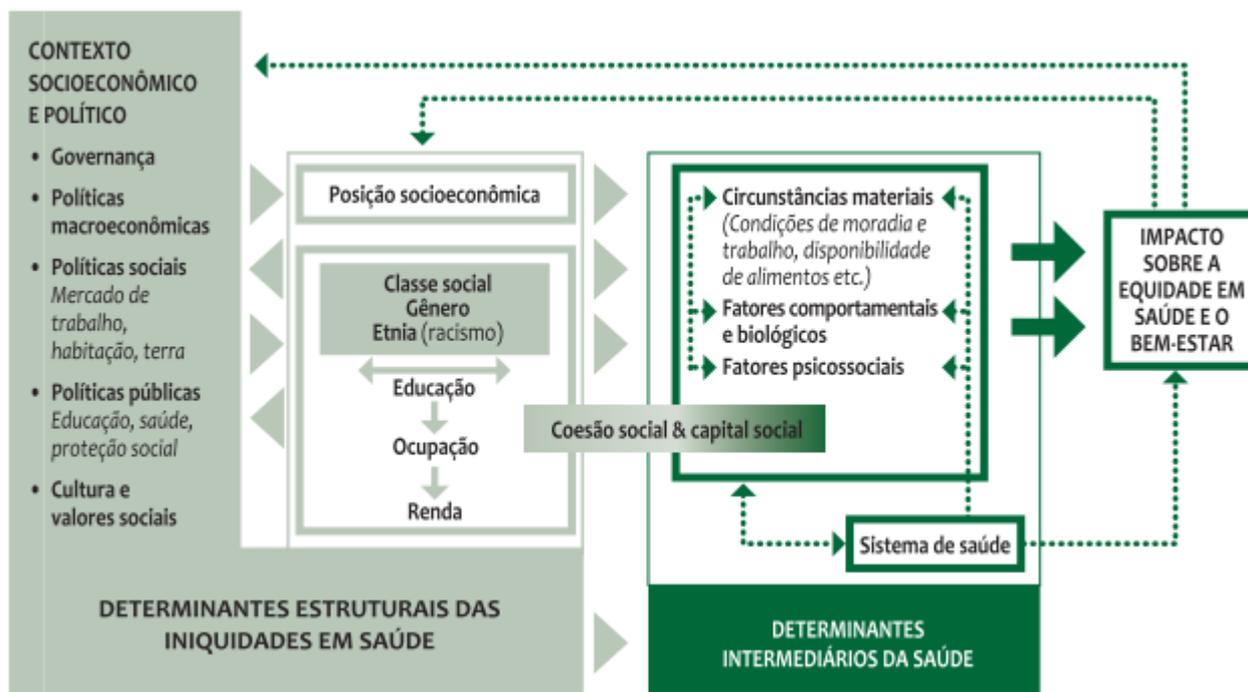
Outro modelo é o de Diderichsen e Hallqvist de 1998, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) (Figura 2) que apresenta como fator principal da análise o contexto social que proporciona uma estratificação, de forma que a posição social do indivíduo determina suas oportunidades em saúde e, conseqüentemente como as conseqüências sociais impactam em determinado grupo (SOBRAL e FREITAS, 2010).

Figura 2. Modelo de determinação social de saúde por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) (Adaptado de Diderichsen e Hallqvist, 1998) (BUSS e FILHO, 2007).



O modelo representado na figura 3 propõe que sejam elaboradas estratégias específicas ao contexto para abordar os determinantes sociais de saúde, sendo necessárias políticas intersetoriais e participação e capacitação da comunidade. Para que tais ações sejam realizadas existem vários pontos de entrada, como políticas que reduzam os efeitos da estratificação social e conseqüentemente as desigualdades; políticas para reduzir a exposição aos fatores de risco à saúde; políticas para reduzir a vulnerabilidade de grupos desfavorecidos; políticas para reduzir os impactos sociais, econômicos e na saúde causados pelas doenças. Essas políticas podem acontecer nos níveis micro (interações individuais), médio (comunidade) e macro (políticas públicas) (WHO, 2010).

Figura 3 – Modelo adotado pela OMS (CARVALHO AI, 2013)



A vulnerabilidade social em saúde compreende importante aspecto na determinação social e condições de saúde do indivíduo.

O termo vulnerabilidade é usado na área da saúde como a exposição do indivíduo a problemas e danos à saúde (NICHATA, BERTOLOZZI, TAKAHASHI e FRACOLLI, 2008).

O conceito de vulnerabilidade social em saúde propõe relacionar elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento. Representa o resultado de aspectos individuais e contextos coletivos que levem à suscetibilidade a agravos e morte. Alguns fatores a determinam, como condições cognitivas, comportamentais, sociais, acesso aos serviços de saúde, ciclo de vida, mobilidade social e identidade social (BERTOLOZZI et AL, 2009).

Vulnerabilidade está inversamente relacionada com a capacidade de reação a ocorrência de um evento e ao nível de informação e comunicação. Assim, ela é maior quando há falta de informações precisas e abrangentes, desinteresse do indivíduo, serviços necessários não acessíveis e falta de confiança para estabelecer mudanças

comportamentais (PALMA e MATTOS, 2001). Dessa forma, a vulnerabilidade social em saúde está associada aos determinantes sociais em saúde.

As políticas públicas e econômicas no Brasil são insuficientes e não garantem o acesso à saúde a todos os indivíduos, entre eles adolescentes, expondo-os à vulnerabilidade social (PESSALACIA, MENEZES e MASSUIA, 2010).

A vulnerabilidade pode diminuir à medida que o sujeito for capaz de interpretar as mensagens emitidas ao seu redor (VILLELA e DORETO, 2006).

3.2 - Letramento Funcional em Saúde

3.2.1 Histórico

O termo letramento funcional em saúde, tem origem no termo letramento em saúde que se origina do Inglês *health literacy*. Foi citado pela primeira vez em 1974 por Siminds no artigo *Health education as social policy*. Em 1999 a *American Medical Association* produziu relatório fazendo alusão ao termo letramento funcional em saúde, no qual está implícita a prática do letramento no conceito (PASSAMAI et al, 2009).

Em 1980 surgiu em diversas sociedades o reconhecimento das práticas sociais da leitura e escrita que iam além da ideia de alfabetização, ganhando destaque o termo letramento. A diferença foi que em países desenvolvidos o letramento assume a problemática de que a população, mesmo que alfabetizada, não dominava as habilidades necessárias para o uso da linguagem escrita nas práticas sociais. No Brasil o desenvolvimento desse conceito se deu de forma diferente, tendo sua origem vinculada ao aprendizado da leitura e escrita, a chamada alfabetização, de maneira que, apesar de diferentes, os conceitos e aplicações de alfabetização e letramento às vezes se confundem (SOARES, 2004).

3.2.2 Conceito

O termo letramento representa um neologismo na Língua Portuguesa e significa as capacidades sociais de leitura e escrita nos diversos contextos. Já a alfabetização está relacionada à aquisição da linguagem escrita. Assim, apesar de serem habilidades que têm forte ligação não têm o mesmo significado. O letramento surge no momento em que a leitura e a escrita são utilizadas nas práticas sociais em diferentes contextos (PASSAMAI et al, 2009).

Cada vez mais o indivíduo torna-se o protagonista do cuidado com a sua saúde e é nesse contexto que surge o termo letramento em saúde, recente e ainda pouco divulgado no Brasil. Ele pode ser definido, de acordo com a OMS, como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar a informação como forma de promover e manter a saúde, o que não significa apenas saber ler panfletos e marcar consultas (WHO, 1998).

A definição de letramento em saúde ainda não é consenso.

Para a *American Medical Association* o letramento em saúde representa habilidades, entre elas a de realizar leitura básica e as tarefas necessárias para a função numérica no ambiente de saúde, podendo os indivíduos com adequado letramento funcional em saúde ler, entender e agir sobre a informação de saúde. O Institute of Medicine define letramento funcional em saúde como a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários com a tomada de decisões adequadas em saúde (PASSAMAI et al, 2011).

Vale destacar o trabalho de Passamai (2011) que apresenta um resumo de definições de Letramento Funcional em Saúde baseado em diversos autores (SELDEN et al 2000; NUTBEAN, 2000; NUTBEAM, 2008; BROWNFIELD e PARKER, 2005 e MCCORMACK, 2010), como habilidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos necessários para tomar decisões relacionadas à saúde; habilidades cognitivas e sociais que permitem a capacidade individual de obter acesso, entender e utilizar informações para promoção e manutenção da saúde; habilidades cognitivas, pessoais e sociais que permitem ao indivíduo acessar, compreender e utilizar informações para promover e manter uma saúde adequada; combinação de habilidades que podem explicar a capacidade de acessar, compreender e aplicar a informação em saúde para o funcionamento adequado da vida diária dentro do sistema de cuidado da saúde; e grau em que o indivíduo pode obter, processar, entender e comunicar informações relacionadas.

Outro significado proposto para a terminologia Letramento em Saúde é “o grau em que as pessoas estão aptas para buscar, compreender e partilhar informações em saúde, a fim de manter e promover a saúde ao longo da vida, dentro de diferentes contextos” (PASKULIN, et al, 2011)

Cabe ressaltar que o letramento em saúde não é sinônimo de educação em saúde, mas sim o resultado desta (PASKULIN, et al, 2011).

O conceito de letramento remete à função social da linguagem escrita, com a participação ativa do sujeito na sociedade, e não apenas à habilidade de saber ler e escrever. Assim, é possível que uma pessoa saiba ler e escrever, isto é, seja alfabetizada, mas não faça uso da prática social dessas habilidades, não sendo considerada letrada (SANTOS, 2007).

O baixo letramento funcional em saúde possui relação direta com piores condições de saúde, maiores taxas de internação hospitalar, menor adesão a tratamentos e cuidados com a saúde, maior propensão à ingestão incorreta de medicamentos e menor utilização de serviços de caráter preventivo (KANJ e MITIC, 2009). Nos locais onde é pesquisado, o baixo letramento funcional em saúde é associado a pior qualidade dos cuidados em saúde e maior custo (SANTOS et al, 2012).

O letramento funcional em saúde está relacionado à vulnerabilidade social e ao nível de escolaridade do indivíduo. É provável que os profissionais da saúde pública, especialmente de regiões de alta vulnerabilidade social, encontrem dificuldades para atingir os resultados esperados nos tratamentos realizados devido ao baixo letramento funcional em saúde da população. Torna-se importante a realização de políticas públicas que identifiquem os indivíduos com baixo letramento funcional em saúde e capacitem os profissionais da área nesse sentido, já que a consideração desse aspecto na prática assistencial pode auxiliar na redução das disparidades no campo da saúde (MARTINS-REIS e NUNES, 2012).

Estudos que avaliem o letramento em saúde e o seu impacto na saúde da população em âmbito nacional são escassos. As pesquisas realizadas no Brasil apresentam contextos específicos e são recentes, demonstrando o interesse em ascensão do tema discutido (PASSAMAI et al, 2009).

3.3 - Qualidade de Vida

A origem do conceito de qualidade de vida está ligada à década de 30, quando o economista britânico Pigou realizou trabalho voltado à economia do bem estar, no qual

considerou qualidade de vida como sendo a sensação de bem estar, felicidade, satisfação com a vida, estresse e ansiedade. Ferrán Casas, em 1996, define o termo em questão como as percepções, aspirações, necessidades, satisfações e representações sociais em que os indivíduos se inserem (TONOM, 2010). A negação de se reduzir a saúde ao modelo biomédico considerando apenas a ausência da doença aproxima a saúde à noção de qualidade de vida. Apesar disso, o conceito de qualidade de vida ainda é genérico (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

No 2º Congresso de Epidemiologia, em 1994, que teve como tema “Qualidade de vida: compromisso histórico da Epidemiologia”, Rufino Neto definiu qualidade de vida da seguinte maneira: *“Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo.”* (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK, 2000).

Assim, considera-se qualidade de vida um conceito multidimensional, compreendendo diversos domínios como social e emocional, com diferentes atribuições de valores e importância para cada um deles para cada indivíduo (TONOM, 2010). Ela é subjetiva, já que representa a percepção do indivíduo sobre a sua saúde e sobre os aspectos não médicos relacionados ao contexto de vida (SEIDL e ZANNOM, 2004).

É recente o interesse da área da saúde pela qualidade de vida. Esse interesse está relacionado à ideia trazida pelos determinantes sociais da saúde, que mostra que o processo saúde-doença é multifatorial e exige resultados de melhoria da qualidade de vida. Nas duas últimas décadas houve ampliação da literatura sobre o tema, demonstrando um amadurecimento do conceito de qualidade de vida na linguagem científica. Também no Brasil é crescente o interesse pela pesquisa da relação qualidade de vida e saúde (SEIDL e ZANNOM, 2004).

3.4 - Adolescência

O termo adolescência tem origem do latim e significa crescer e atualmente não é mais considerado um período de preparação para a vida adulta, mas sim um dos ciclos de vida com sentido em si mesmo (SHOEN-FERREIRA E AZNAR-FARIAS, 2010).

Este período representa a etapa entre a infância e a idade adulta com crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (MS, 2005).

Para a Organização Mundial de Saúde a adolescência representa um período biopsicossocial e compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos, critério adotado também pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Já o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) considera como o período da adolescência dos 12 aos 18 anos (MS, 2005).

No Brasil os adolescentes (10 a 19 anos) representam 17,9% da população total, com 9,1% do sexo masculino e 8,8% do sexo feminino, totalizando 34.157.631 pessoas nessa faixa etária. Em Belo Horizonte os adolescentes representam 14,9% da população geral, sendo 7,4% do sexo masculino e 7,5 do sexo feminino, num total de 354.201 indivíduos. Para a faixa etária de 15 a 19 anos verifica-se na população brasileira 16.990.870 (8,9% da população total) de indivíduos, 4,5% do sexo masculino e 4,4% do sexo feminino. Já em Belo Horizonte 7,7% da população total está na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo 3,8% do sexo masculino e 3,9% feminino, em um total de 182.710 indivíduos (IBGE, 2010).

O adolescente está em desenvolvimento e por isso tem uma condição intrínseca de vulnerabilidade, podendo estar exposto a situações como dificuldade de acesso à educação e à saúde; violência; uso de drogas; más condições de moradia; pobreza; maus tratos; abandono; comprometimento da estrutura familiar; inserção precoce no mercado de trabalho; exclusão social e barreira cultural; exploração sexual e prostituição; gravidez e aborto; sexualidade precoce e desprotegida; sofrimento e adoecimento psíquicos; sentimentos conflituosos e instabilidade emocional. Essas situações podem ocorrer simultaneamente e, no caso do Brasil, tendem a ser comuns, devido às desigualdades presentes neste país, devendo ser o adolescente atendido integralmente em suas necessidades (PESSALACIA, MENEZES e MASSUIA, 2010).

Os adolescentes tendem a utilizar menos o sistema de saúde, porém a interação dessa população com os próprios cuidados com a saúde tem aumentado. Além disso, é importante destacar que a adolescência constitui período valioso na elaboração de decisões futuras sobre o autocuidado. Assim, estudos direcionados para o letramento funcional em saúde dos adolescentes podem contribuir no desenvolvimento de políticas públicas para potencializar as competências dessa população nessa área (MANGANELLO, 2007).

Fatores como a saúde mental e bem-estar subjetivo são fundamentais para a promoção de qualidade de vida dos adolescentes. A escola representa importante cenário na preparação para a vida dos adolescentes, mas poderia ser mais participativa no desenvolvimento social e emocional dos alunos, como o trabalho com competências de resolução de problemas, pensamento crítico, comunicação e relacionamento interpessoal, empatia e gestão das emoções (GASPAR, RIBEIRO, MATOS e LEAL, 2008).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar a associação entre letramento funcional em saúde e qualidade de vida de adolescentes.

4.2 Objetivos específicos

- Revisar as produções científicas acerca da avaliação do letramento funcional em saúde em associação com a qualidade de vida e analisar metodologicamente os estudos observacionais sobre a temática.
- Investigar a associação entre letramento funcional em saúde e fatores sociodemográficos, qualidade de vida e percepção de contextos de violência em adolescentes de escolas públicas de Belo Horizonte.

5. MÉTODOS

O estudo constou de duas etapas, sendo a primeira uma revisão integrativa de literatura e segunda uma pesquisa de campo realizada em escolas estaduais de Belo Horizonte.

5.1 Métodos da revisão de literatura

Foi realizada revisão integrativa de literatura produzida com base em artigos relacionados aos seguintes eixos temáticos: letramento funcional em saúde e qualidade de vida, com busca realizada nas bases de dados PubMed, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde de estudos publicados nos últimos 10 anos.

A seleção dos estudos foi feita em duas etapas. A primeira etapa consistiu na escolha dos descritores e posteriormente na busca nas bases de dados. Para a elaboração da estratégia de busca e seleção dos estudos foram utilizados os termos livres (letramento, letramento em saúde, alfabetização, alfabetização em saúde e qualidade de vida e seus correspondentes em inglês e espanhol.

Cabe ressaltar que todas as etapas de definição de descritores, elaboração da equação de pesquisa e busca dos estudos constou com o apoio de um profissional de ciências da informação ligado aos sistemas de bibliotecas da Universidade Federal de Minas Gerais e ligada à área de ciências da saúde.

Para a seleção dos estudos foram definidos critérios que foram aplicados pelos pesquisadores na leitura dos títulos e resumos (critérios de inclusão) e dos artigos na íntegra (critérios de exclusão)

Foram definidos como critérios de inclusão

- artigos em português, inglês ou espanhol;
- artigos publicados nos últimos 10 anos e disponíveis gratuitamente na íntegra,
- artigos que tinham como objetivo a definição do conceito de letramento funcional em saúde, a medida do letramento funcional em saúde ou sua relação com a qualidade de vida.

Os critérios de exclusão definidos foram:

- artigos que tinham como objetivo relacionar o letramento funcional em saúde com patologias e tratamentos;
- artigos de relatos de casos ou série de casos;
- Artigos de opiniões de especialistas.

Após a aplicação dos critérios de inclusão obteve-se 538 artigos e após a aplicação dos critérios de exclusão foram selecionados 11 artigos sendo nove estudos internacionais e dois nacionais. A revisão constou de compilação e construção de linha histórica das publicações, análise metodológica dos estudos observacionais e elaboração de nuvem de textos.

5.2 Métodos da pesquisa de campo

5.2.1 Delineamento

Trata-se de estudo observacional analítico transversal com amostra probabilística aleatória estratificada por escola e composta por adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos, estudantes do ensino médio de 16 escolas estaduais do município de Belo Horizonte no período de agosto a outubro de 2014.

5.2.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo consistiu em escolas públicas estaduais de ensino médio de Belo Horizonte, presentes nas nove regionais administrativas do município. A rede estadual de ensino médio de Belo Horizonte é composta por 131 escolas divididas entre as nove regionais administrativas. Foi selecionada uma escola de cada regional por meio de sorteio. Nos casos de recusa da escola em participar do estudo ou de amostra insuficiente outra escola da mesma regional foi sorteada. Nenhuma direção ou coordenação negou a participação da escola sob sua gestão na pesquisa. Em quatro regionais foi necessária a seleção de uma segunda escola e em uma ainda a de uma terceira escola para atingir a amostra necessária. Em todas as escolas a coleta foi realizada nos turnos da manhã ou tarde, nunca no turno da noite, uma vez que o perfil dos alunos desse turno tende a diferir dos demais, sendo composto, em geral, por alunos trabalhadores e de idade mais elevada.

5.2.3 Participantes do estudo

Para estimar o número de participantes do estudo foi definido o tamanho amostral por amostragem aleatória estratificada por regional administrativa do município de Belo Horizonte por meio da seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{Z^2 \cdot p(1-p) + e^2 \cdot (N-1)},$$

na qual n é a amostra calculada; N representa a população total de adolescentes de 15 a 19 anos do ensino médio da rede estadual de Belo Horizonte; Z é a variável normal padronizada associada ao nível de confiança; o p representa a verdadeira probabilidade do evento e o e o erro amostral.

Os parâmetros utilizados foram:

$p = 0,5$ (para possibilitar o cálculo do tamanho da amostra para as diferentes variáveis com os níveis especificados de significância e margem de erro, uma vez que o tamanho da amostra obtido sobre esta suposição é máximo, suficiente para qualquer possível resultado que venha a ocorrer);

Curva de Gauss $Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ em que $\alpha = 0,05$;

2

$E = 0,05$ (erro de precisão para mais ou para menos) e

N populacional = 69217.

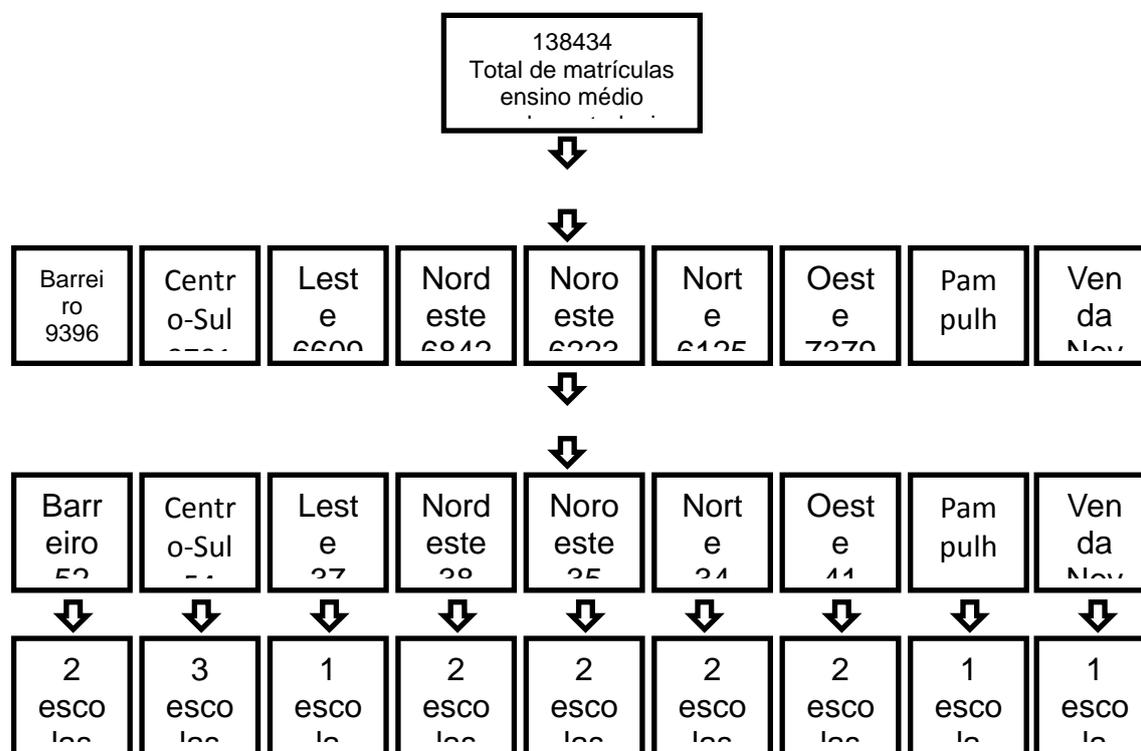
O cálculo do n teve como resultado 384 indivíduos, que foram alocados por meio de locação proporcional, isto é, distribuição do n pela representatividade de cada regional (Figura 4).

Figura 4 - Relação da representatividade e n por regional

Regional	Soma de Matrículas	Representatividade%	n por regional
Barreiro	9396	13,6%	52
Centro Sul	9701	14,0%	54
Leste	6609	9,5%	37
Nordeste	6842	9,9%	38
Noroeste	6223	9,0%	34
Norte	6125	8,8%	34
Oeste	7379	10,7%	41
Pampulha	8447	12,2%	47
Venda Nova	8495	12,3%	47
Total	69217	100%	384

Foi selecionada uma escola em cada regional administrativa de Belo Horizonte. A seleção aconteceu por amostragem aleatória simples e em casos de amostra insuficiente por recusa dos estudantes na participação era sorteada uma escola na mesma regional para a coleta parcial, totalizando 16 escolas selecionadas (Figura 5).

Figura 5: Fluxograma da amostra



Critérios de inclusão

- ser estudante do ensino médio de escolas estaduais de Belo Horizonte, Minas Gerais;
- ter idade entre 15 e 19 anos;
- ter concordado em participar da pesquisa e apresentar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexos I e II) assinado pelo indivíduo e pelo responsável, no caso de ser menor de 18 anos.

Critérios de exclusão

- apresentar alteração neurológica ou cognitiva que comprometesse a compreensão ou a resposta aos instrumentos do estudo;
- não responder no mínimo 80% das questões presentes nos questionários aplicados.

Assim a amostra foi composta por 384 adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos, de ambos os gêneros, cursando o ensino médio em 16 das 131 escolas estaduais de Belo Horizonte, Minas Gerais, divididas pelas regionais administrativas (Centro-Sul, Oeste, Pampulha, Nordeste, Leste, Noroeste, Venda Nova, Barreiro e Norte).

Recrutamento dos participantes do estudo

Após a anuência da direção e coordenação pedagógica de cada escola selecionada ocorreu a etapa de seleção e recrutamento dos participantes. O recrutamento foi realizado em cada escola visitada pela mestranda. No primeiro contato com os adolescentes foi realizada exposição dialogada nas salas de aula sobre a pesquisa com esclarecimento de dúvidas e convite à participação. Os indivíduos com idades até 17 anos, 11 meses e 29 dias receberam o termo de consentimento livre e esclarecido para levar aos responsáveis e responderam os questionários apenas após a autorização desses. Os adolescentes com 18 anos ou mais puderam assinar o termo de consentimento livre e esclarecido quando aceitaram participar da pesquisa. Os participantes foram orientados sobre o caráter voluntário da participação.

5.2.4 INSTRUMENTOS

A) Questionário de caracterização dos adolescentes (Anexo III)

Questionário semi-estruturado, composto por questões fechadas, autoaplicável, elaborado pelas pesquisadoras, com o objetivo de se delinear o perfil socioeconômico, cultural e demográfico da amostra composto por:

- Identificação: idade, data de nascimento, sexo e ano escolar.
- Perfil sócio econômico cultural: situação de moradia, hábito de assistir televisão, frequentar teatro e cinema, presença de trabalho, prática de religião. Além desses itens foi utilizado Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Associação Brasileira de Empresas de pesquisa, Critério de Classificação Econômica Brasil, 2013) no qual os indivíduos responderam perguntas referentes a posse de itens (televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete/DVD, geladeira, freezer) e grau de instrução do chefe de família. Para cada item

respondido há uma pontuação e com esta se faz a classificação de A1 a E, onde A apresenta maior poder de compra e E menor.

B) Instrumento sobre o nível de letramento funcional em saúde (Anexo IV)

Questionário estruturado, autoaplicável, elaborado pelos pesquisadores, composto por dez questões fechadas, sobre o letramento funcional em saúde, que abordam possíveis dificuldades na compreensão de orientações orais e escritas fornecidas por profissionais de saúde, assim como a capacidade do indivíduo em questionar essas orientações. As questões tiveram como objetivo avaliar a percepção dos participantes acerca de como compreende e utiliza as informações sobre a saúde para promover e manter a sua própria saúde. As opções de respostas para os indivíduos eram sempre, frequentemente, às vezes e nunca. Para tabulação dos dados foi associado um número a cada resposta possível.

C) Questionário Pediátrico sobre Qualidade de vida – PedsQL Versão 4.0 (Anexo V)

Trata-se de roteiro autoaplicável, composto de um módulo genérico e um módulo para doenças específicas, criado nos Estados Unidos e traduzido em vários países como Austrália, Alemanha, Reino Unido, Noruega, Finlândia e Japão e Brasil (KLATCHOIAN et al, 2008). Para este estudo foi utilizado o módulo genérico, por não se tratar de uma pesquisa enfocando uma patologia de base específica. O teste apresenta versões para as faixas etárias de 5 a 7 anos, 8 a 12 anos e 13 a 18 anos. Nesta pesquisa foi utilizado o roteiro para a faixa etária de 13 a 18 anos. O mesmo questionário também pode ser utilizado com os pais, para avaliar sua percepção sobre a saúde de seus filhos, contudo, nesta pesquisa essa possibilidade não foi utilizada. O questionário genérico é multidimensional e é caracterizado por quatro eixos: domínio físico (oito itens), domínio emocional (5 itens), domínio social (5 itens) e domínio escolar (5 itens), totalizando 23 perguntas. O domínio físico aborda a capacidade e dificuldades em realizar atividades da vida diária, atividades físicas e de sensações corporais, como dor e disposição. O domínio emocional trata de sentimentos do indivíduo, como medo, tristeza, raiva e preocupação. O domínio social traz questões sobre a socialização dos adolescentes com seus pares. O domínio escolar aborda as dificuldades relacionadas à vida acadêmica do indivíduo, como dificuldades de compreensão dos conteúdos e em prestar atenção às aulas. As opções de respostas para as questões são nunca

(pontuado como 0); quase nunca (pontuado como 1); algumas vezes (pontuados como 2); muitas vezes (pontuado como 3) e quase sempre (pontuado como 4). Esses itens foram pontuados inversamente (0 = 100; 1 = 75; 2 = 50; 3 = 25 e 4 = 0) e colocados em uma escala de 0 a 100, de forma que quanto maior o escore melhor a qualidade de vida (KLATCHOIAN et al, 2008). Posteriormente foi feita a média por domínios e a média geral.

D) Questionário de autopercepção da saúde e violência (Anexo VI)

Para avaliação da autopercepção da saúde foi solicitado que o participante classificasse sua saúde em “muito ruim, ruim, regular, boa e excelente”. Já para a avaliação da percepção da violência foram utilizadas três perguntas com opções de respostas “sim” e “não”: “Já cometeu algum ato de violência?”; “Já sofreu algum ato de violência?” e “A violência causa impacto na sua saúde?”.

5.2.5 COLETA DE DADOS

A aplicação dos instrumentos de investigação sobre o perfil socioeconômico, cultural e demográfico dos participantes, qualidade de vida, nível de letramento funcional em saúde foi realizada em grupos na escola de origem de cada adolescente. Assim, os espaços utilizados foram as salas de aula das escolas previamente selecionadas, mediante horários livres e aceitação da coordenação/direção da escola. O tempo máximo de aplicação dos instrumentos foi de 60 minutos em cada grupo.

5.2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio da Plataforma Brasil, como subprojeto do projeto coletivo *Autopercepção de Saúde, Qualidade de Vida e Letramento em Saúde de adolescentes do ensino médio de escolas públicas de Belo Horizonte* e obteve aprovação desse comitê no dia 5 de junho de 2013 por meio do parecer CAAE: 14897013.4.0000.5149 (Anexo VII).

Não houve riscos físicos para os participantes e o risco de constrangimento foi minimizado, visto que eles foram submetidos apenas a aplicações de questionários autoaplicáveis e orientados a não responder a qualquer questão que causasse desconforto.

Os dados coletados foram destinados exclusivamente à elaboração desta pesquisa, segundo as Normas Éticas, serão incinerados após a conclusão do estudo. Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de publicações e eventos científicos, preservando a identidade dos participantes.

5.2.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta as respostas dos instrumentos foram organizadas, digitalizadas em um banco de dados e conferidas. Posteriormente foram separadas por parâmetros a serem analisados.

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis do estudo, por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas e de síntese numérica das variáveis contínuas. Para as variáveis categóricas, foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson para análise das associações. No caso de variáveis contínuas, foi utilizado o teste T para comparação de médias ou o teste não paramétrico de Mann Whitney para as variáveis com distribuição assimétrica.

Para as análises de associação, foi considerada a variável resposta, classificação do Letramento em Saúde em duas categorias – ruim e bom e demais variáveis explicativas. Tendo como referência as 10 perguntas sobre letramento em saúde, foi construído um escore simples, por meio da soma das respostas possíveis: 0 – sempre; 1 – frequentemente; 2 – às vezes; 3 – nunca. Dessa forma, obteve-se pontuação que variou de 0 a 30. O escore foi então categorizado utilizando como ponto de corte a média 22,0 em duas categorias, a saber: < 22 pontos letramento ruim e \geq 22 pontos letramento bom. Essa variável foi utilizada em todas as análises subsequentes.

As variáveis explicativas foram agrupadas a fim de organizar um modelo hierarquizado de análise (Figura 6). As variáveis mais distais correspondem as do primeiro bloco seguindo até as mais proximais no último bloco considerando a experiência das pesquisadoras e o modelo de determinação social da saúde.

Figura 6 – Variáveis para entrada hierarquizada no modelo de análise multivariada

Bloco 1	<p>Características sócio econômica demográficas:</p> <p>sexo, idade, ano escolar, situação de moradia (com quem mora), moradia (própria/alugada), plano de saúde, e classificação econômica, trabalho.</p>
Bloco 2	<p>Aspectos culturais</p> <p>tempo que vê televisão, leitura de jornais/revistas, frequência a museus, frequência a teatro/cinema, prática de alguma religião.</p>
Bloco 3	<p>Contexto de violência</p> <p>já cometeu algum desses atos; já sofreu alguma desses atos e violência causa impacto na sua saúde.</p>
Bloco 4	<p>Qualidade de vida</p> <p>(Peds_QL) (domínios físico, emocional, social e escolar).</p>
Bloco 5	<p>Auto-percepção de saúde</p> <p>auto-avaliação da própria saúde.</p>

Foram construídos modelos intermediários com entrada hierárquica dos blocos segundo o nível de determinação estabelecido no modelo teórico. As variáveis com associações estatisticamente significantes ao nível de 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada foram consideradas nos modelos de regressão logística múltipla. Para avaliação das associações nos modelos de regressão logística foi considerado o nível de significância de 5%. Desta forma, no modelo final, foram consideradas como associações estatisticamente significantes as associações com probabilidade de significância (valor-p) $\leq 0,05$. Como medida de magnitude das associações foi utilizado o *Odds Ratio* e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. A adequação dos modelos foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow. Para todas as análise foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

6. REFERÊNCIAS

1. Costa GPG; Lemos SMA. Qualidade de vida e autopercepção de saúde de usuários do Ambulatório de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Monografia. Belo Horizonte, 2007.
2. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva: The Organization: 1998.
3. Paskulin LMG; Aires M; Valer DB; Moraes EP; Freitas IBA. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde de pessoas idosas. Acta Paul Enferm 2011;24(2):271-7.
4. Kanj M; Mitic W. Promoting health and development: closing the implementation gap [Internet]. In: 7th Global Conference on Health Promotion; 2009 October 26-30; Nairóbi, Kenya. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.
5. 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 2009;16(41):301-14.
6. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine 1995; 41(10):1403-1409.
7. Soares AHR; Martins AJ; Lopes MCB; Britto JAA; Oliveira CQ; Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Cien & Saúde Col. 2011;16(7):3197-3206.

8. Scliar M. História do Conceito de Saúde. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
9. Filho NA e Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):879-889, 2002.
10. Segre M e Ferraz FC. O Conceito de Saúde. Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997.
11. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8.
12. Mendes IAC. Desenvolvimento e Saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Rev Latino-am Enfermagem maio-junho; 12(3):447-8, 2004 .
13. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000.
14. Badziak RPF e Moura VEV. Determinantes Sociais da Saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. R. Saúde Pública jan./jun; 3 (1), 2010.
15. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

16. MS, Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes, Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
17. CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil – Relatório Final, abril 2008.
18. Sobral A e Freitas CM. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. Saúde Soc. São Paulo, 19 (1): 35-47, 2010
19. World Health Organization (WHO). A conceptual framework for action on the social determinants of health - Social Determinants of Health Discussion Paper 2, 2010.
20. CARVALHO, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.
21. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF e Fraccolli LA. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem, setembro-outubro; 16(5), 2008.
22. Bertolozzi MR et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP; 43(2):1326-30, 2009.

23. Palma A e Mattos UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. *História, ciências, saúde*; 8(3), outubro, 2001.
24. Pessalacia JDR, Menezes ES e Massuia D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Revista Bioethicos - Centro Universitário São Camilo*;4(4):423-430, 2010.
25. Villela WV e Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2467-2472, nov, 2006.
26. Tonon G. La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(26), 361-370; 2010.
27. Minayo MCS, Hartz ZMA e Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):7-18, 2000.
28. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):33-38, 2000.
29. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saud Publ*, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar-abr, 2004.
30. Soares M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. *Revista Brasileira de Educação*. 25; jan-fev-mar –abr; 2004.

31. Passamai MPB et al. Letramento Funcional em Saúde e Nutrição. Editora da Universidade do Ceará, 2011.
32. Paskulin et al. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde de pessoas idosas. Acta Paul. Enferm. 24(2): 271-7, 2011.
33. Santos WLP. Educação científica na perspectiva de letramento como prática social: funções, princípios e desafios. Revista Brasileira de Educação 12 (36) set-dez, 2007.
34. Santos et al. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. J. Brasileiro de Nefrologia. 34(3): 293-302, 2012.
35. Martins-Reis e Nunes. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. Ver Soc Bras Fonoaudiologia. 17(1): 113-4, 2012.
36. Schoen-Ferreira TH e Aznar-Farias M. Adolescência através dos séculos. Psicologia: Teoria e Pesquisa .abr-jun, 26 (2):227-234, 2010).
37. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2010/default_resultados_amostra.shtm.
38. Gaspar T, Ribeiro JLP e Matos MG. Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. Psicologia, saúde e doenças, 9 (1), 55-71, 2008.

39. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* 23 (5): 840-7, 2008.

40. Klatchoian DA, et al. Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 Generic Core Scales. *J Pediatr*. 84:308-15, 2008.

7. ARTIGO I

Submetido à Revista Cefac

**Aspectos conceituais e fatores associados ao Letramento Funcional em Saúde:
revisão de literatura**

**Conceptual aspects and factors associated to Health Functional Literacy:
literary review**

7.1 RESUMO

Os objetivos deste estudo foram revisar as produções científicas acerca da avaliação do letramento funcional em saúde em associação com a qualidade de vida; e analisar metodologicamente os estudos observacionais sobre a temática. Trata-se de revisão integrativa de literatura produzida com base em artigos relacionados aos seguintes eixos temáticos: letramento funcional em saúde e qualidade de vida, com busca realizada nas bases de dados PubMed, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde. Após a aplicação dos critérios de inclusão obteve-se 538 artigos e após a aplicação dos critérios de exclusão foram selecionados 11 artigos sendo nove estudos internacionais e dois nacionais. A revisão constou de compilação e construção de linha histórica das publicações, análise metodológica dos estudos observacionais e elaboração de nuvem de textos. A maior parte dos artigos tem análise quantitativa; público alvo adultos e idosos e medem o nível de letramento funcional em saúde. Os estudos verificaram relação positiva do letramento funcional em saúde com a baixa escolaridade, idade mais avançada, sexo masculino e baixa renda. Os principais cenários foram ambientes assistenciais. O letramento funcional em saúde apresentou associação com variáveis sócio-demográficas como sexo, idade e escolaridade. A maior parte dos estudos encontrados na busca teve como objetivo relacionar o letramento a patologias e foi realizado em ambientes clínicos (ambulatórios e hospitais). Dos oito artigos observacionais incluídos na presente revisão apenas um atendeu totalmente aos critérios metodológicos para elaboração desse tipo de estudo.

Descritores: Alfabetização em Saúde; Educação em Saúde; Competência em Informação; Qualidade de vida.

7.2 ABSTRACT

The purpose of this study is to revise scientific productions concerning the evaluation of health functional literacy which is associated with the quality of life and analyze methodologically the observational studies about this theme. An integrative review has been produced using papers related to the following themes: health functional literacy and quality of life which had a research done in the PubMed, Lilacs and "Biblioteca Virtual de Saúde" databases. After applying the inclusion criteria, 538 articles were obtained, also, after applying the exclusion criteria, 11 articles were selected. Nine out of the eleven articles are international and the remain 2 are national. The review stated the compilation and construction of the publication historical lines, the methodological analysis of observational studies and the elaboration of cloud texts. Most part of the articles have quantitative analysis, adults and elders as target groups and the measurement of the levels of health functional literacy. This study verified the positive interaction between health functional literacy, low education, advanced age, the male gender and low income. The main scenarios were the assistencialist environments. The health functional literacy presented an association with social-demographic variables, such as sex, age and education. Most studies presented in this research had the goal of relating the literacy to pathologies and they were done in clinic environments such as hospitals and health clinics. Among the eight observational articles included in this review only one answered completely all methodological criteria for the development of this type of study.

Keywords: Health Literacy; Health Education; Information Literacy; Quality of Life.

7.3 INTRODUÇÃO

O Letramento funcional em saúde constitui um tema de interesse para pesquisadores e profissionais de saúde. Observa-se na literatura, além de letramento funcional em saúde, o uso dos termos letramento em saúde e alfabetização em saúde. Vale considerar que embora os termos em muitos momentos sejam usados como sinônimos em pesquisas há distinções importantes a serem consideradas.

O termo alfabetização/letramento refere-se ao resultado do processo de aprendizagem da leitura e da escrita. Já o letramento funcional indica os conhecimentos e habilidades de leitura e escrita que dão condições ao indivíduo de participar das atividades específicas de determinada área¹. Aplicando este conceito à área da saúde chega-se ao letramento funcional em saúde, que representa a capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas acerca da saúde¹. Para a American Medical Association letramento em saúde são habilidades, entre elas a de realizar leitura básica e as tarefas necessárias para a função numérica no ambiente de saúde. O Institute of Medicine, dos Estados Unidos, define letramento funcional em saúde como a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários com a tomada de decisões adequadas em saúde. Na prática tem-se que indivíduos com letramento funcional em saúde adequado tendem a apresentar melhores condições de saúde¹.

A Organização Mundial de Saúde define o letramento funcional em saúde como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar a informação como forma de promover e manter a saúde, o que não significa apenas saber ler panfletos e marcar consultas².

Já a alfabetização em saúde recebe a seguinte definição: *“o grau em que as pessoas estão aptas para buscar, compreender e partilhar informações em saúde, a fim de manter e promover a saúde ao longo da vida, dentro de diferentes contextos”*³. Fatores sociodemográficos parecem interferir no letramento funcional em saúde, sendo a educação forte fator que influencia o seu nível⁴.

Vale destacar que não existem pesquisas amplas no Brasil, que mostrem o grau de letramento funcional em saúde da população¹. Em geral as pesquisas em letramento funcional em saúde utilizam testes de leitura geral ou avaliações baseadas em texto de habilidades de leitura e aritmética, mas a definição do letramento funcional em saúde extrapola essas habilidades incluindo domínios que abrangem, por exemplo, a

comunicação oral. Além disso, o letramento funcional em saúde é dinâmico e encontra-se na interseção das habilidades do paciente e das exigências da situação específica⁵.

Nesse contexto, é possível estabelecer interrelação entre letramento funcional em saúde e qualidade de vida na perspectiva do autocuidado em saúde⁶.

O termo qualidade de vida tem natureza subjetiva e multidimensional e é definido como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, considerando o contexto da cultura e sistemas de valores nos quais está inserido e seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁷. Sendo assim, deve-se considerar a percepção do próprio indivíduo sobre seu estado de saúde, bem como a outros aspectos de sua vida⁸.

Para tanto recomenda-se o uso de instrumentos de avaliação da qualidade de vida no campo da saúde, prática que colocaria os trabalhos brasileiros em sincronia com agendas internacionais para o avanço teórico e metodológico na área, uma vez que as estratégias metodológicas para a medida desse parâmetro ainda se mostram controversias no país⁹.

Deste modo, há questões conceituais e metodológicas sobre a temática que ainda não estão devidamente equacionadas, o que justifica a investigação, sistematização e discussão da literatura nacional e internacional.

Assim, os objetivos do presente estudo foram revisar as produções científicas acerca da avaliação do letramento funcional em saúde em associação com a qualidade de vida; e analisar metodologicamente os estudos observacionais sobre a temática.

7.4 MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa de literatura produzida com base em artigos relacionados aos seguintes eixos temáticos: letramento funcional em saúde e qualidade de vida. Foi realizada busca nas bases de dados PubMed, Lilacs e Biblioteca Virtual em Saúde.

Como critérios de inclusão foram considerados artigos em português, inglês ou espanhol; publicados nos últimos 10 anos, disponíveis gratuitamente na íntegra, que tinham como objetivo a definição do conceito de letramento funcional em saúde, a medida do letramento funcional em saúde ou sua relação com a qualidade de vida. Os critérios de exclusão foram artigos que tinham como objetivo relacionar o letramento funcional em saúde com patologias e tratamentos; relatos de casos e opiniões de especialistas.

A seleção dos estudos foi feita em duas etapas. A primeira etapa consistiu na escolha dos descritores e posteriormente na busca nas bases de dados. Para a elaboração da estratégia de busca e seleção dos estudos foram utilizados os termos livres (letramento, letramento em saúde, alfabetização, alfabetização em saúde e qualidade de vida e seus correspondentes em inglês e espanhol).

A busca inicial indicou 538 artigos sendo 93 artigos na base LILACS, 76 na BVS e 369 na PubMed. Foram incluídos 405 artigos que responderam aos critérios de inclusão. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 360 artigos. Assim, foram selecionados 45 artigos para a leitura na íntegra, sendo 01 da base LILACS, 04 da Biblioteca Virtual em Saúde e 40 da PubMed. Após a leitura na íntegra foram excluídos 33 artigos que não responderam ao objetivo do presente estudo. Assim, foram selecionados para compor a presente revisão de literatura 11 estudos. (Figura 1)

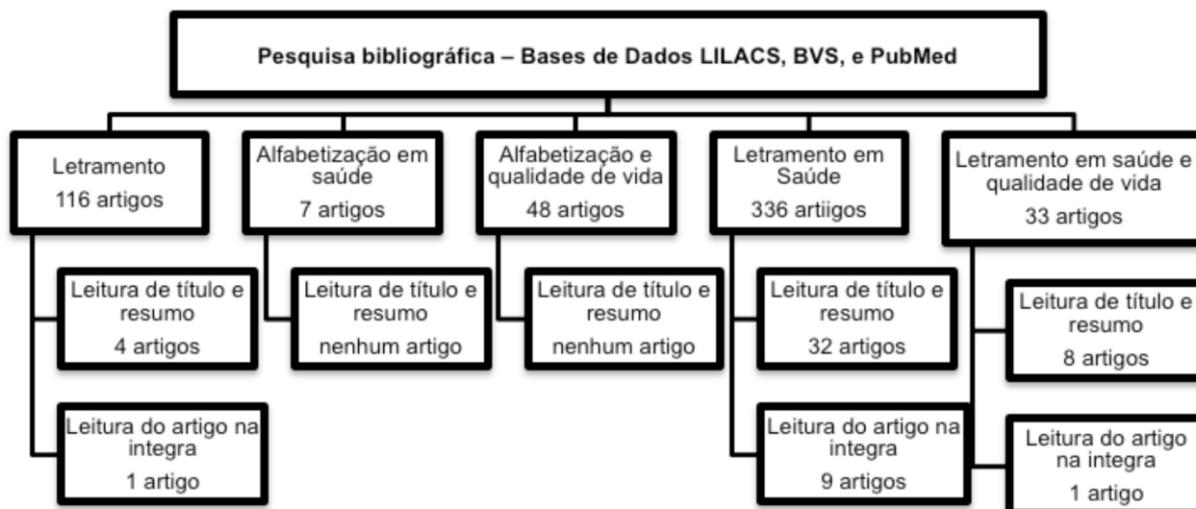


Figura 1- Fluxograma demonstrativo das etapas de busca e seleção de artigos

A análise de dados foi realizada em três etapas. A primeira etapa constou da descrição e compilação dos artigos tendo como foco os eixos: local, delineamento, métodos e principais resultados de cada estudo incluído. Nessa etapa foi realizada, ainda a construção de uma linha histórica com distribuição cronológica dos estudos incluídos segundo a temática principal. A segunda etapa constou da análise dos estudos observacionais incluídos na revisão e construção de categorias segundo o atendimento aos critérios descritos na iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)¹⁰. Esta metodologia é constituída por 22 itens relacionados a informações que deveriam estar presentes no título, resumo, introdução, métodos, resultados e discussão dos artigos. A Iniciativa STROBE foi elaborada por pesquisadores da área de epidemiologia, estatística, metodologia científica e editores de revistas científicas e tem como objetivo nortear a descrição de estudos observacionais. No presente estudo ela foi utilizada como roteiro de análise dos artigos.

A terceira etapa da análise dos estudos constou da elaboração de uma Nuvem de textos para análise das conclusões dos estudos incluídos na revisão com o programa Wordle Copyright © 2008. Cabe ressaltar que a nuvem de texto é uma forma de visualização de dados linguísticos que mostra a frequência com que as palavras aparecem em um determinado texto. As palavras apresentam tamanhos variados diretamente proporcionais ao número de vezes que aparecem no texto. Deste modo a nuvem de texto é uma lista hierarquizada visualmente¹¹.

7.5 REVISÃO DE LITERATURA

Na presente revisão de literatura foram selecionados 11 artigos (Figura 2), sendo nove estudos internacionais e dois nacionais distribuídos da seguinte forma: um artigo na estratégia “Letramento”, nove na estratégia “Letramento em Saúde” e um na estratégia “Letramento em Saúde e Qualidade de Vida”.

Estudo, ano e local	Delineamento	Métodos	Resultados principais
Wallace LS, Rogers ES, Roskos SE, Holiday DB, Weiss BD ¹² 2006 Estados Unidos	Transversal	Cenário: Clínica universitária de cuidados primários em saúde. Amostra: 305 pacientes, falantes da língua inglesa e maiores de 18 anos. Faixa etária: entre 18 e 89 anos Caracterização da amostra: nível de escolaridade abaixo do ensino médio (28,8%), ensino médio (39%) e ensino superior (32,1%); brancos (85,2%), negros (11,8%) e hispânicos (2,9%); idade média (49,5 anos). Instrumentos: Entrevista oral de 3 min baseada no Inquérito de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais/ Perguntas de triagem de Chew / REALM	A variável escolaridade apresentou relação diretamente proporcional com o nível de letramento funcional em saúde. As variáveis idade e raça, não apresentaram relação com o letramento funcional em saúde. Nível de letramento funcional em saúde encontrado: 65,2% adequado; 17,1% médio e 17,7% limitado.
Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J ¹³ 2007 Inglaterra	Transversal Exploratório	Cenário: Entrevistas em visitas domiciliares no Reino Unido. Amostra: 439 mulheres e 320 homens Faixa etária: entre 18 e 90 anos Caracterização da amostra: Da amostra inicial de 759 participantes 40 não passaram no teste de acuidade visual, fator de exclusão, sendo a amostra definitiva de 719 sujeitos. Instrumentos: Versão modificada do teste TOFHFLA / Questionário sobre características demográficas, autopercepção de saúde, tabagismo, prática de atividade física e consumo de frutas e legumes / Questões para avaliação da acuidade visual e habilidade básica de leitura.	Cerca de 11% dos adultos da população britânica neste estudo têm letramento em saúde médio ou inadequado. As variáveis escolaridade e renda apresentaram relação diretamente proporcional ao letramento. A variável idade apresentou relação inversamente proporcional ao letramento e ser do sexo masculino mostrou associação com baixo letramento em saúde. Letramento em saúde limitado está associado com comportamentos de vida menos saudáveis e pior auto-percepção da saúde.
Konfino J; Mejia R, Lani MPM, Perez-Stable EJ ¹⁴ 2008	Transversal	Cenário: Hospital das Clínicas José de San Martín da Universidade de Buenos Aires (consultórios externos)	30,1% da população apresentaram letramento funcional em saúde adequado.

Argentina		<p>e salas de internação) Amostra: 229 pacientes atendidos em um Hospital Universitário Faixa etária: 19 a 93 anos Caracterização da amostra: homens (45,4%), mulheres (54,6%); média de idade (56 anos). Instrumentos: SAHLSA</p>	<p>Nível de letramento funcional em saúde adequado por tempo de escolaridade: ≤ 7 anos: 43,5% 8 a 12 anos: 82,6% > 12 anos: 3,9% O nível de escolaridade se relaciona com o nível de letramento funcional em saúde.</p>
<p>Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, Elliott M et al.¹⁵</p> <p>2009</p> <p>Estados Unidos</p>	Transversal	<p>Cenário: Avaliação Nacional de Alfabetização em Adultos. Amostra: 17.466 indivíduos com 18 anos de idade ou mais, e que tinham os itens utilizados para a construção de sua pontuação em letramento em saúde constando nos dados do NAAL. Faixa etária: a partir dos 18 anos Caracterização da amostra: homens (48%), mulheres (52%); 71% brancos; 14% com escolaridade abaixo do ensino médio; 27% com rendimento inferior a 200% do considerado limite de pobreza no país. Instrumentos: dados do NAAL Amostra de Domicílios 2003 (Avaliação Nacional de Alfabetização em Adultos).</p>	<p>Indivíduos mais velhos, negros, as pessoas com menor escolaridade e menor renda, apresentaram menor nível de letramento funcional em saúde.</p>
<p>Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A et al.¹⁶</p> <p>2009</p> <p>Brasil¹⁶</p>	Transversal	<p>Cenário: Hospital Universitário e outros hospitais prestadores de serviços ao SUS Amostra: 312 adultos usuários do Hospital Universitário e outros conveniados com o SUS. Faixa etária: entre 19 a 81 anos Caracterização da amostra: homens (36,6%), mulheres (63,4%); média de idade (47,3%); média de tempo de escolaridade (9,7 anos). Instrumentos: A versão brasileira do S-TOFHLA, questionário e entrevista.</p>	<p>Os sujeitos foram distribuídos em três grupos por idade e quatro grupos de escolaridade. 32% dos participantes (população geral) tiveram escores de letramento funcional em saúde na faixa inadequada ou marginal. Houve correlação positiva entre anos de escolaridade e pontuações S-TOFHLA e correlação negativa entre a idade e os escores de S-TOFHLA.</p>
<p>Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA¹</p> <p>2009</p> <p>Brasil</p>	Revisão narrativa	<p>Contexto: produção científica nacional e internacional da área de Letramento Funcional em Saúde e Educação em Saúde. Estratégia: abordagem crítico reflexiva da literatura compilada tendo as seguintes perguntas norteadoras: O que é letramento funcional em saúde? Em que medida o Letramento Funcional em Saúde interfere na comunicação entre usuários,</p>	<p>O estudo discute os diferentes conceitos para alfabetização, esclarecendo que por vezes é considerado um processo pouco dinâmico que se restringe ao ato de ensinar a ler e escrever. Por outro lado, para alguns, o letramento é considerado um instrumento de empoderamento que torna o indivíduo capaz de participar da sociedade. Para o termo letramento é o resultado do processo de ensino e aprendizagens das práticas sociais de leitura e escrita.</p>

		profissionais e sistema de saúde? Quais são suas consequências para a saúde pública?	O letramento funcional é a capacidade do indivíduo em participar das atividades nas quais a alfabetização é necessária. O termo letramento funcional em saúde ainda está em evolução.
Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT ¹⁷ 2010 Estados Unidos	Transversal	Cenário: Cinco locais de atenção primária à saúde Amostra: 1014 indivíduos (adultos: 808 e jovens: 206) a partir de 13 anos, usuários dos locais de atenção primária à saúde selecionados Faixa etária: grupo dos adultos (18 a 91 anos); grupo dos jovens (13 a 20anos) Caracterização da amostra: homens adultos (34,2%), mulheres adultas(65,8%); meninos (53,4%), meninas (46,6%); média de idade (44,9 para os adultos e 15 para os jovens); brancos (68,8%), negros (28,5); hispânicos (1,5%), outros (1,2%); escolaridade adultos (88,8% com ensino médio a superior). Instrumentos: Teste para letramento em saúde NVS.	Letramento funcional em saúde inadequado: adultos 51,9% / jovens 40,3%. As mulheres apresentaram melhores níveis de letramento funcional em saúde quando comparadas aos homens. Os sujeitos brancos tiveram maior probabilidade de ter letramento funcional em saúde adequado. Melhor letramento funcional em saúde: adultos que nunca fumaram ou param há mais de 5 anos e os que tinham maior escolaridade Entre os indivíduos com letramento funcional em saúde inadequado 31,1% avaliaram a própria saúde como regular. 55,1% dos adultos e 57,3% dos jovens participaram de ação de educação em saúde na escola e entre eles o letramento funcional em saúde foi melhor do que entre os indivíduos que não participaram.
Wu AD, Begoray DL, Macdonald M, Wharf JH, Frankish J, Kwan B et al. ¹⁸ 2010 Canadá	Exploratório	Cenário: 03 escolas públicas Amostra: 275 alunos do ensino médio das classes dos professores de aulas relacionadas à saúde que se interessaram em participar da pesquisa. Faixa etária: não informado Caracterização da amostra: homens (48%), mulheres (52%). Instrumentos: Instrumento desenvolvido para o estudo contendo 11 trechos relacionados à saúde e 47 questões relacionados a eles, com escore máximo de 107 pontos (quanto maior a pontuação melhor o nível de letramento funcional em saúde). Questionário autoaplicável para coleta de dados demográficos.	Os menores níveis de letramento funcional em saúde foram encontrados nos indivíduos com as seguintes variáveis: • sexo masculino; • que tinham mudado para o Canadá com idade mais avançada; • falantes de idioma diferente do Inglês e • que faltavam com frequência à escola.
Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N ¹⁹ 2010	Transversal	Cenário: Clínica de medicina da família de cuidados primários. Amostra: 456 pacientes adultos que visitaram a	Teste REALM apontou que 58,7% do grupo estudado apresentaram letramento funcional em saúde adequado. O teste NVS

Turquia		<p>clínica selecionada no período de 01 de fevereiro de 2008 a 1 de abril de 2008.</p> <p>Faixa etária: 17 a 72 anos</p> <p>Caracterização da amostra: homens (39,5%), mulheres (60,5%); média de idade (36,21 anos); escolaridade primária (41,2%), secundária (18,4%), média (28,9) e superior (11,4%); nível econômico bom (39,5%), médio (57,9%) e ruim (2,6%); média de idade (36,2 anos).</p> <p>Instrumentos: Testes REALM e NVS e questionário para coleta de dados demográficos.</p>	<p>revelou uma proporção de 28,1% de adequação, o que indica que o reconhecimento de termos médicos e a habilidade de pronúncia do grupo estudado eram melhores do que as habilidades numéricas e de raciocínio.</p> <p>Os indivíduos de sexo feminino; com ensino fundamental; que relataram situações econômicas precárias e os mais velhos apresentaram menores escores em ambos os testes.</p> <p>A diferença entre os participantes do sexo masculino e feminino pode ter relação com a diferença entre nível de escolaridade, uma vez que participantes do sexo feminino apresentaram menor nível de escolaridade.</p>
<p>Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafelz GJ, Blackard B et al.³²</p> <p>2012</p> <p>Estados Unidos.</p>	Transversal	<p>Cenário: visitas domiciliares para ação de promoção da saúde.</p> <p>Amostra: 1581 homens com diagnóstico de adenocarcinoma primário de próstata.</p> <p>Faixa etária: 40 a 79 anos</p> <p>Instrumentos: Qualidade de Vida (SF12 - versão 2.0), Letramento em saúde (REALM) e questionário estruturado para caracterização da amostra.</p>	<p>63% dos entrevistados apresentaram nível alto de letramento em saúde; média de 03 comorbidades relatadas; os sujeitos com níveis baixos de letramento em saúde eram mais propensos a ser mais velhos, com escolaridade inferior ao ensino médio e a ter mais comorbidades; análises bivariadas mostraram que a avaliação de qualidade de vida foi significativamente relacionada com variáveis sociodemográficas, como estado civil, raça, renda, escolaridade e fatores relacionados à doença; o SF12-MCS foi significativamente associado com o REALM; melhor pontuação SF12-MCS foi associada com a idade mais avançada, estado civil casado e maior renda.</p>
<p>Massey PM, Prelip M, Calimlim BM, Quiter ES, Glik DC²⁰</p> <p>2012</p> <p>Estados Unidos</p>	Exploratório	<p>Cenário: Centros comunitários e clínicas em regiões diversas da Califórnia.</p> <p>Amostra: 137 adolescentes de 13 a 17 anos de baixa renda e beneficiários de seguro de saúde pública</p> <p>Faixa etária: 13 a 17 anos</p> <p>Caracterização da amostra: homens (48,2%), mulheres (51,8%).</p> <p>Instrumentos: os grupos focais e entrevistas com roteiro estruturado.</p>	<p>Percurso no sistema de saúde: os adolescentes queixam da dificuldade de agendamento de consultas com os médicos escolhidos e o pouco diálogo com os farmacêuticos na orientação da prescrição.</p> <p>Direitos e responsabilidades: os adolescentes demonstraram reconhecer o seu papel nos cuidados com a própria saúde e os direitos de questionamentos e esclarecimentos sobre esses cuidados.</p> <p>Cuidados preventivos: os cuidados preventivos em saúde não fizeram sentido para os adolescentes, com exceção às questões voltadas ao esporte e às doenças sexualmente transmissíveis.</p> <p>Busca de informação: a busca de informações de</p>

			forma ativa (ex: internet) mostrou-se mais interessante para os adolescentes do que de forma passiva (ex: panfletos). Relação médico-paciente: os adolescentes discutiram ser essencial a confiança no profissional médico.
--	--	--	--

Figura 2- Sinopse dos dados dos estudos incluídos na revisão de literatura.

A análise do artigo selecionado na estratégia “letramento”¹ esclarece os conceitos e diferenças dos termos relacionados a este estudo e evidencia que ainda existe a utilização dos conceitos letramento funcional em saúde e alfabetização em saúde de maneiras diversas. Isso reflete a realidade de ser o letramento funcional em saúde um tema jovem no meio acadêmico e científico.

Dos nove artigos selecionados na estratégia “Letramento em Saúde”, quatro são dos Estados Unidos, um do Canadá, um da Turquia, um do Reino Unido, um da Argentina e um do Brasil e oito têm delineamento transversal. Também oito estudos¹²⁻¹⁹ abordaram a avaliação do nível de letramento funcional em saúde e a relação deste com dados sociodemográficos, com análise quantitativa. Um artigo²⁰ realizou avaliação qualitativa relacionada ao percurso de adolescentes no sistema de saúde e à percepção desses de suas habilidades de letramento funcional em saúde. Seis estudos^{12-16,19} tinham como público alvo indivíduos adultos e idosos, dois estudos^{18,20} tinham como público alvo indivíduos adolescentes e um estudo¹⁷ avaliou as três faixas etárias.

Dois artigos^{13,16} utilizaram o teste Test of Functional Health Literacy (TOFHLLA), dois^{12,19} o teste Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) e dois^{17,19} o teste NVS sendo esses os testes que mais apareceram nos estudos analisados. O TOFHLLA e o REALM são testes que têm sido utilizados nos estudos de medida do letramento funcional em saúde e sua relação com cuidado, evolução e impacto das intervenções em saúde. O teste TOFHLLA se propõe a medir a habilidade de compreensão da leitura (três tópicos relacionados à saúde: instruções para o preparo de exame do trato gastrointestinal superior, direitos e responsabilidades do paciente e termo de concordância de consentimento informado) e numeração. O letramento funcional em saúde do indivíduo é classificado como inadequado (incapacidade de ler e interpretar textos de saúde), marginal (dificuldade para ler e interpretar textos de saúde) e adequado (capacidade de ler e interpretar a maioria dos textos de saúde)²¹.

Outro questionário proposto para a avaliação do letramento em saúde é o REALM

que consiste em um teste que avalia apenas o reconhecimento de palavras ligadas ao corpo humano. Ele associa o número de pontos com a capacidade de leitura para cada ano de escolaridade. O Newest Vital Sign (NVS) tem a intenção de medir o letramento funcional em saúde por meio da leitura de um rótulo de sorvete e aplicação de seis perguntas, sendo que cada questão equivale a um ponto. Os escores obtidos no teste geram resultados classificados em: 0 a 1 alta probabilidade de letramento limitado; 2 a 3 possibilidade de letramento limitado e 4 a 6 letramento adequado²¹.

A utilização de diferentes instrumentos nas pesquisas encontradas na presente revisão limita parcialmente a comparação entre os estudos. Contudo, foi possível compilar os dados e analisar a categorização utilizada nos principais testes apresentados nos estudos (Figura 3).

Teste	Habilidades testadas	Duração (minutos)	Pontuação máxima	Escores / classificação letramento funcional em saúde
TOFHLA	Compreensão e numeração	22	100	0-59 – inadequado 60-74 – marginal 75-100 – adequado
REALM	Reconhecimento de palavras	03	66	0-18 – dificuldade nos materiais para baixo letramento 19-24 – necessita de materiais para baixo letramento 45-60 – consegue lidar com a maioria dos materiais educativos destinados a pacientes 61-66 – capaz de ler os materiais educativos destinados a pacientes
NVS	Leitura e numérica	03	03	0-1 – a alta probabilidade de letramento limitado 2-3 – possibilidade de letramento limitado 4-6 – letramento adequado

Figura 3 - Síntese das características dos testes de medida de letramento funcional de saúde mais utilizados na literatura

A maior produção de pesquisas relacionadas ao tema é proveniente dos Estados Unidos^{12,15,17,20} e observa-se pouca produção na América Latina com apenas um estudo no Brasil¹⁶ e outro na Argentina¹⁴.

Na análise dos artigos quantitativos verifica-se que o baixo letramento em saúde relacionou-se com a baixa escolaridade, idade mais avançada, baixa renda e ser do sexo masculino¹²⁻¹⁸. Vale destacar estudo¹⁹ que verificou maior grau de letramento em saúde no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino. Contudo a divergência entre os estudos em relação ao nível de letramento segundo gênero pode ser devido a diferenças sociais e culturais dos locais onde as pesquisas foram realizadas.

A presente revisão mostrou que os estudos relacionados ao letramento em saúde utilizam, predominantemente, como participantes indivíduos adultos e idosos.

Ainda há poucas pesquisas que incluem adolescentes e que discutem habilidades

e comportamentos dessa população quanto ao gerenciamento da própria saúde. Esse achado reflete a necessidade de busca da compreensão da temática nos ciclos de vida da infância e da adolescência, visto a grande importância dessas fases no desenvolvimento e definição de ações de autocuidado e adesão ao sistema de saúde na idade adulta.

A maioria dos estudos elencados é de natureza quantitativa e avalia as habilidades de leitura e compreensão das informações fornecidas, mas não contemplam avaliação da habilidade de gerenciamento da própria saúde que está incluída no conceito amplo de letramento funcional em saúde.

Um ponto importante é que as realidades dos sistemas de saúde diferem entre os países. Assim, muitas vezes torna-se difícil a comparação dos estudos realizados em locais diferentes.

Na literatura sobre letramento funcional em saúde a maior parte dos estudos refere-se a situações específicas como a sua associação com o conhecimento em saúde de gestantes primigestas²²; sua relação com quadro de depressão²³; sua interferência no tratamento de doenças crônicas como asma e diabetes^{4,24-26}; sua relação com saúde mental²⁷; a interferência do nível de letramento funcional na saúde dos filhos²⁸⁻²⁹; a relação com doenças nefrológicas³⁰ e com a utilização dos serviços de saúde³¹.

Vale destacar que a literatura que avalia o nível de letramento funcional em saúde sem relacioná-lo a patologias ou a serviços de saúde ainda é escassa de uma forma geral, e verifica-se produção incipiente de pesquisas com esse tema no Brasil. Esse achado mostra que, não obstante a importância do assunto para a avaliação e formulação de políticas públicas efetivas, o Brasil ainda precisa avançar na produção científica nesta área.

A análise das produções científicas sobre letramento funcional em saúde mostra que ocorrem, sobretudo em cenários assistenciais, sendo poucos os que avaliam a situação em outros cenários como escolas. Assim, é possível afirmar que há necessidade da realização de pesquisas voltadas para o letramento funcional em saúde em cenários diversos, nos quais o efeito de ações potencializadoras de autonomia e autogerenciamento da saúde possa ser avaliado.

Na busca por estudos que relacionem o letramento funcional em saúde com a qualidade de vida dos indivíduos foi encontrado apenas um artigo³² que avaliou a influência do letramento em saúde na qualidade de vida de indivíduos com câncer de próstata. Apesar de tratar de patologia, câncer de próstata, a leitura do artigo na íntegra

revelou que o estudo relaciona o nível de letramento funcional em saúde com a qualidade de vida dos indivíduos, utilizando instrumento genérico para a medida, não tendo como foco a doença, por isso ele foi incluído nessa revisão. Esse estudo verificou relação dos dois parâmetros indicando que letramento funcional em saúde mais elevado pode proporcionar melhor qualidade de vida a essa população. Os resultados revelaram associação com significância estatística entre baixo letramento funcional em saúde e escolaridade inferior, idade mais avançada e presença de outras comorbidades. Tais achados são corroborados por outros estudos^{12-13,15, 17-18} selecionados na presente revisão com o descritor “Letramento em Saúde”.

A análise das temáticas qualidade de vida e letramento em saúde revela que os estudos relacionam o letramento funcional em saúde e qualidade de vida com foco em condições crônicas tais como asma³³⁻³⁴ e doenças cardíacas³⁵ e em áreas específicas, como a saúde bucal^{22,36}.

Observa-se a escassez de literatura que avalie a relação do letramento funcional em saúde com a qualidade de vida na população em geral, sem a presença de patologias. Da mesma forma não foram encontrados estudos que observem essa relação na população adolescente.

Esses achados demonstram a necessidade do avanço de pesquisas na área, sobretudo, na investigação da associação entre letramento funcional em saúde e qualidade de vida, para que essa diáde auxilie na promoção da saúde e não apenas na reabilitação de condições já instaladas.

Artigo	Título e resumo	Introdução	Métodos	Resultados	Discussão
Wallace LS, Rogers ES, Roskos E, Holiday DB e Weiss BD – 2006	NA	AP	AP	AT	AT
Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J – 2007	AP	AT	AT	AT	AT
Konfino J; Mejia R, Lani MPM, Perez-Stable EJ - 2008	AP	AP	AP	AT	AP
Martin et al – 2009	AP	AT	AT	AP	AP
Carthery-Goulart MT et al – 2009	AP	AT	AT	AT	AP
Wu AD et al – 2010	AP	AT	AT	AT	AT
Shah LC, West P, Bremmeyr K e Savoy-Moore RT Ruth T. Savoy-Moore – 2010	AT	AT	AT	AT	AT
H. Ozdemir, Z. Alper, Y. Uncu and N. Bilgel – 2010	AP	AT	AT	AT	AT
Lixin Song et al – 2012	AP	AP	AT	AT	AP

Legenda: AT = atende totalmente aos critérios descritos na iniciativa STROBE; AP = Atende parcialmente aos critérios descritos na iniciativa STROBE; NA = não atende aos critérios descritos na iniciativa STROBE.

Figura 4 – Análise dos artigos observacionais segundo a iniciativa STROBE

Dos artigos observacionais descritos na Figura 4, para os itens título e resumo, 11,1% atendem totalmente, 77,8% atendem parcialmente e 11,1% não atendem aos critérios apresentados na iniciativa STROBE. Para introdução 66,7% atendem totalmente e 33,3% atendem parcialmente a esses critérios. No item métodos, 77,8% atendem totalmente e 22,2% atendem parcialmente. Para o item resultados, 88,9% atendem totalmente, 11,1% atendem parcialmente aos critérios estabelecidos. Para o item discussão, 66,7% dos artigos atendem totalmente aos critérios estabelecidos, 33,3% atendem parcialmente. É possível verificar que apenas um dos artigos observacionais incluídos na presente revisão atende em sua totalidade aos critérios estabelecidos, prevalecendo o atendimento parcial ao protocolo de análise da iniciativa STROBE.

Os itens analisados consistem nas informações que deveriam estar presentes nos estudos observacionais para que tenham um relato adequado e propiciem leitura crítica¹⁰.

A deficiência de descrições completas e detalhadas nos estudos observacionais presentes nesta revisão pode comprometer a interpretação dos resultados, a reprodutibilidade e o planejamento para novas pesquisas.

A linha histórica e cronológica dos artigos da estratégia “Letramento em Saúde” (Figura 5) permite visualizar que há uma mudança no foco do estudo da avaliação em letramento funcional em saúde com o passar do tempo, deixando de ser apenas a medida do letramento funcional em saúde o centro das pesquisas, mas também sua relação com os comportamentos em saúde e prevenção em saúde.

Outra questão observada é com relação aos cenários de pesquisa que são na maioria das vezes ambientes clínicos. A utilização de outro cenário, no caso o escolar, surge nos anos de 2012, ou seja, ao final da linha cronológica, assim como a pesquisa do letramento funcional em saúde relacionada especificamente com adolescentes.

Essa análise demonstra que a preocupação com a avaliação do letramento funcional em saúde em ambientes não assistenciais e com o público adolescente começa a surgir, mas ainda mostra-se incipiente e precisa avançar uma vez que esse é um público que utiliza pouco o sistema de saúde, mas que está em desenvolvimento e apresenta bom potencial para adotar hábitos de vida adequados.

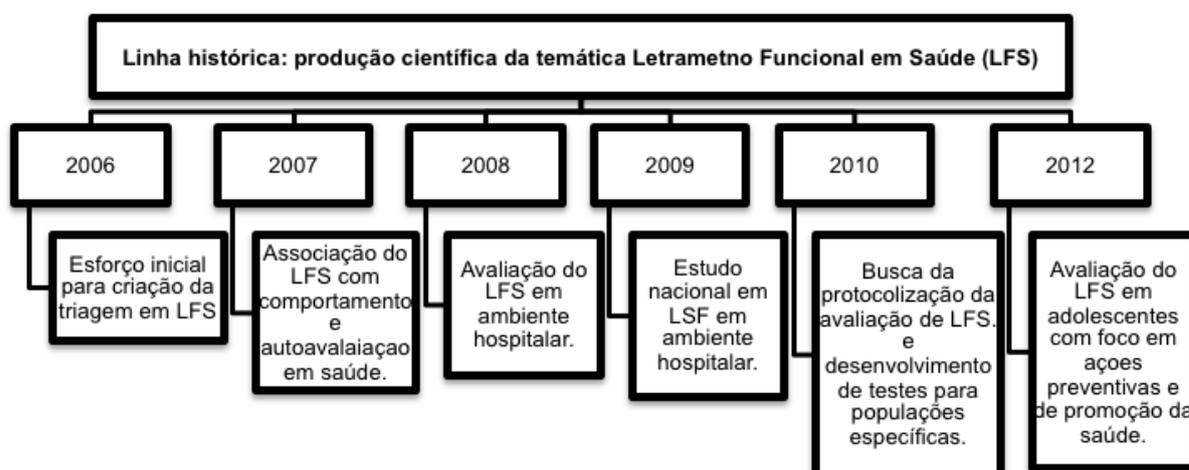


Figura 5- Linha histórica e cronológica da produção científica nacional e internacional em avaliação do letramento funcional em saúde sem relacioná-lo a patologias.

7.6 CONCLUSÃO

A revisão da literatura apontou a indícios da relação entre o nível de letramento funcional em saúde e aos aspectos sociodemográficos de renda, gênero e escolaridade. A maior parte dos estudos encontrados na busca teve como objetivo relacionar o letramento funcional em saúde a patologias e foi realizado em ambientes clínicos (ambulatórios e hospitais).

Vale destacar, ainda que apenas um dos oito artigos observacionais incluídos na presente revisão atendeu totalmente aos critérios descritos na iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para elaboração de estudos observacionais.

As pesquisas sobre a temática letramento funcional em saúde são escassas, sobretudo as que a relacionam com qualidade de vida. No Brasil a produção científica nessa área é ainda incipiente e, portanto, deve ser foco de pesquisas na área de saúde.

7.7 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. *Interf.* 2009;16 (41):301-14.
2. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
3. Paskulin LMG, Aires M, Valer DB, Morais EP, Freitas IVA. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(2):271-7.
4. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Pub Health.* 2013;13:261-8.
5. Weser SK, Rudd RE, Jong WD. Quantifying word use to study health literacy in doctor-patient communication. *J Health Commun.* 2010;15(6):590-602.
6. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Col.* 2000;5(1):7-18.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
8. Soares AHR, Martins AJ, Lopes MCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Cienc Saúde Col.* 2011;16(7):3197-206.
9. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pú.* 2004;20(2):580-8.

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. Viégas FB, Wattenberg M, Feinberg J. *Participatory Visualization with Wordle*, 2009.
12. Wallace LS, Rogers ES, Roskos SE, Holiday DB, Weiss BD. Brief report: screening items to identify patients with limited health literacy skills. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):874-7.
13. Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Comm Health.* 2007;61(12):1086-90.
14. Konfino J; Mejia R, Lani MPM, Perez-Stable EJ. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *Med.* 2009;69(6):631-4.
15. Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, Elliott M et al. Developing predictive models of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2009;24(11):1211-6.
16. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A et al. Desempenho de uma população brasileira no teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde. *Rev Saúde Públ.* 2009;43(4):631-8.
17. Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: The “newest vital sign” ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(2):195-203.
18. Wu AD, Begoray DL, Macdonald M, Wharf JH, Frankish J, Kwan B et al. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promo Int.* 2010;25 (4):444-52.

19. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010;25(3):464-77.
20. Massey PM, Prelip M, Calimlim BM, Quiter ES, Glik DC. Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Educ Res.* 2012;27(6):961-74.
21. Passamai MPB, Sampaio HAC, Sabry MOD, Sá MLB, Cabral LA. *Letramento Funcional em Saúde e Nutrição*. Fortaleza: Editora da Universidade do Ceará; 2011.
22. Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann WFJ. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *J Am Dent Assoc.* 2012;143(9): 972-80.
23. Smith SA, Moore EJ. Health literacy and depression in the context of home visitation. *Matern Child Health J.* 2012;16(7):1500-8.
24. Janisse HC, Naar-King S, Ellis D. Brief report: parent's health literacy among high-risk adolescents with insulin dependent diabetes. *J Pediat Psychol.* 2010;35(4):436-40.
25. Chisolm DJ, Hardin HS, McCoy KS, Johnson LD, McAlearney AS, Gardner W. Health literacy and willingness to use online health information by teens with asthma and diabetes. *Telemed J E Health.* 2011;17(9):676-82.
26. Curtis LM, Wolf MS, Weiss KB, Grammer LC. The impact of health literacy and socioeconomic status on asthma disparities. *J Asthma.* 2012;49(2):178-83.
27. Pinto-Foltz MD, Logsdon MC, Myers JA. Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Soc Sci Med.* 2011;72(12):2011-9.

28. Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, Rudd R. Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatr*. 2009;124(3):306-14.
29. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Dreyer BP. The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatr*. 2009;124(1):289-98.
30. Santos AL e Cavaco A. Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Rev Saúde Públ*. 2012;46(5):918-22.
31. Lee SYD, Tsai T, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health*. 2010;10:614-22.
32. Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafelz GJ, Blackard B et al. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? *Cancer*. 2012;118(15):3842-51.
33. Gandhi PK, Kenzik KM, Thompson LA, DeWalt DA, Rivicki DA, Shenkman EA et al. Exploring factors influencing asthma control and asthma-specific health-related quality of life among children. *Respir Res*. 2013;14:26-35.
34. Bozorgzad P, Ebadi A, Moin M, Sarhangy F, Nasiripour S, Soleimani MA. The effect of educating the use of spray by visual concept mapping method on the quality of life of children with asthma. *Iran J Allergy Asthma Immunol*. 2013;12(1):63-7.
35. Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2011;26(9):979-86.

36. Divaris K, Lee JY, Baker D, Vann WF. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. *Health and Qual Life Outc.* 2011;9:108-15.

8. ARTIGO 2: a ser submetido a revista CoDAS

Título: Letramento funcional em saúde e qualidade de vida de adolescentes do ensino médio de escolas estaduais de Belo Horizonte

8.1 RESUMO

Objetivo: investigar a associação entre letramento funcional em saúde e fatores sociodemográficos, qualidade de vida, auto percepção da saúde e percepção de contextos de violência em adolescentes de escolas estaduais de Belo Horizonte.

Métodos: trata-se de estudo observacional analítico transversal com amostra probabilística estratificada composta por 384 adolescentes entre 15 e 19 anos. A coleta de dados foi realizada em 16 escolas e incluiu questionários autoaplicáveis de avaliação do letramento funcional em saúde, classificação socioeconômica, autopercepção de saúde e de qualidade de vida. A confiabilidade da consistência interna do instrumento de letramento funcional em saúde foi determinada por meio do cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach. Foram realizadas análises descritivas, bivariada e de regressão logística múltipla com entrada hierarquizada dos dados segundo o nível de determinação do modelo teórico estabelecido. Para avaliação das associações foi considerado o nível de significância de 5% e utilizada como medida de magnitude das associações o Odds Ratio e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** o instrumento de letramento funcional em saúde apresentou coeficiente de 0,766, indicando consistência interna aceitável. Mais da metade dos adolescentes apresentou letramento funcional em saúde bom. No modelo final da análise multivariada, permaneceram associadas ao letramento funcional em saúde as variáveis: não praticar religião ($p=0,006$; $OR=2,108$); domínio social da qualidade de vida ($p=0,004$; $OR=1,022$); e domínio escolar da qualidade de vida ($p=0,009$; $OR=1,019$). **Conclusão:** Adolescentes com melhor percepção do convívio social e da inserção escolar tendem a apresentar melhor letramento funcional em saúde. A presença da prática de religião na vida do adolescente também interfere no letramento funcional em saúde.

Palavras-Chave: Letramento Funcional em Saúde, Qualidade de Vida, Adolescente

8.2 ABSTRACT

Title: Functional Literacy in health and adolescents' quality of life of high school state schools in Belo Horizonte

Objective: to investigate the association between functional literacy in health and sociodemographic factors, quality of life, self perception of health and perception of contexts of violence in adolescents from state schools in Belo Horizonte. **Methods:** this cross-sectional analytical observational study with a probabilistic sample of 384 adolescents between 15 and 19 years old. Data collection was carried out in schools and included self-report questionnaires for assessing the functional literacy in health, socioeconomic classification, self-perceived health and quality of life. The reliability of internal consistency of functional literacy tool in health was determined by calculating Cronbach's alpha coefficient. Multivariate logistic regression analysis was performed using hierarchical data entry according to the level of determination of the established theoretical model. To evaluate the association was considered the significance level of 5% and used as a measure of the magnitude of the associations Odds Ratio and its respective 95% confidence interval. **Results:** the functional literacy tool in health presented a coefficient of 0.766, indicating adequate internal consistency. More than half of teenagers had good functional literacy in health. In the final model of multivariate analysis, the variables: not practicing religion ($p = 0.006$; OR = 2.108); social domain of quality of life ($p = 0.004$; OR = 1,022); and school field of quality of life ($p = 0.009$; OR = 1.019) remained associated with functional literacy in health. **Conclusion:** not been practicing any religion and the increase in the scores of social and educational domains of quality of life increased the chances of having better functional literacy in health.

Keywords: Functional Literacy for Health, Quality of Life, Adolescent

8.3 INTRODUÇÃO

A adolescência consiste em um importante ciclo da vida no desenvolvimento do indivíduo, perpassando por diversas modificações. Assim sendo, faz-se extremamente importante o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde nesta etapa, havendo a possibilidade de inserir hábitos de vida saudáveis que poderão permanecer ao longo da vida⁽¹⁾.

Não obstante essa constatação as políticas nacionais de saúde ainda se apresentam insuficientes para contemplar esse ciclo de vida, de maneira que os adolescentes são referenciados às políticas para crianças e adultos, ficando as ações voltadas para o público em questão restritas aos aspectos curativos. Obstáculos como falta de tempo e de capacitação são colocados pelos profissionais de saúde como dificultadores para um atendimento integral ao adolescente. Além disso, a dificuldade de interface com outras esferas, como educação e cultura, e a dificuldade de comunicação entre adolescentes e adultos também representam uma problemática para esse atendimento⁽²⁾.

Faz-se necessário que as ações de promoção à saúde do adolescente incluam, além de informação e conhecimento, competências sociais, pessoais, de autoconhecimento e de vida para que ele possa realizar escolhas adequadas para sua saúde⁽³⁾.

Letramento funcional em saúde pode ser entendido como a capacidade do indivíduo buscar, compreender e utilizar a informação em saúde para a promoção e manutenção de sua saúde no decorrer de sua vida⁽⁴⁾. O desenvolvimento dessa capacidade no ciclo de vida da adolescência pode contribuir para que os indivíduos tenham condições de gerenciar sua saúde durante toda a vida, visto que a adolescência representa importante etapa na elaboração de decisões futuras sobre o autocuidado⁽⁵⁾.

O letramento funcional em saúde relaciona-se à vulnerabilidade social e à escolaridade do indivíduo⁽⁶⁾. O indivíduo durante o ciclo de vida da adolescência apresenta vulnerabilidade social intrínseca devido à sua condição de desenvolvimento, podendo estar exposto a situações de risco relacionadas à saúde, educação, família e sociedade⁽⁷⁾. Sendo assim, o desenvolvimento do letramento funcional em saúde no ciclo de vida da adolescência pode representar fator de proteção à saúde dos indivíduos

expostos à situações de risco, tornando-os menos vulneráveis devido a capacidade de lidar melhor com essas situações.

Vale considerar ainda, outro eixo fundamental no período da adolescência, a qualidade de vida. O termo qualidade de vida apresenta-se subjetivo, multidimensional e contempla a autoavaliação de diversos aspectos da vida do sujeito. A literatura ainda é incipiente com relação à percepção da qualidade de vida pelo público adolescente⁽⁸⁾. Não foi encontrado na literatura estudos que associem a qualidade de vida com o letramento funcional em saúde na população adolescente, o que reforça a importância de pesquisas nesse sentido.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi investigar a associação entre letramento funcional em saúde e fatores sociodemográficos, qualidade de vida, auto percepção da saúde e percepção de contextos de violência em adolescentes de escolas públicas de Belo Horizonte.

8.4 MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional analítico transversal com amostra probabilística aleatória estratificada por regional administrativa do município de Belo Horizonte e composta por 384 indivíduos com idades entre 15 a 19 anos 11 meses e 29 dias, estudantes do ensino médio da rede estadual de educação de Belo Horizonte, Minas Gerais.

A pesquisa foi realizada em 16 escolas das 9 regionais administrativas do município de Belo Horizonte. Inicialmente foi selecionada uma escola de cada regional, e outras foram incluídas por amostra insuficiente da primeira.

O cálculo amostral foi definido considerando a ausência de estimativas de percentuais esperados para as variáveis de interesse. Assim, foi assumido que tal percentual se situava em 50%, valor que maximiza o tamanho amostral. Considerou-se, ainda como nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

Foram incluídos na pesquisa os estudantes na faixa etária de 15 a 19 anos que concordaram em participar e tiveram um termo de consentimento livre e esclarecido assinado por eles e outro pelos responsáveis, no caso dos adolescentes com até 17 anos, 11 meses e 29 dias. Os adolescentes de 18 e 19 anos foram responsáveis pela assinatura dos respectivos Termos de Consentimento Livre Esclarecido.

Foram utilizados cinco instrumentos de pesquisa: questionário para caracterização dos adolescentes, questionário sobre letramento em saúde, Questionário Pediátrico sobre Qualidade de Vida (PedsQL Versão 4.0), questionário sobre auto-percepção da violência e questionário sobre auto-percepção da saúde.

O instrumento para caracterização do adolescente consistiu em um questionário autoaplicável, composto por questões fechadas com o objetivo de delinear o perfil socioeconômico, cultural e demográfico da amostra. Esse instrumento consta de identificação (idade, sexo, ano escolar) e perfil sócio econômico cultural (situação de moradia, hábito de assistir televisão, frequentar teatro e cinema, presença de trabalho, prática de religião e o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)).

Para a análise do letramento em saúde utilizou-se um questionário estruturado, autoaplicável, constituído de 10 questões fechadas que têm como objetivo avaliar as formas como o participante percebe, compreende e utiliza a informação prévia sobre a saúde para promover e manter a sua própria saúde. A confiabilidade da consistência interna do instrumento foi determinada por meio do cálculo do coeficiente de alfa de

Cronbach que foi 0,766, indicando consistência interna aceitável⁽⁹⁾. Assim, foi criado um escore simples, considerando a soma das respostas dos itens, com valores que variaram de 0 a 30. O escore foi então categorizado utilizando como ponto de corte a média, 22, em duas categorias: < 22 pontos (letramento funcional em saúde ruim) e ≥ 22 pontos (letramento funcional em saúde bom).

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o Questionário Pediátrico sobre Qualidade de vida – PedsQL Versão 4.0 que é multidimensional e caracterizado por quatro eixos: físico, emocional, social e domínio escolar, totalizando 23 perguntas⁽¹⁰⁾.

A avaliação da auto-percepção da violência foi feita utilizando três perguntas com opções de respostas “sim” e “não”: “Já cometeu algum ato de violência?”; “Já sofreu algum ato de violência?” e “A violência causa impacto na sua saúde?”.

A avaliação da auto-percepção da saúde foi realizada por meio da classificação feita pelo próprio indivíduo de sua saúde com a seguinte questão: “Como você avalia sua saúde?” com as opções de resposta “muito ruim, ruim, regular, boa e excelente”.

A coleta de dados foi realizada nas próprias escolas com os alunos em sala no horário de aula. No dia anterior à coleta foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para autorização e assinatura dos alunos e responsáveis, quando fosse o caso. Apenas responderam os instrumentos de pesquisa os alunos que tinham os TCLE assinados.

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis do estudo, por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas e de síntese numérica das variáveis contínuas, organizadas segundo os blocos definidos pelos pesquisadores.

Para as análises de associação, foi considerada a variável resposta, classificação do Letramento em Saúde em duas categorias – ruim e bom e demais variáveis explicativas. Tendo como referência as 10 perguntas sobre letramento em saúde, foi construído um escore simples, por meio da soma das respostas possíveis: 0 – sempre; 1 – frequentemente; 2 – às vezes; 3 – nunca. Dessa forma, obteve-se pontuação que variou de 0 a 30.

O escore foi então categorizado utilizando como ponto de corte a média 22,0 em duas categorias, a saber: < 22 pontos letramento ruim e ≥ 22 pontos letramento bom. Essa variável foi utilizada em todas as análises subsequentes.

As seguintes variáveis foram consideradas como explicativas e divididas em cinco blocos para entrada hierarquizada no modelo de análise multivariada:

1. características sócio econômica demográficas: (sexo, idade, ano escolar, situação de moradia (com quem mora), moradia (própria/alugada), plano de saúde, e classificação econômica, trabalho,
2. aspectos culturais (tempo que vê televisão, leitura de jornais/revistas, frequência a museus, frequência a teatro/cinema, prática de alguma religião),
3. contexto de violência (já cometeu algum desses atos; já sofreu alguma desses atos e violência causa impacto na sua saúde),
4. qualidade de vida (Peds_QL) (domínios físico, emocional, social e escolar),
5. auto-percepção de saúde (auto-avaliação da própria saúde).

As seguintes variáveis explicativas foram reclassificadas para reduzir o as categorias com poucas informações e melhorar as estimativas nas análises: situação de moradia / com quem mora (a variável original apresentava sete categorias que foram agrupadas em duas, “pais e irmãos” e “outros familiares e amigos”); CCEB (a variável original apresentava sete categorias que foram agrupadas em três, “A, B e CD”, de forma que “A” engloba “A1 e A2”, B engloba “B1 e B2” e “CD” engloba “C” e “D”); tratamento de água (a variável original apresentava três categorias e foi recategorizada em duas, “filtrada” e “clorada”, já que a resposta “sem tratamento” só foi respondida por um participante) e auto-avaliação da própria saúde (a variável original apresentava cinco categorias que foram agrupadas em duas, “ruim” que engloba as opções “muito ruim, ruim e regular” e “boa” que engloba as opções “boa e excelente”).

Para as variáveis categóricas, foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson para análise das associações. No caso de variáveis contínuas, foram utilizados o teste T para comparação de médias ou o teste não paramétrico de Mann Whitney para as variáveis com distribuição assimétrica.

Foram construídos modelos com entrada hierárquica dos blocos segundo o nível de determinação estabelecido no modelo teórico. As variáveis com associações

estatisticamente significantes ao nível de 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada foram consideradas nos modelos de regressão logística múltipla.

Para avaliação das associações nos modelos de regressão logística foi considerado o nível de significância de 5%. Desta forma, foram consideradas como associações estatisticamente significantes as associações com probabilidade de significância (valor-p) $\leq 0,05$. Como medida de magnitude das associações foi utilizado o Odds Ratio e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. A adequação dos modelos foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade federal de Minas Gerais e obteve aprovação por meio do parecer CAAE: 14897013.4.0000.5149.

8.5 Resultados

Foram avaliados 384 adolescentes, sendo 70,3% do sexo feminino. Verificou-se que 24,7% dos estudantes eram do 1º ano, 19,3% do 2º ano e 56% do 3º ano. A média de idade dos participantes foi de 17,1 anos, variando de 15 a 19 anos. 99,2% declararam estado civil solteiro. Possuíam plano de saúde 55,3%. A maioria (90,9%) residia com pais e irmãos ou apenas com os pais. Os demais residiam com avós, sozinhos ou outros familiares. 99,5% declararam possuir saneamento básico e 99,7% luz elétrica em suas residências. 89,7% declararam ter água filtrada, 10% água clorada e 0,3% sem tratamento. Encontrou-se 51,3% trabalhava ou já havia trabalhado. Com relação à classe econômica verificou-se a seguinte distribuição: A1 (0,3%); A2 (5,2%), B1 (20,1%); B2 (32,6%); C1 (33,9%); C2 (7%) e D (1%).

Com relação aos aspectos culturais 87,7% frequentar cinema/teatro; 78,4% praticar alguma religião; 59,2% declararam ler jornal/revista e 23,6% frequentar museu.

Os achados referentes ao letramento funcional em saúde dos adolescentes participantes desta pesquisa podem ser verificados na tabela 1. 51,56% apresentaram letramento funcional em saúde bom.

Tabela 1- Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao letramento funcional em saúde

Com que frequência você:		
	N	%
Tem dificuldades para ler/entender panfletos com orientações sobre cuidados com a saúde		
Sempre / Frequentemente	9	2,3
Às vezes	172	45,0
Nunca	201	52,6
Tem dificuldades para ler/entender/preencher formulários com dados referentes à sua saúde		
Sempre / Frequentemente	13	3,4
Às vezes	181	47,3
Nunca	189	49,3
Tem dificuldades para ler/entender as orientações médicas ou de outro profissional de saúde dadas por escrito		
Sempre / Frequentemente	68	17,8
Às vezes	178	46,6
Nunca	136	35,6
Tem dificuldades em entender as orientações que são dadas verbalmente por profissionais de saúde		
Sempre / Frequentemente	14	3,6
Às vezes	155	40,6
Nunca	213	55,8
Faz questionamentos ao médico/outro profissional de saúde para sanar dúvidas quando não entende as orientações dadas (escritas ou verbais)		
Sempre / Frequentemente	183	48,2
Às vezes	146	38,4
Nunca	51	13,4
Tem dificuldades em marcar exames ou novas consultas por não ter entendido bem as orientações (escritas ou verbais) passadas pelo médico/outro profissional de saúde		
Sempre / Frequentemente	42	11
Às vezes	140	36,6
Nunca	201	52,5
Tem dificuldades em entender sua condição médica por não ter compreendido as explicações/orientações dadas pelo médico/outro profissional de saúde		
Sempre / Frequentemente	19	5
Às vezes	160	42,0
Nunca	202	53,0
Necessita de auxílio de alguém para ajudá-lo a entender as orientações passadas para seu tratamento/terapia, tais como uso de remédios, retornos, marcações de exames, etc		
Sempre / Frequentemente	61	16
Às vezes	182	47,5

Nunca	140	36,6
-------	-----	------

Tem dificuldades para encontrar informações que irão auxiliá-lo no cuidado com sua saúde

Sempre / Frequentemente	31	8,1
Às vezes	174	45,5
Nunca	177	46,3

Sai de uma consulta/terapia com dúvidas sobre sua saúde

Sempre / Frequentemente	21	5,5
Às vezes	164	42,7
Nunca	199	51,8

Em relação a qualidade de vida foram calculadas as médias dos domínios físico, emocional, social, escolar e total. Os resultados estão apresentados na tabela 2. Observou-se que os domínios emocional e escolar apresentaram médias mais baixas.

Tabela 2 - Síntese numérica dos resultados do PedsQL

PedsQL					
	Domínio Físico	Domínio Emocional	Domínio Social	Domínio Escolar	Escore Total
Média	81,4	57,1	85,9	68,0	74,1
Mediana	84,4	55,0	90,0	70,0	75,0
Desvio Padrão	15,1	18,0	16,0	16,2	11,4
Mínimo	34,4	10,0	0,0	10,0	33,7
Máximo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Os achados referentes à auto-percepção da violência evidenciaram que 61,9% relataram já ter cometido algum ato de violência; 72,3% relataram já ter sofrido algum ato de violência e 85,6% consideraram que a violência causa impacto na saúde.

Na avaliação da auto-percepção da saúde 0,5% da amostra classificou sua própria saúde como “muito ruim”; 0,5% como “ruim”; 20,1% como regular; 53,7% como “boa” e 25,1% como “excelente”.

Na tabela 3 está descrita a associação entre a variável resposta e as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

Tabela 3 - Análise bivariada da associação entre letramento funcional em saúde e características sociodemográficas

Características	Letramento em Saúde		Valor-p
	Ruim	Bom	
Sexo			
Masculino	52 (28,0)	62 (31,3)	0,472
Feminino	134 (72,0)	136 (68,7)	
Total	186 (100,0)	198 (100,0)	
Série escolar			
1o. Ano	44 (23,7)	51 (25,8)	0,447
2o. Ano	32 (17,2)	42 (21,2)	
3o. Ano	110 (59,1)	105 (53,0)	
Total	186 (100,0)	198 (100,0)	
Mora com			
Pais e irmãos	166 (89,7)	181 (92,3)	0,370
Outros	19 (10,3)	15 (7,7)	
Total	185 (100,0)	196 (100,0)	
Moradia			
Casa própria	144 (77,4)	158 (81,0)	0,385
Casa alugada	42 (22,6)	37 (19,0)	
Total	186 (100,0)	195 (100,0)	
CCEB			
Classe A	10 (5,4)	11 (5,6)	0,705
Classe B	94 (50,5)	108 (54,5)	
Classe C e D	82 (44,1)	79 (39,9)	
Total	186 (100,0)	198 (100,0)	
Plano de Saúde			
Sim	91 (52,0)	106 (58,6)	0,213
Não	84 (48,0)	75 (41,4)	
Total	175 (100,0)	181 (100,0)	

Trabalha ou já trabalhou			
Sim	102 (54,8)	95 (48,0)	
Não	84 (45,2)	103 (52,0)	0,179
Total	186 (100,0)	198 (100,0)	

Entre as variáveis relacionadas às características sociodemográficas, somente a variável “trabalha ou já trabalhou” se associou ao Letramento funcional em saúde ao nível de 20%, e foi a única considerada para o modelo de regressão logística múltipla.

A relação entre letramento funcional em saúde e as variáveis dos aspectos culturais estão descritas na tabela 4.

Tabela 4 - Análise bivariada da associação entre Letramento em saúde e aspectos culturais

Características	Letramento em Saúde		Valor-p
	Ruim	Bom	
Tempo que assiste TV			
Menos de 2 horas	98 (55,4)	93 (51,1)	0,418
Mais de 2 horas	79 (44,6)	89 (48,9)	
Total	177 (100,0)	182 (100,0)	
Lê jornais e revistas			
Sim	108 (58,7)	117 (59,7)	0,843
Não	76 (41,3)	79 (40,3)	
Total	184 (100,0)	196 (100,0)	
Frequenta museus			
Sim	46 (24,9)	44 (22,3)	0,560
Não	139 (75,1)	153 (77,7)	
Total	185 (100,0)	197 (100,0)	
Frequenta teatro/cinema			
Sim	158 (85,4)	178 (89,9)	0,180
Não	27 (14,6)	20 (10,1)	
Total	185 (100,0)	198 (100,0)	
Prática religiosa			
Sim	153 (82,7)	145 (74,4)	0,048
Não	32 (17,3)	50 (25,6)	
Total	185 (100,0)	195 (100,0)	

Com relação às variáveis ligadas aos aspectos culturais, duas se associaram ao letramento funcional em saúde ao nível de significância de 20%: “frequenta teatro ou cinema” e “pratica algum tipo de religião”, sendo ambas consideradas no modelo multivariado.

A associação do letramento funcional em saúde e as variáveis do contexto de violência estão descritas na tabela 5.

Tabela 5 - Análise bivariada da associação entre letramento funcional em saúde e contexto de violência

Características	Letramento em Saúde		Valor-p
	Ruim	Bom	
Já cometeu atos de violência			
Sim	119 (65,4)	113 (58,5)	0,173
Não	63 (34,6)	80 (41,5)	
Total	182 (100,0)	193 (100,0)	
Já sofreu atos de violência			
Sim	139 (76,4)	132 (68,4)	0,085
Não	43 (23,6)	61 (31,6)	
Total	182 (100,0)	193 (100,0)	
A Violência afeta a saúde			
Sim	157 (86,3)	164 (85,0)	0,722
Não	25 (13,7)	29 (15,0)	
Total	182 (100,0)	193 (100,0)	

Duas variáveis do contexto de violência associaram-se ao letramento funcional em saúde ao nível de 20% e, portanto, foram consideradas para o modelo multivariado: “já cometeu algum ato de violência” e “já sofreu algum ato de violência”.

A associação entre letramento funcional em saúde e as variáveis da qualidade de vida estão descritas na tabela 6.

Tabela 6 - Análise bivariada da associação entre letramento funcional em saúde e qualidade de vida (PedsQL)

Características	Letramento em Saúde		Valor-p
	Ruim	Bom	
Domínio Físico			
Mediana	81,3	87,5	
Média	79,3	83,3	0,014
Desvio Padrão	15,8	14,2	
Domínio Emocional			
Mediana	55,0	60,0	
Média	54,6	59,4	0,004
Desvio Padrão	17,6	18,1	
Domínio Social			
Mediana	85,0	95,0	
Média	82,9	88,7	<0,001
Desvio Padrão	17,1	14,3	
Domínio Escolar			
Mediana	65,0	75,0	
Média	64,6	71,1	<0,001
Desvio Padrão	16,0	15,8	

Todas as variáveis relacionadas à qualidade de vida associaram-se ao letramento funcional em saúde ao nível de significância de 20% e foram utilizadas no modelo de regressão logística múltipla.

A associação entre letramento funcional em saúde e a variável da auto-percepção da saúde está descrita na tabela 7.

Tabela 7 - Análise bivariada entre letramento funcional em saúde e autopercepção de saúde

Características	Letramento em Saúde		Valor-p
	Ruim (<22 pontos)	Bom (≥22 pontos)	
Autopercepção de saúde			
Ruim	46 (25,1)	34 (17,4)	0,067
Boa	137 (74,9)	161 (82,6)	
Total	183 (100,0)	195 (100,0)	

No modelo final da análise multivariada, apresentado na tabela 8, permaneceram associadas ao letramento funcional em saúde bom: não praticar religião ($p=0,006$; $OR=2,108$); domínio social da qualidade de vida ($p=0,004$; $OR=1,022$); e domínio escolar da qualidade de vida ($p=0,009$; $OR=1,019$). (Tabela 8)

Tabela 08 – Modelos intermediários e final dos fatores associados ao letramento funcional em saúde bom

Modelos intermediários	OR Bruta	OR ajustada	IC 95%	valor-p
Bloco 1- Características Sócio-demográficas				
Não Trabalha	1,317	1,317	0,881 - 1,967	0,179
Bloco 2 - Aspectos culturais				
Não frequenta teatro e cinema	0,66	0,68	0,362 - 1,257	0,215
Não praticar alguma religião	1,65	1,65	0,997 - 2,714	0,050
Bloco 3 - Contexto de Violência				
Não cometeu atos de violência	1,34	1,21	0,731 - 2,002	0,458
Não sofreu atos de violência	1,49	1,26	0,727 - 2,178	0,411
Bloco 4 - Qualidade de Vida				
Domínio Físico	1,018	1,01	0,990 - 1,021	0,523
Domínio Emocional	1,015	1,01	0,992 - 1,018	0,458
Domínio Social	1,024	1,02	1,004 - 1,036	0,012
Domínio Escolar	1,026	1,02	1,001 - 1,033	0,032
Bloco 5 - Percepção da Saúde				
Boa auto-percepção da Saúde	1,59	1,378	0,802 - 2,368	0,246
Modelo Final				
Trabalha	-	1,326	0,866 - 2,029	0,194
Pratica alguma religião	-	2,108	1,235 - 3,600	0,006
Domínio Social	-	1,022	1,007 - 1,038	0,004
Domínio Escolar	-	1,019	1,005 - 1,034	0,009

Dessa forma, não praticar alguma religião aumentou em 2,11 vezes a chance de ter melhor letramento funcional em saúde e o aumento em um ponto nos escores de qualidade de vida nos domínios social e escolar aumentou em 2,2 % e 1,9% a chance do adolescente ter bom letramento funcional em saúde.

8.6 Discussão

No presente estudo a amostra probabilística foi caracterizada como sendo a maior parte do sexo feminino, matriculada no 3º ano, com 18 anos de idade (média de 17,1) e com classificação econômica entre B1 e C1 pela CCEB. Mais da metade trabalhava ou já havia trabalhado. Pouco mais da metade (50,25%) da população do município de Belo Horizonte com faixa etária entre 15 e 19 anos é representada pelo sexo feminino e a maior parte tem 19 anos⁽¹¹⁾. Com relação à classificação econômica a maior concentração da classificação econômica da população de Belo Horizonte, está entre C1 e C2 indicando que a amostra do presente estudo tende a um nível econômico ligeiramente maior⁽¹²⁾. No Brasil 40% dos indivíduos entre 15 e 19 anos estão trabalhando. Cabe ressaltar que de acordo com a legislação, só é permitido que os adolescentes de 15 anos trabalhem na condição de aprendizes⁽¹³⁾. Esta pesquisa evidenciou maior parcela da amostra em situação economicamente ativa.

A análise dos dados revelou que a maioria dos indivíduos apresentou letramento funcional em saúde bom, corroborando estudos com amostras de diversas faixas etárias que utilizaram outros instrumentos de avaliação já validados como o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – REALM^(14,15) e Test of Functional Health Literacy - TOFHLA^(16,17) e evidenciaram escores de letramento funcional em saúde adequados na maior parte dos indivíduos. Estudos que utilizaram como instrumento de avaliação o The Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults SAHLSA⁽¹⁸⁾ e o Newest Vital Sign – NVS⁽¹⁵⁾ verificaram letramento funcional em saúde adequado em cerca de um terço das amostras avaliadas. Vale destacar que tais amostras eram compostas por mais da metade dos indivíduos do sexo feminino, o que é similar a presente pesquisa e com faixa etária mais ampla, variando entre 17 e 93 anos. O teste REALM avalia o reconhecimento de palavras relacionadas ao corpo humano; o TOFHLA avalia a compreensão de leitura e de numeração de trechos relacionados à saúde; o SAHLSA também avalia reconhecimento de palavras e compreensão da leitura e o NVS analisa habilidades numérica e de leitura⁽¹⁹⁾. O questionário elaborado para o presente estudo tem o objetivo de avaliar a percepção do indivíduo em relação ao letramento funcional em saúde, o que difere então dos demais testes citados que medem a sua compreensão.

Outra pesquisa que mediu o letramento funcional em saúde utilizando o instrumento TOFHLA em amostra com idade média de 44,3 anos, em um intervalo de 18 a 92 anos, na qual mais da metade era do sexo feminino e com mais de 9 anos de escolaridade formal, evidenciou que a maior parte apresentou nível de letramento funcional em saúde inadequado⁽²⁰⁾, achado não corroborado pelo presente estudo. Contudo, nesse mesmo estudo, os participantes foram distribuídos em grupos por faixa etária e no grupo mais jovem, 18 a 34 anos, a maioria foi classificada com letramento funcional em saúde adequado. Houve relação inversa entre idade e letramento funcional em saúde, ou seja, quando mais jovem melhor o letramento em saúde. Cabe considerar que a diferença dos achados pode ser devido a distinção da faixa etária das amostras do estudo supracitado e da presente pesquisa, característica que mais distancia os respectivos indivíduos participantes.

Estudo que utilizou dois testes para medir o letramento funcional em saúde, o REALM e o NVS, evidenciou resultados diversos, achado que foi justificado pelas diferentes habilidades testadas⁽¹⁵⁾. Deste modo, o teste utilizado para medir o letramento funcional em saúde parece influenciar no resultado, já que eles avaliam habilidades diferentes, como a de compreensão de leitura e a numérica, de maneira que o mesmo indivíduo pode ter bom desempenho em uma das habilidades e pior desempenho em outra. Cabe ressaltar que a maioria desses estudos não foi realizada especificamente com indivíduos adolescentes e apresentaram amostras com faixas etárias amplas, variando entre 17 e 93 anos^(14,15,16,17,20).

Vale destacar o único estudo encontrado na busca de literatura que utilizou um grupo com idade semelhante à amostra da presente pesquisa, no qual os indivíduos foram distribuídos em adultos (18 a 91 anos) e jovens, (entre 13 e 20 anos), o instrumento utilizado foi o NVS, a escolaridade variou do nível fundamental ao superior. Um dos critérios de inclusão para o grupo de jovens foi o indivíduo ser atleta. Menos da metade do grupo de jovens (média de idade de 15 anos) apresentou letramento funcional em saúde inadequado⁽²¹⁾, resultado semelhante ao desse estudo. Já no grupo de adultos um pouco mais da metade apresentou letramento funcional em saúde inadequado. Contudo, apesar da similaridade de resultados do grupo de jovens com o presente estudo, o tipo de avaliação difere entre as duas pesquisas, visto que o instrumento e as características das amostras, como escolaridade e o fato de ser atleta, são distintos. Letramento funcional em saúde consiste em tema que emerge na

comunidade científica, porém pouco se tem estudado sobre essa questão no público adolescente⁽²²⁾, o que dificulta a promoção de estratégias que visam o desenvolvimento do letramento funcional em saúde nesse ciclo de vida⁽²³⁾.

Em estudo qualitativo com amostra composta por adolescentes com média de idade de 15,1 anos (em um intervalo de 14 a 18 anos) e de baixa renda verificou-se que os participantes reconheciam sua função no cuidado com a saúde e o direito de questionamentos em relação às suas dúvidas. Além disso, indicou que as ações de prevenção à saúde não faziam sentido para o entendimento dos adolescentes⁽²²⁾.

Os estudos foram realizados em diversos países como Estados Unidos⁽¹⁴⁾; Turquia⁽¹⁵⁾; Reino Unido⁽¹⁶⁾; Brasil⁽¹⁷⁾; Argentina⁽¹⁸⁾ e Kosovo⁽²⁰⁾ o que representa diferenças culturais e sociais entre as amostras.

Assim, é provável que o nível de letramento funcional em saúde varie de acordo com as características da amostra, como as sociodemográficas, culturais e faixa etária e com o instrumento utilizado para avaliação, visto que as habilidades testadas podem diferir.

A maior parte dos estudos aponta para melhor letramento funcional em saúde em mulheres^(16,21,24). Apenas uma pesquisa⁽¹⁵⁾ indicou melhor letramento funcional em saúde em homens e relacionou esse achado à menor escolaridade das mulheres participantes. Desse modo, parece não ter sido a variável sexo o fator diferenciador entre os grupos, mas sim a escolaridade. No presente estudo não houve associação estatisticamente significativa entre letramento funcional em saúde e a variável sexo, achado que não corrobora a literatura. Estudos demonstram existir associação entre escolaridade e nível de letramento funcional em saúde^(14,15,16,18,21), resultado com o qual essa pesquisa não corrobora, já que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis em questão. Esse achado pode ser devido ao fato de todos os indivíduos da amostra deste estudo estarem matriculados no ensino médio, existindo apenas diferença entre os três anos escolares desse nível de ensino, o que os torna homogêneos nesse aspecto. Nos estudos citados a escolaridade dos participantes das amostras variou, do que equivaleria no Brasil, do ensino fundamental ao superior.

A literatura indica associação entre classificação econômica e letramento funcional em saúde^(15,16,25). Em um desses estudos⁽²⁵⁾ um terço da amostra foi classificada

como no limite da pobreza para o país, no caso Estados Unidos, e em outro⁽¹⁵⁾ mais da metade da amostra foi classificada como classe média. O presente estudo não corrobora esse achado, pois não evidenciou associação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Contudo a amostra desta pesquisa apresenta relativa homogeneidade na situação econômica, uma vez que todos os indivíduos provem de escolas públicas e apresentam classificação econômica semelhante, enquadrando-se majoritariamente nas categorias B e C da CCEB.

Estudo aponta associação entre baixo letramento funcional em saúde e pior auto percepção da própria saúde, além de comportamentos de vida menos saudáveis em amostra com faixa etária entre 18 e 90 anos⁽¹⁶⁾. A presente pesquisa não constatou associação com significância estatística entre auto percepção da saúde e letramento funcional em saúde. Mais da metade da amostra classificou sua saúde como boa.

O desenvolvimento de comportamentos deletérios à saúde, alterações psicológicas e sociais que se perpetuam por toda a vida pode ser consequência da exposição do adolescente à violência⁽²⁶⁾. No presente estudo não foi evidenciada relação estatisticamente significativa da auto percepção da violência com letramento funcional em saúde. É provável que a avaliação dessa temática tenha sido incipiente e que uma abordagem mais aprofundada aponte resultados diferentes, em especial com a população de adolescentes que está intrinsecamente ligada à vulnerabilidade social. Na literatura não há estudos que relacionem essas variáveis.

Os domínios físico e social tiveram melhores escores do que os domínios emocional e escolar na avaliação da qualidade de vida, achado que corrobora estudo realizado com adolescentes noruegueses de 13 a 15 anos com mesmo instrumento de avaliação do presente estudo⁽²⁷⁾.

A análise bivariada apontou significância de 20% para as variáveis trabalho (bloco 1); frequenta teatro e/ou cinema e pratica alguma religião (bloco 2); cometeu atos de violência e sofreu atos de violência (bloco 3); domínios físico, emocional, social e escolar da qualidade de vida (bloco 4) e a auto-percepção de saúde (bloco 5). Essas variáveis foram utilizadas nos modelos intermediários de regressão logística. Contudo, considerando o modelo final permaneceram associadas ao letramento funcional em saúde: não praticar religião, domínio social da qualidade de vida e domínio escolar da qualidade de vida.

Os resultados evidenciaram que não praticar alguma religião eleva a chance de ter melhor letramento funcional em saúde. Não foi localizada literatura que associe essas variáveis, porém estudo indica que quanto menor a escolaridade maior o envolvimento religioso do indivíduo⁽²⁸⁾ e que a prática religiosa pode significar fator de proteção para a saúde, uma vez que estimula a não adesão ou o abandono de hábitos deletérios, como o uso de drogas e álcool^(29,30). Esses achados podem levar à reflexão de que a religiosidade contribui para a adoção de comportamentos saudáveis, porém sem, necessariamente, o empoderamento do indivíduo de sua própria condição de saúde, que é a consequência imediata de um bom nível de letramento funcional em saúde. Os serviços e profissionais de saúde precisam se preparar para reconhecer a importância da religiosidade na vida do paciente e o impacto que ela traz para a sua saúde⁽²⁹⁾. Esse aspecto deve ser analisado na elaboração de estratégias de desenvolvimento de letramento funcional em saúde, buscando associar positivamente essas variáveis para um melhor resultado. A produção científica com a temática religiosidade e saúde é maior na área da saúde mental e evidencia a religião como importante rede de apoio social para o indivíduo em sofrimento mental⁽³¹⁾ e fator positivo para a qualidade de vida desses indivíduos⁽²⁹⁾.

O presente estudo apontou que a melhor a qualidade de vida nos domínios social e escolar aumenta a chance do adolescente ter melhor letramento funcional em saúde. Esse achado demonstra que indivíduos com melhor socialização com seus pares e menores dificuldades na vida acadêmica tem um melhor letramento funcional em saúde. Outro estudo⁽³²⁾, que utilizou os sumários dos domínios físico e mental do instrumento SF12/versão 2.0, também indicou associação positiva entre a qualidade de vida e o nível de letramento funcional em saúde em homens com diagnóstico de carcinoma primário de próstata, em ambos os domínios. A literatura existente aborda as temáticas qualidade de vida e letramento funcional em saúde sob condições crônicas de adoecimento como asma^(33,34) e doenças cardíacas⁽³⁵⁾ ou em áreas específicas como a saúde bucal⁽³⁶⁾. Assim, não foi encontrada literatura que estudasse a relação da qualidade de vida e o letramento funcional em saúde sem a presença de patologias e na população adolescente.

O universo escolar representa para o adolescente espaço de aprendizagem de sua relação com o mundo. Redes sociais que propiciam ao adolescente interação e

construção de saberes favorecem a participação do indivíduo em seu cuidado e o desenvolvimento de competências e autonomia⁽³⁸⁾.

Os achados desta pesquisa sugerem a importância de proporcionar um convívio social e escolar adequados, promovendo ambientes favoráveis ao desenvolvimento do letramento funcional em saúde em adolescentes. Da mesma forma a prática religiosa deve ser considerada na realidade do indivíduo na elaboração de estratégias para o desenvolvimento do empoderamento do indivíduo de sua condição de saúde.

O presente estudo apresenta avanços em relação à discussão do letramento funcional em saúde no Brasil, sobretudo por eleger como amostra indivíduos adolescentes sem patologias associadas. Além disso, a relação do letramento funcional em saúde com a qualidade de vida e fatores sócio demográficos, também sem a associação de patologias, contribui para a discussão da temática. A utilização de instrumentos de coleta auto aplicáveis favorece a liberdade de resposta pelos participantes, em especial em perguntas que poderiam constrangê-los, como as relacionadas à violência.

A não estratificação da amostra por classes nas escolas e por idades e o uso de instrumento não validado para avaliar o letramento funcional em saúde representam limitações do estudo. Os adolescentes foram convidados a participar da pesquisa sem levar em consideração a estratificação por ano escolar e idade. Dessa forma, houve um maior número de participantes com 18 anos, já que para esses não era necessária a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável. Os estudantes das idades abaixo de 18 anos muitas vezes levavam a autorização para o responsável e não se recordavam de levá-la novamente à escola, não podendo assim participar da pesquisa. No período de escolha do instrumento não havia teste para medir letramento funcional em saúde validado no Brasil para indivíduos adolescentes, o que justifica o uso de instrumento não validado. A diversidade de testes utilizados nos estudos e as diferenças sócio econômicas culturais das amostras dificultam a comparação dos resultados.

8.7 Conclusão

O presente artigo traz reflexões sobre a importância do estudo do letramento funcional em saúde no ciclo de vida da adolescência. Indicou associação com significância estatística do letramento funcional em saúde com os domínios social e escolar da qualidade de vida e com o fato de não praticar alguma religião. A melhor percepção de socialização com os pares, a percepção de menos dificuldades escolares e o fato de não praticar alguma religião aumenta as chances do indivíduo ter bom letramento funcional em saúde. Outros estudos semelhantes que utilizem amostras de outras estratificações econômicas devem ser realizados para que melhor se compreenda a dinâmica do letramento funcional em saúde no público em questão. Esse estudo visa contribuir para a construção de estratégias para promover melhor letramento funcional em saúde em adolescentes.

8.8 Referências

- 1 – Câmara SH; Aerts DRGC; AlvesGG. Estilos de vida de adolescentes escolares no sul do Brasil. *Aletheia* 37, p.133-148, jan./abr. 2012
- 2 - Silva MAI; Mello FCM; Mello DF; Ferriani MGC; Sampaio JMC; Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciência e Saúde Coletiva* 19(2):619-627, 2014.
- 3 – Borges A; Matos MG; Diniz JA. Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afectivo e Cognitivo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 281-291, 2011.
- 4 - Paskulin LMG; Aires M; Valer DB; Moraes EP; Freitas IBA. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde de pessoas idosas. *Acta Paul Enferm* 2011;24(2):271-7.
- 5 - Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* 23 (5): 840-7, 2008.
- 6- Martins-Reis e Nunes. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. *Ver Soc Bras Fonoaudiologia*. 17(1): 113-4, 2012.
- 7 - Pessalacia JDR, Menezes ES e Massuia D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Revista Bioethicos - Centro Universitário São Camilo*; 4(4):423-430, 2010.
- 8 – Moreira RM; Mascarenhas CHM; Sales ZN; Boery RNSO; Camargo CL. Avaliação psicométrica da qualidade de vida de adolescentes escolares. *Adolesc. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 15-22, out/dez 2014.
- 9 - Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1986;1 (8476):307-10.

10 - Klatchoian DA, et al. Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 Generic Core Scales. J Pediatr. 84:308-15, 2008.

11 - IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2010/default_resultados_amostra.shtm.

12 – ABEP – Associação Brasileira de empresas de Pesquisa, 2014. Disponível em <http://www.abep.org/criterio-brasil>

13 – UNICEF - Adolescentes e jovens do Brasil: Participação Social e Política 3, 2007. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/voz2007.pdf>

14- Wallace LS, Rogers ES, Roskos SE, Holiday DB, Weiss BD. Brief report: screening items to identify patients with limited health literacy skills. J Gen Intern Med. 2006;21(8):874-7.

15 - Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Educ Res. 2010;25(3):464-77.

16 - Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Comm Health. 2007;61(12):1086-90.

17 - Carthery-Goulart MT; Anghinah R; Areza-Fegyveres R; Bahia VS; Brucki SMD; Damin A et al. Desempenho de uma população brasileira no teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde. Rev Saúde Pública. 2009;43(4):631-8.

18 - Konfino J; Mejia R; Lani MPM; Perez-Stable EJ. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. Med. 2009;69(6):631-4.

19 - Passamai MPB, Sampaio HAC, Sabry MOD, Sá MLB, Cabral LA. Letramento Funcional em Saúde e Nutrição. Fortaleza: Editora da Universidade do Ceará; 2011.

20 - Toci E; Burazeri G; Kamberi H; Jerliu N; Sorensen K; Brand H. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Rev Saúde Pública*, 2014, setembro; 128 (9): 842-8.

21 - Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: The “newest vital sign” ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(2):195-203.

22- Massey PM, Prelip M, Calimlim BM, Quiter ES, Glik DC. Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Educ Res*. 2012;27(6):961-74.

23 – Perry EL. Health literacy in adolescents: an integrative review. *J Pediatr Spec Nurs* 2014 julho; 19 (3): 210-8.

24 - Wu AD, Begoray DL, Macdonald M, Wharf JH, Frankish J, Kwan B et al. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promo Int*. 2010;25 (4):444-52.

25 - Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, Elliott M et al. Developing predictive models of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(11):1211-6.

26 - Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes, 2009.

27 - Trude R; Trond H Di; Marijke V; Arne V. Measuring health-related quality of life in young adolescents: Reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006, 4:61.

28 - Panzini RG; Maganha C; Rocha NS; Bandeira DR; Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(1):153-65.

29 - Murakami R; Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 361-7.

30 - Ferreira SC; Machado RM. Equipe de saúde da família e o uso de drogas entre adolescentes. Cogitare Enferm. 2013 Jul/Set; 18(3):482-9.

31 – Reinaldo AMS. Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para a enfermagem. Esc Anna Nery (impr.)2012 jul -set; 16 (3):536-543.

32 - Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafl GJ, Blackard B et al. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? Cancer. 2012;118(15):3842-51.

33 - Gandhi PK, Kenzik KM, Thompson LA, DeWalt DA, Rivicki DA, Shenkman EA et al. Exploring factors influencing asthma control and asthma-specific health-related quality of life among children. Respir Res. 2013;14:26-35.

34 - Bozorgzad P, Ebadi A, Moin M, Sarhangy F, Nasiripour S, Soleimani MA. The effect of educating the use of spray by visual concept mapping method on the quality of life of children with asthma. Iran J Allergy Asthma Immunol. 2013;12(1):63-7.

35 - Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. J Gen Intern Med. 2011;26(9):979-86.

36- Divaris K, Lee JY, Baker D, Vann WF. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. Health and Qual Life Outc. 2011;9:108-15

37 – Araújo YB; Collet N; Gomes IP; Nóbrega RD. Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social. Rev Bras Enferm, Brasília 2011, mar-abr; 64(2): 281-6 281.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O letramento funcional em saúde é uma temática recente nas pesquisas científicas, sobretudo no Brasil. Ele desempenha importante função no processo de promoção e autogestão da saúde, já que o seu bom desenvolvimento propicia melhor entendimento da condição de saúde e habilidades para a busca de uma vida saudável.

O artigo de revisão da literatura apontou que a maior parte dos estudos sobre letramento funcional em saúde está relacionada a alguma patologia. Pouco se tem estudado sobre o letramento funcional em saúde e sua relação com a qualidade de vida. Além disso, o público adolescente aparece pouco nas pesquisas científicas com o tema em questão. A revisão mostrou que o letramento funcional em saúde tem associação com significância estatística com variáveis como sexo, idade, escolaridade e classificação econômica.

Na pesquisa realizada com adolescentes das escolas estaduais de nível médio do município de Belo Horizonte destaca-se que houve associação do letramento funcional em saúde com o nível de qualidade de vida nos domínios social e escolar, apontando para a importância da socialização e escolarização do adolescente para o bom desenvolvimento do letramento funcional em saúde e como consequência para melhor promoção da saúde.

Cabe ressaltar que esta pesquisa não apontou para associação estatisticamente significativa com as variáveis escolaridade e classificação econômica, provavelmente pela relativa homogeneidade da amostra.

Os resultados encontrados nesse estudo podem auxiliar a elaboração de ações de saúde voltadas para o adolescente, uma vez que indicam, por exemplo, a importância do ambiente escolar na qualidade de vida e letramento funcional em saúde para esse público, sendo esse um espaço valioso para o trabalho em questão.

É interessante que mais estudos abordem esse tema na população adolescente para que estratégias de promoção do letramento funcional em saúde para esse público sejam elaboradas.

10. ANEXOS

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Pais ou Responsáveis de adolescentes de 15 a 17 anos

Seu(ua) filho(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E LETRAMENTO EM SAÚDE DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE ESCOLAS PÚBLICAS DE BELO HORIZONTE”. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo investigar as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e letramento em saúde em adolescentes de 15 a 19 anos de escolas de financiamento público de Belo Horizonte.

Para participar, seu(ua) filho(a) deverá responder a quatro questionários, sendo um de caracterização dos sujeitos, e outros três relacionados à autopercepção de saúde, qualidade de vida e letramento em saúde respectivamente. Os questionários serão aplicados aos alunos em sua própria sala de aula. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, seu(ua) filho(a) poderá retirar-se da pesquisa. A recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não trará qualquer problema, de qualquer natureza.

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.

Esta pesquisa não apresenta riscos à integridade física de seu(ua) filho(a) e, quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados podem colaborar para melhoria do processo saúde-doença e auxiliar no entendimento de como seu(ua) filho(a) e outros adolescentes percebem sua saúde e as relações entre a qualidade de vida e a violência.

Durante toda a realização do trabalho, seu(ua) filho(a) tem o direito de tirar dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____, autorizo meu/minha filho(a) a participar da pesquisa intitulada “AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E LETRAMENTO EM SAÚDE DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE ESCOLAS PÚBLICAS DE BELO HORIZONTE”.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2014.

Responsável

Adolescentes de 15 a 17 anos

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E LETRAMENTO EM SAÚDE DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE ESCOLAS PÚBLICAS DE BELO HORIZONTE”. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo investigar as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e letramento em saúde em adolescentes de 15 a 19 anos de escolas de financiamento público em Belo Horizonte.

Para participar, você deverá responder a quatro questionários, sendo um sobre suas características pessoais, 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. Os questionários serão aplicados aos alunos em sua própria sala de aula. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A 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 trará qualquer problema, de qualquer natureza.

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.

Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados podem colaborar para melhoria do processo saúde-doença e auxiliar no entendimento de como você e outros adolescentes percebem sua saúde e as relações entre a qualidade de vida e a violência.

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

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada “AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E LETRAMENTO EM SAÚDE DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE ESCOLAS PÚBLICAS DE BELO HORIZONTE /MG”.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2014.

Pesquisadores: Stela Maris Aguiar Lemos - fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 3409-9791 / Poliana Cristina Rocha – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG **Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG** - Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Adolescentes de 18 a 19 anos

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E LETRAMENTO EM SAÚDE DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE ESCOLAS PÚBLICAS DE BELO HORIZONTE”. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo investigar as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e letramento em saúde em adolescentes de 15 a 19 anos de escolas de financiamento público em Belo Horizonte.

Para participar, você deverá responder a quatro questionários, sendo um sobre suas características pessoais, 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. Os questionários serão aplicados aos alunos em sua própria sala de aula. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A 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.

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.

Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados podem colaborar para melhoria do processo saúde-doença e auxiliar no entendimento de como você e outros adolescentes percebem sua saúde e as relações entre a qualidade de vida e a violência.

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

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada “AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E LETRAMENTO EM SAÚDE DE ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO DE ESCOLAS PÚBLICAS DE BELO HORIZONTE /MG”.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2014.

Pesquisadores:

Stela Maris Aguiar Lemos - fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 3409-9791

Poliana Cristina Rocha – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.

Telefax (31) 3409-4592.

Anexo III

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Número do questionário _____
Dados foram coletados por _____
Dados digitados por _____
Código do arquivo _____

1.	Data de nascimento: _____ Idade: _____ Gênero: () F () M Local de nascimento: _____																																																																	
2.	Endereço: _____ CEP: _____																																																																	
3.	Ano escolar: _____																																																																	
4.	Situação de moradia: () pais () pais e irmãos () sozinho () avós () outros familiares () amigos () outros _____																																																																	
5.	Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () outros _____																																																																	
6.	Moradia: () casa própria () casa alugada																																																																	
7.	Residência possui saneamento básico: () sim () não Residência possui luz elétrica: () sim () não Tratamento da água: () filtrada () clorada () fervida () sem tratamento																																																																	
8.	Possui plano de saúde? () sim () não																																																																	
9.	Vê televisão por dia: () 1 a 2 horas () 2 a 3 horas () mais de 3 horas Quais programas?																																																																	
10.	Lê jornais/revistas? () sim () não / Qual tipo de informação?																																																																	
11.	Frequenta museus? () sim () não																																																																	
12.	Frequenta teatro ou cinema? () sim () não																																																																	
13.	Frequenta prática de alguma religião? () sim () não																																																																	
14.	Trabalha ou já trabalhou? () sim () não																																																																	
15.	<p>Assinale a quantidade de itens que sua família possui em sua residência</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="5">Quantidade de Itens</th> </tr> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4 ou +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Televisão em cores</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Banheiro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Automóvel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Empregada mensalista</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Máquina de lavar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DVD/ Videocassete</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Geladeira</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Quantidade de Itens					0	1	2	3	4 ou +	Televisão em cores						Rádio						Banheiro						Automóvel						Empregada mensalista						Máquina de lavar						DVD/ Videocassete						Geladeira						Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					
	Quantidade de Itens																																																																	
	0	1	2	3	4 ou +																																																													
Televisão em cores																																																																		
Rádio																																																																		
Banheiro																																																																		
Automóvel																																																																		
Empregada mensalista																																																																		
Máquina de lavar																																																																		
DVD/ Videocassete																																																																		
Geladeira																																																																		
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)																																																																		

16.	<p>Assinale o grau de instrução do chefe de sua família no espaço ao lado da opção</p> <table border="1" data-bbox="367 246 1252 526"> <thead> <tr> <th colspan="4">Grau de instrução do chefe da família</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Analfabeto/Primário incompleto</td> <td></td> <td>Analfabeto/ Até 3° Série Fundamental</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Primário completo/ Ginásio incompleto</td> <td></td> <td>Até 4° Série Fundamental</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ginasial completo/ Colegial incompleto</td> <td></td> <td>Fundamental Completo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Colegial completo</td> <td></td> <td>Médio Completo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Superior incompleto</td> <td></td> <td>Superior Completo</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Grau de instrução do chefe da família				Analfabeto/Primário incompleto		Analfabeto/ Até 3° Série Fundamental		Primário completo/ Ginásio incompleto		Até 4° Série Fundamental		Ginasial completo/ Colegial incompleto		Fundamental Completo		Colegial completo		Médio Completo		Superior incompleto		Superior Completo	
Grau de instrução do chefe da família																									
Analfabeto/Primário incompleto		Analfabeto/ Até 3° Série Fundamental																							
Primário completo/ Ginásio incompleto		Até 4° Série Fundamental																							
Ginasial completo/ Colegial incompleto		Fundamental Completo																							
Colegial completo		Médio Completo																							
Superior incompleto		Superior Completo																							

Anexo IV

QUESTIONÁRIO SOBRE LETRAMENTO EM SAÚDE

Número do questionário _____
 Dados foram coletados por _____
 Dados digitados por _____
 Código do arquivo _____

Data de nascimento:

Idade:

Ano escolar:

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 dados referentes à 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 em entender as orientações que são dadas verbalmente por profissionais de saúde ? () Sempre () Frequentemente () Às vezes () Nunca
5.	Quando você não entende as orientações dadas (escritas ou verbais), com qual frequência você faz questionamentos ao médico/outro profissional de saúde para sanar 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 passadas pelo médico/outro profissional de saúde, sejam elas escritas ou verbais? () Sempre () Frequentemente () Às vezes () Nunca
7.	Com qual frequência você tem dificuldade em entender sua condição médica por não ter compreendido as explicações/orientações dadas pelo médico//outro profissional de saúde? () Sempre () Frequentemente () Às vezes () Nunca
8.	Com que frequência você necessita do auxílio de alguém (parentes, amigos) para ajudá-lo a entender as orientações passadas 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

Anexo V

QUESTIONÁRIO PEDIÁTRICO SOBRE QUALIDADE DE VIDA - TM

Número do questionário _____
 Dados foram coletados por _____
 Dados digitados por _____

Versão 4.0 – Português (Brasil)

Ano escolar:**Data de nascimento:****Idade: INSTRUÇÕES**

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **você** pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se **você tem tido dificuldade** com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS** , fazendo um "X" no número:

0 se você **nunca** tem dificuldade com isso

1 se você **quase nunca** tem dificuldade com isso

2 se você **algumas vezes** tem dificuldade com isso

3 se você **muitas vezes** tem dificuldade com isso

4 se você **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Durante o ÚLTIMO MÊS , você tem tido dificuldade com cada uma das coisas abaixo? Sobre minha saúde e minhas atividades (dificuldade para...) 	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Para mim é difícil de andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Para mim é difícil correr	0	1	2	3	4
3. Para mim é difícil praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Para mim é difícil levantar coisas pesadas	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Para mim é difícil ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Eu sinto dor	0	1	2	3	4
8. Eu tenho pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4
 Sobre meus sentimentos (dificuldade para...) 	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu sinto medo	0	1	2	3	4
2. Eu me sinto triste	0	1	2	3	4
3. Eu sinto raiva	0	1	2	3	4
4. Eu durmo mal	0	1	2	3	4
5. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	0	1	2	3	4
 Como eu vivo com outras pessoas (dificuldade para...) 	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu tenho dificuldade para conviver com outros/outras Adolescentes	0	1	2	3	4
2. Os outros / as outras adolescentes não querem ser meus amigos / minhas amigas	0	1	2	3	4
3. Os outros / as outras adolescentes implicam comigo	0	1	2	3	4
4. Eu não consigo fazer coisas que outros / outras adolescentes da minha idade fazem	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil acompanhar os / as adolescentes da minha idade	0	1	2	3	4
 Sobre a escola (dificuldade para...) 	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. É difícil prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Eu esqueço as coisas	0	1	2	3	4
3. Eu tenho dificuldade para acompanhar a minha turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
4. Eu falto à aula por não estar me sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Eu falto à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

Anexo VI**QUESTIONÁRIO AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E VIOLÊNCIA**

Número do questionário_____
Dados foram coletados por_____
Dados digitados por_____

Data de nascimento:**Idade:****Ano escolar:**

1) Como você avalia sua saúde?

Muito ruim ()

Ruim ()

Regular ()

Bom ()

Excelente ()

2) Você já cometeu algum desses atos? Sim () Não ()

3) Vc já sofreu alguns destes atos? Sim () Não ()

4) Para você a violência causa impacto na sua saúde? Sim () Não ()

Anexo VII**Aprovação COEP**

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

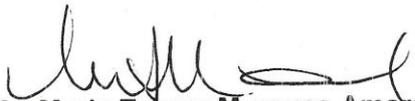
Projeto: CAAE – 14897013.4.0000.5149

**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 05 de junho de 2013, o projeto de pesquisa intitulado **"Autopercepção de Saúde, Qualidade de Vida e Letramento em Saúde de adolescentes do ensino médio de escolas públicas de Belo Horizonte"** 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.


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

Anexo VIII

Ata da Defesa da Dissertação

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP	
---	--	---

**ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA
POLIANA CRISTINA ROCHA - 2013712736**

Realizou-se, no dia 10 de setembro de 2015, às 09:00 horas, Faculdade de Medicina, Auditório do CETES 6º andar, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Letramento funcional em saúde e qualidade de vida de adolescentes do ensino médio de escolas estaduais de Belo Horizonte*, apresentada por POLIANA CRISTINA ROCHA, número de registro 2013712736, graduada no curso de FONOAUDIOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador (UFMG), Prof(a). Adriane Mesquita de Medeiros (UFMG), Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

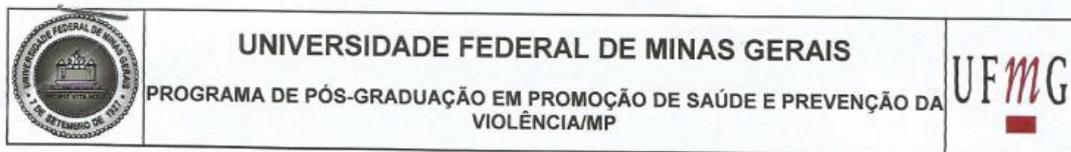
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 10 de setembro de 2015.


Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos


Prof(a). Adriane Mesquita de Medeiros


Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo

Anexo IX**Folha de aprovação****FOLHA DE APROVAÇÃO**

Letramento funcional em saúde e qualidade de vida de adolescentes do ensino médio de escolas estaduais de Belo Horizonte

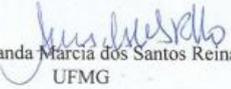
POLIANA CRISTINA ROCHA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 10 de setembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador
UFMG


Prof(a). Adriane Mesquita de Medeiros
UFMG


Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo
UFMG

Belo Horizonte, 10 de setembro de 2015.