

**Pistas para o SUS
e as políticas públicas**

I MOSTRA BRASILEIRA DE LITERACIA EM SAÚDE

**Série Interloções Práticas,
Experiências e Pesquisas em Saúde**

**Frederico Peres
Adriana Castro
Nicole Leão**
ORGANIZADORES





A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES
Frederico Peres
Adriana Castro
Nicole Leão

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde

I MOSTRA BRASILEIRA DE LITERACIA EM SAÚDE

Pistas para o SUS e as políticas públicas

1ª Edição
Porto Alegre
2024

editora



redeunida

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Célia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Revisão ortografia/gramática/normas
Tiago Estrela

Seleção e revisão do conteúdo
Duplo cega e por pares

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

Financiamento

Coordenação de Promoção da Saúde da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz

Imagem Capa

Freepik



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M915

1ª Mostra brasileira de literacia em saúde: Pistas para o SUS e as políticas públicas/
Organizadores: Frederico Peres da Costa; Adriana Miranda de Castro e Nicole Leão – 1.
ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

280 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 45).

E-book: 2.95 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-073-4

DOI: 10.18310/9786554620734

1. Letramento em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Educação de Pacientes como Assunto. 4. Educação em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 18

CDU 736

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

PREFÁCIO	9
-----------------------	---

José Ivo Pedrosa

CAPÍTULO 1 I MOSTRA BRASILEIRA DE LITERACIA EM SAÚDE.....	13
--	----

Frederico Peres, Adriana Castro, Nicole Leão, Ana Paula Alencar

CAPÍTULO 2 O QUE É LITERACIA EM SAÚDE E DE QUE FORMA ELA INFLUENCIA AS ESCOLHAS QUE FAZEMOS SOBRE SAÚDE?.....	25
--	----

Frederico Peres

CAPÍTULO 3 LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE: DOS ANTECEDENTES DO CONCEITO AO FUTURO DA PESQUISA.....	46
---	----

Nicole Leão

CAPÍTULO 4 O QUE É UM PESO SAUDÁVEL: DESENVOLVIMENTO DE VÍDEO EDUCATIVO BASEADO NO LETRAMENTO EM SAÚDE.....	59
--	----

Lisidna Almeida Cabral, Dayze Djanira Furtado de Galiza, Helena Alves de Carvalho Sampaio

CAPÍTULO 5 LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE RIBEIRINHOS DA AMAZÔNIA.....	69
--	----

Ana Kedma Correa Pinheiro, Ana Flavia de Oliveira Ribeiro, Marcio Yrochy Saldanha dos Santos, Eliene do Socorro da Silva Santos, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, Sheila Nascimento Pereira de Farias, Laura Maria Vidal Nogueira

CAPÍTULO 6 DEFINIÇÕES EM LINGUAGEM SIMPLES PARA TERMOS TÉCNICOS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS.....	82
--	----

Bruna Lopes Antonucci, Kérlin Stancine Santos Rocha, Liana Paraguassu, Maria José Bocorny Finatto, Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo

CAPÍTULO 7 LETRAMENTO EM SAÚDE: MÉTRICA PARA APOIAR A EDUCAÇÃO ESCOLAR A SE TORNAR BASE PARA UMA VIDA SAUDÁVEL.....	94
--	----

Luci Ana Santos da Cunha, Raquel Ajub Moyses, Tatiana Natasha Toporcov

CAPÍTULO 8 | IMPACTO DA LITERACIA EM SAÚDE NOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS EM USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO..... 106

Carla Fabiana Tenani, Manoelito Ferreira Silva Junior, Carolina Matteussi Lino, Maria da Luz Rosário de Sousa, Marilia Jesus Batista

CAPÍTULO 9 | LITERACIA EM SAÚDE DE VOZES PANDÊMICAS: UM RECORTE DE MEMÓRIAS HOSPITALIZADAS 122

Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior, Alberto Manuel Quintana

CAPÍTULO 10 | O QUE DIZER SOBRE VACINAS E VACINAÇÃO? A PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE ENTRE MULHERES EM VULNERABILIDADES PARA A AMPLIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL..... 135

Yuri Silva Ferreira de Souza, Sylvia Maria Lordello da Silva, Michele Soltosky Peres

CAPÍTULO 11 | LETRAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS HOSPITALIZADOS: PREPARANDO PARA A ALTA HOSPITALAR 150

Laila Jôrrane de Lima, Monaliza Stephany César Silva, Evily Emanuelle da Silva, Stéphaney Nogueira de Souza, Andreivna Kharenine Serbim

CAPÍTULO 12 | LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS..... 163

Terezinha Nunes da Silva, Monique Francielle Lopes Pereira, Cleides Oliveira dos Santos Fernandes, Adelita Siqueira

CAPÍTULO 13 | MENSURAÇÃO DO LETRAMENTO DIGITAL EM SAÚDE DE ADOLESCENTES BRASILEIROS 173

Mariane Carolina Faria Barbosa, Ana Luiza Peres Baldiotti, Maria Luisa Leandro de Souza Dias, Júlia Lara Resende, Nayra Santos Braga, Ana Flávia Granville-Garcia, Saul Martins Paiva, Fernanda de Morais Ferreira

CAPÍTULO 14 | FATORES SOCIOECONÔMICOS E LITERACIA EM SAÚDE BUCAL DE PAIS/RESPONSÁVEIS ASSOCIADOS A IDA AO DENTISTA DE CRIANÇAS NA FASE DE DENTIÇÃO MISTA..... 182

Roanny Torres Lopes, Larissa Chaves Morais de Lima, Isolda Mirelle de Lima Ferreira Prata, Fabian Calixto Fraiz, Fernanda de Morais Ferreira, Saul Martins de Paiva, Ana Flávia Granville-Garcia

CAPÍTULO 15 | LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE: COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS PARA O EXERCÍCIO DO DIREITO À SAÚDE..... 195

Daiane Batista dos Santos de Almeida

CAPÍTULO 16 | A INFLUÊNCIA DA LITERACIA EM SAÚDE NA PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO207

Carlos Gabriel Avelar de Bustamante Sá, Carla Lourenço Tavares de Andrade, Maria de Fátima Lobato Tavares

CAPÍTULO 17 | LETRAMENTO EM SAÚDE DE CUIDADORES DE PESSOAS EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA221

Pâmella Padilha Brito, Gabriel Ribeiro do Valle, Walterlânia Silva Santos

CAPÍTULO 18 | LETRAMENTO EM SAÚDE DE USUÁRIOS COM EXCESSO DE PESO ATENDIDOS EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....233

Helena Alves de Carvalho Sampaio, Mariana Ferreira Pinto, Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos, Lisidna Almeida Cabral, Soraia Pinheiro Machado, Clarice Maria Araújo Chagas Vergara

CAPÍTULO 19 | CONDIÇÕES DE LETRAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19247

Mykaelle Yasmin Alexandre da Silva, Elisa Maria Bispo Beltrão, Erika Maria Barbosa Nunes, Andreivna Kharenine Serbim

POSFÁCIO260

Hermano Albuquerque de Castro, Marco Antônio Carneiro Menezes, Márcia Corrêa e Castro

ORGANIZADORES263

AUTORES.....264

ÍNDICE REMISSIVO273

PREFÁCIO

José Ivo Pedrosa

Falar sobre literacia em saúde, no Brasil, é abordar algo novo, pouco explorado, pouco trabalhado e, portanto, repleto de incertezas e questões ainda a serem respondidas. Se a própria Promoção da Saúde, campo no qual se circunscreve parte importante dos saberes e práticas sobre a literacia em saúde, ainda é uma prática nova e distante do cotidiano dos serviços e programas de saúde, imagina a estranheza que geramos ao falar do tema que é objeto da presente publicação.

Embora novo no país, em outras partes do planeta o tema vem sendo estudado e incorporado, paulatinamente, a políticas e programas de saúde, em particular naqueles voltados a corrigir desigualdades históricas que vulnerabilizam determinados grupos da população. Nesse sentido, saúdo a iniciativa dos organizadores da I Mostra Brasileira de Literacia em Saúde em realizar, com o evento, um mapeamento de experiências sobre o tema no país e, posteriormente, elaborar uma publicação com os seus principais resultados. Experiências que desvelam iniciativas de superação da histórica desigualdade observada no conjunto da população brasileira, no que diz respeito ao acesso e à possibilidade de uso de informações sobre saúde para o cuidado individual e coletivo. E que apontam para um vasto leque de opções relacionadas com as diferentes aplicações dos saberes e das práticas sobre a literacia em saúde.

Interessante observar, neste vasto leque, que as discussões sobre a literacia em saúde vêm, frequentemente, associadas ao debate acerca do papel das tecnologias digitais no cotidiano, sobretudo daquelas que usamos para o cuidado – seja o autocuidado ou o cuidado de nossa família e comunidade. Talvez essa associação decorra de certo apego àquilo que é mais visível quanto aos processos de acesso e apropriação das informações em saúde, às ferramentas que promovem a disseminação de conteúdos em uma velocidade

crescente. É inegável que as possibilidades de circulação da informação na sociedade se transformaram com as redes sociais e os aplicativos de troca de mensagens, como o WhatsApp, e que esse processo afeta a produção da saúde. No entanto, precisamos fugir da homogeneização da sociedade para falarmos de literacia em saúde.

Mesmo considerando que o acesso a tecnologias como as redes sociais e aplicativos de troca de mensagens como WhatsApp, por onde passam, nos tempos atuais, boa parte das informações sobre saúde, vem aumentando e se diversificando no conjunto da sociedade, ainda observamos disparidades quando olhamos para as diferentes regiões do país, sobretudo quando comparamos contextos rurais e urbanos. Além disso, há uma clara diferenciação no acesso a estas tecnologias quando consideramos determinantes como: raça, etnia, gênero, local de residência e renda.

Considerando que a literacia em saúde é demandada a partir do acesso dos indivíduos a uma informação, torna-se essencial compreender as relações sociais que produzem as condições por meio das quais atribuímos sentidos individual e coletivamente à imensa gama de conteúdos sobre saúde que circulam na sociedade pelas diversas tecnologias comunicacionais. Para tanto, mesmo que de maneira rápida, há que se pontuar algumas reflexões sobre os três elementos dessa equação: os indivíduos, a informação e a ação/decisão sobre o cuidado.

Os espaços nos quais os indivíduos se constituem são múltiplos – a casa, o trabalho, a rua, os serviços de saúde, a escola dentre outros, e são experimentados diferentemente conforme as relações de poder que aí acontecem e hierarquizam saberes, fazeres e pessoas a partir dos determinantes sociais que mencionamos acima. Tal processo de hierarquização e normatização da vida cria dificuldades para a escuta, o diálogo e a produção de sentidos promotores de saúde e de cidadania. Ou seja, facilita ruídos na comunicação, fragiliza a compreensão crítica das informações e despotencializa a mobilização para a ação/transformação.

Se por um lado, a comunicação capaz de mobilizar o agir dos indivíduos é construída no processo em que as informações são compreendidas e avaliadas,

demandando habilidades e competências que reunidas denominamos de como literacia em saúde. Por outro, é necessário considerar a qualidade da informação sobre saúde que os indivíduos recebem.

Precisa-se reconhecer que a maioria das informações sobre saúde, disponíveis para a população brasileira, são prescritivas e, frequentemente, acessadas apenas quando o indivíduo vivencia um problema de saúde, seja próprio ou relacionado a alguém próximo. Seja por desconhecimento sobre como navegar pelos serviços, programas e sistema de saúde como um todo, ou pela real impossibilidade de acessar esses serviços, nas situações em que não estão disponíveis para estes indivíduos, cada vez mais a sociedade brasileira recorre às mais diferentes fontes de informação – algumas confiáveis, muitas outras não – para o cuidado de sua saúde.

Nesse sentido, é importante que – como produtores de informação qualificada ou baseada em evidências, que estejamos atentos que a comunicação necessária à vida é aquela que permite projetar futuros e responder a reivindicações de um viver melhor. É uma informação confiável, desejada e veiculada em processos comunicacionais e educativos que adotem dispositivos potentes na construção compartilhada de significados que poderá transformar a práxis. Ou seja, a tomada de decisão sobre o autocuidado e o cuidado dos outros.

Por fim, ao compreendermos a importância da literacia em saúde para que o indivíduo possa tomar decisões informadas sobre saúde, torna clara suas relações com as condições desenvolvidas, por este indivíduo, na sua trajetória de vida, para indagar o mundo. E nos leva a considerar o papel da literacia em saúde para a promoção de dois dos mais fortes atributos, associados às práticas mais exitosas de cuidado e promoção da saúde: a autonomia, entendida como um processo de decisão e humanização que vamos construindo historicamente, a partir de várias decisões que vamos tomando ao longo da nossa experiência; e a emancipação, entendida como uma intencionalidade política, assumida e declarada por todos os comprometidos com a transformação das condições e de situações de vida e existência dos oprimidos.

Ao longo da publicação, observamos que cada experiência traz consigo singularidades, mas, também, elementos comuns para pensarmos os caminhos de superação de alguns paradigmas dominantes, como: a saúde reduzida à condição necessária para realizar atividades cotidianas; a atenção à saúde condicionada à clínica e à medicalização; o cuidado à saúde tutelado pelo profissional de saúde – em particular, ao médico – e exercido por meio de práticas normativas e prescritivistas; e o desconhecimento sobre a estrutura e o funcionamento de bens públicos disponíveis para a garantia do direito fundamental à saúde.

Aqui, os estudos e as práticas sobre a literacia em saúde, alguns dos quais mapeados durante a I Mostra Brasileira de Literacia em Saúde, nos instigam a rever tais paradigmas dominantes e a pensar na centralidade de outro conceito: a qualidade de vida que, entendida como significativa para a saúde, compreende um patamar básico geral, no qual se inserem compromissos éticos como o enfrentamento das iniquidades, a eliminação da pobreza, o reconhecimento dos direitos econômicos e sociais da população, a justiça social como princípio e o suporte ambiental como caminho para um projeto de sociedade mais justa, soberana, saudável e sustentável.

CAPÍTULO 1

I MOSTRA BRASILEIRA DE LITERACIA EM SAÚDE

Frederico Peres
Adriana Castro
Nicole Leão
Ana Paula Alencar

Vinculada à publicação da Carta de Ottawa (1986), a denominada Nova Promoção da Saúde afirma que para produzirmos saúde é necessário que tenhamos capacidade de reconhecer e realizar desejos e projetos, satisfazer nossas necessidades, transformar e/ou criar mecanismos de convivência com a realidade social e ambiental (Marcondes, 2004; Buss *et al.*, 2020). Nessa direção, saúde e qualidade de vida implicam em estarmos informados para decidir sobre os rumos singulares de nossas vidas e sobre os processos de determinação social que operam no cotidiano, associando-se à ideia de autonomia (Abel; Benkert, 2022).

Associado à ideia de exercício da autonomia, a qual está longe de uma perspectiva de liberdade individualista e ilimitada, o “estarmos informados” ganha enorme complexidade, posto que envolve a ampliação da capacidade reflexiva frente ao bombardeio de informações que nos cercam e nos chegam, notadamente com a presença e expansão das tecnologias digitais (OCDE, 2000; Matthews, 2014; Peres *et al.*, 2021). Daí a importância, em especial no campo da Promoção da Saúde, da literacia em saúde.

A literacia em saúde pode ser definida como a capacidade dos indivíduos em obter, compreender, avaliar criticamente e utilizar informações sobre saúde para seu próprio cuidado ou de terceiros (Doak *et al.*, 1985; Zarcadoolas *et al.*, 2005; Rudd, 2015; Peres *et al.*, 2021). Ou seja, a literacia envolve uma ampla gama de habilidades e competências, as quais são desenvolvidas ao longo da

vida e possuem influência de fatores demográficos, culturais, sociopolíticos e ambientais (Nutbeam, 2008; Peres *et al.*, 2021).

Estudos evidenciam que baixos níveis de literacia em saúde estão associados a maiores taxas de hospitalização e utilização de serviços de emergência, a limitações para o autocuidado de doenças e condições crônicas, a uma menor adesão ao tratamento medicamentoso e, de forma geral, a piores resultados de saúde (Peres *et al.*, 2021). Nos últimos anos, porém, este conceito passa a ser utilizado para delimitar uma gama mais ampla de habilidades e competências que influenciam o processo de significação de informações sobre saúde e, como consequência, interferem nos chamados determinantes sociais da saúde (Rudd, 2015; Okan, 2019; Abel; Benkert, 2022).

A perspectiva ampliada da literacia em saúde – que claramente a diferencia dos conceitos de letramento em saúde ou de alfabetização em saúde, ainda em uso no Brasil e na maioria dos países da América Latina – demanda análises para além das capacidades individuais e cognitivas dos indivíduos, reposicionando o olhar sobre espaços de práticas social e cultural, constituídos a partir da interação dos indivíduos com seu grupo social e com as instituições ali circunscritas, incluindo os sistemas de saúde (Abel; Benkert, 2022; Peres, 2023). Nesta perspectiva, a literacia em saúde representa um fenômeno social decorrente das novas e crescentes exigências de compreensão e uso de informações sobre saúde na vida cotidiana, sendo, portanto, essencial para o acesso e utilização dos serviços, programas e sistemas de saúde, assim como para o aumento da autonomia no cuidado à saúde (Buss *et al.*, 2020; Peres *et al.*, 2021).

Com o objetivo de identificar e apresentar experiências de aplicação do conceito de literacia em saúde nas mais diversas práticas relacionadas à atenção, vigilância e promoção da saúde, em espaços acadêmicos, dos serviços ou comunitários, a Coordenação de Promoção da Saúde da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS), a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e o Canal Saúde da Fundação Oswaldo Cruz realizaram, nos dias 13 e 14 de outubro de 2022, a I Mostra Brasileira de Literacia em Saúde.

Com participação de diversos pesquisadores, alunos, atores da prática e educadores, interessados em conhecer estratégias para aprimorar habilidades e competências individuais e coletivas para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, o evento buscou criar um espaço para aprofundar e debater sobre a literacia em saúde como um fenômeno social essencial para o acesso, a utilização e o engajamento em estratégias de produção da saúde e para a garantia de direitos.

A partir de uma chamada pública, buscou-se levantar relatos de experiências ou relatos de pesquisas realizados no âmbito dos serviços de saúde, grupos de pesquisa, por alunos de graduação e pós-graduação e/ou por movimentos sociais brasileiros. O resumo deveria apresentar o objeto da experiência ou pesquisa, o contexto em que esta foi desenvolvida, a descrição de sua execução, a apresentação e análise crítica dos resultados alcançados (ou esperados), lições aprendidas e recomendações para a melhoria das estratégias de atenção, vigilância e promoção da saúde. Os relatos poderiam se referir a ações e/ou pesquisas já desenvolvidas, em curso ou em etapa de planejamento.

Foram submetidas 82 experiências, sendo duas eliminadas por não cumprirem os requisitos mínimos para o envio de trabalhos detalhados na chamada pública. As 80 experiências validadas pela comissão científica do evento, submetidas por pesquisadores, professores e atores da prática de diversas Unidades da Federação, localizadas nas cinco regiões geográficas do país, representam uma amostra qualificada do conhecimento e das práticas desenvolvidas, no Brasil, sobre a temática. A seguir, serão apresentadas algumas informações sobre as 80 experiências validadas pela comissão científica do evento.

Das 80 experiências validadas, 44 (55%) eram relatos de pesquisa e 36 (45%) relatos de experiência (Figura 1).

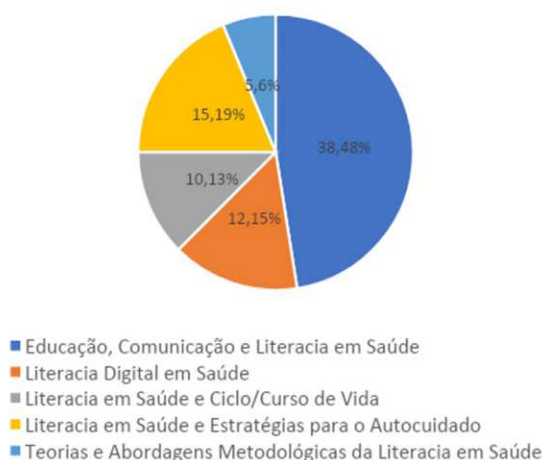
Figura 1. Experiências validadas conforme a modalidade de apresentação escolhida (n=80)
Modalidade da Apresentação



Fonte: Elaboração própria.

A maioria das experiências (n=38; 47%) foram enquadradas no Eixo 2 (Educação, Comunicação e Literacia em Saúde), seguidas daquelas classificadas nos Eixos 3 (Literacia em Saúde e Estratégias para o Autocuidado, n=15; 19%) e 4 (Literacia Digital em Saúde, n=12; 15%). A Figura 2 apresenta a divisão das experiências validadas de acordo com o eixo temático em que foram selecionadas.

Figura 2. Experiências validadas de acordo com o eixo temático em que foram classificadas (n=80)
Eixo Temático



Fonte: Elaboração própria.

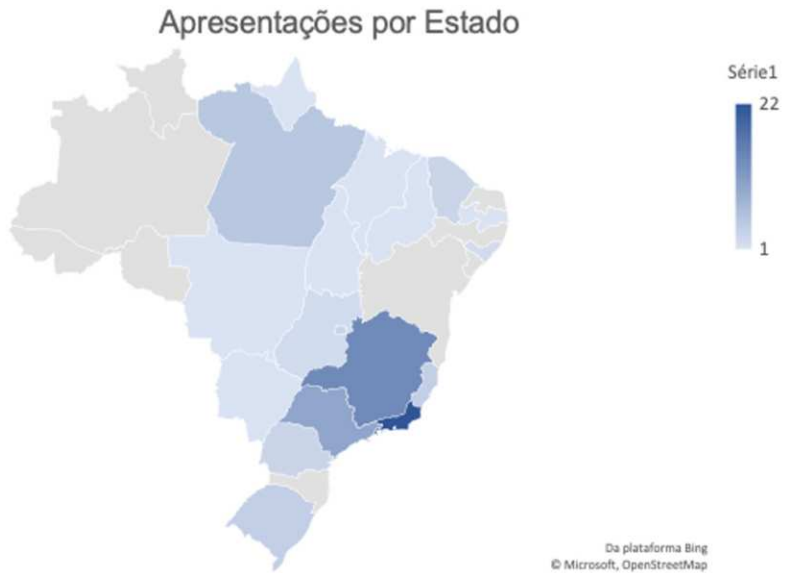
Foram recebidas experiências de autores residentes em 33 cidades, localizadas em 18 Unidades da Federação, nas cinco macrorregiões do país (Tabela 1 e Figura 3).

Tabela 1. Experiências validadas de acordo com a Unidade da Federação de residência do autor correspondente (n=80)

Unidade da Federação	Experiências
Alagoas	2
Amapá	1
Ceará	3
Distrito Federal	3
Espírito Santo	4
Goiás	2
Maranhão	1
Mato Grosso	1
Mato Grosso do Sul	1
Minas Gerais	14
Pará	5
Paraíba	1
Paraná	3
Piauí	1
Rio de Janeiro	22
Rio Grande do Sul	4
São Paulo	10
Tocantins	1

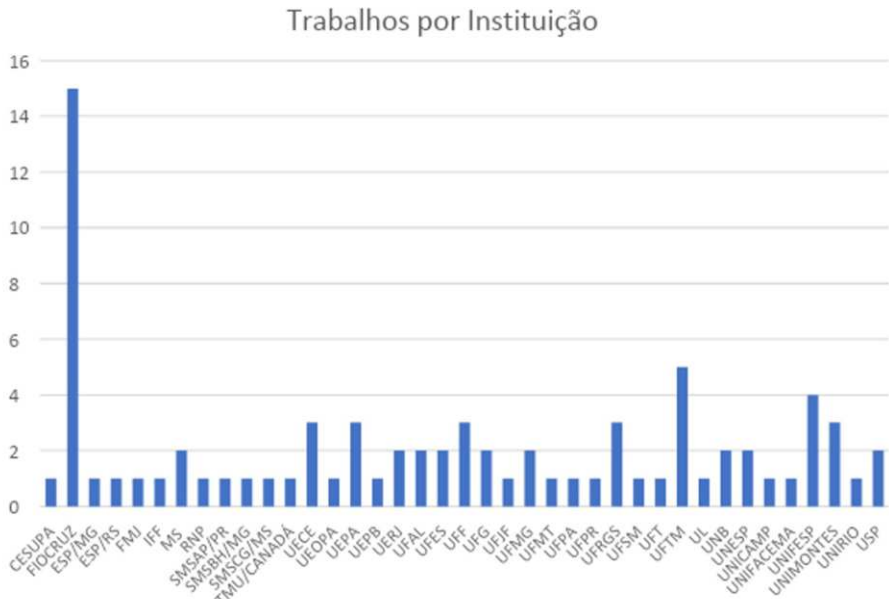
Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. Mapa da distribuição geográfica das experiências validadas (n=80)

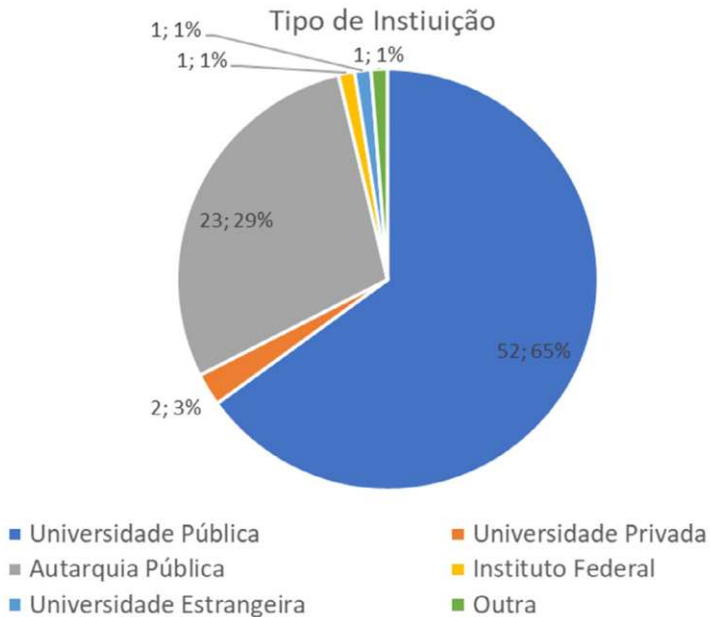


Fonte: Elaboração própria.

Foram validadas experiências ligadas a 39 instituições (Figura 4), sendo a maioria delas apresentadas por autores vinculados a universidades públicas (n=52; 65%), seguidos daquelas ligadas a autarquias públicas (Ministério da Saúde, Fundação Pública ou Secretarias de Saúde – n=23; 29%), universidades privadas (n=2; 3%) e outras instituições (Figura 5).

Figura 4. Experiências validadas por instituição (n=80)

Fonte: Elaboração própria.

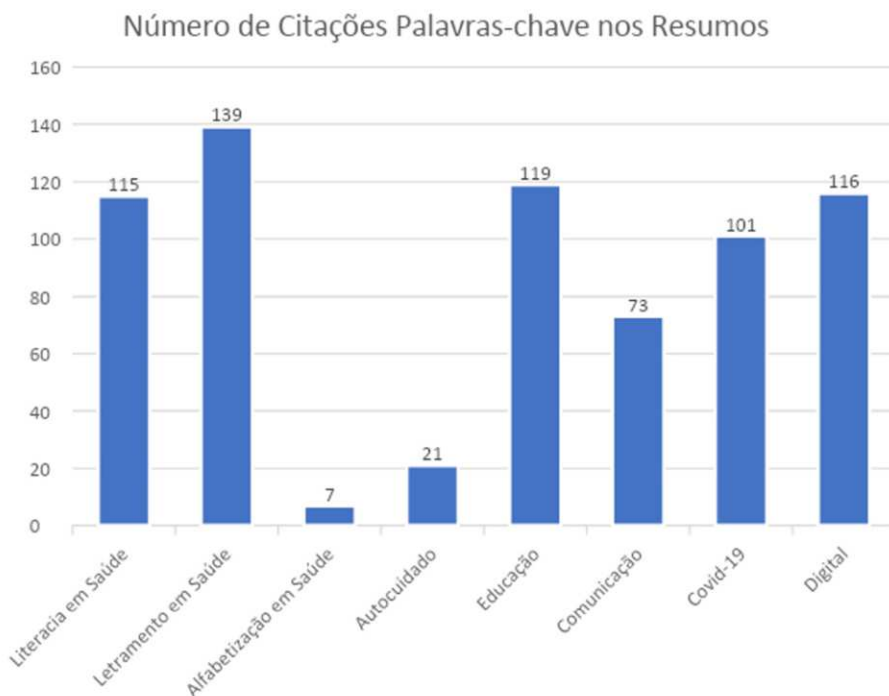
Figura 5. Experiências validadas por tipo de instituição (n=80)

Fonte: Elaboração própria.

A análise dos resumos submetidos possibilitou a identificação dos temas e descritores mais recorrentemente citados nos relatos, seja do ponto de vista teórico-conceitual ou dos objetos de estudo que os autores articulam com a literacia em saúde (Figura 6). Em relação à dimensão conceitual, cabe destaque ao registro predominante dos conceitos de letramento em saúde (139 ocorrências) e literacia em saúde (115 ocorrências), em contraposição ao registro pontual do conceito de alfabetização em saúde (n=7).

Já em relação ao campo temático e às aplicações da literacia em saúde em diferentes objetos de estudo, cabe destaque aos descritores educação (119 ocorrências), digital (116 ocorrências) e covid-19 (101 ocorrências) (Figura 6).

Figura 6. Registro de ocorrência de conceitos e descritores nos resumos das experiências validadas (n=80)



Fonte: Elaboração própria.

Das 80 experiências validadas, foram selecionadas 25 experiências, as quais obtiveram a maior pontuação no que se refere aos critérios de seleção, devidamente apresentados na chamada pública: clara articulação da experiência com o conceito de literacia em saúde (incluindo, também, os conceitos de letramento e alfabetização em saúde); identificação de grupos que se beneficiaram, ou tem o potencial de se beneficiar com a experiência; e potencial de utilização da experiência como referência para estratégias de atenção, vigilância e/ou promoção da saúde. A Tabela 2 apresenta os títulos das 25 experiências selecionadas para apresentação durante os dois dias de sessões virtuais, devidamente organizadas nos eixos temáticos da I Mostra.

Tabela 2. Títulos dos 25 trabalhos selecionados para apresentação nas sessões virtuais (síncronas) na Mostra

Sessão 1: Estratégias e práticas para o desenvolvimento da literacia em saúde (realizada dia 13/10/2022 às 10:40)
74 Letramento alimentar entre adolescentes
42 O que é um peso saudável: desenvolvimento de vídeo educativo baseado no letramento em saúde
78 Letramento funcional em saúde e os problemas de ribeirinhos da Amazônia na Atenção Primária à Saúde
64 Grupo Mulheres Apoiando Mulheres na Amamentação Promoção da Literacia em Amamentação Promovendo a Literacia em Amamentação
21 A Literacia para a saúde no contexto escolar: conhecendo o nível de LS dos professores do ensino fundamental
Sessão 2: Educação, comunicação e literacia em saúde (realizada dia 13/10/2022 às 13:30)
71 Desenvolvimento de um glossário didático sobre medicamentos antirretrovirais para promoção do letramento em saúde
26 Literacia em saúde: métrica na educação básica na cidade de São Paulo
43 Impacto da literacia em saúde nos comportamentos de saúde e doenças crônicas em usuários do Sistema Único de Saúde em um município brasileiro
9 Literacia em saúde de vozes pandêmicas: um recorte de memórias hospitalizadas
47 O que dizer sobre vacinas e vacinação? A promoção da literacia em saúde entre mulheres mães em contextos de vulnerabilidade para ampliação da cobertura vacinal.

Sessão 3: Literacia em saúde e estratégias para o autocuidado (realizada dia 13/10/2022 às 15:00)
28 A alfabetização em saúde bucal está associada às concepções e aos comportamentos de cuidado relacionados à prevenção da covid-19?
69 Fatores socioeconômicos e literacia em saúde bucal de pais/responsáveis associados a ida ao dentista de crianças na fase de dentição mista
75 Influência do nível de letramento em saúde bucal de pais/cuidadores no uso racional de fluoretos para crianças de 0 a 4 anos após instrução
46 Letramento em saúde de idosos hospitalizados: preparando para a alta hospitalar
50 Literacia em saúde a puérperas aplicado em uma maternidade do leste maranhense: um relato de experiência
Sessão 4: Literacia Digital em Saúde (realizada dia 14/10/2022 às 10:00)
79 Literacia em Saúde: práticas de consumo virtual de informação e desinformação, no contexto da Pandemia de covid-19
80 Repercussões da baixa literacia digital em saúde de pessoas idosas em um contexto de análise de Infodemia em uma pandemia: um relato de experiência
68 Teste de inteligência digital em saúde – versão Beta
48 Letramento digital em saúde de adolescentes brasileiros
31 Literacia digital em saúde para profissionais de uma instituição de longa permanência para idosos
Sessão 5: Literacia em saúde e ciclo/curso de vida (realizada dia 14/10/2022 às 13:30)
60 Letramento em saúde de adolescentes gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde.
45 Condições de letramento em saúde de idosos durante a Pandemia de covid-19
52 Letramento em saúde de usuários com excesso de peso atendidos em unidades de Atenção Primária
35 A influência da literacia em saúde na prática regular de atividade física no município do Rio de Janeiro
57 Literacia em saúde de cuidadores de pessoas dependentes de cuidados: revisão integrativa

Fonte: Elaboração própria.

Além do volume considerável de acessos durante a transmissão ao vivo do evento, 599 no primeiro dia e 446 no segundo dia, a I Mostra Brasileira de Literacia em Saúde apresenta estatística crescente de visualizações, tendo ultrapassado a

marca de 1.800 em novembro de 2023. O que se constitui em uma boa pista do interesse e relevância do tema e da qualidade dos trabalhos apresentados.

Como premiação, os 25 trabalhos que participaram da programação da I Mostra receberam livros da Editora Fiocruz que abordam temas relacionados à literacia em saúde e foram convidados a integrar a presente publicação, com a elaboração de um capítulo para apresentar, com maiores detalhes, a experiência compartilhada durante a I Mostra. Dos 25 autores convidados para integrar a publicação, 16 elaboraram seus respectivos capítulos, os quais são apresentados a seguir.

A presente publicação se divide em duas partes. Na primeira, são apresentados alguns dos antecedentes do campo de estudos e práticas em torno da literacia em saúde no Brasil e no mundo para, em seguida, se identificarem alguns dos principais desafios para a promoção da literacia em saúde junto a indivíduos e grupos da população, sobretudo aqueles historicamente colocados à margem de políticas e programas de saúde.

Em seguida, o livro traz 16 das 25 experiências apresentadas ao longo da I Mostra Brasileira de Literacia em Saúde, as quais revelam o enorme potencial que se tem identificado, no país, para a aplicação e o desenvolvimento de saberes e práticas em torno do desenvolvimento de habilidades e competências para que os indivíduos possam, de maneira mais adequada, dar sentido à imensa gama de informações sobre saúde que, cotidianamente, são produzidas e acessadas, pelas mais diversas vias e por meio de distintos meios, pela população brasileira.

REFERÊNCIAS

- Abel, T., & Benkert, R. (2022). Critical health literacy: reflection and action for health. *Health promotion international*, 37(4), daac114.
- Buss, P. M., Hartz, Z. M. D. A., Pinto, L. F., & Rocha, C. M. F. (2020). Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4723-4735.
- Doak, C. C., Doak, L. G., & Root, J. H. (1996). Teaching patients with low literacy skills. *AJN The American Journal of Nursing*, 96(12), 16M.

- Marcondes, W. B. (2004). A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 13, 5-13.
- Matthews, C. (2014). Critical pedagogy in health education. *Health Education Journal*, 73(5), 600-609.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Okan, O. (2019). From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. In *International handbook of health literacy* (pp. 21-38). Policy Press.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). (2000). *Literacy in the Information Age: Final Report of the International Adult Literacy Survey*. Paris: Autor. <https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/41529765.pdf>
- Peres, F., Rodrigues, K. M., & Lacerda, T. (2021). *Literacia em saúde*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Peres, F. (2023). Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 1563-1573.
- Rudd, R. E. (2015). The evolving concept of health literacy: new directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7-9.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.

CAPÍTULO 2

O QUE É LITERACIA EM SAÚDE E DE QUE FORMA ELA INFLUENCIA AS ESCOLHAS QUE FAZEMOS SOBRE SAÚDE?

Frederico Peres

O termo *health literacy*, em língua inglesa, vem sendo amplamente utilizado, desde a década de 1970, para definir um conjunto amplo e diverso de habilidades e competências que os indivíduos utilizam para interpretar e dar sentido a informações sobre saúde (Murray, 2000; Nutbeam, 2008; Hobbs, 2018; Okan, 2019; Peres *et al.*, 2021; Peres, 2023). Se estrutura a partir do conceito de *literacy* que, embora tenha origem imprecisa, vem sendo historicamente associado ao desenvolvimento do alfabeto ao longo da História Moderna (*littera* = letra) (Murray, 2000; Hobbs, 2018; Peres, 2023).

Desde o período histórico marcado pela centralidade do pensamento grego (Grécia Antiga), até o final do Século XVIII, com o início das campanhas de alfabetização de massas, sobretudo na Europa Ocidental, o domínio das letras era restrito a poucos (clérigos, aristocratas, etc.), marcando uma clara distinção entre os letrados e os iletrados (em língua inglesa, *illiterate*) (Murray, 2000). Esta distinção, cujos reflexos ainda podem ser observados nos contextos de desigualdades sociais entre grupos populacionais, nos dias de hoje, evidencia a influência da linguagem nos processos de determinação social e nas formas por meio das quais os indivíduos interagem e se desenvolvem, em coletividades, definindo seus cursos de vida (Hobbs, 2018).

A aceção contemporânea e mais amplamente difundida de *literacy* parte da constatação que indivíduos têm habilidades e competências distintas para interpretar e fazer uso da imensa quantidade de informações que, diariamente, são produzidas e veiculadas (Hobbs, 2018; Peres, 2023), sobre os

mais diversos temas, inclusive a saúde. Com base nessa acepção, é possível a ideia de que todos temos uma *health literacy* – ou seja, uma capacidade para dar sentido a informações, visando ao cuidado de nossa saúde ou de terceiros (Peres *et al.*, 2021).

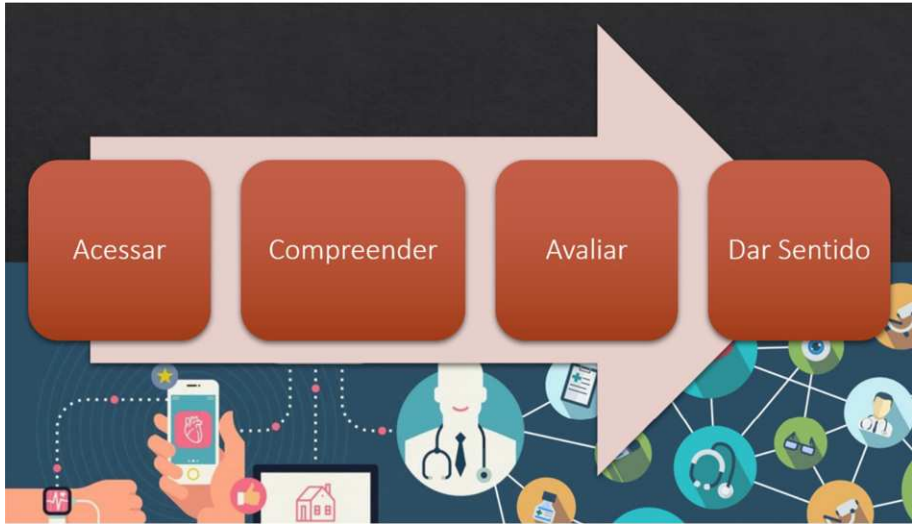
Traduzir o termo *health literacy* para o português não tem se mostrado uma tarefa simples, sobretudo no Brasil. Se, por um lado, é inequívoca a tradução de *health* para saúde, o mesmo não se pode dizer sobre o verbete *literacy* que, no português do Brasil, pode significar alfabetização, letramento, alfabetismo ou, ainda, literacia, sendo este último mais frequentemente utilizado no português de Portugal (Peres, 2023). Aqui, e por razões que serão discutidas ao longo de toda a publicação, adotaremos o termo **literacia em saúde** como tradução de *health literacy*.

Do ponto de vista conceitual, a literacia em saúde pode ser definida como o amplo e diverso conjunto de habilidades e competências que os indivíduos utilizam para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, visando ao cuidado de sua própria saúde ou de terceiros (Peres *et al.*, 2021). Ou, de forma mais completa, a ampla gama de habilidades que as pessoas desenvolvem, ao longo de suas vidas, para buscar, compreender, avaliar e utilizar informações e conceitos de saúde e ambiente que lhes permitam fazer escolhas informadas, reduzir os riscos à saúde e aumentar a qualidade de vida (Zarcadoolas *et al.*, 2005).

O QUE ESTÁ COMPREENDIDO NO CONCEITO DE LITERACIA EM SAÚDE?

O conceito de literacia em saúde se estrutura, como visto nas definições acima apresentadas, a partir de quatro principais etapas circunscritas ao processo de significação de informações sobre saúde: o acessar (ou buscar), o compreender, o avaliar e o dar sentido a tais informações (Figura 1).

Figura 1. Representação esquemática das etapas do processo de significação de informações sobre saúde

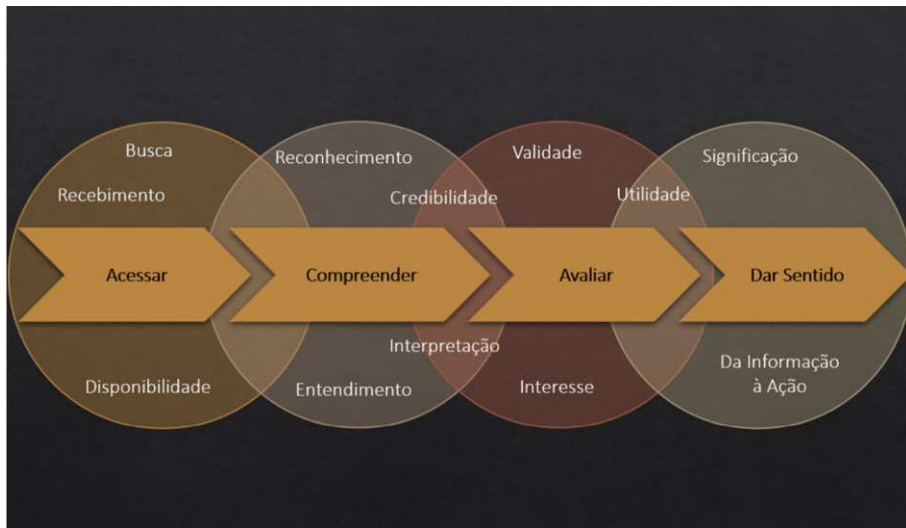


Fonte: Elaboração própria.

Cada uma destas etapas engloba uma série de habilidades e competências que lançamos mão para alcançar o propósito maior de usar determinada informação para o cuidado de nossa saúde ou de terceiros. E é, justamente, esse conjunto de habilidades e competências que definem o conceito de literacia em saúde (Zarcadoolas *et al.*, 2005; Peres *et al.*, 2021).

Vejamos, então, em detalhes, algumas competências e habilidades que precisamos utilizar em cada uma destas etapas do processo de significação de informações sobre saúde (Figura 2). Começando pelo **Acesso**.

Figura 2. Representação esquemática das etapas do processo de significação de informações sobre saúde e seus principais elementos constitutivos



Fonte: Elaboração própria.

O acesso a uma informação depende, fundamentalmente, da sua disponibilidade, da forma como a recebemos e/ou das habilidades que dispomos para buscá-la. Inclui, assim, tanto os meios e as estratégias usados para que a informação fique disponível a quem possa interessar, quanto a capacidade que cada um desses indivíduos dispõem para acessá-la.

Sob esta lógica, e por melhor que seja a disponibilização de informações sobre saúde na atualidade (e.g. ampliação do acesso a meios de comunicação, democratização da conectividade, acesso aberto a conteúdos, etc.), a transição para a próxima etapa do processo de significação somente será possível se o indivíduo for capaz de buscar (acesso ativo) ou receber (acesso passivo) estas informações, lançando mão de habilidades como a leitura, navegação pela internet, o diálogo no marco do convívio social, entre outras (Rudd, 2015).

Já a segunda etapa, a **Compreensão**, demanda um conjunto de habilidades e competências mais avançadas que, uma vez tendo o indivíduo acessado a informação, precisará utilizar para que o conteúdo desta informação seja reconhecido em um quadro de significação comum. Ou seja, a mensagem precisa ser entendida.

Se a mensagem for disponibilizada por meio de linguagem escrita, demandará do indivíduo a habilidade de leitura para, posteriormente, levar ao entendimento de seu conteúdo. Entendimento que, por sua vez, pode ser comprometido pelo uso de linguagem rebuscada, encadeamento complexo de frases ou vocabulário com o qual o indivíduo não está acostumado a lidar. Cabe destacar que, também em contextos em que a mensagem é disponibilizada por via oral (e.g. durante uma conversa, em um vídeo, um programa de rádio ou podcast, etc.), pode haver o não reconhecimento de padrões de linguagem e, assim, comprometer a capacidade de compreensão das mensagens contidas na informação em questão (Speros, 2005).

Uma vez compreendida a informação e seus conteúdos, havendo sido devidamente interpretados pelo indivíduo, outras habilidades e competências são utilizadas para validar a informação na etapa seguinte: a **Avaliação**. Esta etapa é o momento em que, compreendida a mensagem, o indivíduo fará uma análise crítica sobre sua pertinência e seu interesse em fazer uso dos conteúdos presentes na informação (Matthews, 2014). E, talvez, a mais negligenciada nos estudos sobre as relações entre a literacia e a comunicação em saúde (Peres *et al.*, 2021).

Nesta etapa, a credibilidade da informação e do informante (indivíduo ou instituição responsável por produzir ou divulgar tal informação) é posta à prova, definindo se a informação pode ou não servir para orientar alguma ação que, no caso das informações sobre saúde, estão geralmente relacionadas aos cuidados à saúde, no âmbito individual ou coletivo. Também é nesta etapa que o indivíduo costuma avaliar a utilidade da informação, ou seja, se esta informação, reconhecida como pertinente e crível, será de alguma utilidade ou se esse indivíduo tem interesse em tomar alguma ação a partir da informação.

Nos casos em que, além de pertinente e crível, a informação também é avaliada como de interesse e utilidade, passa-se à última etapa do processo: a **Significação** propriamente dita, ou o momento em que o indivíduo toma uma decisão ou ação devidamente consubstanciada pela informação recebida, a qual foi devidamente compreendida e avaliada positivamente. Uma decisão ou ação informada, no contexto da literacia em saúde, é, portanto, aquela tomada

a partir do acesso (seja este passivo ou ativo) a informações sobre saúde que, uma vez compreendidas e avaliadas positivamente, levam o indivíduo a tomar uma decisão ou ação visando ao cuidado de sua saúde ou de terceiros (Zarcadoolas *et al.*, 2005; Peres *et al.*, 2021).

POR QUE É IMPORTANTE CONHECER A LITERACIA EM SAÚDE DOS INDIVÍDUOS?

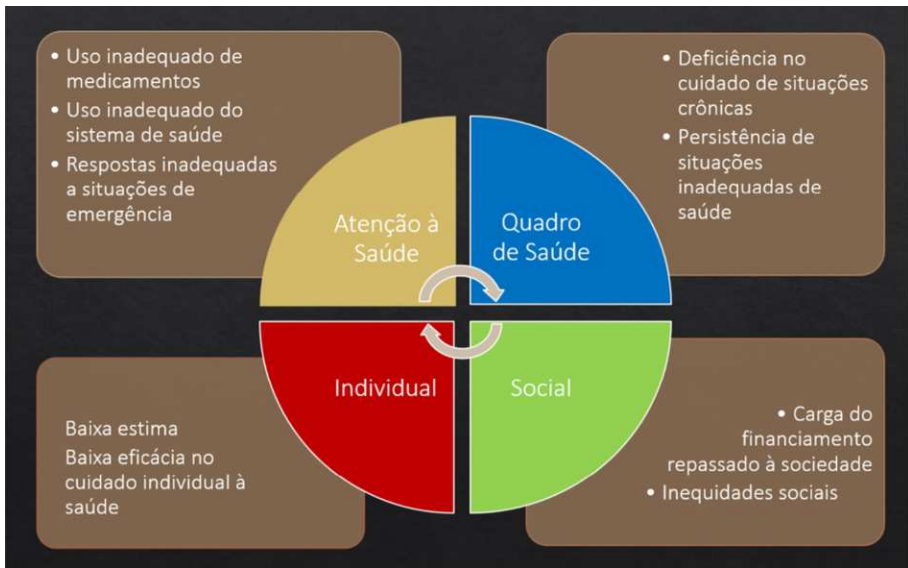
A literacia em saúde vem se constituindo objeto de estudos e práticas, em diferentes partes do planeta, desde meados dos anos de 1980, quando inquéritos sobre a alfabetização de adultos, realizados nos Estados Unidos, Canadá e Austrália identificaram, junto a diferentes grupos da população desses países, limitações da capacidade de tomar decisões informadas sobre diferentes aspectos da vida cotidiana, incluindo a saúde (Doak *et al.*, 1985; Okan, 2019; Peres *et al.*, 2021).

A partir do início da década de 1990, diferentes instrumentos foram desenvolvidos para mensurar, de forma rápida, a literacia em saúde de indivíduos e grupos da população, como o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM, ou Teste de Estimativa Rápida da Literacia Médica de Adultos), em 1993, e o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA, ou Teste de Literacia Funcional em Saúde de Adultos), em 1995 (Okan, 2019). A aplicação destes instrumentos em diferentes contextos partia (e parte) da necessidade de identificar situações em que a literacia em saúde estava (ou está) comprometida, demandando esforços educativos e comunicacionais para que os indivíduos possam se engajar, de maneira mais autônoma e qualificada, nas estratégias de cuidado à saúde, individual e na comunidade (Rudd, 2015; Okan, 2019; Peres *et al.*, 2021).

A ampla e diversificada literatura de referência sobre a temática demonstra que, quanto mais desenvolvidas forem as habilidades e competências circunscritas ao conceito de literacia em saúde, individual e coletivamente, melhores são os resultados de saúde observados entre os indivíduos e grupos da população (IUHPE, 2018; Okan, 2019). Em oposição,

esta mesma literatura de referência evidencia situações onde indivíduos e grupos da população com uma literacia em saúde menos desenvolvida acabam apresentando maiores dificuldades de controlar condições crônicas de saúde, navegar pelos serviços e sistemas de saúde, aderem com mais dificuldade a tratamentos medicamentosos e, em geral, apresentam um pior quadro geral de saúde quando comparados a outros indivíduos e grupos com literacia em saúde mais desenvolvida (Pleasant; Kuruvilla, 2008; IUHPE, 2018; Peres *et al.*, 2021) (Figura 3).

Figura 3. Representação esquemática da influência da literacia em saúde sobre a atenção e o quadro de saúde, individual e coletivamente



Fonte: Elaboração própria.

Os estudos e práticas sobre a literacia em saúde, ao redor do planeta, convergem para as vantagens de se desenvolver, junto aos indivíduos e grupos da população, habilidades e competências para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, levando a melhores condições de saúde em diferentes contextos (Figura 4). De forma geral, estes estudos e relatos de práticas identificam três principais contextos, assim caracterizados:

- No contexto individual, ao promoverem melhores condições para que os indivíduos possam tomar decisões e ações consubstanciadas por informações compreensíveis, críveis e identificadas como úteis no processo de significação. E, desta maneira, promovendo um aumento da autonomia e do empoderamento do indivíduo para o cuidado de sua saúde e de sua comunidade;
- Coletivamente, ao promover condições para uma maior participação dos indivíduos nos espaços comunitários onde as questões de saúde são debatidas e decididas, contribuindo para a garantia do direito fundamental à saúde e para a melhoria dos serviços e programas oferecidos à comunidade;
- E no conjunto das instituições e organizações da sociedade, promovendo o desenvolvimento permanente dos serviços, programas e sistemas de saúde para que considerem, na centralidade de suas ações e políticas, a promoção da literacia em saúde dos indivíduos e grupos da população. Ao se reorientarem a partir da literacia em saúde da população, estas instituições vão se tornando, paulatinamente, promotoras de ambientes e hábitos saudáveis e sustentáveis, visando à garantia da qualidade de vida da população.

Figura 4. Representação esquemática do espaço da literacia em saúde na promoção da saúde individual, coletiva e organizacional



Fonte: Elaboração própria.

DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE, INDIVIDUAL E COLETIVAMENTE

A literatura de referência sobre a temática mostra que a maioria dos estudos e práticas sobre literacia em saúde, internacionalmente, partem de uma pergunta fundamental: o que os indivíduos e grupos da população precisam saber para compreender e dar sentido às informações sobre saúde a que tiveram acesso?

Estruturados a partir desta pergunta fundamental, os diferentes estudos que abordam o conceito de literacia em saúde identificam uma série de desafios e barreiras que, uma vez compreendidos enquanto demandas para o desenvolvimento de habilidades e competências voltadas à significação de informações sobre saúde, poderiam resultar na promoção da autonomia e do empoderamento de indivíduos e grupos da população para o cuidado de sua saúde ou de terceiros.

Entre os desafios ou barreiras mais frequentemente identificados, na literatura internacional, para a promoção da literacia em saúde, com vistas à melhora do cuidado, individual ou coletivamente, se encontram:

- Complexidade das informações sobre saúde: grande parte das informações sobre saúde são produzidas por especialistas, em suas diferentes áreas do saber, dentro do grande campo da Saúde, colocando um desafio de comunicação, em dois aspectos principais. O primeiro está relacionado com o fato de especialistas terem, de forma geral, habilidades e competências pouco desenvolvidas para comunicar seus conhecimentos junto a audiências de não especialistas. Nesse sentido, acabam reproduzindo padrões de linguagem e estruturas de construção de pensamento próprias do meio acadêmico, que incluem (mas não se limitam a) o uso de jargões, construção complexa de frases em sentenças longas e interconectadas, além do uso de linguagem rebuscada.
- Já o segundo se relaciona ao fato de uma grande parcela da população não dispor de uma literacia em saúde tão desenvolvida

quanto às demandas presentes nas informações disponíveis sobre os mais variados aspectos do cuidado e da promoção da saúde. Tal descompasso, conjugado ao desafio anteriormente apresentado, acaba por criar um abismo entre o conhecimento acadêmico, no campo da Saúde, e as necessidades dos indivíduos em dar sentido a este conhecimento, facilitando a tomada de decisões informada sobre sua saúde ou de terceiros;

- A falta de adequação cultural das informações de saúde: pensando em um país amplo e diverso, cultural e etnicamente, como o Brasil, e partindo da constatação que grande parte das informações oficiais sobre programas para o cuidado e a promoção da saúde são produzidas para abranger a todo o território nacional, sobretudo a partir de uma coordenação do Ministério da Saúde, ou então traduzidas da literatura internacional de referência, a falta de adequação cultural dos conteúdos sobre saúde se configura como uma barreira importante ao processo de busca, compreensão, avaliação e significação de informações sobre saúde.
- Os regionalismos e as marcadas diferenças entre os contextos urbanos e rurais do país, conjugados às desigualdades no acesso e disponibilização dessas informações para os diferentes grupos da população, fazem com que grande parte da informação sobre saúde produzida no país não seja reconhecida, em um quadro de significação comum, por uma grande parcela dos brasileiros, sobretudo entre grupos indígenas e quilombolas (bem como seus descendentes), populações ribeirinhas e habitantes de zonas rurais e das florestas, entre outros grupos tradicionalmente vulnerabilizados da população brasileira;
- Imprecisão ou viés de informação sobre saúde: seja nos meios de comunicação tradicionais ou nas mídias sociais, cada vez mais os indivíduos e grupos da população brasileira têm que lidar com um contingente cada vez maior de informações sobre saúde,

um fenômeno que muitos autores insistem em classificar como *infodemia*, ou uma epidemia de informações. Nesse contexto de informação sobreabundante, com pouca ou nenhuma mediação por parte da comunidade acadêmica do campo da saúde, se torna cada vez mais frequente o acesso, por parte de indivíduos e grupos da população, a informações imprecisas, equivocadas ou deliberadamente fabricadas (*fake news*) sobre os mais diferentes aspectos do cuidado e da promoção da saúde;

- Reduzida capacidade de leitura, especialmente entre indivíduos com baixa escolaridade, idosos e outros grupos historicamente vulnerabilizados: apesar de todo o avanço observado nos meios e ferramentas para a comunicação, aliado à popularização do acesso à internet móvel no país, a maioria das informações sobre saúde produzidas e veiculadas no país ainda se apresentam em formato escrito, seja em material impresso ou digital. Considerando as deficiências que ainda enfrentamos, no país, em termos da literacia fundamental e da alfabetização da população, a reduzida capacidade de leitura de diversos e numerosos grupos da população brasileira demanda outros formatos e mídias para a divulgação de informações sobre saúde, pouco familiares aos setores que, tradicionalmente, fazem comunicação em saúde.

Ao lançarmos luz sobre as situações acima descritas, se torna possível compreender os potenciais benefícios da promoção da literacia em saúde junto a indivíduos e grupos da população brasileira, como estratégia para fortalecer a capacidade, individual e coletiva, de tomada de decisão informada para a cuidado da própria saúde ou de terceiros.

Por outro lado, fica claro que o efetivo desenvolvimento de habilidades e competências para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, em uma perspectiva crítica e promotora de autonomia e empoderamento, individual e coletivamente, só poderá ser alcançado pela consideração da literacia em saúde em seu caráter multidimensional, onde

habilidades e competências de diferentes domínios são constantemente demandadas quando indivíduos são instados a significar informações sobre saúde, visando ao autocuidado ou de terceiros. E, nesse sentido, requer que os modelos utilizados para a promoção e o desenvolvimento da literacia em saúde sejam o mais avançado e abrangente possível, considerando não apenas a linguagem utilizada para a elaboração dessas informações, ou seja, que não se restrinja à dimensão fundamental da literacia em saúde.

MODELOS AVANÇADOS PARA A PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE

É indiscutível o peso da linguagem para o desenvolvimento da literacia em saúde, sobretudo considerando que a maioria das informações sobre saúde ainda se encontram disponíveis de forma textual, escrita, seja em material impresso ou digital. Há, porém, de se considerar que este domínio e, conseqüentemente, as habilidades e competências que usamos para ler, interpretar e repassar informações escritas, é apenas um entre diversos outros domínios que estão circunscritos ao processo de busca, compreensão, avaliação e significação de informações sobre saúde, visando ao cuidado da saúde, individual e coletivamente.

Desde o início dos anos 2000, alguns autores, sobretudo na Europa (Nutbeam, 2000) e nos Estados Unidos (Zarcadoolas *et al.*, 2005), começaram a questionar o peso exacerbado dos estudos sobre a literacia em saúde sobre o domínio fundamental, ou seja, a habilidade dos indivíduos em ler, escrever, falar e operar com números.

Para estes autores, além da linguagem, a forma como os indivíduos se organizam nos diversos grupos sociais (Nutbeam, 2000), assim como o caráter multidimensional das demandas presentes nas informações sobre saúde (Zarcadoolas *et al.*, 2005), colocam a necessidade de se considerar um conjunto amplo e vasto de habilidades e competências, organizadas em diferentes domínios, que vão de fato determinar a capacidade dos indivíduos em dar sentido a informações sobre saúde.

Um primeiro modelo que buscou organizar esse vasto e amplo conjunto de habilidades e competências em torno de domínios específicos foi proposto em 2005 por Christina Zarcadoolas, Andrew Pleasant e David Greer, pesquisadores à época vinculados à Universidade de Brown, nos Estados Unidos (Zarcadoolas *et al.*, 2005). Por meio deste modelo, os autores propuseram uma forma de organização de habilidades e competências relacionadas com a literacia em saúde em torno de quatro domínios: o domínio fundamental; o científico; o cívico; e o cultural.

Domínio fundamental: para os autores, o domínio fundamental da literacia em saúde engloba um conjunto de habilidades e competências que os indivíduos utilizam para ler, escrever, falar e trabalhar com números (numeracia). Ler uma informação sobre saúde contida em um material informativo ou site da internet, conversar com um profissional de saúde sobre um determinado problema ou sintoma experimentado, repassar informações sobre saúde a outros indivíduos e saber calcular a dosagem de um medicamento que lhe foi prescrito, entre diversas outras habilidades, estão circunscritas ao que os autores chamam de domínio fundamental da literacia em saúde, ou seja, o espaço que determina aquelas habilidades mais básicas que usamos quando precisamos dar sentido a uma informação sobre saúde;

Domínio científico: o domínio científico da literacia em saúde é aquele que engloba habilidades e competências relacionadas à compreensão da ciência em suas diferentes dimensões. Compreender a forma por meio da qual se produz o conhecimento científico (mediante método empírico ou dedutivo, com incertezas associadas, respeitando princípios e normas, etc.), conhecer conceitos e fundamentos teóricos das ciências, compreender processos descritos por meio do método científico, entender o significado de jargões e termos técnicos, entre outros e diversos aspectos, encerra aquilo que os autores chama de espaço de articulação das habilidades e competências científicas, necessárias para a significação de informações sobre saúde (Zarcadoolas *et al.*, 2005). Assim, não basta saber ler um texto; é preciso reconhecer a linguagem técnica nele presente, os conceitos que apresenta e o que está por trás dos enunciados deste texto;

Domínio cívico: tanto o domínio fundamental quanto o científico englobam habilidades e competências prioritariamente individuais, as quais são utilizadas pelos indivíduos em processos reflexivos e cognitivos, sempre que instada a dar sentido a informações sobre saúde. Porém, o indivíduo não vive isolado, como uma entidade física independente do meio e do contexto em que está inserido. O reconhecimento do papel do indivíduo em uma sociedade, a compreensão das responsabilidades individuais e coletivas, o conhecimento sobre o papel das estruturas sociais, a noção que as ações individuais têm, geralmente, consequências coletivas, e capacidade dos indivíduos em “navegar” pelo sistema de saúde são exemplos de habilidades e competências que Zarcadoolas *et al.* (2005) circunscrevem ao domínio cívico da literacia em saúde;

Domínio cultural: o quarto e último domínio definido pelo modelo proposto por Zarcadoolas *et al.* (2005) é o cultural, ou seja, aquele associado a normas e condutas compartilhadas em uma sociedade ou grupo social. Parte do reconhecimento que valores e normas sociais não são estantes universais, demandando a necessidade de adequação cultural/social de informações em saúde, como estratégia para evitar que as mesmas não sejam mal interpretadas ou, mesmo, não reconhecidas, dentro de um quadro comum de significação, geralmente partilhado no grupo social. Considerar o domínio cultural da literacia em saúde leva a consideração de que não existe um canal único de informação que atinja, de forma ampla e universal, a toda a população; a informação deve ser específica e considerar as normas e valores partilhados em um grupo social.

O modelo proposto por Zarcadoolas *et al.* (2005) nos lembra que, apesar da centralidade da linguagem na construção e na divulgação de informações sobre saúde, a literacia em saúde precisa ser entendida em uma perspectiva mais avançada, que considere o peso e a influência de cada um dos seus diferentes domínios que, articulados no momento em que o indivíduo é instado a buscar, compreender, avaliar e dar sentido às informações sobre saúde, vão determinar a sua capacidade em dar sentido ou não a estas informações, levando a decisões informadas sobre o cuidado de sua saúde ou de terceiros.

Este modelo também nos lembra que, para a promoção e o desenvolvimento da literacia em saúde, individual e coletivamente, faz-se necessário pensar em estratégias educativas que avancem para além da alfabetização e do desenvolvimento da linguagem. Estratégias que estimulem e desenvolvam este amplo e diverso conjunto de habilidades e competências, permitindo ao indivíduo tomar decisões informadas sobre diferentes aspectos de sua saúde, em uma perspectiva de promoção da autonomia e do empoderamento, permitindo-o, entre outros aspectos, aprimorar o autocuidado, o olhar sobre a saúde de sua família e comunidade, a consciência de seus deveres e direitos no que tange à saúde, individual e coletivamente, e a capacidade de se fazer ouvido e participar, de forma legítima, da organização do cuidado em seu território.

No final dos anos da década de 1990 e, sobretudo, a partir do início dos anos 2000, muito se avançou na produção do conhecimento em saúde, principalmente a partir das discussões em torno do conceito de “promoção da saúde” e como ele vinha orientando reformas em sistemas de saúde de diversos países, como o Canadá, a Inglaterra e a Austrália. Nesse contexto de grande produção acadêmica, aliada à criação de políticas e programas de saúde centrados no conceito da promoção da saúde, destaca-se a contribuição de um professor da Universidade de Sidney (Austrália) e consultor da Organização Mundial da Saúde, Don Nutbeam, que propôs, no ano de 2000, um modelo de educação e comunicação em saúde centrado no desenvolvimento da literacia em saúde de indivíduos e grupos da população (Nutbeam, 2000).

Intitulado “Literacia em Saúde como Objetivo de Saúde Pública: um desafio para as estratégias contemporâneas de educação e comunicação em saúde no século XXI”, o artigo escrito por Nutbeam apresenta uma proposta avançada e multidimensional para se pensar o desenvolvimento de habilidades e competências, individual e coletivamente, para o empoderamento de indivíduos e grupos face aos desafios que se colocavam para o campo da saúde pública na virada do século XXI (Nutbeam, 2000). O modelo proposto por Nutbeam organiza as demandas de desenvolvimento

de habilidades e competências em três níveis: o nível funcional; o nível interativo; e o nível crítico.

O **nível funcional**, também denominado de nível básico, é aquele relacionado à capacidade de ler e compreender informações sobre saúde, ou seja, circunscrito ao domínio fundamental tal qual definido por Zarcadoolas *et al.* (2005). Veremos, adiante, que o nível funcional da literacia em saúde corresponde, em uma aproximação grosseira, ao que se tem denominado de alfabetização em saúde, uma vez que se refere a competências e habilidades básicas usadas pelos indivíduos para interpretar informação textual e numérica sobre saúde.

De acordo com Peres *et al.* (2021), entre as principais demandas dirigidas ao nível funcional da literacia em saúde estão a compreensão de prescrições passadas por profissionais de saúde, leitura de bulas de remédios, orientações recebidas por pacientes para o cuidado de uma situação de saúde, leitura de material educativo, entre tantas outras. Também se relaciona, ainda segundo os autores, às habilidades e competências utilizadas para operar números (numeracia), como as informações sobre dosagem de remédios, chance de cura de uma determinada doença, taxa de letalidade, etc. (Peres *et al.*, 2021).

Por sua vez, o **nível interativo** é aquele que engloba habilidades e competências mais avançadas, utilizadas pelos indivíduos para participar de diferentes situações coletivas, do cotidiano do seu grupo social, relacionadas com o cuidado ou a promoção da saúde. Segundo Peres *et al.* (2021), no nível interativo o foco da literacia em saúde desloca-se do indivíduo para o grupo social, seja a família, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde, entre outros.

Para Nutbeam (2000), considerar e desenvolver habilidades circunscritas ao nível interativo permite aprimorar diferentes processos comunicacionais e inter-relacionais relacionados com o processo de busca, compreensão, avaliação e significação de informações sobre saúde. E, assim, contribui para um maior engajamento dos indivíduos em torno de questões de saúde que vão para além do âmbito individual, dando sentido a experiências coletivas e fortalecendo vínculos sociais indispensáveis para a cuidado de sua saúde ou de terceiros (Nutbeam, 2000; Peres *et al.*, 2021).

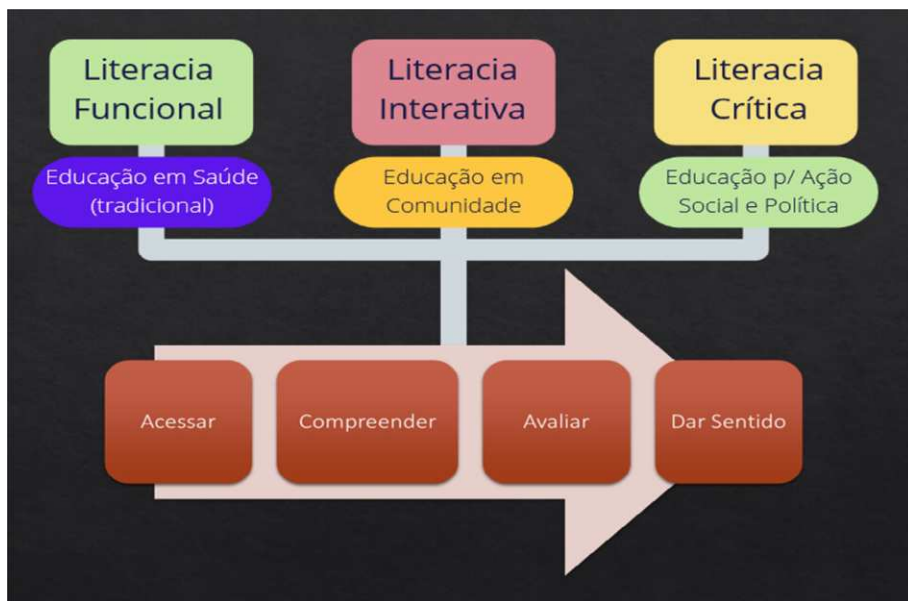
Por fim, o **nível crítico** é aquele que engloba habilidades e competências que o indivíduo utiliza quando é instado a contextualizar, qualificar e questionar as informações sobre saúde a que tem acesso, visando ao cuidado de sua saúde ou de terceiros (Nutbeam, 2000; Peres *et al.*, 2021). Também inclui as relações dos indivíduos e da comunidade como um todo com as diferentes instituições de saúde que se fazem presentes no território compartilhado ou ao qual a comunidade está adscrita. Peres *et al.* (2021) reforçam que considerar o nível crítico da literacia em saúde nos tempos atuais, marcados por um volume excessivo de informações, com pouca ou nenhuma mediação (como no caso das informações veiculadas nas mídias e redes sociais), é uma ação estratégica para avançar na promoção da literacia em saúde de indivíduos e grupos, permitindo-os tomar decisões sobre sua saúde ou de terceiros devidamente informadas, com autonomia e senso crítico para pensar e agir no cuidado e na promoção da saúde.

O modelo proposto por Nutbeam (2000) nos permite identificar diferentes espaços e abordagens para o desenvolvimento de ações de comunicação e educação em saúde. Partindo das habilidades e competências mais básicas, circunscritas ao nível funcional da literacia em saúde (ler, escrever, falar e operar com números, entre outras) e majoritariamente restritas ao indivíduo, até aquelas mais avançadas, próprias dos níveis interativo e crítico da literacia em saúde (se reconhecer como ator-chave em um grupo social e saber contextualizar, de forma crítica e aplicada, o conjunto de informações sobre saúde que recebe, de diferentes fontes, em diferentes contextos, avaliando e dando sentido estritamente àquelas que são necessárias para o cuidado de sua saúde ou de terceiros), é possível identificar qual abordagem educativa se apresenta como a mais adequada em cada momento, em cada situação, para a promoção da literacia em saúde, individual e coletivamente.

A Figura 5 sintetiza as demandas para a promoção da literacia em saúde, devidamente organizadas a partir dos níveis propostos por Nutbeam (2000), e indica distintas abordagens educativas frequentemente utilizadas para o seu desenvolvimento. Importante destacar, contudo, que mesmo nos

espaços voltados para o desenvolvimento de competências circunscritas ao nível funcional, onde ainda prevalecem estratégias educativas centradas na transmissão de conteúdos, com maior ou menor cuidado em relação à linguagem, dependendo da situação e das competências educomunicativas dos responsáveis pela ação, a literacia em saúde, na sua concepção mais avançada, somente será efetivamente desenvolvida pela perspectiva emancipadora (libertadora) da educação em saúde. Constatação que nos remete a uma forte vinculação dos estudos e práticas sobre a promoção da saúde com o pensamento de Paulo Freire (Peres *et al.*, 2021).

Figura 5. Representação esquemática dos níveis de literacia em saúde a serem trabalhados pela educação e pela promoção da saúde, segundo modelo de Nutbeam (2000)



Fonte: Elaboração própria a partir do Modelo de Nutbeam (2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluirmos este capítulo introdutório, e considerando os principais antecedentes que levaram à conformação de um campo de estudos e práticas sobre a literacia em saúde, no Brasil e no mundo, observa-se a necessidade

de promover esforços visando a adequação das estratégias de educação, comunicação e promoção da saúde à literacia em saúde de indivíduos e grupos. Esforços que, ao mesmo tempo, se configuram como desafio e oportunidade.

Alguns dos principais desafios para a promoção da literacia em saúde, por meio de práticas educativas libertadoras, foram aqui elencados, e estão relacionados principalmente com o amplo e irrestrito acesso a um enorme contingente de informações, disponibilizadas em espaços com pouca ou nenhuma mediação, como as mídias sociais, e que chegam cotidianamente a indivíduos e grupos da população com habilidades e competências pouco desenvolvidas para dar-lhes sentido, visando ao cuidado de sua saúde ou de terceiros. Informações estas que podem ser produzidas tanto de maneira responsável quanto pouco cuidadosa, ou, ainda, serem deliberadamente fabricadas, ampliando o escopo das habilidades e competências necessárias para que sejam significadas e que sirvam, de fato, para o processo de tomada de decisões informada sobre a saúde.

Porém, os referidos esforços visando a adequação das estratégias de educação, comunicação e promoção da saúde à literacia em saúde, individual e coletivamente, podem igualmente se configurar como oportunidades, sobretudo no que diz respeito a:

Oportunidade de melhorar o nível de literacia (geral) da população: uma parte significativa das habilidades e competências que os indivíduos utilizam para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde, visando o cuidado de sua saúde ou de terceiros, é também utilizada para significar informações outras, utilizadas nas mais diversas situações do cotidiano. Quanto mais desenvolvidas forem tais habilidades, melhor será a resposta dos indivíduos frente à necessidade de darem sentido a informações para a tomada de decisão informada sobre diferentes aspectos de sua vida, individual e coletivamente. Nesse sentido, promover a literacia em saúde é, também, uma oportunidade para contribuir para um projeto de sociedade mais crítica, capaz de reconhecer e enfrentar os desafios que vão se complexificando na medida em que os diferentes grupos sociais, ao redor do

planeta, vão avançando de maneira desigual no processo de desenvolvimento de suas nações ou regiões;

Oportunidade de melhorar a qualidade da comunicação em saúde: o desafio de adequar as estratégias educacionais à literacia em saúde de indivíduos e grupos da população é, também, uma oportunidade para o aprimoramento da comunicação em saúde, rompendo de vez com a perspectiva normativa/prescritiva, que reduz a comunicação à transmissão de informações, geralmente em via única (do especialista para o não especialista). Tal oportunidade parte da necessidade (urgente) de incluir a comunidade no processo de elaboração da comunicação em saúde, por meio de uma perspectiva horizontal de produção do conhecimento, orientada pela literacia em saúde de todos os atores envolvidos no processo.

Neste sentido, a organização e a realização de uma Mostra Brasileira de Literacia em Saúde foi um passo importante para compreender o avanço e a diversidade do campo de estudos e práticas sobre literacia em saúde no país, aproximando diferentes grupos de pesquisa, atores da prática, estudantes e profissionais, no sentido de criar pontes para o fortalecimento das capacidades já existentes e dispersas no imenso território nacional, visando a promoção da literacia em saúde junto aos indivíduos e grupos da população que mais necessitam.

Buscou contribuir para a consolidação da ideia que, para além das disputas conceituais e da compartimentalização da produção do conhecimento acadêmico, fica a responsabilidade coletiva em torno da criação de condições para o desenvolvimento de habilidades e competências, individual e coletivamente, para avançarmos no processo de busca, compreensão, avaliação e significação de informações sobre saúde, no Brasil, na América Latina e internacionalmente, transformando, assim, os desafios em oportunidades para a construção de um projeto de sociedade (nacional, regional e global) mais desenvolvido.

REFERÊNCIAS

- Abel, T., & Benkert, R. (2022). Critical health literacy: reflection and action for health. *Health promotion international*, 37(4), daac114.
- Doak, C. C., Doak, L. G., & Root, J. H. (1996). Teaching patients with low literacy skills. *AJN The American Journal of Nursing*, 96(12), 16M.
- Hobbs, R. (2018). Expanding the concept of literacy. In R. Kubey (Ed.), *Media literacy in the information age* (pp. 163-183). New Brunswick: Transaction Publishers.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). (2018). *Position statement on health literacy: A practical vision for a health-literate world*. IUHPE Global Working Group on Health Literacy. Paris: IUHPE.
- Matthews, C. (2014). Critical pedagogy in health education. *Health Education Journal*, 73(5), 600-609.
- Murray DE. Changing technologies, changing literacy communities? *Lang learn & tech*. 2000; 4(2): 39-53.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Okan, O. (2019). From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. In *International handbook of health literacy* (pp. 21-38). Policy Press.
- Peres, F., Rodrigues, K. M., & Lacerda, T. (2021). *Literacia em saúde*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Peres, F. (2023). Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 1563-1573.
- Rudd, R. E. (2015). The evolving concept of health literacy: new directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 7-9.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 50(6), 633-640.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195-203.

CAPÍTULO 3

LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE: DOS ANTECEDENTES DO CONCEITO AO FUTURO DA PESQUISA

Nicole Leão

A partir da década de 1970, a Revolução Tecnológica mudou como nossa sociedade se estrutura. Ocorreram, quase que simultaneamente, processos inéditos de desenvolvimento da microeletrônica, da informática, da robótica, da genética e das telecomunicações, entre outras áreas científicas. A chamada Terceira Revolução Industrial, ou Revolução Técnico-Científica e Informacional (ou seja, centrada nas Tecnologias da Informação e Comunicação, as TICs), culminou, no final do século XX e início do século XXI, em uma Revolução Digital, com a expansão e popularização do uso de computadores, celulares, internet e outras tecnologias digitais.

Na sociedade contemporânea mediatizada, fortemente mediada (e, inclusive, definida) pela mídia e pelas TICs, novas relações se estabeleceram entre sociedade, cultura e tecnologia, conformando o que chamamos de Sociedade da Informação (Castells, 2000). O uso em larga escala da internet não apenas revolucionou nossa sociedade, mas alterou profundamente os modos como vivemos, nos relacionamos, nos informamos e realizamos nossas tarefas cotidianas (Eysenbach, 2001). A mídia (entendida não apenas como os veículos de comunicação – televisão, jornais, rádio –, mas sim como todas as tecnologias que permitem que os seres humanos se comuniquem, ou seja, que mediam a comunicação) e os processos de comunicação adquiriram importância primordial na produção de sentidos, enquanto as TICs tornaram-se centrais nos processos econômicos, políticos e sociais e nas disputas de poder. Portanto, a informação assumiu um valor de mercado, tornando-se um bem extremamente valioso.

A quantidade, o alcance e a velocidade da circulação da informação atingem níveis inéditos – um dilúvio informacional, como metaforizou Pierre Lévy (1999). De fato, em poucos anos, passamos a ter acesso a uma enxurrada de informações. Alguns autores também se referem a essa nova realidade como uma infodemia (Opas, 2020), ou seja, uma pandemia na qual as informações têm capacidade para se alastrar tão rapidamente quanto um vírus. A infodemia e o dilúvio informacional contaminam e inundam diversas áreas do conhecimento, incluindo a saúde.

Nessa nova sociedade hiperconectada, a internet tornou-se rapidamente a principal fonte de busca de informações sobre saúde. Dentre os internautas brasileiros, 50% utilizam a *web* para procurar informações relacionadas à saúde ou a serviços de saúde (CGI.br, 2022). Os mediadores tradicionais das informações sobre saúde – o profissional da Atenção Básica, o farmacêutico ou mesmo o jornalista setorial da saúde – foram aos poucos sendo substituídos pelos buscadores da rede mundial de computadores, que passou a oferecer novas e diversificadas formas imediatas de mediação da informação sobre saúde.

É nesse contexto que surge o conceito de saúde digital (*eHealth*, em inglês) que se refere, em linhas amplas, à utilização das TICs na área da saúde (Eysenbach, 2001). A saúde digital engloba as práticas de telemedicina, ou seja, a prestação de atendimento clínico à distância, e de telessaúde, termo amplo que designa o uso de sistemas de informação, comunicação e tecnologias em geral na área da saúde – incluindo a telemedicina, mas também outras práticas como, por exemplo, a especialização remota de profissionais da saúde e a rotina administrativa dos serviços da área por meio das tecnologias digitais.

No entanto, muitas outras práticas e serviços podem ser abrigados no grande guarda-chuva da saúde digital, por exemplo: *chatbots* usados no atendimento em saúde; dispositivos vestíveis inteligentes (*wearable devices*), capazes de aferir a pressão arterial, o batimento cardíaco e a oxigenação do sangue dos indivíduos, entre outras funções; programas, softwares e aplicativos móveis de autocuidado; cirurgias robóticas que utilizam tecnologias digitais

cada vez mais avançadas; sistemas de gerenciamento de informação em nuvem; bancos de dados com informações dos prontuários eletrônicos de usuários; jogos digitais; recursos de realidade virtual; portais e websites sobre saúde; perfis sobre saúde em mídias sociais, entre outros.

Entre elogios e críticas, é importante frisar que o que determina se a expansão da saúde digital é positiva ou negativa para a população é o tipo de uso que se faz dos seus recursos. Para alguns teóricos tecnofóbicos, o tipo de digitalização que estamos vivenciando é prejudicial à saúde pública, já que os procedimentos à distância poderiam prejudicar a humanização dos atendimentos e procedimentos em saúde. Por outro lado, os tecnófilos, entusiastas das tecnologias digitais na saúde, argumentam que as plataformas digitalizadas e de inteligência artificial acabam por agilizar os procedimentos e, por isso, liberam tempo para os profissionais de saúde aprimorarem o atendimento e a empatia com os usuários.

Por isso, mais do que um desenvolvimento técnico, é importante pensarmos a saúde digital em seu sentido ampliado, de forma que as tecnologias digitais possam ser utilizadas para melhorar o acesso, a qualidade e a segurança dos serviços de atenção e cuidado à saúde, em níveis local, regional e mundial. Na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável¹ da Organização das Nações Unidas (ONU), a disseminação das TICs e a interconectividade global aparecem em destaque como recursos “para acelerar o progresso humano, para eliminar o fosso digital e para o desenvolvimento de sociedades do conhecimento, assim como a inovação científica e tecnológica em áreas tão diversas como medicina”.

Na área da saúde, a nível mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2021, a “Estratégia Global de Saúde Digital 2020-2025”², documento com diretrizes que visam desenvolver uma saúde digital comprometida com o acesso e a qualidade dos serviços e sistemas de saúde.

No Brasil, temos a “Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028”³, que lançou iniciativas como a plataforma ConecteSUS⁴, na qual o cidadão pode

1 <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>

2 <https://www.who.int/docs/default-source/documents/g4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>

3 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf

4 <https://conectesus.saude.gov.br/home>

acompanhar seu histórico clínico no SUS, como registros de vacinação, de doações de sangue e de medicamentos retirados na Farmácia Popular, resultados de exames, dentre outras funcionalidades. Cada vez mais utilizadas para propósitos médicos e de promoção da saúde, as tecnologias digitais acabaram se tornando um determinante-chave da saúde (Health, 2021), o que ficou ainda mais evidente durante a Pandemia de covid-19, que acelerou os processos de transformação digital nos serviços de saúde e fez com que muitos indivíduos experimentassem, pela primeira vez, a utilização de serviços de telessaúde.

Por sua vez, os pacientes digitalmente engajados (Lupton, 2014), ou *ePatients* (Ferguson, 2002), passaram a estabelecer novas relações com os profissionais da saúde. Se, por um lado, o maior acesso e a maior quantidade de informações sobre saúde disponibilizada na internet abrem portas para que os usuários sejam mais ativos e tomem decisões mais conscientes e informadas sobre a própria saúde, por outro, o “Dr. Google” e a informação não verificada sobre saúde, produzida por fontes aleatórias e pouco confiáveis em um ambiente pouco regulado, tornam os usuários mais suscetíveis a riscos. Nesse novo contexto, saber reconhecer a qualidade da informação sobre saúde disponibilizada na internet torna-se um grande desafio.

Até agora, dentre as estratégias mais populares de enfrentamento a esse problema, estão: a avaliação da qualidade da informação em *websites* de saúde por meio de variados métodos (Paolucci; & Pereira Neto, 2021) e critérios (Pereira Neto *et al.*, 2022), como o questionário Discern⁵ (Charnock *et al.*, 1999; Logullo *et al.*, 2019) ou a certificação internacional Hon Code, descontinuada no final de 2022; e a checagem de fatos (*fact-checking*), realizada por agências, credenciadas pela International Fact-Checking Network (IFCN)⁶, que se propõem a verificar se determinada informação é verdadeira, falsa ou parcialmente verdadeira.

No Brasil, a maioria dos projetos e iniciativas que combatem e denunciam as *fake news* estão reunidas na Rede Nacional de Combate à Desinformação

5 <http://www.discern.org.uk/>

6 <https://www.poynter.org/ifcn/>

(RNCD)⁷. Apesar desses esforços, alguns estudos já atestaram que, na internet, as notícias falsas se espalham seis vezes mais rapidamente que as notícias verdadeiras (Vosoughi; Roy; Aral, 2018) e que uma informação desmentida nunca tem a mesma propagação e o mesmo efeito que o conteúdo inverídico.

Motivados pela preocupação com a qualidade da informação sobre saúde na internet, dois pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Toronto, no Canadá, desenvolveram o conceito de *eHealth literacy*, traduzido livremente para o português brasileiro como “literacia digital em saúde” ou “literacia em saúde digital”. O artigo “eHealth Literacy: essential skills for consumer health in the networked world” foi publicado em 2006 por Cameron Norman e Harvey Skinner (2006a) no *Journal of Medical Internet Research (Jmir)*⁸, publicação de acesso aberto mais importante sobre saúde digital atualmente no mundo.

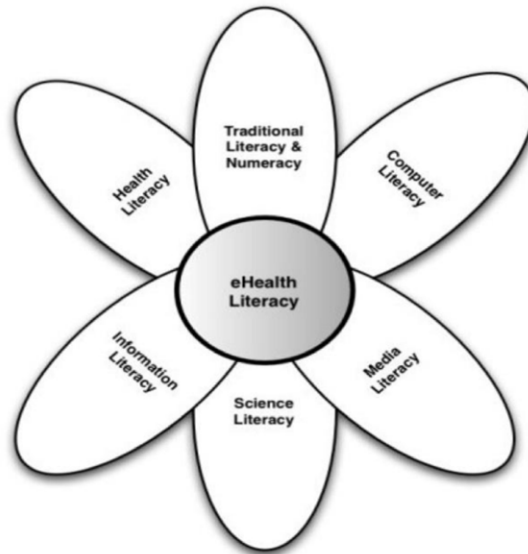
Neste estudo, eles definem a literacia digital em saúde como “a habilidade para procurar, encontrar, entender e avaliar informações sobre saúde de fontes eletrônicas e aplicar o conhecimento adquirido para abordar ou resolver um problema de saúde” (Norman & Skinner, 2006a, p. 2, tradução minha). Trata-se, em outras palavras, de uma competência em informação que permite que o usuário tenha menos dificuldades e mais habilidades para pesquisar e distinguir as boas das más informações, a fim de aplicá-las para melhorar sua saúde e qualidade de vida (Sousa *et al*, 2021).

A literacia digital em saúde, conforme proposta por Norman e Skinner, revela-se como uma importante estratégia alternativa de enfrentamento à desinformação sobre saúde na internet, porém com uma diferença importante das demais já citadas: há um deslocamento do foco da ação, que sai da informação já publicada e recai sobre as habilidades pessoais e individuais para buscar, acessar, encontrar e avaliar as informações – o que evitaria, por exemplo, que informações incorretas fossem consumidas e compartilhadas indiscriminadamente. O modelo visual que esses autores propõem para a literacia digital em saúde remete ao formato de uma flor, mais especificamente de um lírio (*lily model*), conforme mostra a Figura 1.

7 <https://rncd.org/>

8 <https://www.jmir.org/>

Figura 1. Modelo do lírio (lily model) da literacia digital em saúde (eHealth literacy)



Fonte: Norman & Skinner, 2006a.

Localizada no centro da flor, a literacia digital em saúde (*eHealth Literacy*) se apoia sobre seis pétalas, que representam as outras seis habilidades principais (literacias) que conformam a base da literacia digital em saúde. Três delas são literacias que os autores chamam de “componentes analíticos” (*analytic components*), ou seja, que envolvem habilidades aplicáveis a uma ampla gama de fontes e contextos de informação. São elas:

- Literacia tradicional e numeracia: capacidade de ler textos, entender passagens escritas, falar e escrever um idioma de forma coerente e lidar com números;
- Literacia informacional ou competência em informação: capacidade de procurar e utilizar informações e compreender como elas são organizadas;
- Literacia midiática: capacidade de entender como as mídias operam e como as informações midiáticas são inseridas e ganham sentido nos contextos social e político.

As outras três literacias que compõem o modelo são chamadas de “componentes específicos do contexto” (*context-specific components*), ou seja, habilidades específicas a uma determinada situação. São elas:

- Literacia digital: capacidade de utilizar computadores para resolver problemas;
- Literacia científica: capacidade de contextualizar as descobertas da pesquisa sobre saúde, compreendendo os processos de pesquisa envolvidos na construção de conhecimento;
- Literacia para a saúde: capacidade de ler, entender e agir acerca das informações de saúde.

O conjunto de habilidades relacionadas à literacia digital em saúde, portanto, compreende competências relacionadas não apenas à saúde, mas também à alfabetização tradicional (ou básica), conceitos numéricos, computadores, mídia, ciência e informação. Possuir todas essas habilidades integradas permitiria aos usuários obter resultados positivos não apenas no comportamento relacionado à busca de informações, mas também uma maior probabilidade de se envolver em experiências proativas relacionadas à saúde. Dessa forma, a literacia digital em saúde tem potencial tanto para proteger os cidadãos de possíveis danos, quanto para capacitá-los a tomar boas decisões informadas sobre sua saúde (Souza, 2023).

Pouco tempo depois da publicação pioneira com o conceito, ainda em 2006, Norman e Skinner (2006b) publicaram novo artigo lançando a *eHealth Literacy Scale (eHeals)*, uma escala e um questionário desenvolvidos para avaliar a percepção dos indivíduos sobre as próprias habilidades para diferenciar e compreender a informação sobre saúde na internet. Esse instrumento gerou um grande debate acadêmico e, desde então, já foi citado como referência em quase dois mil outros textos acadêmicos, até dezembro de 2023, segundo o Google Acadêmico. Trata-se de um instrumento já traduzido para mais de 11 idiomas e aplicado em diversos países, contextos e populações. Em 2021, a *eHeals* foi finalmente traduzida e adaptada para a realidade cultural do Brasil, em artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (Mialhe *et al.*, 2022), vide o Quadro 1.

Quadro 1. Versão final adaptada da escala eHEALS-Br

<p>Para as questões do quadro abaixo, eu gostaria de saber sua opinião e sua experiência no uso da internet para obter informações sobre saúde. Para cada afirmação, marque a resposta que reflete melhor sua opinião e sua experiência neste momento. Esclareço que o termo “recursos de saúde” nas questões abaixo se refere tanto às páginas da internet como a aplicativos relacionados à saúde.</p>
<p>Eu sei quais recursos de saúde estão disponíveis na internet. 1) Discordo totalmente 2) Discordo em parte 3) Não tenho certeza 4) Concordo em parte 5) Concordo totalmente</p>
<p>Eu sei onde encontrar recursos de saúde úteis na internet. 1) Discordo totalmente 2) Discordo em parte 3) Não tenho certeza 4) Concordo em parte 5) Concordo totalmente</p>
<p>Eu sei como encontrar recursos de saúde úteis na internet. 1) Discordo totalmente 2) Discordo em parte 3) Não tenho certeza 4) Concordo em parte 5) Concordo totalmente</p>
<p>Eu sei como usar a internet para esclarecer minhas dúvidas sobre saúde. 1) Discordo totalmente 2) Discordo em parte 3) Não tenho certeza 4) Concordo em parte 5) Concordo totalmente</p>
<p>Eu sei como usar as informações sobre saúde que encontro na internet para me ajudar. 1) Discordo totalmente 2) Discordo em parte 3) Não tenho certeza 4) Concordo em parte 5) Concordo totalmente</p>
<p>Eu tenho as habilidades de que preciso para avaliar os recursos de saúde que encontro na internet. 1) Discordo totalmente 2) Discordo em parte 3) Não tenho certeza 4) Concordo em parte 5) Concordo totalmente</p>
<p>Eu consigo diferenciar os recursos de saúde que são de alta qualidade dos que são de baixa qualidade na internet. 1) Discordo totalmente 2) Discordo em parte 3) Não tenho certeza 4) Concordo em parte 5) Concordo totalmente</p>
<p>Eu me sinto seguro ao usar informações da internet para tomar decisões relacionadas à saúde. 1) Discordo totalmente 2) Discordo em parte 3) Não tenho certeza 4) Concordo em parte 5) Concordo totalmente</p>

Fonte: Mialhe et al., 2022.

Desde 2006, pesquisas sobre a literacia digital em saúde mostraram que pessoas com altos níveis de literacia digital em saúde são mais propensas a usar a internet para responder a perguntas sobre saúde, além de mais aptas a entender as informações que encontram, a avaliar a veracidade dessas informações, a discernir sobre a qualidade dos sites sobre saúde e a usar essas informações para tomar decisões de saúde bem informadas (Neter & Brainin, 2012).

Elevados níveis de literacia em saúde também foram relacionados a uma maior prática de exercício físico e a maiores níveis educacionais (Tennant *et al.*, 2015; Xesfingi & Vozikis, 2016). Por outro lado, menores níveis de literacia digital em saúde foram relacionados à maior ocorrência de quadros depressivos e de doenças crônicas (Choi & Dinitto, 2013; Neter & Brainin, 2012). Por todas essas correlações, entendemos que, além de estratégia essencial no enfrentamento à desinformação sobre saúde, a literacia digital em saúde tornou-se também, ela própria, uma importante determinante social da saúde, assim como a literacia em saúde (Nutbeam & Lloyd, 2021). Dessa forma, diferentes níveis de literacia digital em saúde podem contribuir para reforçar as desigualdades sociais.

No Brasil, segundo a pesquisa TIC Domicílios 2023⁹, 29,4 milhões de pessoas ainda não são usuárias da Internet, sendo a grande maioria dessas pessoas pretas ou pardas (17,2 milhões) e das classes sociais D ou E (17,2 milhões). Do total de domicílios brasileiros, menos da metade (41%) possui ao menos um computador, já que 58% dos internautas utilizam apenas o telefone celular para se conectarem. Esses são dados recentes que se relacionam apenas ao acesso, o qual é o importante primeiro passo para que as pessoas possam, de fato, se inserir no universo digital. Porém, no domínio da saúde, existem novas configurações de exclusão digital que vão além. Mesmo que uma pessoa tenha acesso e conectividade, ainda existem outras diferenças importantes relacionadas à maneira como as pessoas incorporam a internet em suas vidas e que podem incitar, mesmo que involuntariamente, novas camadas de desigualdades.

Podemos citar como exemplo a neutralidade da rede: muitas vezes (e principalmente em planos com pacotes de dados pré-pagos para celulares), um determinado usuário tem acesso à internet, mas a franquia de dados disponível é restrita para o uso de determinado aplicativo ou rede social, o que impede que esse usuário acesse qualquer site ou aplicativo que desejar. Da mesma forma, baixos níveis de literacia digital em saúde podem conformar uma nova camada de exclusão digital, uma vez que não basta se conectar e encontrar a

9 https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2023_coletiva_imprensa.pdf

informação sobre saúde que se deseja. Para fazer um uso bem informado de um conteúdo a fim de resolver um problema de saúde é necessário também compreender, dar sentido e avaliar criticamente as informações encontradas. Afinal, não pode existir literacia sem visão crítica.

Parece-nos coerente, portanto, que novos estudos sobre literacia digital em saúde, principalmente no Brasil, se dediquem a investigar e compreender o que poderia impactar essas habilidades específicas em diferentes contextos socioeconômicos e em cenários de grande desigualdade social. Esse tipo de especificidade pode ser particularmente importante para embasar a elaboração de políticas públicas regionais e locais de saúde, uma vez que pode fornecer informações para que se desenvolvam intervenções sob medida e estratégias de educação em saúde adequadas a determinados segmentos da população.

Qualquer informação (e em especial a informação sobre saúde) precisa ser contextualizada e adaptada à realidade do interlocutor, para que então ganhe sentido para a pessoa com quem se pretende dialogar. Esse procedimento faz com que os indivíduos ressignifiquem e se apropriem daquela informação. Principalmente quando falamos de modulação de comportamentos saudáveis e de adesão a protocolos sanitários, a contextualização deve ser inerente às práticas de comunicação, que são, acima de tudo, processos sociais.

A literacia digital em saúde é um conceito complexo e multifacetado, ainda em evolução. Desde o lançamento do conceito e da escala *eHeals* por Norman e Skinner, em 2006, vários pesquisadores de diversas partes do mundo propuseram novos modelos e conceitos para a literacia digital em saúde. Atualmente, assim como ocorre com a literacia em saúde (Peres; Rodrigues; Silva, 2021), são hegemônicos nesse campo os estudos que se dedicam a apenas mensurar os níveis de literacia digital em saúde, sem contextualizar a problemática social que pode estar envolvida no fato de diferentes segmentos da população possuírem mais ou menos habilidades para lidar com a informação sobre saúde na internet.

Acreditamos que o avanço rumo a uma dimensão crítica da literacia digital em saúde, que congrege as habilidades cognitivas e sociais dos

indivíduos – a exemplo da literacia crítica em saúde proposta por Nutbeam (2000) –, pode contribuir para fomentar a participação social na saúde e a conscientização cidadã sobre o direito universal e integral à saúde.

Considerando a realidade social, política e econômica do Brasil, também parece promissor um possível percurso de investigação que relacione a literacia digital em saúde com a autonomia dos sujeitos, a partir da perspectiva da Pedagogia Crítica de Paulo Freire (1996). Como já dito, a literacia digital em saúde deve se atentar ao desenvolvimento de uma visão crítica por parte dos cidadãos, o que alimentaria um progressivo processo de tomada de consciência que serviria para embasar decisões bem informadas em busca do bem-estar e de uma vida mais saudável. Apesar de ter sido desenvolvida em um contexto desprovido das tecnologias digitais, a proposta pedagógica de Paulo Freire permanece surpreendentemente atual, inclusive no campo da saúde.

Da mesma forma, poder-se-ia aproveitar a potência da rede que a Sociedade da Informação nos trouxe para expandir a agenda de pesquisa da literacia digital em saúde rumo a uma práxis que dialogue mais diretamente com intervenções intersetoriais em rede, de forma que o conhecimento científico produzido ali se traduza em políticas públicas de promoção da saúde. Essas são propostas que podem pavimentar o necessário percurso suleador quando falamos sobre literacia em saúde e sobre sua “irmã” mais moderna, a literacia digital em saúde.

REFERÊNCIAS

- Castells, M., & Espanha, R. (2007). *A era da informação: economia, sociedade e cultura* (Vol. 1). Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas.
- CGI.br. (2022). *Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2021*. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil. <https://bit.ly/41KNVTe>
- Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G., & Gann, R. (1999). DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of epidemiology and community health*, 53(2), 105. <https://jech.bmj.com/content/53/2/105>.
- Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2013). The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/Internet use. *Journal of medical Internet research*, 15(5), e93. <https://www.jmir.org/2013/5/e93/>

- Eysenbach, G. (2001). What is e-health?. *Journal of medical Internet research*, 3(2), e833. <https://www.jmir.org/2001/2/e20/>
- Ferguson, T. (2002). What e-patients do online: a tentative taxonomy. The Ferguson Report, 9. <http://www.fergusonreport.com/articles/fr00904.htm>
- Freire, P. (2011). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Editora Paz e Terra.
- Lévy, P. (1999). *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34. Coleção Trans.
- Logullo, P., Torloni, M. R., de OC Latorraca, C., & Riera, R. (2019). The Brazilian Portuguese version of the discern instrument: translation procedures and psychometric properties. *Value in Health Regional Issues*, 20, 172-179. [https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099\(19\)30589-8/fulltext](https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099(19)30589-8/fulltext)
- Lupton, D. (2014). The commodification of patient opinion: the digital patient experience economy in the age of big data. *Sociology of health & illness*, 36(6), 856-869. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.12109>
- Mialhe, F. L., Moraes, K. L., Sampaio, H. A. D. C., Brasil, V. V., Vila, V. D. S. C., Soares, G. H., & Rebutini, F. (2021). Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento eHealth Literacy Scale em adultos brasileiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://www.scielo.br/j/reben/a/xSDDgTsJ68xtL6qhVcnrKZc/?lang=pt>
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research*, 14(1), e19. <https://www.jmir.org/2012/1/e19/>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of medical Internet research*, 8(2), e506. <https://www.jmir.org/2006/2/e9/>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e507. <https://www.jmir.org/2006/4/e27/>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267. <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*, 42(1), 159-73. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). (2020). *Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a Covid-19*. Brasil: OPAS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=14
- Paolucci, R., & Neto, A. P. (2021). Methods for evaluating the quality of information on health websites: Systematic Review (2001-2014). *Latin American Journal of Development*, 3(3), 994-1056. <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/jdev/article/view/299>
- Pereira Neto, A., Ferreira, E. D. C., Domingos, R. L. A. M. T., Barbosa, L., Vilharba, B. L. D. A., Dorneles, F. D. S., & Graeff, S. V. B. (2022). Avaliação da qualidade da informação de

sites sobre Covid-19: uma alternativa de combate às fake news. *Saúde em Debate*, 46, 30-46. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LbTryTXyZT9wLt4tkZxG89k/abstract/?lang=pt>.

Peres, F., Rodrigues, K. M., & Lacerda, T. (2021). *Literacia em saúde*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Sousa, R. A. D., Moreira, K., Farinelli, M., Pereira, A., & Flynn, M. (2021). *Literacia Digital e interfaces com a saúde: uma revisão integrativa*. Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências. São Paulo: Cultura Acadêmica, 421-443.

Souza, N. F. M. L. de. (2023). *Literacia digital em saúde: O papel das condições socioeconômicas de jovens brasileiros no uso da informação sobre saúde na internet*. São Roque, SP: Gênio Editorial. Disponível em: <https://www.genioeditorial.com/product-page/literacia-em-saude-o-papel-das-condicoes-socioeconomicas-de-jovens-brasileiros>.

Tennant, B., Stelfox, M., Dodd, V., Chaney, B., Chaney, D., Paige, S., & Alber, J. (2015). eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. *Journal of medical Internet research*, 17(3), e70. <https://www.jmir.org/2015/3/e70/>

The Lancet Digital Health. (2021). Digital technologies: A new determinant of health. *The Lancet Digital Health*, 3(11), e684. [https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(21\)00238-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(21)00238-7/fulltext).

Vosoughi, S., Roy, D., & Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *science*, 359(6380), 1146-1151. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.aap9559>

Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). eHealth literacy: in the quest of the contributing factors. *Interactive journal of medical research*, 5(2), e4749. <https://www.i-jmr.org/2016/2/e16/citations>

CAPÍTULO 4

O QUE É UM PESO SAUDÁVEL: DESENVOLVIMENTO DE VÍDEO EDUCATIVO BASEADO NO LETRAMENTO EM SAÚDE

Lisidna Almeida Cabral
Dayze Djanira Furtado de Galiza
Helena Alves de Carvalho Sampaio

INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos, a prevalência de obesidade aumentou em todo o mundo, adquirindo proporções pandêmicas. Definida por um IMC maior ou igual a 30 kg/m², apresenta prevalência extremamente variável entre os países do mundo, indo de 3,7% no Japão a 38,2% nos Estados Unidos (Blüher, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a obesidade é um dos problemas de saúde pública mais graves da atualidade. A estimativa é de que, em 2025, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade (Abeso, [s.d.]). Na América Latina, as maiores prevalências são observadas no Chile, México, Brasil, Argentina e Paraguai, com valores atingindo patamares semelhantes aos de diversos países desenvolvidos, à exceção dos Estados Unidos, no qual o nível de obesidade é bem superior (Ferreira *et al.*, 2021).

Especificamente em relação ao Brasil, a obesidade aumentou 72% nos últimos 13 anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019, segundo a pesquisa VIGITEL, que utiliza peso e altura autorreferido para determinação do IMC (Brasil, 2007, 2020). Já segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em que os dados antropométricos são efetivamente aferidos e não autorreferidos, a prevalência de obesidade no país aumentou de 20,8% em 2013 para 25,9% em 2019 (Brasil., 2020, Ferreira *et al.*, 2021).

No Brasil, em virtude do expressivo aumento do excesso de peso em todas as faixas etárias, sexo e níveis de renda, a obesidade tornou-se objeto de políticas públicas nas últimas duas décadas. A partir da publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), diretrizes para prevenção e tratamento para a obesidade foram instituídas. Em 2012, houve revisão da PNAN e em 2013, estabeleceu-se a linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2013, Dias *et al.*, 2017).

De maneira geral, no Brasil e no mundo, as ações que tem se mostrado mais efetivas são aquelas intersetoriais e contínuas, que contemplam o fortalecimento de sistemas alimentares, a regulação de publicidade de produtos ultraprocessados e daquela dirigida ao público infantil; a melhoria da rotulagem de alimentos; a implementação de medidas fiscais e regulatórias que desencorajem a aquisição de produtos ultraprocessados, a promoção de ambientes alimentares saudáveis; e o desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional (Castro, 2017, Halpern *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a proposta mais abrangente em termos de políticas públicas intersetoriais é a vinculada ao SISAN, representada pelo guia alimentar publicado em 2014, que considera a promoção da alimentação adequada e saudável como parte da construção de um sistema alimentar “social e ambientalmente sustentável” e destaca condicionantes da alimentação, desde a produção até o consumo. A ideia central gira em torno de uma “agenda única de nutrição”, com enfoque na promoção da alimentação adequada e saudável como estratégia para enfrentar as deficiências nutricionais, obesidade e DCNT (Dias *et al.*, 2017).

Como esse instrumento é extenso e apresenta linguagem técnica em alguns pontos, o mesmo pode ser de difícil compreensão para a maioria da população. Assim, urge adotar estratégias educativas adaptadas para o nível de letramento da população em geral, que simplifiquem a informação e a torne de fácil aplicação. Nesta perspectiva, o letramento em saúde está intrinsecamente relacionado à obtenção das informações necessárias e adesão ao tratamento de doenças crônicas,

configurando-se em um fator determinante para o sucesso do tratamento ou para deter a progressão da doença (Vasconcelos; Sampaio; Vergara, 2018).

Uma estratégia educativa que favorece esse processo de compreensão é a construção de vídeos educativos, o qual é uma ferramenta que facilita o entendimento de informação, pois permite que as cenas sejam assistidas múltiplas vezes, quantas vezes forem necessárias, além de ter a possibilidade de arquivamento dos vídeos para acesso posterior, a flexibilidade de acesso, podendo ser retomado em qualquer recurso tecnológico e em qualquer horário, a possibilidade de substituir apresentação ao vivo, dentre outras. Comparado com informação escrita, os vídeos são mais acessíveis em termos de linguagem e comunicação e apresentam melhor custo-benefício (Pastor Junior; Tavares, 2019).

Ademais, durante as etapas de construção dos vídeos é possível adaptar as informações ao nível de entendimento da população, tornando uma linguagem que antes era técnica mais acessível ao público a que se destina. Para isso, pode-se lançar mão dos fundamentos do letramento em saúde para auxiliar na elaboração de materiais educativos, como os vídeos, por orientar a utilização de uma linguagem simples, com palavras claras, curtas e familiares ao público, sem jargões médicos ou termos científicos, discurso de forma clara e lento, dividindo as informações em pequenas partes (Moore, 2010, Pernell *et al.*, 2014, Sudore & Schillinger, 2009), usar a voz ativa dirigindo-se ao usuário quando descrever ações, identificar uma ação que o usuário possa executar e utilizar recursos visuais para facilitar a compreensão (Eichner & Dullabh, 2007, Shoemaker & Brach, 2013).

Isso se deve ao fato de o letramento em saúde ser definido como um conjunto de conhecimento, motivação e competências para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde que auxiliem na tomada de decisões cotidianas para prevenir doenças, aperfeiçoar o cuidado e a promoção em saúde, para que se possa manter ou melhorar a qualidade de vida (Sorensen, 2019), necessitando, portanto, que o indivíduo tenha habilidades como leitura, escrita, cálculo, comunicação e uso de tecnologias eletrônicas, pois as informações podem ser transmitidas por diversos meios.

Por esse motivo, o letramento em saúde se tornou tema de estudos nacionais e internacionais que demonstram o baixo nível de letramento em saúde das populações e que uma pessoa com baixo nível de letramento em saúde pode não ser capaz de entender informações em saúde, apresentar menor participação em atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, cometer mais erros na operacionalização de prescrições, ter mais acidentes de trabalho, passar por várias internações hospitalares, ter baixa qualidade de vida, maiores níveis de ansiedade e menor suporte social (Ghisi *et al.*, 2018, Machado; Dahdah & Kebbe, 2018), tornando importante implementar sistemas e intervenções que promovam o aumento da compreensão por parte dessas pessoas (Santos & Portella, 2016).

Em contrapartida, o letramento em saúde adequado pode aumentar a capacidade de uma pessoa ser responsável pela sua saúde e pela saúde da sua família, buscando atendimento no momento adequado, navegando pelo sistema de saúde e compartilhando importantes decisões médicas (Goodwin *et al.*, 2018, Sorensen *et al.*, 2012, Winkelman *et al.*, 2016).

Assim, o objetivo do estudo foi desenvolver um vídeo sobre o que é um peso saudável a partir dos fundamentos do letramento em saúde.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A opção pela abordagem do peso saudável se deu pelas dificuldades que são encontradas em explicar o peso saudável também na perspectiva do índice de massa corporal (IMC). Esta informação envolve habilidades de numeramento e muitas vezes o profissional omite detalhes de seu cálculo no processo educativo. No entanto, do ponto de vista do autogerenciamento da saúde, saber calcular e interpretar seu próprio IMC é uma habilidade que deve ser desenvolvida.

O processo de criação do vídeo ocorreu no período de agosto a setembro de 2021, e obedeceu às fases de pré-produção, produção e pós-produção. Na pré-produção, a criação do roteiro foi segundo os fundamentos do letramento em saúde para desenvolvimento de material escrito e foi construído na tentativa de garantir uma duração média dos vídeos de 1 a 3 minutos.

Embora não haja diretriz única quanto ao tempo, Haslam *et al.* (2019) referem maior aceitação pelo público quando os vídeos não ultrapassam 3-5 minutos. O roteiro foi avaliado, utilizando-se o Índice de Legibilidade FREport.

Em seguida, criou-se o *storyboard*. Para essa construção, foi utilizado o aplicativo Canva PRO®, que é uma plataforma virtual de design gráfico que disponibiliza ferramentas gráficas e imagens de livre uso.

Obteve-se um *storyboard* contendo 33 cenas, que compuseram o vídeo. Estas cenas foram distribuídas em: apresentação, explicação sobre a relação peso-ingestão alimentar, relação peso-doenças, relação peso-dietas da moda, como ter um peso saudável com alimentos saudáveis, como calcular o IMC, e finalização com resumo do conteúdo abordado.

Após a elaboração, o *storyboard* foi validado por juízes especialistas. Para a seleção dos juízes foram utilizados os seguintes critérios: experiência e qualificação na área da nutrição, bem como no seu conhecimento sobre a elaboração de materiais educativos seguindo os pressupostos do letramento e sobre a elaboração de materiais digitais.

Para definir o número de juízes, utilizou-se a recomendação de Pasquali (2010) que é de 6 juízes no mínimo, que foi o número de juízes escolhidos nesse estudo.

Como instrumento de avaliação, utilizou-se o Instrumento de Avaliação de Materiais Educativos (Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT)), que tem o propósito de avaliar o potencial de compreensão e aplicação de materiais impressos e audiovisuais. Na análise de potencial de compreensão de material audiovisual, ele avalia o conteúdo, escolha das palavras e estilo, organização, *layout*, *design* e uso de recursos visuais, em 13 questões. Já o potencial de aplicação é avaliado por meio de quatro questões. Ele aplica uma pontuação, que pode ser zero para “discordo” e um para “concordo”. Para alguns itens, há a opção “não se aplica” (Brito *et al.*, 2019).

Uma vez validado pelos juízes, o vídeo foi produzido, utilizando-se as imagens e explicações previamente aprovadas pelos juízes por meio dos *storyboards* e o *software Wondershare Filmora*. Em seguida, foi validado pelo

público-alvo, por meio do instrumento desenvolvido por Guimarães, Carvalho e Pagliuca (2015), uma vez que os vídeos educativos fundamentados no LS podem se caracterizar como uma tecnologia assistiva segundo Riley (2017).

Nessa fase, participaram da validação dez usuários da Atenção Básica atendidos em um posto de saúde. A amostra foi por conveniência e interesse em participar da pesquisa, uma vez que foram convidados os usuários que estavam aguardando atendimento na Unidade Básica de Saúde e demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Uma vez validados pelo público-alvo, seguiu-se para a fase de pós-produção, em que foram feitos os ajustes necessários após a avaliação.

DISCUSSÃO

Na fase de validação pelos juízes especialistas em letramento em saúde e em nutrição, o *storyboard* adquiriu 100% da pontuação no potencial de aplicação e 97,2% no potencial de compreensão.

Como resultado, obteve-se um vídeo de aproximadamente oito minutos, incluindo a vinheta de introdução e créditos ao final. Apesar de ser maior que os cinco minutos recomendados pela literatura previamente, não ultrapassou dez minutos, o que garante ainda a manutenção da atenção e permitindo a retenção de grande parte das informações, promovendo, ainda, aprendizado significativo ao espectador (Pedro *et al.*, 2022).

Apesar do vídeo ainda ter ficado um pouco mais longo que o desejado, não foi possível reduzir sua duração, pois a explanação de como calcular e avaliar o próprio IMC, demandou um número maior de cenas. Todavia, mesmo com tempo total de 7:58, o vídeo, segundo a população-alvo, apresenta informações de modo simples e o conteúdo de forma organizada, possui estratégia de apresentação atrativa e oferece interação, com envolvimento ativo no processo educativo.

Além disso, tecnologias educativas validadas estreitam a comunicação em saúde por concederem uma maior confiabilidade tanto no uso do material como no processo de ensino-aprendizagem, conferindo maior segurança para as orientações efetuadas (Galdino *et al.*, 2019).

Dessa forma, os juízes demonstraram respostas positivas ao avaliarem os *storyboards*, as respostas evidenciaram uma pontuação alta no potencial de aplicação e no potencial de compreensão, dentro do que é preconizado pela literatura e por estudos que validam materiais educativos, demonstrando, assim, a adequabilidade do material ao público a que se destina.

O roteiro atingiu pontuação de 78,8 no quesito legibilidade, sendo classificado como texto muito fácil de ler e que exige escolaridade equivalente ao 1º ao 5º ano do ensino fundamental para compreensão. Em relação à escolaridade do brasileiro, a partir da PNAD Contínua – Educação, a média de anos de estudo de pessoas com 25 anos ou mais é de 9,4 anos. Nesse grupo etário, a proporção de pessoas que terminaram a educação básica obrigatória, que é o ensino médio, foi de 48,8%. Dos 51,2% que não concluíram, o que é mais da metade da população brasileira, 6,4% eram sem instrução, 32,2% tinham o ensino fundamental incompleto, 8,0% tinham o ensino fundamental completo e 4,5%, o ensino médio incompleto (IBGE, 2020).

Considerando esses dados, vê-se que o vídeo é de fácil compreensão para uma parcela grande da população.

O texto possui média de 9,16 palavras por oração, com 73,8% das palavras com no máximo duas sílabas, atendendo à recomendação de utilização de palavras curtas e sentenças com no máximo 15 palavras.

O uso de uma linguagem acessível ao público é indispensável, uma vez que a falta de compreensão inviabiliza o alcance dos objetivos do material educativo (Silva *et al.*, 2021). Por isso é tão importante que todos os passos da elaboração do vídeo sejam seguidos, principalmente a fase de pré-produção, assim como que os fundamentos do letramento em saúde sejam respeitados. Além disso, faz-se indispensável o conhecimento do público-alvo a quem os vídeos se destinam, para que os ajustes de linguagem sejam feitos (Fleming; Reynolds; Wallace, 2009) Utilizando esses fundamentos, conseguiu-se atingir um grau de legibilidade alto, que foi melhorado após a validação dos juízes, ficando com um ótimo nível de compreensão das informações contidas nos *storyboards*. Dessa forma, acredita-se que a compreensão das informações

contidas nesse material, tanto por pessoas que tenham baixo nível de letramento em saúde como as que tenham níveis adequados, será possível. Portanto, as limitações de aprendizados, em consequência da baixa escolaridade ou baixo nível de letramento em saúde foram minimizadas, conferindo uma maior credibilidade ao material (Sousa; Turrini; Poveda, 2015).

Já na avaliação pelos usuários da Atenção Básica, o qual é o público-alvo, em todos os atributos avaliados, foi aprovado com índice de concordância maior que 0,80. Os itens de menor pontuação foram “Apresenta informações de modo simples” e “Reproduz o conteúdo abordado em diferentes contextos”, que obtiveram média de concordância de 80%. Os demais critérios quanto a objetivos, clareza, estrutura e apresentação, relevância e eficácia do vídeo atingiram de 90 a 100% de aprovação.

Como se vê, de uma maneira geral, apesar de abordar operações matemáticas e explicar um conceito técnico, como o IMC, o uso dos fundamentos do letramento em saúde é um fator que contribui para a compreensão do conteúdo abordado e consequente aceitação do vídeo por parte do público a que se destina.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a construção de vídeos educativos baseados no letramento em saúde pode ser uma estratégia educativa para melhor construção da autonomia dos usuários da Atenção Básica no controle e acompanhamento do ganho de peso, o que poderia contribuir para arrefecimento do aumento da prevalência da obesidade no nosso país.

REFERÊNCIAS

- ABESO. (s.d.). *Mapa da Obesidade – Abeso*. <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>
- Blüher, M. (2019). Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature Reviews Endocrinology*, 15(5), 288-298.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, & de Moraes Neto, O. L. (2007). *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores e risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. (1ª ed., Vol. 1-Reimp). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. (2020). *Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas*. (1ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas*. Brasil.
- Castro, I. R. R. D. (2017). Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7), e00100017.
- Dias, P. C., Henriques, P., Anjos, L. A. D., & Burlandy, L. (2017). Obesity and public policies: the Brazilian government's definitions and strategies. *Cadernos de saúde pública*, 33.
- Eichner, J., & Dullabh, P. (2007). *Accessible Health Information Technology (IT) for Populations with Limited Literacy*.
- Ferreira, A. P. D. S., Szwarcwald, C. L., Damacena, G. N., & Souza Júnior, P. R. B. D. (2021). Aumento nas prevalências de obesidade entre 2013 e 2019 e fatores associados no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24.
- Fleming, S. E., Reynolds, J., & Wallace, B. (2009). Lights... camera... action! a guide for creating a DVD/video. *Nurse educator*, 34(3), 118-121.
- Galdino, Y. L. S., Moreira, T. M. M., Marques, A. D. B., & Silva, F. A. A. D. (2019). Validation of a booklet on self-care with the diabetic foot. *Revista brasileira de enfermagem*, 72, 780-787.
- de Melo Ghisi, G. L., da Silva Chaves, G. S., Britto, R. R., & Oh, P. (2018). Health literacy and coronary artery disease: a systematic review. *Patient education and counseling*, 101(2), 177-184.
- Halpern, B., Louzada, M. L. D. C., Aschner, P., Gerchman, F., Brajkovich, I., Faria-Neto, J. R., ... & Franco, O. H. (2021). Obesity and COVID-19 in Latin America: A tragedy of two pandemics—Official document of the Latin American Federation of Obesity Societies. *Obesity Reviews*, 22(3), e13165.
- IBGE, I. I. (2019). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua*. Rio de Janeiro: IBGE—Coordenação de Trabalho e Rendimento.

- Machado, B. M., Dahdah, D. F., & Kebbe, L. M. (2018). Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 299-313.
- Moore, K. (2010). The three-part harmony of adult learning, critical thinking, and decision-making. *Journal of Adult Education*, 39(1), 1-10.
- Parnell, T. A., McCulloch, E. C., Mieres, J. H., & Edwards, F. (2014). *Health literacy as an essential component to achieving excellent patient outcomes*. Institute of Medicine of the National Academies.
- Pastor, A. D. A., & Tavares, C. M. D. M. (2019). Revisão de literatura sobre as práticas com audiovisuais na educação em Enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, 72, 190-199.
- Pedro, D. R. C., Costa, R. G., Rossaneis, M. A., Haddad, M. D. C. F. L., & Marziale, M. H. P. (2022). Construção e validação de vídeo educativo sobre gestão da idade do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 47, e8.
- Santos, M. I. P. D. O., & Portella, M. R. (2016). Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 156-164.
- Shoemaker, S. J., Wolf, M. S., & Brach, C. (2013). *The patient education materials assessment tool (PEMAT) and user's guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 11.
- Silva, J. P. D., Bernardi, F. A., Franzon, J. C., Orlandin, L., Ferlin, G. Z., & Pereira Júnior, G. A. (2020). *Aplicação de insulina passo a passo: construção de vídeos educativos para pacientes e cuidadores*. Escola Anna Nery, 25.
- Sørensen, K. (2019). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. In *International handbook of health literacy* (pp. 5-20). Policy Press.
- Sousa, C. S., Turrini, R. N. T., & Poveda, V. B. (2015). Tradução e adaptação do instrumento "suitability assessment of materials"(SAM) para o português. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9(5), 7854-7861.
- Sudore, L. R., & Schillinger, D. (2009). Interventions to improve care for patients with limited health literacy. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 16(1), 20-29.
- Vasconcelos, C. M. C. S., Sampaio, H. D. C., & Vergara, C. M. A. C. (2018). *Materiais educativos para prevenção e controle de doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento em saúde*. Curitiba: CRV.

CAPÍTULO 5

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE RIBEIRINHOS DA AMAZÔNIA

Ana Kedma Correa Pinheiro
Ana Flavia de Oliveira Ribeiro
Marcio Yrochy Saldanha dos Santos
Eliene do Socorro da Silva Santos
Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues
Sheila Nascimento Pereira de Farias
Laura Maria Vidal Nogueira

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo se refere ao Letramento Funcional em Saúde (LFS) e problemas do cotidiano de ribeirinhos usuários do serviço da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de pessoas em situação de vulnerabilidade social, demarcada por aspectos geográficos, econômicos, sociais e educacionais, além da precariedade sanitária (Amthauer *et al.*, 2020).

O Letramento em Saúde é definido como a capacidade do indivíduo captar, organizar, compreender e aplicar as informações repassadas por profissionais de saúde, tais como o tratamento e a promoção à saúde, cujo objetivo é fomentar a prática do autocuidado e como efeito, a prevenção de doenças (Rocha *et al.*, 2019).

O LFS é conceituado como um conjunto de habilidades relacionadas à capacidade do indivíduo para ler, interpretar e decodificar informações disponíveis e dirigidas aos usuários nos serviços de saúde, por meio de decodificação numérica e de interpretações textuais, definidos como domínios de leitura e numeramento (Maragno *et al.*, 2019).

Considerando essa perspectiva, aponta-se que o perfil da comunicação oral e escrita dos usuários são determinantes para a qualidade da decodificação

das informações e, por conseguinte, a capacidade de aderir e/ou implementá-las ao seu autocuidado (Vamos *et al.*, 2020).

Infere-se, ainda, que os resultados satisfatórios das ações de saúde nos serviços, sobretudo, da promoção à saúde, podem estar relacionados ao nível elevado de LFS dos usuários, tendo em vista que os indivíduos detentores de baixo nível de LFS, estão sujeitos a desfechos clínicos não favoráveis (Vamos *et al.*, 2020).

Nessa circunstância, evidencia-se a importância da correlação do LFS com aspectos inerentes ao contexto de vida da população ribeirinha da Amazônia brasileira. Chama atenção, dentre outras, as características territoriais em que vivem, a relação que estabelecem com a natureza, o perfil socioeconômico e o modo de vida, fortemente influenciado pelo fenômeno das marés, com enchentes e vazantes, uma vez que residem às margens dos rios, igarapés, igapós ou lagos (Oliveira *et al.*, 2017).

A partir dessa narrativa, torna-se desafiador a assistência na APS, considerando não só tais peculiaridades, mas também a cultura e a distribuição geográfica da população. Por isso, é imprescindível que as equipes da APS tenham conhecimento prévio acerca das singularidades e problemas presentes no cotidiano ribeirinho, para desenvolver ações de saúde satisfatórias, sobretudo de acesso à informação qualificada, de forma simples, relevante e reconhecida como significativa à sua realidade (Castro *et al.*, 2019).

Entende-se que tal conduta poderá refletir no nível de LFS dos usuários, ou seja, na capacidade de entender e de usar as informações para o seu autocuidado e promoção da saúde (Lima *et al.*, 2022).

Além disso, a literatura científica aponta que as publicações sobre populações rurais brasileiras, dentre elas, as ribeirinhas, são escassas, reforçando a necessidade de aprofundamento de estudos que valorizem a realidade de vida, visto que representam 15,65% do contingente populacional do país (Castro *et al.*, 2019; Guimarães *et al.*, 2020). Cabe destacar que estudos com populações tradicionais vulneráveis são importantes para subsidiar a construção de políticas públicas na tentativa de efetivar os princípios de universalidade e equidade em saúde (Gama *et al.*, 2018).

Diante disso, para fomentar a abordagem e ajudar preencher a lacuna entre o LFS e a realidade de comunidades tradicionais da Amazônia, estabeleceu-se como objetivo analisar o letramento funcional em saúde e os principais problemas do cotidiano da população ribeirinha usuária da Atenção Primária à Saúde.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico e transversal, orientado pelo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (Von Elm *et al.*, 2014) a fim de houvesse uma descrição mais precisa do estudo, permitindo a análise de seus pontos fracos e fortes e análise das possibilidades de generalização de seus resultados. O estudo foi desenvolvido em uma equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) do município paraense mais populoso do Baixo Tocantins, cuja população estimada para 2021 foi de 160.439 (IBGE, 2021). O município divide-se em zona urbana e rural, sendo a zona rural composta por duas áreas distintas denominadas “ilhas” e “centro” que, juntas, somam 41,18% da população. A região ribeirinha abrange 72 ilhas, com aproximadamente 42 mil habitantes (Pinheiro *et al.*, 2021).

A eSFR atende 1.380 usuários com idade ≥ 18 anos, distribuídos em quatro localidades, aqui denominadas de rio A, B, C e D. O serviço abrange oito microáreas, sendo que seis apresentam cobertura pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A escolha do serviço deu-se por ser uma população assistida pela única eSFR da região.

Participaram do estudo usuários com idade ≥ 18 anos, de ambos os sexos que sabiam ler e escrever, residentes na região ribeirinha do município de Abaetetuba e que utilizam o serviço de APS. Excluiu-se pessoas com limitações visuais e/ou auditivas que pudessem impedir a leitura dos instrumentos ou mesmo ouvir o entrevistador por ocasião da coleta de dados, além de pessoas com hipossuficiência cognitiva ou comportamental que dificultasse a participação no estudo.

Para a definição da amostragem foi utilizada a técnica de Cochran (Cochran, 1977), constituindo a amostra de 312 usuários. A inclusão dos participantes foi por conveniência, com estratificação por localidade, considerando os percentuais de usuários de cada rio cadastrados no e-SUS-território, e por escolaridade, segundo critérios pré-estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020).

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e maio de 2021 no prédio da eSFR e nas visitas domiciliares. A equipe de entrevistadores foi treinada e composta por cinco acadêmicos do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública que cursavam a disciplina Enfermagem e as Populações Tradicionais da Amazônia. Realizou-se estudo piloto com ribeirinhos residentes de outras localidades do município.

Optou por utilizar o instrumento de coleta de dados denominado Teste de Letramento em Saúde (TLS), devido à possibilidade de avaliar o domínio de numeramento e compreensão de leitura. A consistência interna de sua validação foi de 0,953 e seguiu as recomendações dos autores para sua aplicação (Maragno *et al.*, 2019).

Além do TLS, foi utilizado um questionário elaborado pelo núcleo de pesquisa e confederação nacional dos trabalhadores e trabalhadoras na agricultura (MS, 2013), sendo usado a primeira parte correspondente ao perfil e modo de vida.

Os escores do TLS seguiram as recomendações do instrumento original (Parker *et al.*, 1995), estabelecendo a seguinte classificação: 100 a 75 pontos letramento adequado, 74 a 60 pontos letramento limitado e 59 a zero pontos letramento inadequado (Maragno *et al.*, 2019).

Os dados foram inseridos em dupla entrada no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21. Para avaliar a normalidade utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Na análise bivariada dos escores do TLS com as variáveis aplicou-se os testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis. Utilizou-se o pacote estatístico R, versão 4.1.1, considerando $p \leq 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA), sob o parecer 4.517.829.

RESULTADOS

Do total da amostra, 205 (65,7%) apresentaram LFS inadequado, 54 (17,3%) limitado e 53 (17%) adequado. A média de idade dos participantes foi de $35,03 \pm 13,397$ anos, variando de 18 a 78 anos, tendo maior frequência em participantes de 18 a 29 anos ($n=122$; 39,1%) e de 30 a 39 anos ($n=101$; 32,4%), 192 (61,5%) usavam telefone celular e 110 (35,3%) usavam telefone celular com internet, sendo as maiores ocorrências. O consumo de água proveniente de poço artesiano ($n=192$; 61,5%) teve maior frequência (Tabela 1).

A média de início da vida laborativa foi de $12,51 \pm 4,518$ anos, variação de 3 a 31 anos, sendo que metade iniciou atividades na faixa etária de 3 a 13 anos ($n=156$; 50,0%). A principal atividade laboral foi a agricultura e pesca ($n=146$; 46,8%) seguida do status de desemprego ($n=97$; 31,1%). Predominantemente, os participantes não recebiam auxílio financeiro do governo ($n=221$; 70,8%), e dentre os beneficiários da previdência, o mais prevalente foi o seguro defeso ($n=59$; 18,9%) (Tabela 1).

Foram identificadas menores médias de LFS naqueles que residiam no rio D, localidade mais distante da eSFR ($p=0,000$), abasteciam-se de água direto do rio, sem tratamento ($p=0,005$), não acessavam aparelhos de meios de comunicação ($p=0,000$), eram agricultores e pescadores artesanais ($p=0,000$) e recebiam aposentadoria ($p=0,000$). Além disso, o LFS reduziu com o aumento da idade ($p=0,000$) e aumentou com a elevação da escolaridade ($p=0,000$) e idade de início das atividades laborais ($p=0,000$) (Tabela 1).

Tabela 1. Análise do letramento funcional em saúde segundo as características sociodemográficas dos ribeirinhos (n=312). Abaetetuba (PA), Brasil, 2021

Variável	Categoria	n* (%)‡	Escore do TLS†		
			Média	Erro padrão	p-valor§
LFS±					
	Inadequado	205 (65,7%)	39,354	0,898	0,000
	Limitado	54 (17,3%)	67,596	0,652	
	Adequado	53 (17%)	86,408	0,857	
Idade					
	18 a 29 anos	122 (39,1%)	59,462	1,816	0,000
	30 a 39 anos	101 (32,4%)	53,331	2,178	
	40 a 49 anos	37 (11,9%)	44,906	3,079	
	50 a 59 anos	24 (7,7%)	38,150	4,291	
	60 a 78 anos	24 (7,7%)	35,775	3,078	
	NI	4 (1,3%)	55,190	10,176	
Escolaridade					
	EFI¶	132 (42,3%)	37,432	1,383	0,000
	EFC**	32 (10,3%)	53,138	3,135	
	EMI††	30 (9,6%)	56,12	3,164	
	EMC‡‡	85 (27,2%)	64,998	1,854	
	ESI§§	15 (4,8%)	78,978	4,232	
	ESC	18 (5,8%)	70,158	4,443	
Localidade					
	Rio A	111 (35,6%)	59,276	2,118	0,000
	Rio B	33 (10,6%)	49,232	3,282	
	Rio C	29 (9,3%)	53,783	3,725	
	Rio D	139 (44,6%)	47,003	1,747	
Comunicação					
	Telefone celular	192 (61,5%)	46,839	1,434	0,000
	Celular e internet	110 (35,3%)	62,982	1,995	
	Celular, internet e rádio	3 (1%)	44,743	9,127	
	Não possui	3 (1%)	39,508	7,172	
	NI	4 (1,3%)	30,881	8,662	
Água					
	Poço a céu aberto	18 (5,8%)	57,59	4,532	0,005

	Poço artesiano	192 (61,5%)	55,206	1,581	
	Poço artesiano e água do rio	10 (3,2%)	49,781	7,647	
	Direto do rio	47 (15,1%)	43,597	2,699	
	Tratada do rio	45 (14,4%)	46,985	3,146	
Início de trabalho					
	3 a 13 anos	156 (50,0%)	45,240	1,544	0,000
	14 a 17 anos	60 (19,2%)	52,621	2,629	
	18 a 31 anos	39 (12,5%)	67,310	3,038	
	Nunca trabalhou	55 (17,6%)	61,030	3,081	
	NI	2 (0,6%)	50,440	20,794	
Tipo de trabalho					
	Agricultura/pesca	146 (46,8%)	44,806	1,521	0,000
	Não trabalho	97 (31,1%)	57,315	2,211	
	Informal	37 (11,9%)	51,763	3,656	
	Formal	32 (10,3%)	71,279	3,355	
Benefício da previdência					
	Não	221 (70,8%)	54,939	1,448	0,000
	Seguro Defeso	59 (18,9%)	50,215	2,622	
	Aposentadoria	26 (8,3%)	33,304	2,892	
	Amparo assistencial	4 (1,3%)	56,645	16,77	
	Pensão	2 (0,6%)	50,351	3,941	

*n = Número de participantes; % = Frequência percentual; *TLS = Teste de Letramento em Saúde; §p-valor = Teste de Mann-Whitman para variáveis com duas categorias e de Kruskal Wallis para as demais, significativo para $p \leq 0,05$; †LFS = Letramento Funcional em Saúde; ‡NI = Não Informado; §EFI = Ensino Fundamental Incompleto; ¶EFC = Ensino Fundamental Completo; **EMI = Ensino Médio Incompleto; **EMC = Ensino Médio Completo; §§ESI = Ensino Superior Incompleto; ‡‡‡ESC = Ensino Superior Completo.

De acordo com a Tabela 2, os três principais problemas que mais afetam o cotidiano dos ribeirinhos foram relacionados à saúde (n=156; 50%),

violência (n=117; 37,5%) e saneamento básico (n=88; 28,2%). Tiveram melhor LFS aqueles que admitiram que saneamento básico (p=0,001), educação (p=0,015), meios de comunicação (p=0,022) e moradia (p= 0,012) constituíam os problemas atuais que mais afetavam seu cotidiano.

Tabela 2. Análise do letramento funcional em saúde segundo os principais problemas que afetam o cotidiano dos ribeirinhos (n=312). Abaetetuba (PA), Brasil, 2021.

Variável	Categoria	n* (%)‡	Escore do TLS†		
			Média	Erro padrão	p-valor§
Saúde					
	Sim	156 (50%)	50,735	1,783	0,129
	Não	156 (50%)	53,735	1,678	
Medo da violência					
	Sim	117 (37,5%)	53,084	1,987	0,605
	Não	195 (62,5%)	51,726	1,559	
Saneamento básico					
	Sim	88 (28,2%)	58,946	2,311	0,001
	Não	224 (71,8%)	49,599	1,409	
Econômico/ Financeiro					
	Sim	72 (23,1%)	50,782	2,529	0,660
	Não	240 (76,9%)	52,671	1,402	
Trabalho					
	Sim	72 (23,1%)	53,55	2,487	0,608
	Não	240 (76,9%)	51,841	1,409	
Educação					
	Sim	70 (22,4%)	58,017	2,503	0,015
	Não	242 (77,6%)	50,563	1,388	
Alimentação					
	Sim	43 (13,8%)	51,171	3,183	0,723
	Não	269 (86,2%)	52,405	1,329	
Drogas					
	Sim	43 (13,8%)	55,512	2,774	0,231
	Não	269 (86,2%)	51,711	1,349	
Problemas familiares					

	Sim	34 (10,9%)	57,642	3,995	0,160
	Não	278 (89,1%)	51,574	1,282	
Transporte					
	Sim	30 (9,6%)	50,89	3,466	0,680
	Não	282 (90,4%)	52,378	1,306	
Meios de comunicação					
	Sim	24 (7,7%)	62,393	4,362	0,022
	Não	288 (92,3%)	51,389	1,266	
Moradia					
	Sim	14 (4,5%)	65,687	4,943	0,012
	Não	298 (95,5%)	51,603	1,251	

*n = Número de participantes; †TLS = Teste de Letramento em Saúde; †% = Frequência percentual; §p-valor = Teste de Mann-Whitman

DISCUSSÃO

Infere-se que mais da metade da população analisada (65,7%) apresenta LFS inadequado, com maior proporção para a faixa etária compreendida entre 18 e 29 anos, ratificando limitações dos ribeirinhos para as habilidades básicas de leitura e compreensão das informações de saúde ofertadas nos serviços de APS. No contexto dos ribeirinhos, a inserção precoce nas atividades laborais, associada à evasão escolar são fatores importantes quando relacionados ao LFS (Maragno *et al.*, 2019).

Os ribeirinhos com acesso à internet apresentaram níveis mais elevados de LFS, já que a disponibilidade e uso de dispositivos digitais, bem como celulares conectados à internet, possibilita maior facilidade de acesso às informações de saúde disponibilizadas nos *websites*, favorecendo o entendimento das demandas relacionadas a sua própria saúde. Destaca-se que a confiabilidade e a capacidade de compreensão das informações são fatores determinantes quando relacionados ao LFS (Zanchetta *et al.*, 2019).

No contexto ribeirinho, as relações sociais são determinantes para a compreensão da pessoa sobre a sua saúde e do processo de tomada de decisão

diante de determinado problema. Em contrapartida, políticas efetivas para os ribeirinhos são estratégias eficazes para proporcionar o LFS satisfatório (Chaves *et al.*, 2020).

Para os ribeirinhos que habitam residências mais distantes das unidades de saúde, observaram-se menores médias de LFS, com associação ao uso de água para o consumo sem o tratamento necessário, sendo o reflexo da falta de políticas públicas de subsistência e de ampliação da oferta de cuidados básicos para promoção à saúde, favorecendo o surgimento de doenças evitáveis, como as parasitoses. Os ribeirinhos com maiores escolaridade apresentaram melhores níveis de compreensão e aplicação das informações de saúde (Roberto *et al.*, 2018).

O desenvolvimento econômico dos ribeirinhos é impactado pelas suas limitações educacionais, visto que o indivíduo com menor acesso à educação está mais suscetível a dificuldade para aquisição de bens de consumo, autogestão de doenças, agravos à saúde e ações de prevenção de doenças, que impacta negativamente na sua expectativa e qualidade de vida (Guimarães *et al.*, 2020).

A população ribeirinha é marcada por diversas limitações, em especial no acesso ao saneamento básico. Embora seja um direito assegurado pela Constituição Federal, a realidade do saneamento básico para os ribeirinhos é distante, sendo caracterizado como um dos principais problemas cotidianos dessa população. A falta de coleta regular de lixo, abastecimento de água e esgotamento sanitário estão presentes no seu cotidiano e apresentam elevado potencial de dano à saúde (Tavares *et al.*, 2021).

Dito isto, é evidente a necessidade da execução de políticas públicas e planejamento estratégico específico para oferta de informações em saúde e estratégias significativas e condizentes com a realidade vivenciada pelos ribeirinhos, o que produzirá impacto positivo no LFS e, conseqüentemente, nas decisões em saúde e qualidade de vida.

CONCLUSÕES

Os ribeirinhos da APS apresentaram LFS inadequado e os principais problemas que mais afetam seu cotidiano estão relacionados à saúde, violência e saneamento básico. Admite-se que, o reconhecimento de problemas que assolam pessoas vulnerabilizadas, como saneamento básico, falta de acesso à educação, meios de comunicação e moradia, está diretamente relacionado com melhores níveis de LFS. De modo, que a atuação da APS junto às comunidades tradicionais carece de reconhecimento dos principais problemas que interferem no cotidiano dessas populações.

O presente estudo apresenta limitações referentes à contextualização dos resultados por admitir que a investigação do LFS em populações vulneráveis, ainda é pouco descrita pela literatura nacional e internacional. Outra limitação diz respeito ao instrumento de coleta de dados que contempla textos de autopreenchimento estranhos à realidade ribeirinha, podendo ter ocasionado viés de preenchimento. Ressaltam-se ainda limitações relacionadas ao tempo estabelecido para manuseio do questionário pelos participantes, capaz de levar ao erro de preenchimento em razão da necessidade de abreviar os registros.

Contudo, a contribuição do estudo diz respeito à oferta de subsídios para o planejamento locorregional em saúde e das ações educativas da APS, sobretudo para a enfermagem, visando à implementação de práticas compatíveis com níveis de LFS dos usuários. Além de favorecer o fortalecimento das políticas públicas de saúde à população ribeirinha, visando oferta equânime e resolutiva de serviços para subsidiar o ensino/educação em saúde, utilizando estratégias adequadas e congruentes com o modo de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

- Amthauer, C., Baldissera, A. C., de Sá Pupo, I. H. C., Ecker, J. R. M., & do Nascimento, R. L. (2020). O estilo de vida e as condições de vulnerabilidade da população ribeirinha. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste*, 5, e27061-e27061.
- Costa de Castro, N. J., da Silva Mesquit, D., Sousa Naka, K., Gomes Teixeira, J. B., & dos Santos Borges, R. (2019). Ensino da saúde das populações tradicionais em cursos de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 10(6).
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques*. John Wiley & Sons.
- Chaves, M. D. P. S. R., Rodrigues, D. C. B., do Nascimento, C. F. P., Pedrosa, E. B., & Souza, T. (2020). Sustentabilidade & qualidade de vida: Práticas sustentáveis de saúde em comunidades ribeirinhas no Amazonas. *Revista de Políticas Públicas*, 24(1), 265-285.
- Gama, A. S. M., Fernandes, T. G., Parente, R. C. P., & Secoli, S. R. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00002817.
- Guimarães, A. F., Barbosa, V. L. M., Silva, M. P. D., Portugal, J. K. A., Reis, M. H. D. S., & Gama, A. S. M. (2020). Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 11.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2021). *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021*. Rio de Janeiro: IBGE. https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). *Educação: 2019. Folheto*. Rio de Janeiro: IBGE. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf
- Lima, R. I. M. *et al.* (2022). Letramento funcional em saúde de usuários da atenção primária de Altamira, Pará. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17(44), 2763.
- Maragno, C. A. D., Mengue, S. S., Moraes, C. G., Rebelo, M. V. D., Guimarães, A. M. D. M., & Pizzol, T. D. S. D. (2019). Test of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22.
- Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. (2013). *Relatório da "Escuta Itinerante: acesso dos povos do Campo e da Floresta ao SUS"*. Brasília: MS. <https://saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2014/03/Relat%C3%B3rio-final-CONTAG.pdf>
- Oliveira, D. C. D., Cecilio, H. P. M., Gomes, A. M. T., Marques, S. C., Spindola, T., & Pontes, A. P. M. D. (2017). A universalização e o acesso à saúde: consensos e dissensos entre profissionais e usuários. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25, 483-490.
- Parker, R. M. *et al.* (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
- Pinheiro, A. K. C., Nogueira, L. M. V., André, S. R., Rodrigues, I. L. A., Trindade, L. D. N. M., & Oliveira, A. P. R. D. (2021). Infectious diseases and the primary health care network in riverside communities. *Cogitare Enfermagem*, 26.

- Roberto, L. L., Noronha, D. D., Souza, T. O., Miranda, E. J. P., Martins, A. M. E. D. B. L., Paula, A. M. B. D., ... & Haikal, D. S. A. (2018). Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 823-835.
- Rocha, M. R. D., Santos, S. D. D., Moura, K. R. D., Carvalho, L. D. S., Moura, I. H. D., & Silva, A. R. V. D. (2019). *Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus tipo 2*. Escola Anna Nery, 23.
- Vamos, S., Okan, O., Sentell, T., & Rootman, I. (2020). Making a case for “Education for health literacy”: An international perspective. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1436.
- Von Elm, E. *et al.* (2014). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. *International Journal of Surgery*, 12(12), 1495-1499.
- Zanchetta, M. S., Santos, W. S., Moraes, K. L., Paula, C. M., Oliveira, L. M., Linhares, F. M. P., ... & Viduedo, A. S. (2020). *Incorporação do letramento em saúde comunitária ao Sistema Único de Saúde: possibilidades, controvérsias e desafios*. J. nurs. health, 20103010-20103010.

CAPÍTULO 6

DEFINIÇÕES EM LINGUAGEM SIMPLES PARA TERMOS TÉCNICOS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS

Bruna Lopes Antonucci
Kérlin Stancine Santos Rocha
Liana Paraguassu
Maria José Bocorny Finatto
Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é considerada um problema de saúde pública mundial. Estima-se que, aproximadamente, 38 milhões de pessoas em todo o mundo estejam vivendo com HIV, sendo cerca de 920 mil casos no Brasil (UNAIDS, 2020; Brasil, 2020). Apesar da alta prevalência, o acesso à terapia antirretroviral está transformando esta infecção em uma condição crônica de saúde, aumentando a longevidade e melhorando a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (Schaurich; Coelho; Motta, 2006; Colvin, 2011; WHO, 2016; Brasil, 2017).

Neste sentido, o acesso a informações relacionadas ao HIV e à terapia antirretroviral é importante para a adesão ao tratamento e a obtenção de bons resultados terapêuticos (Weiss, 2003; Hodgson, 2014; Endalamaw, 2018). Entretanto, o uso de uma linguagem complexa e de termos especializados é considerado uma barreira para a compreensão de informações sobre temas de saúde (Dowse & Ehlers, 2005, Wolf *et al.*, 2007, Franck;, Foulon; Van Vaerenbergh, 2011; Pizzol *et al.*, 2019). Dessa forma, a promoção da Acessibilidade Textual e Terminológica (ATT), condição apresentada por Finatto (2020) para PVHIV que apresentam escolaridade e letramento limitados e pouca experiência de leitura, tende a contribuir para uma melhor

compreensão das informações sobre o uso dos medicamentos. Essa melhoria estender-se-ia ao seu Letramento em Saúde (Paraguassu & Finatto, 2022, Finatto & Tcacenco, 2021).

As propostas sobre AAT, partindo de uma base linguística, consideram fundamental estimar-se a complexidade de um dado texto — ou grupo de textos — para seus diferentes destinatários. Isso é feito por meio de uma análise sintático-semântica multifatorial e buscará, após um diagnóstico, propor soluções para a facilitação da linguagem, seja no âmbito das terminologias especializadas ou no âmbito da presença de vocábulos ou expressões eruditos e/ou pouco usuais para os destinatários previstos. Identificadas possíveis barreiras linguísticas à compreensão, são aplicados diferentes procedimentos de reformulação, que incluem o emprego de preceitos da Linguagem Simples (Plain Language), mas que não se limitam a ela. A Linguagem Simples é uma técnica de escrita facilitada amplamente difundida em outros países, desde o final da Segunda Guerra Mundial, e que vem ganhando força no Brasil nos últimos anos.

O Letramento em Saúde (LS) pode ser conceituado como conhecimento, motivação e competências das pessoas para ter acesso, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana relativas ao autocuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida (Liu *et al.*, 2020). Nos últimos anos, essa temática tem emergido como uma importante área de interesse da pesquisa e do cuidado à saúde em diversas condições crônicas (Shah *et al.*, 2021; Marciano, Camerini & Schulz, 2019; Dunn & Conard, 2018). No contexto da PVHIV, o estresse relacionado ao diagnóstico e a sobrecarga de informações contribuem para o LS inadequado (Kalichman, Alichman & Rompa, 2000; Santos *et al.*, 2012; Wawrzyniak *et al.*, 2013).

Estudos demonstram que, apesar do LS inadequado afetar qualquer indivíduo, ele tem sido observado com maior frequência entre indivíduos com menor escolaridade (Colbert, Sereika & Erlen, 2013; Cunha *et al.*, 2017). O estudo que avaliou o LS de adultos entre 20 e 59 anos, usuários da Atenção Primária à Saúde do estado de Minas Gerais, mostrou que indivíduos com

ensino fundamental e médio apresentaram, respectivamente, 22,1 e 4,2 mais chances de ter um nível de LS inadequado quando comparados aos indivíduos com ensino superior (Marques & Lemos, 2018). Essa problemática assume uma maior relevância no contexto de PVHIV porque, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2021, publicado pelo Ministério da Saúde, dentre os casos de infecção por HIV diagnosticados entre 2007 e 2021, 36,7% dos indivíduos apresentavam escolaridade inferior ao Ensino Médio (Brasil, 2021).

Apesar da inexistência de estudos que avaliam a complexidade dos textos de bulas de medicamentos antirretrovirais para PVHIV, a literatura demonstra que são materiais de difícil compreensão, incluindo aqueles que são destinadas ao paciente (Wolf *et al.*, 2007; Frank, Foulon, & Van Vaerenbergh, 2011; Pizzol *et al.*, 2019).

. Por isso, diversos estudos destacam a necessidade tornar o texto das bulas mais fácil de compreender, adequando-o ao nível de escolaridade e LS dos pacientes (Cavaco & Santos, 2012; Pires, Vigário, & Cavaco, 2015). Nessa perspectiva, a ATT se apresenta como um mecanismo social que pode ajudar o leitor a subir a escada do letramento, transformando um texto tido como complexo em um texto mais simples, por meio de uma linguagem e de estruturas sintáticas mais adequadas ao leitor em foco (Finatto & Motta, 2017; Finatto & Paraguassu, 2020).

Dado o exposto, o desenvolvimento de um glossário didático tem por objetivo criar definições, em linguagem simples, para termos técnicos presentes em bulas de medicamentos antirretrovirais. Espera-se que esse glossário seja um facilitador no processo de comunicação (oral ou escrita) de profissionais e estudantes da área da saúde que cuidam de PVHIV, especialmente durante o desenvolvimento de materiais informativos e de Educação em Saúde.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: DESENVOLVIMENTO DE UM GLOSSÁRIO DIDÁTICO SOBRE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS PARA PROMOÇÃO DO LS

Este projeto consiste em um estudo de desenvolvimento metodológico, iniciado em setembro de 2022, com previsão de término para agosto de

2023. É o produto de uma parceria entre o Laboratório de Inovação em Cuidado Farmacêutico da Universidade Federal do Espírito Santo (Linc/Ufes) e o Grupo de Pesquisa em Acessibilidade Textual e Terminológica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ATT/UFRGS). Esse projeto de cooperação objetiva desenvolver um glossário didático sobre medicamentos antirretrovirais à luz de técnicas da ATT para pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O desenvolvimento do glossário didático está sendo realizado por meio de cinco etapas: 1) identificação, compilação e estudo de um *corpus* de bulas de medicamentos antirretrovirais; 2) identificação dos termos técnicos mais frequentes em bulas de medicamentos antirretrovirais; 3) elaboração das definições em linguagem simples para os termos técnicos; 4) avaliação da compreensibilidade das definições facilitadas por PVHIV; 5) composição de um protótipo de glossário didático para uso dos farmacêuticos.

ETAPA 01 – IDENTIFICAÇÃO, COMPILAÇÃO E ESTUDO DE UM CORPUS DE BULAS DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS

A primeira etapa do projeto consistiu na identificação, compilação e estudo de um *corpus* (conjunto de textos) de bulas de medicamentos antirretrovirais. O *corpus* a ser analisado foi constituído pelo texto das bulas dos medicamentos recomendados pelo *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos* (PCDT Adultos), publicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2018). Para evitar a inclusão de bulas semelhantes, foi utilizada apenas a bula padrão, documento no qual as bulas dos medicamentos genéricos e similares devem estar harmonizadas. A consulta das bulas dos medicamentos elencados nesta etapa foi realizada por uma pesquisadora do Linc/Ufes no Bulário Eletrônico da Anvisa, disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/sistemas/bulario-eletronico>.

Foram incluídas as bulas dos seguintes medicamentos: Abacavir, Atazanavir, Darunavir, Dolutegravir, Efavirenz, Enfuvirtida, Etravirina, Lamivudina, Lopinavir, Maraviroque, Nevirapina, Raltegravir, Ritonavir,

Tenofovir, Tipranavir e Zidovudina. Após a identificação das bulas, os textos destas foram extraídos para arquivos em Word, de forma separada, e seguiram para análise lexical — que corresponde ao diagnóstico do vocabulário empregado — por meio do *software Sketch Engine*. O *Sketch Engine* é uma ferramenta multiplataforma, de fácil uso, com acesso pago, destinada à análise textual e linguística (Kilgarrieff, 2014).

ETAPA 02 – IDENTIFICAÇÃO DOS TERMOS TÉCNICOS EM BULAS DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS

A partir de uma lista de palavras produzida pelo *software Sketch Engine* ordenada pela frequência de uso no *corpus*, os termos foram identificados e validados pela equipe de pesquisa, composta pelos pesquisadores da Linguística e do Cuidado Farmacêutico à PVHIV. Foram excluídos os artigos e preposições (palavras funcionais), permanecendo apenas as palavras de conteúdo (verbo, substantivos, adjetivos). Os pesquisadores selecionaram os seguintes termos relacionados ao uso dos medicamentos antirretrovirais:

- **Vírus e patógenos:** HIV-1 CCR-5, HIV-1 CCR-5 Trópico, HIV-1 CXCR4-trópico, vírus da imunodeficiência humana, vírus de HIV maduros, vírus VHB, retrovírus, partículas virais infectantes maduras, evidência de replicação viral, Tropismo, Tropismo duplo.
- **Terapias e tratamentos:** terapia antirretroviral (efetiva; prévia), tratamento antirretroviral eficaz, caso de terapia antiviral, combinação antirretroviral, esquema antirretroviral, inibidor de transcriptase reversa, inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos, inibidores de protease, tratamento de combinação antirretroviral, tratamento preventivo pós-exposição, medicamentos anti-HIV, Falha virológica, resposta virológica, supressão virológica.
- **Sistema imunológico:** sistema de defesa, sistema imunológico, célula sanguínea branca, glóbulos brancos, glóbulos vermelhos, contagem de células CD4, linfócitos CD4, imunossupressão,

deficiência imunológica, reconstituição imunológica, reativação imune, distúrbios autoimunes.

- **Testes e diagnósticos:** teste sorológico anti-HIV (ELISA), carga viral.
- **Agentes e mecanismos biológicos:** aglomerados de anticorpos, Hmg-Coa redutase, reação primária de imunocomplexos, correceptor CCR5, enzima CYP3A, processamento de uma enzima viral.
- **Complicações:** complicações de AIDS, infecções oportunistas, risco de transmissão.
- **Alterações bioquímicas:** alterações bioquímicas laboratoriais.

Esses termos estão presentes nas bulas dos pacientes, em resposta às perguntas que objetivam informar sobre o uso do medicamento. Por exemplo, na bula do medicamento darunavir, a resposta para a pergunta “Como este medicamento funciona?” é a seguinte: “O darunavir atua inibindo a protease do vírus da AIDS, prevenindo a formação de partículas virais infectantes maduras”. Para o medicamento enfuvirtida, em resposta à pergunta “O que devo saber antes de usar este medicamento?”, tem-se “Se você recebeu enfuvirtida, mas não está infectado pelo HIV (em tratamento preventivo pós-exposição, por exemplo), o medicamento pode induzir à formação de anticorpos anti-enfuvirtida. Isso pode provocar resultado falso positivo no teste sorológico anti-HIV ELISA”. Ainda para esse medicamento, a resposta para a pergunta “Quais males que este medicamento pode me causar?”, dentre as diversas reações adversas, tem-se a “reação primária de imunocomplexos”, cuja definição entre parênteses é “formação de aglomerados de anticorpos com outras substâncias”. Esses resultados demonstram a presença de termos nas bulas dos pacientes, cujas definições também são constituídas por termos ou por palavras com baixa frequência de uso. Esse vocabulário especializado e/ou erudito muito dificilmente será compreendido por pacientes leigos, especialmente, por pacientes com escolaridade e letramento limitados.

ETAPA 03 – ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES EM LINGUAGEM SIMPLES PARA OS TERMOS TÉCNICOS

As definições em linguagem simples para os termos identificados na etapa anterior serão elaboradas conjuntamente por farmacêuticos/estudantes de Farmácia, que têm conhecimento técnico sobre os termos, e por nossos parceiros linguistas do grupo da ATT, que desenvolvem as técnicas de simplificação textual. Os termos e palavras utilizados nas definições serão comparados com o repertório de vocabulário presente no universo lexical do *CorPop*, um *corpus* (conjunto de textos) de referência sobre padrões do português popular escrito.

O acesso ao *CorPop* é público e gratuito por meio do *link*: <http://www.ufrgs.br/textecc/>. Esse *corpus* foi especialmente planejado por linguistas, para dar suporte a tarefas de simplificação de textos para leitores brasileiros adultos de escolaridade limitada. Assim, as palavras que constituem o *CorPop* tendem a estar mais presentes em textos do universo de leitura do leitor médio brasileiro, como textos do jornalismo popular (Pasqualini, 2018). Os resultados das análises serão discutidos pela equipe de pesquisa e, quando pertinente, alterações serão realizadas nas definições para adequá-las ao universo lexical do *CorPop* e às necessidades das PVHIV visadas.

As definições escritas em linguagem simples serão submetidas à avaliação pelo *NILC-Matrix*, um sistema linguístico-computacional composto por 200 métricas que servem para ajudar a avaliar a complexidade textual do português brasileiro (Leal *et al.*, 2022). Serão avaliados: i) o Índice de Leiturabilidade de Flesch, que busca uma correlação entre tamanhos médios de palavras e sentenças; ii) a relação *type-token*, que avalia a proporção de palavras sem repetições (*types*) em relação ao total de palavras com repetições (*tokens*). Quanto maior o valor da métrica, maior a variabilidade vocabular e quanto mais variado é o léxico de um texto, mais difícil será de compreendê-lo; iii) proporção de palavras de conteúdo simples, que avalia a proporção de palavras de conteúdo simples, sobre o total de palavras de conteúdo do texto.

Quanto maior a proporção, menor a complexidade textual. “Palavras simples” são palavras de baixa complexidade constantes de um repertório de referência desse sistema computacional, que não inclui o *CorPop*.

ETAPA 04 – AVALIAÇÃO DA COMPREENSIBILIDADE DAS DEFINIÇÕES EM LINGUAGEM SIMPLES POR PESSOAS COM BAIXA ESCOLARIDADE

Nessa etapa, uma entrevista estruturada será realizada virtualmente, por meio da plataforma *on-line* Google Meet, para avaliar a compreensibilidade das pessoas sobre as definições em linguagem simples. Um grupo de dez pessoas com baixa escolaridade será convidado a participar desta etapa, sendo dois por região geográfica do país. Esses participantes deverão ter idade mínima de 18 anos, preferencialmente ensino fundamental completo e facilidade com o uso da tecnologia, uma vez que a reunião será realizada virtualmente.

Esta etapa tem a finalidade de identificar e corrigir possíveis divergências de significado, além de detectar erros, confirmar a compreensão dos itens e verificar os aspectos práticos do glossário, possibilitando perceber discrepâncias entre o exposto no material e o compreendido pela população (Sabino *et al.*, 2018; Almeida-Brasil *et al.*, 2016). Em caso de dúvidas ou dificuldades, os participantes poderão propor sentenças/termos mais compreensíveis, os quais serão encaminhadas aos pesquisadores para discussão, reformulação das definições e submissão a outro pré-teste. Esta etapa será finalizada quando as definições estiverem satisfatórias para a população em foco.

ETAPA 05 – COMPOSIÇÃO DE UM PROTÓTIPO DE GLOSSÁRIO DIDÁTICO PARA USO DOS FARMACÊUTICOS

Após o processo de validação pelo público-alvo, as definições serão incorporadas a um protótipo de glossário didático, cuja usabilidade será avaliada por farmacêuticos que realizam o atendimento de PVHIV, em estudos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de diagnosticar a provável complexidade de uma série de textos de bulas de medicamentos antirretrovirais para PVHIV e, a partir desse diagnóstico, com apoio de ferramentas linguísticas, destaca o bom potencial da pesquisa interdisciplinar que congrega farmacêuticos, linguistas e pacientes. Essa é uma mais-valia quando se tem em mente a promoção do Letramento em Saúde via promoção de maior compreensibilidade da informação oferecida aos pacientes. A análise de todo um conjunto de bulas, permitiu reconhecer um repertório recorrente de terminologias técnicas e científicas cuja simplificação, para o usuário leigo, é uma necessidade.

Com essa base, está sendo construído um protótipo de glossário, com definições simplificadas, para uso dos farmacêuticos que atendem PVHIV. O processo de elaboração dessas definições também é proposto em um formato colaborativo, envolvendo pesquisadores e especialistas técnicos do Linc/Ufes e linguistas do grupo da ATT/Ufrgs, sendo indispensável que as PVHIV possam opinar e sugerir alternativas para que a informação seja apresentada em uma linguagem que lhes seja acessível. Assim, essa experiência demonstrou, além do valor da empatia necessária à comunicação em saúde, um bom potencial para estudos futuros e o fortalecimento de estratégias de atenção farmacêutica, vigilância e promoção da saúde no país.

REFERÊNCIAS

- Almeida-Brasil, C. C. *et al.* (2016). Desenvolvimento e validação do conteúdo da escala de percepções de dificuldades com o tratamento antirretroviral. *Revista Médica de Minas Gerais*, 26, S56-S64.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). HIV/AIDS | 2020. *Boletim Epidemiológico Especial*, 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). HIV/AIDS | 2021. *Boletim Epidemiológico Especial*, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo do HIV*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*.
- Cavaco, A., & Santos, A. L. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia

- em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46, 918-922.
- Colbert, A. M., Sereika, S. M., & Erlen, J. A. (2013). Functional health literacy, medication-taking self-efficacy and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of advanced nursing*, 69(2), 295-304.
- Colvin, C. J. (2011). HIV/AIDS, chronic diseases and globalisation. *Globalization and health*, 7(1), 1-6.
- Cunha, G. H. D., Galvão, M. T. G., Pinheiro, P. N. D. C., & Vieira, N. F. C. (2017). Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 180-188.
- Dowse, R., & Ehlers, M. (2005). Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence?. *Patient education and counseling*, 58(1), 63-70.
- Dunn, P., & Conard, S. (2018). Improving health literacy in patients with chronic conditions: a call to action. *International journal of cardiology*, 273, 249-251.
- Endalamaw, A., Tezera, N., Eshetie, S., Ambachew, S., & Habtewold, T. D. (2018). Adherence to highly active antiretroviral therapy among children in ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 22, 2513-2523.
- Finatto, M. J. B. (2020). Acessibilidade textual e terminológica: promovendo a tradução intralinguística. *Estudos Linguísticos (São Paulo)*, 49(1), 72-96. <https://revistas.gel.org.br/estudos-linguisticos/article/view/2775>
- Finatto, M. J., & Motta, E. (2017). *Terminologia e Acessibilidade: novas demandas e frentes de pesquisa*. Editoração: Guilherme Fromm Diagramação: Guilherme Fromm, 316.
- Finatto, M. J. B., & Tcacenco, L. M. (2021). *Tradução intralinguística, estratégias de equivalência e acessibilidade textual e terminológica*. Tradterm: TradTerm, 37(1), 30-62.
- Franck, M. C. J., Foulon, V., & Van Vaerenbergh, L. (2011). ABOP, the automatic patient information leaflet optimizer: Evaluation of a tool in development. *Patient Education and Counseling*, 83, 411-416.
- Hodgson, I., Plummer, M. L., Konopka, S. N., Colvin, C. J., Jonas, E., Albertini, J., ... & Fogg, K. P. (2014). A systematic review of individual and contextual factors affecting ART initiation, adherence, and retention for HIV-infected pregnant and postpartum women. *PLoS one*, 9(11), e111421.
- Kalichman, S. C., & Rompa, D. (2000). Emotional reactions to health status changes and emotional well-being among HIV-positive persons with limited reading literacy. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7, 203-211.
- Kilgarriff, A., Baisa, V., Bušta, J., Jakubíček, M., Kovář, V., Michelfeit, J., ... & Suchomel, V. (2014). The Sketch Engine: ten years on. *Lexicography*, 1(1), 7-36.
- Leal, S. E., Duran, M. S., Scarton, C. E., Hartmann, N. S., & Aluísio, S. M. (2023). NILC-Matrix: assessing the complexity of written and spoken language in Brazilian Portuguese. *Language Resources and Evaluation*, 1-38.
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., ... & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine*

and community health, 8(2).

- Marciano, L., Camerini, A. L., & Schulz, P. J. (2019). The role of health literacy in diabetes knowledge, self-care, and glycemic control: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 34, 1007-1017.
- Marques, S. R. L., & Lemos, S. M. A. (2018). Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16, 535-559.
- Paraguassu, L., & Finatto, M. J. B. (2020). Simplificação, acessibilidade textual e tradução em ambientes multilíngues. *Revista GTLex*, 3, 251-293.
- Paraguassu, L. B., & Finatto, M. J. B. (2022). A Linguistic Approach To Health Literacy In Brazil: Terminological Aspects. *Terminália*, 25, 14-27.
- Pasqualini, B. (2018). *Corpop: Um corpus de referência do português popular escrito do Brasil* (Tese de Doutorado em Letras). Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Pires, C., Vigário, M., & Cavaco, A. (2015). Readability of medicinal package leaflets: a systematic review. *Revista de saúde pública*, 49.
- Pizzol, T. D. S. D., Moraes, C. G., Arrais, P. S. D., Bertoldi, A. D., Ramos, L. R., Farias, M. R., ... & Mengue, S. S. (2019). Medicine package inserts from the users' perspective: are they read and understood?. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22.
- Pizzol, T. D. S. D., Moraes, C. G., Arrais, P. S. D., Bertoldi, A. D., Ramos, L. R., Farias, M. R., ... & Mengue, S. S. (2019). Medicine package inserts from the users' perspective: are they read and understood?. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22.
- Sabino, L. M. M. D., Ferreira, Á. M. V., Mendes, E. R. D. R., Joventino, E. S., Gubert, F. D. A., Penha, J. C. D., ... & Ximenes, L. B. (2018). Validação de cartilha para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1412-1419.
- Santos, L., Mansur, H. N., Paiva, T. F., Colugnati, F. A., & Bastos, M. G. (2012). Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *Brazilian Journal of Nephrology*, 34, 293-302.
- Schaurich, D., Coelho, D. F., & Motta, M. D. G. C. D. (2006). A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. *Revista Enfermagem Uerj*, 14(3), 455-462.
- Shah, J. M., Ramsbotham, J., Seib, C., Muir, R., & Bonner, A. (2021). A scoping review of the role of health literacy in chronic kidney disease self-management. *Journal of renal care*, 47(4), 221-233.
- UNAIDS. BRASIL. *Estatísticas*, 2020. <https://unaid.org.br/estatisticas/#:~:text=86%25%20%5B73%20%E2%80%93%20%3E98,98%25%5D%20atingiram%20supress%C3%A3o%20viral>.
- Wawrzyniak, A. J., Ownby, R. L., McCoy, K., & Waldrop-Valverde, D. (2013). Health literacy: impact on the health of HIV-infected individuals. *Current HIV/aids Reports*, 10, 295-304.
- Weiss, L., French, T., Finkelstein, R., Waters, M., Mukherjee, R., & Agins, B. (2003). HIV-related knowledge and adherence to HAART. *Aids Care*, 15(5), 673-679.

World Health Organization. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. World Health Organization.

Wolf, M. S., Davis, T. C., Shrank, W., Rapp, D. N., Bass, P. F., Connor, U. M., ... & Parker, R. M. (2007). To err is human: patient misinterpretations of prescription drug label instructions. *Patient education and counseling*, 67(3), 293-300.

Wolf, M. S., Davis, T. C., Shrank, W., Rapp, D. N., Bass, P. F., Connor, U. M., ... & Parker, R. M. (2007). To err is human: patient misinterpretations of prescription drug label instructions. *Patient education and counseling*, 67(3), 293-300.

CAPÍTULO 7

LETRAMENTO EM SAÚDE: MÉTRICA PARA APOIAR A EDUCAÇÃO ESCOLAR A SE TORNAR BASE PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

Raquel Ajub Moyses
Tatiana Natasha Toporcov
Luci Ana Santos da Cunha

INTRODUÇÃO

São imensos os desafios que se colocam aos sistemas de educação e saúde no Brasil, um país de grandes proporções territoriais e com muita desigualdade social. O país permanece como um dos países com maior desigualdade social e de renda do mundo, segundo estudo lançado mundialmente pelo World Inequality Lab. Os 10% mais ricos no Brasil ganham quase 59% da renda nacional total (Fernandes, 2021a).

Nos anos de 2020 e 2021, essas desigualdades foram ainda mais acentuadas pela pandemia da doença causada pelo coronavírus (covid-19) e pelo necessário isolamento social. Nesse período, estatísticas, gráficos, terminologias e orientações, antes quase que circunscritos aos grupos relacionados aos estudos epidemiológicos, passaram a ser intensivamente veiculados pelos meios de comunicação de massa (Stevanim, 2020; Matta *et al.*, 2021; Peres, Rodrigues, & Silva, 2021).

Os epidemiologistas se tornaram os grandes comunicadores, sendo convocados a dar explicações e a realizar análises, orientações e recomendações. Dentre eles, destacaram-se os que conseguiram se comunicar de forma simples e direta, divulgando as devidas informações sobre a pandemia e o novo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). Contudo, foi também uma época de bombardeio de desinformação e informações

falsas (*fake news*), além da falta de crítica da população para compreender as informações veiculadas, bem como discernir entre as válidas e não válidas, o que resultou em gastos e mortes que poderiam ter sido evitados. Esse panorama evidenciou a importância do Letramento em Saúde (LS) e a necessidade de formação apropriada em relação aos saberes que o envolvem, tanto de quem realiza a comunicação quanto de quem a recebe.

O LS pode ser definido como o conhecimento e as competências que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em terem acesso, compreenderem e usarem informação, de modo a promoverem e a manterem a saúde, visando à melhor qualidade de vida (WHO, 2021). Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2015) e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), apontam que qualidade de vida é um direito a ser garantido a todos. Contudo, para universalizar seu acesso, o conhecimento torna-se uma necessidade fundamental, ou seja, é necessário que as populações se apropriem e mobilizem conhecimentos em saúde que lhes tornem competentes para tomar boas decisões sobre a saúde no cotidiano de seus lares, escolas e trabalho; na vida comunitária e em relação aos serviços de saúde e de assistência social.

ANTES DE TRANSPOR PARA A SAÚDE: DIMENSÕES DA ALFABETIZAÇÃO E DO LETRAMENTO NA LÍNGUA MATERNA

Considera-se importante a compreensão de alguns conceitos, para se saber que se está, de fato, dialogando sobre o mesmo tema. Diante da multiplicidade de nomenclaturas e denominações na área do LS, pondera-se que seria preliminarmente necessário relacionar os conceitos em sua gênese, na língua materna, para, posteriormente, apresentar as concepções e as reflexões em relação aos conceitos utilizados na área da saúde. Para tanto, apoia-se em estudos relacionados de Magda Soares, que realizou pesquisas profundas de concepções psicológicas, linguísticas e psicolinguísticas de leitura e escrita, dialogando com pesquisadores como Emília Ferreiro e Ana Teberosky (1986), Jean Piaget (1973) e Lev Semenovitch Vygotsky (1991).

Ao analisar as muitas facetas da alfabetização, Soares (2004; 2009) apresentam as distinções e os seguintes conceitos:

- Alfabetização: leva à aquisição do alfabeto, ou seja, ensina o código da língua escrita, ensina a ler e a escrever (Soares, 2004, pp. 7, 11, 16; 2009, pp. 16, 23, 31).
- Analfabetismo: “estado ou condição de analfabeto”. Analfabeto é o que vive no estado ou condição de quem não sabe ler e escrever (Soares, 2004, p. 8; 2009, pp. 17, 24, 30).
- Alfabetismo: o “estado” ou a “condição” que assume aquele que aprende a ler e a escrever, o contrário do termo analfabeto (Soares, 2009, pp. 17, 31).
- Letrado: pessoa que, além de saber ler e escrever, faz uso frequente e competente da leitura e da escrita. Será usado iletrado como seu antônimo (Soares, 2009, p. 16, 32, 36, 71, 76).
- Iletrado ou analfabeto funcional: pessoa que não faz uso frequente e competente da leitura e da escrita ou pessoa quase analfabeta (Soares, 2009, pp. 16, 32, 71, 87).
- Letramento: resultado da ação de “letrar-se”, se for dado ao verbo “letrar-se” o sentido de “tornar-se letrado”; resultado da ação de ensinar e aprender as práticas sociais de leitura e escrita. O estado ou condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de se ter apropriado da escrita e de suas práticas sociais (Soares, 2004, p. 7, 14, 16; 2009, p. 18, 33, 38, 47, 74). “Paulo Freire foi um dos primeiros educadores a realçar esse poder ‘revolucionário’ do letramento” (Soares, 2009, p. 38).

A palavra “letramento” é uma tradução para o português da palavra inglesa *literacy*, que designa o estado ou condição daquele que é *literate*, daquele que não só sabe ler e escrever, mas também faz uso competente e frequente da leitura e da escrita (Soares, 2004, 2009).

Alfabetizar e letrar são duas ações distintas, mas não inseparáveis. Ao contrário, o ideal seria alfabetizar letrando, ou seja, ensinar a ler e a

escrever no contexto das práticas sociais da leitura e da escrita, de modo que o indivíduo se tornasse, ao mesmo tempo, alfabetizado e letrado (Soares, 2004, 2009).

Dissociar alfabetização e letramento é um equívoco, porque, no quadro das atuais concepções psicológicas, linguísticas e psicolinguísticas de leitura e escrita, a entrada da criança (e também do adulto analfabeto) no mundo da escrita ocorre simultaneamente por esses dois processos: pela aquisição do sistema convencional de escrita – a alfabetização – e pelo desenvolvimento de habilidades de uso desse sistema em atividades de leitura e de escrita, nas práticas sociais que envolvem a língua escrita – o letramento.

ALFABETIZAÇÃO, LETRAMENTO E LITERACIA EM SAÚDE

Cada área de conhecimento pressupõe um processo de alfabetização e letramento, não como saberes separados, mas em um conjunto, compondo-se um processo interdependente e indissociável. A alfabetização seria a etapa em que se dominam os conceitos básicos e fundamentais, e o letramento corresponde à apropriação e ao uso social desses saberes (Soares, 2004; 2009; Mendonça & Mendonça, 2007).

Nessa lógica, não só a língua materna, que, nesse caso, é a língua portuguesa, mas os demais saberes, como matemática, história, geografia, ciências e demais áreas, também são construídos a partir dos conhecimentos básicos e edificam-se em sua complexidade, de forma mais democrática ou não, dependendo do contexto histórico, cultural, social, político e econômico no qual os aprendentes se encontram.¹⁰

Quanto ao LS, em revisão sistemática realizada por Pavão e Werneck (2021), em países de renda baixa ou média, e por Sørensen *et al.* (2012), na Europa e nos Estados Unidos, quanto à nomenclatura, aparecem termos como “alfabetização em saúde”, “alfabetismo em saúde”, “letramento em saúde”, “letramento funcional em saúde”, “literacia em saúde” e “literacia funcional em

¹⁰ Atualmente, encontramos inclusive reflexões acerca do multiletramento (ROJO, 2012), e das diferentes possibilidades do letramento: científico, linguístico, literário, racial, digital, visual, social, político.

saúde”. No Brasil, pode-se encontrar, ainda, em documentos oficiais, o uso do termo “alfabetização sanitária” (Mendes *et al.*, 2012).

Entende-se que, embora a nomenclatura varie e o LS, em termos de concepções e ações, esteja ainda em evolução, busca-se um melhor delineamento conceitual.

Fazendo a transposição dos conceitos originados em relação à língua materna e aproximando com as concepções de Soares (2004; 2009) e de Chartier (2017), quanto à relação com a saúde, compreende-se que a alfabetização seria a etapa em que se dominam os conceitos básicos e fundamentais (correspondente ao letramento funcional).

O LS seria a apropriação e o uso social desses saberes, que se ampliam e aprofundam ao longo da vida de uma pessoa, a qual vive em um contexto de cultura do escrito e exerce e cultiva em seu cotidiano o hábito de aprimorar e atualizar esses saberes, pois compreende a análise crítica em relação à saúde e a seus desfechos em relação à qualidade de vida (Nutbeam & Kickbusch, 2000; Nutbeam, 2008; Saboga-Nunes, 2014; Sørensen & Brand, 2013.).

É importante destacar que a alfabetização em saúde está inserida no LS, pois são processos interdependentes e indissociáveis. Portanto, é compreensível que seja mais apropriado utilizar o termo “letramento em saúde” nos estudos, quando se trata da apropriação do conhecimento em saúde, seja de forma individual ou coletiva. Este termo abrange a complexidade do processo que se desenvolve ao longo da vida de uma pessoa ou de um grupo de indivíduos. Já a “literacia em saúde”, em sua complexidade, vai além do LS, pois deve compreender os objetos, os sujeitos (o trajeto de aprendizagem destes), as instituições de transmissão, os meios de inscrição e os meios de produção e transmissão das múltiplas formas que o fenômeno assume, as instâncias e os suportes de veiculação das informações sobre saúde. Compreende ainda o lugar que o conhecimento sobre saúde ocupa/ocupou em determinado tempo e espaço e o papel que esses conhecimentos desempenham na vida material e simbólica de indivíduos e grupos sociais. Por fim, engloba a relação com outras linguagens, como mídias, novas tecnologias de comunicação e

informação, redes sociais, inteligência artificial, robótica, internet das coisas, nanotecnologia, biotecnologia, computação quântica, etc.

O LS se faz muito importante, não somente quando se está vivenciando uma pandemia, período em que quanto maior for o conhecimento sobre cuidados e prevenção, menor o grau de adoecimento e o número de mortes, mas também pelo fato de, no cotidiano das pessoas, boas decisões em relação à saúde podem prevenir doenças e agravos a curto, médio e longo prazo, na saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (Ruiz *et al.*, 2013; Adams *et al.*, 2009; Nutbeam, 2008; Peres, Rodrigues, & Silva, 2021).

Nesse contexto, a escola é determinante, já que, formalmente, é uma instituição centrada na construção e na democratização do conhecimento e tem potencial único para estabelecer comportamentos saudáveis já na primeira infância, os quais permanecem ao longo da vida. As escolas, de forma geral, já trabalham com educação para a saúde, com conteúdos voltados para “ciências e saúde”, mas o LS vai além disso, pois requer consciência crítica, empoderamento e práxis (Rootman *et al.*, 2006). A educação para a saúde pode engendrar, conduzir ao LS.

Para promover o protagonismo da escola, como Organização Letrada em Saúde (OLS)¹¹, como espaço de promoção do LS e produção de saúde, é necessária uma discussão a respeito dos determinantes sociais de saúde-doença no território em que a escola ocupa, da mobilização em torno do direito à saúde e do fortalecimento da participação da comunidade escolar nos espaços de controle social e de gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ruiz *et al.*, 2013; Vilaça *et al.*, 2019; Fathi *et al.*, 2014; Brasil, 2009.).

IMPORTÂNCIA DA ESCOLA NO LETRAMENTO EM SAÚDE

O acesso aos conhecimentos humanos produzidos historicamente deve ser democratizado para todos e, institucionalmente, nas escolas, os profissionais da educação e, principalmente, os gestores e os professores tornam-se responsáveis por essa democratização (Brasil, 2013; Freire, 2007). É por meio de seu corpo

¹¹ “[...] uma OLS é aquela que apoia pessoas com baixo LS a navegar, entender e usar informações e serviços para cuidar de sua saúde” (Brach *et al.*, 2012).

docente que as escolas conseguem elaborar planos e métodos de ensino que levam os alunos a entenderem e a aplicarem os conceitos de LS nas situações diárias.

Assim, o professor assume o protagonismo da organização didática a ser utilizada, por exemplo, para ensinar sobre alimentação saudável. Para que isso ocorra, porém, a atuação docente precisa ascender a outros patamares, sendo exigido do professor o papel de um agente transformador, com novas competências técnicas e ferramentas para desempenhar adequadamente sua função educativa em sintonia com as demandas nessa perspectiva de LS (Sebold *et al.*, 2017; Almeida *et al.*, 2017; Kickbusch *et al.*, 2013; Fernandes *et al.*, 2021b.).

Pesquisas realizadas sobre a análise do grau de LS em professores e gestores indicam resultados de insuficiente a médio, apontando para a necessidade de investimento na formação inicial e continuada desses profissionais (Sebold *et al.*, 2016; Nunes, 2019; Vamos *et al.*, 2020; Schwingel & Araújo, 2020). Tais estudos esclarecem que essa formação deve superar a perspectiva biomédica de foco patogênico, e os processos formativos de educação em saúde com profissionais da educação devem promover ações intersetoriais e de promoção de saúde, estabelecendo parcerias entre os setores da saúde e da educação (Fernandes *et al.*, 2021b; Moreira, Martins, & Saboga-Nunes, 2020).

A PESQUISA

O letramento em saúde é essencial para o empoderamento das pessoas em relação às escolhas para uma vida saudável. É também considerado fundamental para o desenvolvimento sustentável, para se atingir o preconizado na Agenda 2030 e nos Determinantes Sociais da Saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo (Martins, 2022). Idealmente, deve ser desenvolvido ainda na vida escolar, com profissionais preparados para isso. Nesse contexto, esta pesquisa tem como objetivo analisar os fatores associados às condições de letramento em saúde de gestores e professores da educação básica das unidades educativas públicas no sistema municipal na cidade de São Paulo (SP).

Trata-se de um estudo do tipo transversal analítico, em que se considera a população de 5.527 gestores e 63.957 professores efetivos

(titulares de cargo), com amostra representativa de gestores e professores, selecionados aleatoriamente.

O período de coleta de dados do estudo ocorrerá entre abril e agosto de 2023 e será feita por meio da aplicação *on-line* do questionário Health Literacy Survey Questionnaire-16 (HLS-16), versão em português (brasileiro) e de questionário sociodemográfico e pedagógico, todos hospedados na plataforma Epicollect5. Os dados serão analisados a partir de técnicas de estatística descritiva e inferencial. Primeiramente, será avaliada a distribuição dos dados por meio do teste Shapiro-Wilk, com critério valor de $p < 0,05$ para distribuição normal. Será aplicada a regressão multivariada estratificada por covariáveis captadas pelo questionário sociodemográfico, sempre adotando IC95%.

Esperamos mapear os diferentes níveis nos diversos domínios de letramento em saúde, os quais servirão de elementos norteadores para o desenvolvimento de ações para se trabalhar com letramento em saúde nas escolas.

O estudo será feito de acordo com as diretrizes éticas da legislação brasileira em vigor para pesquisas com seres humanos e submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E contará com a colaboração das secretarias municipais de Saúde e de Educação da cidade de São Paulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho didático com letramento em saúde envolve o domínio consciente dos saberes necessários em saúde, para uma boa qualidade de vida individual e comunitária, considerando as práticas sociais em que os sujeitos estão inseridos. Assim, a pesquisa tem como elemento norteador a defesa da formação de um indivíduo capaz de apresentar uma postura interferente em seu contexto e de articular conhecimentos e aplicá-los, de modo crítico, em sua vida diária.

Dados e estatísticas mostram a importância do investimento em letramento em saúde no Brasil. Alguns estudos com populações com portadores

de agravos crônicos e idosos estimam que 45,4 a 66,0% da população apresentam letramento em saúde inadequado ou limítrofe. Também a disseminação de informações falsas, o avanço de grupos antivacinação e a redução da cobertura vacinal, resultam em índices alarmantes de desfechos negativos, como doenças e mortes. A vacinação em massa evita atualmente ao menos quatro mortes por minuto no mundo e gera uma economia equivalente a R\$250 milhões por dia, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde.

Medir o grau de LS que os profissionais da rede municipal de ensino possuem ajudará a mapear os domínios das deficiências e identificar fatores associados a um baixo letramento em saúde. Essas ações nortearão o desenho futuro de estratégias de intervenção para a formação continuada desses profissionais em relação ao letramento em saúde, para que se tornem provedores de futuras ações de formação com os estudantes, nas unidades educativas.

A participação dos protagonistas envolvidos nesse debate possibilitará oportunidades de construção de ações mais efetivas para valorização da escola. Esta, como espaço privilegiado de interlocução com a sociedade, poderá estimular o processo de construção coletiva de seus Projetos Políticos Pedagógicos e o pensar crítico e reflexivo de inserção do letramento em saúde nas matrizes escolares, curriculares e extracurriculares. Isso possibilitará que o letramento em saúde e a literacia em saúde, em suas diferentes significações, possam se estabelecer na comunidade, nos territórios, nos espaços participativos e como promotores de saúde.

Os resultados da pesquisa poderão ser elementos norteadores para políticas públicas em relação ao planejamento e à realização de ações interdisciplinares envolvendo os segmentos de saúde e de educação; como orientadores quanto aos currículos e programas escolares, especificamente em relação à formação envolvendo letramento em saúde, em todos os níveis e etapas escolares; na concepção e realização da formação inicial e continuada dos gestores e docentes e nos territórios, em ações envolvendo as famílias e as comunidades.

REFERÊNCIAS

- Stocks, N. P., Hill, C. L., Gravier, S., Kickbusch, L., Beilby, J. J., Wilson, D. H., & Adams, R. J. (2009). Health literacy-a new concept for general practice?. *Australian family physician*, 38(3), 144-146.
- Almeida, A., Pinheiro, P., Okan, O., Pereira, A., & Mesquita, E. (2017). Measuring mental health literacy of teacher: a pilot study. *International Journal of Case Studies*, 5(12).
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., ... & Schillinger, D. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. NAM perspectives. <https://nam.edu/perspectives-2012-ten-attributes-of-health-literate-health-care-organizations>
- Ministério da Saúde. (2009). *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf
- Ministério da Educação. (2013). Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Conselho Nacional da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica. Brasília, DF: MEC, SEB, DICEI. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13448-diretrizes-curriculares-nacionais-2013-pdf&Itemid=30192
- Ministério da Economia/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Portaria nº pr-47, de 1º de março de 2021. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: 3 de março de 2021. Edição: 41. Seção: 1. p. 18. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-pr-47-de-1-de-marco-de-2021-306216615>
- Chartier, R. (2017). *A ordem dos livros: leitores, autores e bibliotecas na Europa entre os séculos XIV e XVIII*. Brasília, DF: UnB.
- Fathi, B., Allahverdiপুর, H., Shaghghi, A., Kousha, A., & Jannati, A. (2014). Challenges in developing health promoting schools' project: application of global traits in local realm. *Health promotion perspectives*, 4(1), 9.
- Fernandes, D. (2021a, 7 de dezembro). 4 dados que mostram por que Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, segundo relatório. *BBC News Brasil*. Paris. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-59557761>
- Fernandes, M. T. B. F., et al. (2021b). Uma proposta colaborativa entre a saúde e educação para a prevenção à obesidade infantil na atenção primária. In: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, 4, 2021, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos*. Campinas: Galoá. <https://proceedings.science/cbppgs-2021/papers/uma-proposta-colaborativa-entre-a-saude-e-educacao-para-a-prevencao-a-obesidade-infantil-na-atencao-primaria>
- Ferreiro, E., Teberosky, A., & Lichtenstein, D. M. (1986). *Psicogênese da língua escrita* (p. 300). Artes Médicas.
- Freire, P. (1992). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. Coleção Leitura.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca. (s./d.). *Os DSS no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>

os-dss-no-brasil/

- Jourdan, D., Gray, N. J., Barry, M. M., Caffè, S., Cornu, C., Diagne, F., ... & Sawyer, S. M. (2021). Supporting every school to become a foundation for healthy lives. *The lancet child & adolescent health*, 5(4), 295-303.
- Kickbusch, I., et al. (Eds.). (2013). *Health literacy: the solid facts*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>
- Lauris, J. R. P. et al. (2022). *Cálculo amostral*. Disponível em: http://estatistica.bauru.usp.br/calculoamostral/ta_ic_proporcao.php.
- Martins, A. M. E. B. L. (2022). História do letramento em saúde: uma revisão narrativa. *Revista Unimontes Científica*, 24(2), 1-23. <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/5735>.
- Matta, G. C., Rego, S., Souto, E. P., & Segata, J. (2021). *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. <https://books.scielo.org/id/r3hc2>
- Mendes, E. V. (2018). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(2), 1. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
- Mendonça, O. S., & Mendonça, O. C. (2007). *Alfabetização: método sociolinguístico: consciência social, silábica e alfabética em Paulo Freire*. (No Title).
- Martins, R. A. S., & Saboga-Nunes, L. (2019). A literacia para a saúde no setting escolar. *Revista de Educação Popular*, 18(3), 268-275. <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/49602>
- Nunes, A. E. (2019). *Relações entre autoeficácia de professores para promover escola saudável, letramento em saúde e variáveis do ambiente escolar*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/191547>.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 183-184.
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2015). *Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. Nova Iorque: ONU.
- DSS BR. (s./d.). *Os DSS no Brasil*. <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/os-dss-no-brasil/>.
- Pavão, A. L. B., & Werneck, G. L. (2021). Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 4101-4114.
- Peres, F., Rodrigues, K. M., & Lacerda, T. (2021). *Literacia em saúde*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Piaget, J., et al. (1973). *Problemas de psicologia*. (Álvaro Cabral, Trad.). São Paulo: Mestre Jou.
- Rojo, R. (2012). *Pedagogia dos multiletramentos: diversidade cultural e de linguagens na escola*.

- Multiletramentos na escola. São Paulo: Parábola Editorial, 264, 11-31.
- Kwan, B., Frankish, J., Rootman, I., Zumbo, B., Kelly, K., Begoray, D., ... & Hayes, M. (2006). *The development and validation of measures of "health literacy" in different populations*. UBC Institute of Health Promotion Research and University of Victoria Community Health Promotion Research.
- Ruiz, R. B., Delis, M. M., Frómata, M. C., & Alfaro, M. D. L. Á. R. (2013). Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. *Medisan*, 17(01), 126-140.
- Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., & Pelikan, J. M. (2014). Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In *VIII Congresso Português de Sociologia* (Vol. 40).
- Schwingel, T. C. P. G., & de Araújo, M. C. P. (2020). Compreensões de educação em saúde na formação inicial e continuada de professores. *Revista Insignare Scientia-RIS*, 3(2), 368-385.
- Sebold, R., Cardoso, D., Farinell, M., Carcerer, D., & Rausch, R. (2016). *Reflexões sobre a formação continuada de professores*. Millenium, (Edição especial 1), 153-159.
- Sebold, R., Cardoso, D., Carcereri, D. L., & Rausch, R. B. (2017). Formação continuada de professores: espaço de ação-reflexão-ação da literacia para a saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 2, 274-281.
- Soares, M. (2004). Letramento e alfabetização: as muitas facetas. *Revista brasileira de educação*, 5-17..
- Soares, M. (2009). *Letramento: um tema em três gêneros* (3a. ed.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.
- Sørensen, K., & Brand, H. (2014). Health literacy lost in translations? Introducing the European health literacy glossary. *Health promotion international*, 29(4), 634-644.
- Stevanin, L. F. (2020). Nós: os vulneráveis. *RADIS. Revista da Fundação Oswaldo Cruz*, n. 212.
- Vamos, S., Okan, O., Sentell, T., & Rootman, I. (2020). Making a case for "Education for health literacy": An international perspective. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1436.
- Vilaça, T., Darlington, E., Velasco, M. J. M., Martinis, O., & Masson, J. (2019). *SHE School Manual 2.0. A methodological guidebook to become a health promoting school*. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE).
- Vygotsky, L. S. (1991). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- World Health Organization (WHO). (2021). *What is a health promoting school?* Geneva: WHO. https://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/

CAPÍTULO 8

IMPACTO DA LITERACIA EM SAÚDE NOS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS EM USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO

Carla Fabiana Tenani
Manoelito Ferreira Silva Junior
Carolina Matteussi Lino
Maria da Luz Rosário de Sousa
Marilia Jesus Batista

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm sido um desafio global em muitos aspectos para a saúde pública. As DCNT são caracterizadas pela sua etiologia múltipla e associam-se a diversos fatores de risco comuns (Malta *et al.*, 2019). A transição demográfica e epidemiológica, ocorrida inicialmente nos países com mercados desenvolvidos, tem acontecido tardiamente nos países com mercados em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, em que as doenças associadas ao envelhecimento populacional surgem em proporção crescente, somadas a outras condições como as doenças transmissíveis, e a mortalidade por causas externas (Oliveira, 2019). Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem formulado políticas voltadas para o enfrentamento das condições crônicas em saúde.

O aumento da prevalência das DCNT vem apresentando diversas consequências, inclusive na saúde bucal (Neves *et al.*, 2019). Há evidências sobre a associação entre doenças bucais e diabetes, e ainda, com doenças cardiovasculares (Lee *et al.*, 2019). Além disso, consensos declararam compreensão das principais doenças bucais, cárie e doença periodontal,

reconhecidas na atualidade como doenças crônicas (Gamonal *et al.*, 2020).

As condições bucais continuam desafiadoras para a saúde no mundo, e no Brasil não é diferente (Peres *et al.*, 2019). Uma forma de prevenção para doenças bucais e DCNT é por meio de práticas de saúde com base em ações preventivas e de promoção de saúde, sobre os fatores de risco comuns (Tsakos & Quiñonez, 2013). Sendo assim, um pilar fundamental da promoção de saúde, reconhecido pela OMS, é a literacia em saúde (LS) (WHO, 2016).

A LS é a capacidade de tomar decisões em saúde, sendo definida como o conjunto de competências cognitivas, sociais e individuais para acessar e compreender a utilização de informações com objetivo de autopromoção e manutenção de boas condições de saúde (WHO, 1998). Ela é constituída por três dimensões: funcional, comunicativa e crítica. Assim, sua dimensão funcional é representada por habilidades básicas suficientes em leitura e escrita, para utilização em situações mais cotidianas, com papel do indivíduo mais passivo. A dimensão comunicativa refere-se a um papel individual mais ativo, havendo interação com diferentes formas de comunicação e aplicação destas. E a dimensão crítica da LS envolve habilidades cognitivas mais avançadas, maior análise crítica sobre as informações, controle em saúde, e exige um papel individual mais proativo (Nutbeam, 2000; Kickbusch, 2004).

Embora o conceito de LS não seja recente, tem cada vez mais ganhado destaque na atualidade. Na perspectiva da saúde pública, a LS aparece como um determinante da saúde e bem-estar positivo na busca por uma vida saudável construída por meio do empoderamento da comunidade, do envolvimento cívico e da ação social. Além disso, interfere na redução do risco de doenças, atendimento equitativo, econômico e centrado no indivíduo (Rowlands *et al.*, 2019).

Porém, a LS não é apenas determinada pela capacidade individual, mas também pela resposta dos sistemas e serviços de saúde, além de ser dependente das características individuais que podem facilitar ou dificultar o acesso e uso de informações de saúde adequadas para a tomada de decisões em saúde (Dietscher *et al.*, 2019). Tem sido considerado um fator intermediário na determinação da saúde (WHO, 2016), relevante na compreensão e uso das

informações para escolhas em saúde (Hibbarb, 2017) e determinante sobre comportamentos e desfechos de saúde (Van Hoa *et al.*, 2020). Neste sentido, a LS pode levar o indivíduo a adquirir novos conhecimentos, bem como decisão por hábitos adequados em saúde, o que permitirá maior autocuidado, e, por consequência, apresentará melhores resultados relacionados à saúde ao longo de sua vida (Rowlands *et al.*, 2019).

Alguns recentes estudos mostram a associação da LS às condições de saúde (Amoah & Phillips, 2018). Menores níveis de literacia estão associados ao impacto em saúde (Paek, 2017) como baixa utilização de serviços por rotina e menor controle das DCNT (van der Heide *et al.*, 2018). Em relação à saúde integral, pesquisas como a de Delavar *et al.* (2020) mostram que uma limitada LS pode ser um fator contribuinte para problemas de saúde relacionados à hipertensão arterial, por exemplo, onde esses indivíduos enfrentam mais complicações da doença e têm mais dificuldades na adesão a tratamentos. Na área da saúde bucal, estudos têm verificado também uma associação entre menor nível de LS a piores hábitos de saúde bucal (Nouri & Rudd, 2015), incluindo piores condições clínicas, tais como: alta prevalência de doenças bucais (Macek *et al.*, 2017), maior prevalência de perdas dentárias, utilização de serviço de saúde bucal por emergência e menor utilização de serviços odontológicos para prevenção (Tenani *et al.*, 2021).

Desta forma, a LS apresenta-se como um preditor de saúde do indivíduo relacionado à renda, empregabilidade, nível de escolaridade, raça, e vem revelando-se como uma característica importante atualmente para que as pessoas consigam manter e recuperar a sua saúde (WHO, 2013; Dietscher *et al.*, 2019). A OMS considera que este fator é uma das chaves de estratégias de promoção da saúde (Petersen & Kwan, 2010) e empoderamento pessoal (Nutbeam, 2000).

As evidências indicam que indivíduos com níveis mais baixos de letramento em saúde (LS) experienciam uma comunicação reduzida entre médico e paciente, conforme observado por Pedro *et al.* (2016). Além disso, essas pessoas demonstram uma gestão deficiente de sua saúde, compreensão limitada de informações e tendem a apresentar taxas mais elevadas de

hospitalização, conforme destacado por Bailey *et al.* (2015). Essa realidade resulta, por conseguinte, em um aumento nos atendimentos de emergência, gerando custos mais elevados, inclusive com medicamentos, como apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2013. Além disso, precisa-se evidenciar a Atenção Primária em Saúde como local profícuo para realização de medidas de promoção da LS. Uma vez que esta é uma estratégia prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), e principal porta de entrada à saúde sob os atributos: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Sendo responsável por ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, portanto, torna-se fundamental no processo de atenção aos cuidados e saúde integral (individual e coletivo) da população (Starfield, 2002).

Assim, considerando que a saúde baseada em evidências é uma ciência e um movimento que visa reduzir as incertezas para a tomada de decisão, torna-se primordial conhecer o papel da LS sobre comportamentos e desfechos clínicos em saúde, bem como o impacto causado na saúde da população. Sobretudo atualmente, com o aumento das DCNT, há a necessidade de manejo da saúde e o controle de fatores de risco (Malta *et al.*, 2019). Encontrar meios que auxiliem na estratégia de promoção da saúde, e que empoderem o indivíduo por meio da mudança de estilo de vida para redução de riscos, com aumento dos benefícios para comportamentos saudáveis, é fundamental.

Portanto, identificar o papel da LS pode trazer elementos que contribuam para que profissionais e gestores em saúde apropriem-se de novos e importantes dados para tomadas de decisão em saúde. Com isso, a proposta da pesquisa realizada, foi analisar o impacto da LS nos comportamentos de saúde em indivíduos com doenças crônicas no sistema público de saúde, no município de Piracicaba, São Paulo.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O impacto da LS foi verificado por meio de dois estudos, e teve como objetivos: mostrar, no estudo I a importância multidimensional da LS associada

a diferentes resultados de saúde com objetivo específico de associar a LS por dimensão funcional, comunicativa e crítica aos fatores socioeconômicos, comportamentais e clínicos em portadores de DCNT, atendidos em serviços públicos de saúde. Por meio do segundo estudo, apresentar o papel da LS como fator intermediário das perdas dentárias entre usuários portadores de DCNT na APS, para atingir o objetivo específico de análise do papel da LS como fator intermediário nos comportamentos de saúde e nas condições clínicas das perdas dentárias entre usuários do SUS com DCNT.

DELINEAMENTO E LOCAL

Foi realizado um estudo transversal analítico, de julho a dezembro de 2019, no município de Piracicaba, São Paulo, com amostra representativa de adultos (\geq de 20 anos) possuindo diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica, condições crônicas bucais, provenientes de dez unidades de Saúde da Família, selecionadas aleatoriamente.

AMOSTRA

A partir dos resultados do estudo I, que identificou alto nível de LS – funcional, comunicativa e crítica, em aproximadamente 50% dos indivíduos, se realizou o cálculo amostral, chegando ao número de 238 indivíduos diagnosticados com as DCNT diabetes *mellitus* tipo 2 e/ou hipertensão arterial sistêmica cadastrados no sistema informatizado do município. Prevendo prováveis perdas, foi acrescentado 20% totalizando 298 indivíduos.

Considerando o estudo de Morgan (2013), trabalhou-se com o número de oito Unidades de Saúde da Família (USF), e quatro USF como suplentes, dentre as 51 USF elegíveis. Estimando possíveis perdas e recusas, acrescentou-se para a coleta de dados, mais dez participantes por USF sorteada, sendo 40 usuários sorteados a partir da lista de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados em cada unidade de saúde.

SELEÇÃO DA AMOSTRA

As equipes de saúde de cada USF sorteada distribuíram, aleatoriamente, 40 convites, elaborados pela pesquisadora, aos usuários cadastrados com diabetes tipo 2 e/ou HAS, os quais compareciam nas datas agendadas para participar do estudo.

Como critérios de inclusão, o participante devia ser cadastrado e acompanhado na USF de Piracicaba (SP); possuir diabetes tipo 2 e/ou hipertensão arterial sistêmica; comparecer a USF no dia e hora estabelecidos. Como critérios de exclusão ficaram estabelecidos, no dia da coleta, apresentar abscessos ou atendimento emergencial de saúde bucal; recusar o exame clínico odontológico; apresentar incapacidade de responder o questionário devido a estado físico e/ou psicológico (informado pela sua respectiva USF).

COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu com uma única pesquisadora, em consultórios das USF sorteadas. Para essa etapa, aconteceu a realização de exame clínico intrabucal, aplicação de um questionário e obtenção de dados clínicos de saúde sistêmica pelos prontuários dos usuários.

Para a coleta dos dados clínicos, uma cirurgiã-dentista (CD) foi treinada por uma examinadora “padrão-ouro”, por meio de discussões teóricas e práticas durante oito horas, aproximadamente, com uma concordância intraexaminadora que, considerada dentro dos padrões de confiabilidade, variou de 90,6 a 100% para cárie e doença periodontal (Frias *et al.*, 2004; Brasil, 2011).

Os exames clínicos bucais foram realizados sob paramentação e critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando sonda periodontal e espelho clínico estéreis, com o participante sentado em cadeira, sob luz natural (OMS, 2017), em consultórios da USF. As condições clínicas avaliadas foram: biofilme dental visível (Ainamo & Bay, 1975), experiência de cárie índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e Índice Periodontal Comunitário (CPI) (OMS, 2017).

As entrevistas com os participantes foram por meio de questionário com 66 questões objetivas a respeito de comportamentos, determinantes em saúde bucal e geral, adaptados do estudo de Silva Junior *et al.* (2019) e do inquérito de saúde bucal SB Brasil 2010 (Brasil, 2011).

Houve a aplicação do instrumento de LS, *Health Literacy Scale (HLS-14)* (Suka *et al.*, 2013), com as três dimensões, validado em português (brasileiro) (Batista *et al.*, 2020). No mesmo dia das avaliações, a CD examinadora também coletava os dados referentes aos índices clínicos pressóricos e glicêmicos das informações mais atuais nos prontuários dos participantes.

VARIÁVEIS

Aplicou-se um questionário com dados socioeconômicos e demográficos (idade, sexo, cor da pele, escolaridade e renda), acesso aos serviços (tipo de serviço, tempo de consulta médica e odontológica), comportamentos em saúde (escovação, uso de fio dental, frequência/uso de serviço médico e odontológico), dor (gingival e dental), e a LS por meio de instrumento.

Os indicadores de saúde: controle de pressão arterial (índices sistólico e diastólico), hemoglobina glicada e glicemia foram obtidos dos prontuários. Exames clínicos bucais verificaram: dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), índice periodontal (CPI), biofilme dental visível.

A variável de interesse foi a LS total dividida em alta, média e baixa ou por dimensão (Funcional, Comunicativa e Crítica) dicotomizada (alta e baixa).

Especificamente no estudo I, a LS foi a variável de interesse e foi apresentada, em cada dimensão, em dois níveis: baixa e alta, dicotomizada pela mediana. Os pontos de corte para alta e baixa de cada dimensão, foram: funcional (11,0 pontos), comunicativa (16,5 pontos) e crítica (14,0 pontos). Incluindo as três dimensões (Nutbeam, 2000) e os papéis individuais (Kickbusch, 2004), sendo: LS funcional papel individual passivo, LS comunicativa papel ativo e LS crítica com papel pró-ativo.

Para o estudo II, foi construído um modelo teórico conceitual de determinantes da saúde baseado em Nutbeam (2000), considerando a LS

e o modelo adaptado de Sørensen *et al.* (2012) e Martins *et al.* (2017). Foi realizada análise das condições de saúde bucal sob os determinantes primários e os comportamentos de saúde (Andersen & Davidson, 1997), categorizadas em: exógenas, determinantes primários e intermediários em saúde, adaptados para o Brasil (Silva Junior *et al.*, 2019; Brasil, 2011). O desfecho do estudo (variável dependente) foi a perda dentária (Armellini & Fraunhofer, 2002).

ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análise estatística descritiva, teste do Qui-Quadrado, e regressão logística sob modelo conceitual para a LS ($p < 0,05$).

Para o estudo II, especificamente, realizou-se análises de regressão logística com abordagem hierárquica com ajustes de seis modelos. Para a inclusão no modelo, em cada bloco foi considerado o corte de $p < 0,20$ e a significância no modelo final foi $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada, após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 94104618.7.0000.5418 e após assinatura do TCLE pelos indivíduos que participaram desta pesquisa.

PRINCIPAIS RESULTADOS

No período de seis meses de coleta de dados, participaram 238 usuários portadores das doenças crônicas. Houve recusa para o exame clínico bucal por dois usuários, e uma perda amostral caracterizada pelo não comparecimento de 162 usuários convidados.

Entre os participantes, 17 eram diabéticos do tipo 2, 111 hipertensos, e 110 diabéticos e hipertensos. A amostra foi composta, em sua maioria, por brancos 80,0% ($n=168$) apresentando idade média de 62,7 ($\pm 10,55$), com menor escolaridade 78,5% ($n=187$). Com relação ao comportamento 68,1% ($n=162$) faziam uso irregular de fio dental, 74,8% ($n=172$) faziam uso irregular

do serviço odontológico (+ de 1 ano). A baixa literacia em saúde foi encontrada em 68% da população.

Na análise por dimensão, 47,5% apresentaram alto nível de literacia funcional, 50% comunicativa e 46,2% LS crítica. Houve associação entre perda dentária e uso de fio dental com as três dimensões. A literacia funcional ($p < 0,001$) e comunicativa ($p = 0,018$) foram associadas à maior escolaridade. A literacia comunicativa e crítica apresentaram associação com frequência/uso de serviço regular odontológico e irregular médico. A literacia crítica foi associada ao alto índice de hipertensão arterial sistêmica ($p = 0,006$) e presença de bolsa periodontal $> 4\text{mm}$ ($p < 0,001$).

Em relação às perdas dentárias a LS foi associada, porém, quando ajustada por condições sociodemográficas e clínicas, perdeu significância. No modelo final, a perda dentária foi associada à maior idade (OR=1,12; 95%CI:1,07-1,17), menor renda (OR=2,18; 95%CI:1,31-3,64), à menor escolaridade (OR=3,43; 95%CI:1,17-10,10), à escovação irregular (OR=2,91; 95%CI:1,78-4,67), ao não uso de fio dental (OR=4,58; 95%CI:1,75-7,31), uso irregular de serviço odontológico (OR=2,60; 95%CI:1,32-5,12), presença de bolsa periodontal $> 4\text{mm}$ (OR=0,31; 95%CI:0,01-0,08), biofilme dental visível (OR=7,23; 95%CI:3,19-16,41) e maior índice de glicemia (OR=1,98; 95%CI:1,00-3,92).

DISCUSSÃO

O impacto da LS sobre os comportamentos de saúde e DCNT em usuários do serviço público de saúde no Brasil, em Piracicaba, São Paulo, apresentou-se como um estudo pioneiro quanto à avaliação da LS multidimensional (funcional, comunicativa e crítica) (Nutbeam, 2000) associada a doenças crônicas, utilizando um instrumento mais abrangente para LS, o *HLS-14* (Suka *et al.*, 2013; Batista *et al.*, 2020).

Contrariando, portanto, alguns estudos apresentem associações da LS com alta prevalência de doenças bucais (Macek *et al.*, 2017) e outros afirmam que a associação com o principal desfecho de saúde bucal, a perda dentária, ainda é inconclusiva (Firmino *et al.*, 2018). Nesta pesquisa, a LS mostrou

associação com perdas dentárias, até ajustes com fator sociodemográfico e condições clínicas. No modelo final, a perda dentária foi associada às condições de saúde, corroborando com a recente literatura (Silva Junior *et al.*, 2019). Inclusive, tais condições de saúde encontradas foram identificadas com os mesmos associados à LS, na análise bivariada, o que reforça o papel da LS como mediador na tomada de decisões em saúde.

Um achado relevante dessa pesquisa foi a associação da perda dentária com nível glicêmico. É importante ficar atento aos fatores de risco comuns relacionados à bolsa periodontal e às perdas dentárias, corroborando com outros trabalhos (Tsakos & Quiñonez, 2013). No caso, a bolsa periodontal (>4mm) causada pela periodontite, é uma DCTN silenciosa e de diagnóstico tardio (Bostanci *et al.*, 2018), além de levar à perda dentária, aumenta o risco de diversas doenças como cardíaca e pulmonar, comprometendo a condição sistêmica (Lin *et al.*, 2020).

Assim, a perda dentária, além de um marcador de doença periodontal também é considerada um importante indicador de saúde sistêmica, sendo fator de risco para doenças como o câncer de cabeça e pescoço (Michaud *et al.*, 2017), doenças cardíacas (Tsakos & Quiñonez, 2013; Lee *et al.*, 2019), além de exacerbar piores condições de saúde, chegando a ser preditor de mortalidade (Friedman & Lamster, 2016). Isso revela a atenção que deve ser dada à integralidade em saúde do indivíduo e o uso da LS, como medidora e modificadora de saúde, podendo auxiliar em uma melhor autogestão de saúde para essa população.

Evidências mostram que, adultos com diabetes perdem mais dentes do que os sem a doença (Luo *et al.*, 2015), portanto, fica claro a importância de ser considerada uma avaliação mais integral da saúde (Salci *et al.*, 2020). O que exige um cuidado constante com o aspecto do autocuidado, autogerenciamento da saúde, sobre os quais o papel intermediário da LS pode contribuir na melhoria da condição de saúde e redução deste desfecho clínico.

Nesse contexto, o desfecho de perda dentária, de natureza multicausal, associado com as dimensões de LS (Nutbeam, 2000) e determinado pelo

acesso e o comportamento que o indivíduo tem, frente à sua condição de saúde ação individual (Kickbusch, 2004), gera impacto na saúde quando associadas às condições socioeconômicas, comportamentais ou clínicas, como apontadas neste, e em outros estudos (Tenani *et al.*, 2021).

A LS analisada dentre suas dimensões, e associada aos diferentes aspectos socioeconômicos, de acesso a serviços, comportamentais e clínicos em saúde, por meio do *HLS-14*, pôde revelar, por meio desta pesquisa, meios para serem utilizados em um melhor controle e monitoramento do processo saúde-doença, tanto para a pessoa quanto para o profissional e/ou equipe de saúde.

Uma grande questão vista em ambos os artigos diz respeito à dificuldade de mensurar as dimensões crítica e a comunicativa, já que a maioria dos instrumentos mensura apenas a LS funcional (Macek *et al.*, 2017) e/ou aspectos de saúde e doenças específicas (Ghaffari *et al.*, 2020). Entretanto, esta pesquisa demonstrou que por meio do uso de um instrumento breve, mais sensível quanto à mensuração da LS (Al Sayah *et al.*, 2013), e de aplicação internacional para profissionais de saúde, possibilita identificar com maior precisão os níveis individuais de LS, em suas dimensões, e com tais informações diminuir impactos na saúde, obtendo melhor controle sobre as doenças.

Portanto, os achados desta pesquisa podem servir como alerta para profissionais da saúde quanto à integralidade em saúde, bem como o uso da LS multidimensional, no trabalho com suas equipes multiprofissionais (Barreto *et al.*, 2019), voltadas a essa população. Assim, estudos futuros devem considerar a exploração do tema.

Assim, sendo mensurável e modificável, a LS pode ser usada como ferramenta em estratégias de promoção da saúde, para o empoderamento e autogerenciamento da saúde integral do indivíduo, devendo ser mais estudada e aprofundada em futuros estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, por meio de seus dois estudos, evidenciou o papel do letramento em saúde (LS) como um fator intermediário. Ou seja, o LS não apenas pode influenciar comportamentos e desfechos em saúde, mas também é influenciado por determinantes da saúde. Especificamente, foi observada uma associação com perdas dentárias quando ajustada para determinantes como acesso ao serviço odontológico, frequência de serviço odontológico e uso de fio dental. Quando avaliadas as dimensões da LS, observou-se que a LS funcional e comunicativa, estavam associadas à maior escolaridade. A menor escovação dental foi associada à LS funcional. A LS comunicativa e crítica apresentaram associação com a frequência/uso regular de serviço odontológico e irregular médico. Um maior índice sistólico e presença de periodontite foram associados com a LS crítica. E todas as dimensões foram associadas às perdas dentárias e uso de fio dental, em portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

Como limitações, a pesquisa apresentou um recorte transversal, que impossibilitou uma inferência causal e homogeneidade da amostra, que apresentava DCNT e possíveis comorbidades. Entretanto, levando em consideração que muitos sistemas de saúde não acompanham o aumento da carga de DCNT e as necessidades de saúde da população associadas (GBD, 2019), exatamente por se tratar de indivíduos com doenças crônicas, as quais demandam atenção e cuidados longitudinais, faz-se necessário seu estudo e inserção no serviço de saúde sob aspecto diferenciado, e que considerem a saúde sistêmica.

Desse modo, identificar como se dão os desfechos de saúde bucal, envolvendo a saúde sistêmica do indivíduo, na integralidade, bem como o papel da LS sobre comportamentos e desfechos clínicos e o consequente impacto causado na saúde da população com DCNT, suas necessidades de manejo e o controle de fatores de risco, tornam-se primordiais. Encontrar meios que auxiliem na estratégia de promoção da saúde e que empodere o indivíduo por

meio da mudança de estilo de vida para redução de riscos, com aumento dos benefícios para comportamentos saudáveis, o uso da LS pode ser essencial nesse sentido. Assim, a identificação e mensuração das diferentes dimensões da LS, por meio de instrumentos abrangentes e das condições de saúde associadas, pode representar um melhor manejo nos cuidados em saúde desses indivíduos e um planejamento amplo de estratégias de promoção de saúde.

Portanto, a LS, um fator mensurável, modificador de saúde e determinante no processo saúde-doença, deve ser considerada, discutida e aprofundada em futuros estudos, objetivando sua incorporação nas políticas públicas de saúde, seja em nível individual como também coletivo, nas estratégias de promoção da saúde, visando um cuidado integral dessa população.

REFERÊNCIAS

- Ainamo, J., & Bay, I. (1975). Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International dental journal*, 25(4), 229-235.
- Al Sayah, F., Williams, B., & Johnson, J. A. (2013). Measuring health literacy in individuals with diabetes: a systematic review and evaluation of available measures. *Health Education & Behavior*, 40(1), 42-55.
- Amoah, P. A., & Phillips, D. R. (2018). Health literacy and health: rethinking the strategies for universal health coverage in Ghana. *Public health*, 159, 40-49.
- Armellini, D., & Von Fraunhofer, J. A. (2004). The shortened dental arch: a review of the literature. *The Journal of prosthetic dentistry*, 92(6), 531-535.
- Bailey, S. C., Fang, G., Annis, I. E., O'Connor, R., Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2015). *Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction*. *BMJ open*, 5(6).
- Barreto, A. C. O., Rebouças, C. B. D. A., Aguiar, M. I. F. D., Barbosa, R. B., Rocha, S. R., Cordeiro, L. M., ... & Freitas, R. W. J. F. D. (2019). Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 266-273.
- Batista, M. J., Marques, A. C. D. P., Silva Junior, M. F., Alencar, G. P., & Sousa, M. D. L. R. D. (2020). Translation, cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of Brazilian Portuguese version of the 14-item Health Literacy Scale. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2847-2857.
- Bostanci, N., Selevsek, N., Wolski, W., Grossmann, J., Bao, K., Wahlander, A., ... & Belibasakis, G. N. (2018). Targeted proteomics guided by label-free quantitative proteome analysis in saliva reveal transition signatures from health to periodontal disease. *Molecular & Cellular Proteomics*, 17(7), 1392-1409.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados

- principais. Brasília. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.
- Cordeiro, L. M., *et al.* (2019). Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 1), 266-273.
- Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2020). The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 103(2), 336-342.
- Dietscher, C., Pelikan, J., Bobek, J., Nowak, P., & World Health Organization. (2019). The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL): a network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII). *Public health panorama*, 5(01), 65-71.
- Firmino, R. T., Martins, C. C., Faria, L. D. S., Martins Paiva, S., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Ferreira, F. M. (2018). Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of public health dentistry*, 78(3), 231-245.
- Friedman, P. K., & Lamster, I. B. (2016). Tooth loss as a predictor of shortened longevity: exploring the hypothesis. *Periodontology 2000*, 72(1), 142-152.
- Gamonal, J., Bravo, J., Malheiros, Z., Stewart, B., Morales, A., Cavalla, F., & Gomez, M. (2020). *Periodontal disease and its impact on general health in Latin America*. Section I: Introduction part I. Brazilian Oral Research, 34, e024.
- GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. (2020). *Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. The Lancet.
- Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A., Mehrabi, Y., & Safari-Moradabadi, A. (2020). Systematic review of the tools of oral and dental health literacy: assessment of conceptual dimensions and psychometric properties. *BMC Oral Health*, 20, 1-12.
- Health Evidence Network Synthesis Report, n°. 65. WHO. *Regional Office for Europe*. Copenhagen; 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549289/>.
- Hibbard, J. (2017). Patient activation and health literacy: what's the difference? How do each contribute to health outcomes. *Stud Health Technol Inform*, 240(1), 251-62.
- IDF. International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes atlas* (7th ed.). Brussels, Belgium: IDF.
- Kickbusch, I. (2004). *Improving Health Literacy in the European Union: towards a Europe of informed and active health citizens*. European Health Forum Gastein, 1–16.
- Lee, H. J., Choi, E. K., Park, J. B., Han, K. D., & Oh, S. (2019). Tooth loss predicts myocardial infarction, heart failure, stroke, and death. *Journal of Dental Research*, 98(2), 164-170.
- Lin, M., Li, X., Wang, J., Cheng, C., Zhang, T., Han, X., ... & Wang, S. (2020). Saliva microbiome changes in patients with periodontitis with and without chronic obstructive pulmonary disease. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 10, 124.

- Luo, H., Pan, W., Sloan, F., Feinglos, M., & Wu, B. (2015). Peer reviewed: Forty-year trends in tooth loss among American adults with and without diabetes mellitus: An age-period-cohort analysis. *Preventing Chronic Disease*, 12.
- Macek, M. D., Atchison, K. A., Chen, H., Wells, W., Haynes, D., Parker, R. M., & Azzo, S. (2017). Oral health conceptual knowledge and its relationships with oral health outcomes: findings from a multi-site health literacy study. *Community dentistry and oral epidemiology*, 45(4), 323-329.
- Martins, N. F. F., Abreu, D. P. G., Silva, B. T. D., Semedo, D. S. D. R. C., Pelzer, M. T., Ienczak, F. S. (2017). Functional health literacy and adherence to medication in older adults: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 868-874. [Article in English and Portuguese]
- Michaud, D. S., Fu, Z., Shi, J., & Chung, M. (2017). Periodontal disease, tooth loss, and cancer risk. *Epidemiologic reviews*, 39(1), 49-58.
- Morgan, B. S. (2013). Avaliação do monitoramento telefônico na promoção do autocuidado em diabetes na atenção primária em saúde. [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Neves, B. T. P. (2019). Doença periodontal entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): possíveis associações com determinantes sociais da saúde. *Revista Brasileira de Odontologia*, 76, 04.
- Nouri, S. S., & Rudd, R. E. (2015). Health literacy in the “oral exchange”: An important element of patient-provider communication. *Patient education and counseling*, 98(5), 565-571.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Oliveira, A. S. (2019). Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 15(32), 69-79.
- Paek, K. S. (2017). A Convergence Study about Influences of Subjective Oral Health Status and Oral Health Literacy on Oral Health-related Quality of Life among Elderly in Community. *Journal of the Korea Convergence Society*, 8(12), 101-107
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275.
- Peres, M. A., Macpherson, L. M., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., ... & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249-260.
- Petersen, P. E., & Kwan, S. (2010). The 7th WHO Global Conference on Health Promotion-towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dent Health*, 27(Suppl 1), 129-36. Puello, S. C. P. (2018). Avaliação da literacia em saúde. [Dissertação de mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
- Rowlands, G., Trezona, A., Russell, S., Lopatina, M., Pelikan, J., Paasche-Orlow, M., ... &

- Sørensen, K. (2019). *What is the evidence on the methods, frameworks and indicators used to evaluate health literacy policies, programmes and interventions at the regional, national and organizational levels?*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Salci, M. A., Silva, D. M. G. V. D., Meirelles, B. H. S., Rêgo, A. D. S., Radovanovic, C. A. T., Carreira, L., & Oliveira, M. L. F. D. (2020). Diabetes mellitus e saúde bucal: a complexa relação desta assistência na atenção primária à saúde. *Saude e pesquisa (Impr.)*, 265-272.
- Silva Junior, M. F., Batista, M. J., & de Sousa, M. D. L. R. (2019). Risk factors for tooth loss in adults: A population-based prospective cohort study. *PLoS One*, 14(7), e0219240.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.
- Starfield, B. (2006). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.
- Suka, M., Odajima, T., Kasai, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., ... & Sugimori, H. (2013). The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental health and preventive medicine*, 18, 407-415.
- Tenani, C. F., Silva Junior, M. F., Lino, C. M., Sousa, M. D. L. R. D., & Batista, M. J. (2021). The role of health literacy as a factor associated with tooth loss. *Revista de Saúde Pública*, 55, 116.
- Tsakos, G., & Quiñonez, C. (2013). A sober look at the links between oral and general health. *Journal Epidemiol Community Health*, 67(5), 381-382.
- van der Heide, I., Poureslami, I., Mitic, W., Shum, J., Rootman, I., & FitzGerald, J. M. (2018). Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 102, 134-138.
- Van Hoa, H., Giang, H. T., Vu, P. T., Van Tuyen, D., & Khue, P. M. (2020). Factors Associated with Health Literacy among the Elderly People in Vietnam. *Biomed Research International*, 25, 3490635.
- WHO. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2013). Health Literacy – The Solid Facts.
- World Health Organization (WHO). (1998). Health promotion glossary. World Health Organization, p.10.
- World Health Organization (WHO). (2016). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: *9th Global conference on health promotion*. Shanghai.

CAPÍTULO 9

LITERACIA EM SAÚDE DE VOZES PANDÊMICAS: UM RECORTE DE MEMÓRIAS HOSPITALIZADAS

Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior
Alberto Manuel Quintana

INTRODUÇÃO

O mundo se deparou com uma nova (para a maioria das pessoas) realidade desencadeada por um vírus bastante desconhecido: a covid-19. Vommaro (2021) discorre sobre o quanto a chegada dessa patologia provocou uma série de crises em diversos aspectos do cenário social. Provocando mudanças e grandes rupturas no cotidiano e sobretudo na saúde das pessoas. Desse modo, é incontestável o quanto essa emergência sanitária apresentou percalços, perdas e outras tantas transformações não benéficas à população.

Um dos pontos de adversidade encontradas diz respeito a sintomatologia da covid-19 no corpo humano. Em muitos casos, a gravidade do estado de saúde das pessoas a fizeram necessitar de um acompanhamento terapêutico hospitalar. Essa internação, inclusive, trouxe muitas particularidades, desde o formato desses espaços até mesmo as técnicas utilizadas. Mascarello *et al.* (2021) apontaram para a predominância, no cenário pandêmico brasileiro, de homens negros e com algum tipo de comorbidade associada ao quadro de saúde como os mais vulneráveis ao vírus.

Experiências como a de Andrade (2020) relatam o quanto essa internação apresentou subsídios únicos e não vividos tanto para o paciente quanto para os profissionais de saúde. O isolamento necessário, em decorrência do contágio do vírus, além de uma série de adaptações físicas, estruturais e até mesmo no atendimento, provocou um distanciamento do entendimento do paciente frente a todas essas ações.

Uma das questões que permearam esse período de hospitalização refere-se à compreensão do paciente sobre o processo terapêutico ao qual está submetido, bem como às representações que ele elabora desde a patologia até o seu estado de hospitalização. Nesse sentido, é possível identificar a presença de um conceito conhecido como literacia em saúde. Antunes (2014) destaca a importância desse conceito, uma vez que aproxima o sujeito de sua recuperação, fortalecendo seu direito frente ao tratamento. Isso implica em abandonar posturas passivas e invisibilizadoras dos pacientes, que foram compreendidas e reiteradas ao longo dos anos nos espaços e serviços de cuidado e bem-estar. Pedro, Amaral e Escoval (2016) dialogam para além da importância da literacia em saúde, entendendo as múltiplas reformulações que este termo foi agregando, refletindo em mais ações singulares e autônomas do sujeito à sua saúde. A concepção explora diversas possibilidades diante do quadro de adoecimento, proporcionando a autonomia e o protagonismo do indivíduo, possibilitando, inclusive, tomar decisões e medidas juntamente com a equipe de profissionais de saúde. Isso representou um grande salto quando se fala em estratégias e iniciativas dentro da prevenção em decorrência de patologias.

Diante do fenômeno da hospitalização, esse conceito se faz bastante presente, a depender não só do paciente, como da instituição e da própria equipe. E quando se fala ainda de uma internação por decorrência da covid-19 ainda surgem muitos outros atravessamentos no que tange ao entendimento do paciente sobre si mesmo, sobre a doença e o tratamento hospitalar ofertado. É imerso nessa problemática que se situa a gênese desse estudo. Este escrito tem como objetivo geral analisar os processos de literacia em saúde de indivíduos que estiveram internados em hospitais durante o período da Pandemia de covid-19. O estudo apresenta como relevância científica a construção de mais um suporte à ciência, fortalecendo, assim, a importância da mesma para a sociedade e para o mundo. É possível dialogar também sobre a relevância social da pesquisa, a qual se debruça diante de um contexto que trouxe uma série de percalços não só ao Brasil, contribuindo para a construção de políticas públicas que auxiliem na transformação social.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, descritivo e de campo. Foram entrevistadas dez pessoas de gêneros e idades variadas, constando ter acima de 18anos. Além disso, foram sujeitos internados no setor hospitalar da covid-19 de uma instituição pública de saúde da cidade de Teresina (PI), perfazendo um total mínimo de 15 dias de hospitalização. Permaneceram de fora os participantes que apresentavam alguma limitação física e/ou cognitiva, a qual apresentaria alguma dificuldade na compreensão do processo investigativo.

Como instrumento de coleta de dados, foram utilizados um questionário sócio demográfico, de forma a compreender um pouco da formação dos participantes, e uma entrevista semiestruturada apresentando pressupostos estabelecidos diante dos objetivos do trabalho. Um gravador de voz consistiu o recurso utilizado para a captação dos encontros com os participantes, sendo autorizado previamente antes da realização do mesmo. As entrevistas tiveram caráter presencial, respeitando as normas de segurança sanitária, com durabilidade média entre 30 a 50 minutos.

A pesquisa foi registrada no Comitê de Ética e Pesquisa/UFMS pelo CAAE 55366522.6.0000.5346 e com número de parecer de aprovação 5.230.029. Ademais, a presente investigação contou com o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ferramenta utilizada em trabalhos com seres humanos, de modo a garantir o sigilo e a ética durante a realização desse tipo de estudo. Os dados foram organizados e analisados mediante o método clínico-qualitativo de Turato, estabelecendo a busca pelos sentidos estabelecidos para além das falas dos participantes (Turato, 2013).

DISCUSSÃO

Os participantes expressavam o receio construído diante da covid-19, considerando as implicações que o vírus tem para a saúde. Dessa maneira, o alto número de contágio e, conseqüentemente, de óbitos, auxiliaram na

construção de um vírus letal, o qual colocava o sujeito frente a sua morte. Essa conotação foi suficiente para a construção de um sentimento de pânico e medo da patologia.

“Eu antes de ela entrar no Brasil eu nunca nem tinha visto falar, não. Quando eu vim falar foi quando a pessoa já tava vindo adoecendo e houve muita perda.” (Entrevistada 6)

“Eu sabia que era contaminante, que pegava rapidinho, mas assim o que acontecia com a pessoa eu não sabia. Só via aqueles multidão de gente morrendo principalmente em Manaus e o medo se aproximando e a gente não sabia praticamente nada.” (Entrevistada 8)

“A princípio nada, né. É... foi uma doença que chegou pra nós brasileiros assim sem, como é que se dá nome... é... sem você saber o que realmente seria essa doença né, aí com o passar da situação a gente foi, eu fui me atentando a isso né. Fui tomando noções de que seria esse Covid né, a forma no qual ele destrói né, destrói lá, destrói família, destrói tudo e ao mesmo tempo se adaptando né.” (Entrevistado 10)

Paixão *et al.*, (2021) contam como o estigma construído pela covid-19 apresenta uma série de adversidades para a produção de sentido humano. Assim, as pessoas passam a possuírem um pavor em relação ao que podem vivenciar caso tenham o diagnóstico positivo para este tipo de patologia. Entender essa construção social é importante, pois a partir do momento que as pessoas passam a ter contato com o vírus, isso pode produzir um sofrimento, impactando diretamente em suas subjetividades. Por isso, o desenvolvimento desse temor concebe para além das sintomatologias apresentadas por essa enfermidade.

Em contrapartida, uma parcela dos participantes também discutiram sobre a minimização do impacto que o vírus poderia ocasionar na saúde humana. Este ponto surgiu encabeçado pelas disseminações de outros estigmas os quais se sustentaram no descrédito não só da pandemia, como da própria ciência. Como seqüela, a proteção utilizando os cuidados necessários foram abdicados em prol de uma crença sobre uma doença sem muitos prejuízos ao bem-estar.

“É... sobre a Covid? Eu... eu... eu sabia... é, pouca coisa, tipo, é... o problema que fazia né. Eu achava que não era tão assim, pra matar não né. Pensei que eu não ia pegar, né? (...) Por causa da imunização né, que tem gente que pega, mas é fraco né. Eu também achava que eu ia pegar, mas era fraquinha ou não ia pegar né.” (Entrevistado 9)

Principalmente no que tange à conjuntura brasileira, a infodemia (fenômeno que consiste no número elevado de disseminação de informações) trouxe um novo comportamento da população diante da pandemia. Baseado, em sua maioria, em *fake news*, o impacto da desacreditação do vírus não apenas provocou um elevado número de contágios, mas também de óbitos pela doença. Isso representou uma grande máquina de compartilhamento, inviabilizando a produção de políticas públicas de combate como, também, de um fluxo de trabalho intenso aos profissionais atuantes em unidades e serviços públicos em saúde (Freire *et al.*, 2021).

A construção do entendimento de cada doença ao sujeito é de suma importância, não apenas para o seu tratamento, mas para toda a concepção da relação do processo saúde-doença e até mesmo diante do posicionamento do indivíduo frente a patologia. Por isso, é tão essencial investigar para além do diagnóstico, entendendo quais as nuances e interseccionalidades estão presentes em como aquele paciente enxerga a doença e como ele acredita no impacto da mesma no seu quadro de saúde. As produções dos participantes frente à pandemia e anterior ao período de hospitalização, auxiliaram nas percepções tanto da covid-19 quanto do andamento da hospitalização enfrentado por eles.

Outra questão abordada nesta pesquisa consistia no impacto do diagnóstico, muitas vezes associado com a construção descrita anteriormente. A confirmação do contágio do vírus provoca reações associadas ao temor existente, aproximando, assim, esses participantes das possíveis consequências que a covid-19 apresentava a quem a contraía.

“Ah, eu fiquei muito triste porque, eu, todo mundo tava... todo mundo... tava morrendo várias pessoas, aí como eu já tava fraca devido os dias que eu tive aqui em casa, que eu tive aqui em casa mais ou menos uns oito a dez dias sem saber e com medo que só era dizendo aquelas coisas, o pessoal.” (Entrevistada 2)

“Bom, a gente fica pensando né, eu digo, será que eu vou me curar ou será que vou morrer? Porque muita gente tava morrendo né, principalmente pessoas a partir dos cinquenta anos né, mas é... como eu não tenho, não tinha... eu não tenho comorbidade né.” (Entrevistado 7)

A confirmação da presença de infecção por covid-19 coloca o sujeito em um lugar de desamparo e cheio de medos. Além do mais, o próprio preconceito construído em relação à doença contribui para essa sensação de abandono e perda de coisas, situações e do contato de pessoas significativas. O sujeito com o vírus pode passar por dificuldades no reconhecimento da sua própria subjetividade, principalmente em decorrência dos métodos de tratamento estabelecidos para a sua cura. Tudo isso impacta na saúde emocional das pessoas, colocando a doença como um fator de vulnerabilidade a ser vivenciado pela contaminação (Paixão *et al.*, 2021).

Em um outro ponto de reflexão, a hospitalização em si chegou a ser bastante questionada por alguns participantes, ancorados na não necessidade de passar por aquele tipo de intervenção. Isso advém da construção realizada anteriormente sobre a minimização do impacto do vírus na saúde. As falas a seguir refletem um pouco sobre essa visão.

“[...] ah... eu me senti enganado, porque no, no meu entendimento eu não ia ter internação, eu não ia passar por uma situação daquele tipo porque eu sei que toda internação é ruim, toda internação é difícil e você só tem que ser internado se realmente quando você tem aquela necessidade.” (Entrevistado 3)

“Você ficar num quarto, numa sala branca e você não tem contato, só com enfermeiros e médicos ali, você fica muito desiludido. [...] Então a gente não vê com bons olhos não. A realidade é essa.” (Entrevistado 10)

Silva & Gonçalves (2020) discorrem sobre a formação da negação do poder da covid-19 construída no Brasil. As próprias dimensões políticas abordavam um descaso diante das consequências, avaliando a não necessidade de tomada de estratégias e cuidado diante da infecção. Esses discursos alimentaram um grande número de negligências e também resistências, mesmo padecendo do vírus. O contexto abriu margem para ainda mais contágios, mortes e desinformações, representando em um grande caos de saúde pública.

Essas informações são construídas por meio de saberes onde nem sempre perpassam por campo científicos. Para além dessa produção, o entendimento que ressalta este ponto de discussão diz respeito a como cada paciente vai edificando esses saberes e como eles estão associados aos comportamentos e ideias diante do processo terapêutico. Consequentemente, a influência desses fatores reflete justamente na saúde como no percurso adotado, ou não, pelo paciente e equipe. A associação dessas percepções errôneas coloca em risco a vida desse indivíduo, como, também, causa repercussão no meio social.

Carvalho, Santos & Pereira (2020) falam do paradoxo presente nos dias atuais. Ao mesmo tempo em que o mundo se encontra cada vez mais tecnologizado e aberto a diversas informações, a sociedade ainda não conseguiu desenvolver mecanismos de criticidade frente a essas falas. Mesmo que as pessoas tenham acesso cada vez mais a referências, poucos conseguem compreender a sua gênese, ampliando assim um contexto de desinformações, alterações em comportamentos e atitudes frente às patologias, refletindo, portanto, nas influências de pensamento e sentido encontradas nos discursos dos participantes, como neste exemplo:

“[...] primeiro que disseram que tava muito lotado, que tinha muita gente e aí eu pensava assim, poxa, como tem muita gente será que o atendimento vai ser adequado? Porque uma coisa inchada, muita coisa... será que tem médico? Será que tem um... o atendimento... será que eles vão esquecer de me dar medicação e eu terminar morrendo? Eu pensava tudo isso né, mas nada disso aconteceu.”
(Entrevistado 7)

Nesse sentido, o conceito de literacia em saúde se faz presente e reflete a gênese aplicada aos tratamentos e cuidados ao bem-estar humano. Portanto, esse termo passa a ser sobreposto como uma estratégia diante do quadro de adoecimento, bem como os conhecimentos que repercutem nas estruturas de ideias, crenças e valores. Segundo o estudo de Pires (2022), aquelas pessoas que possuíam maiores habilidades frente à criticidade das informações, conseguem se sobressair diante dessas crenças. Produzindo uma melhor tomada de decisão diante dos cuidados ao seu bem-estar.

Um exemplo que reflete a discussão pautada anteriormente, diz respeito às alternativas utilizadas pelos participantes antes do processo de hospitalização. Com o contágio e, conseqüentemente, a chegada dos primeiros sintomas da covid-19, a maioria começou a gerir um processo próprio de zelo. Para isso, foram utilizadas alternativas diversas, mas baseadas em grande parte nos conteúdos disseminados naquele momento em consonância a falta de um medicamento ou vacina eficaz que pudessem proteger contra a enfermidade.

“(...) não cheguei a usar cloroquina não, mas era ivermectina e um pra trombose, um nomezinho estranho que eu tinha que tomar de doze em doze horas também. Ai eu comecei esse tratamento todinho sozinho” (Entrevistado 4)

O uso de medicamentos como a cloroquina se espalhou em grande escala em todo Brasil, gerenciado pelo governo federal. A construção de uma crença diante dessa medicação, trouxe a salvação necessária frente a covid-19. Ainda que a ciência não estivesse com total e plena certeza da seguridade desse medicamento, a população passou a desenvolver e acompanhar as ideias disseminadas que garantiam a sua eficácia e, conseqüentemente, o seu uso indiscriminatório (Caponi *et al.*, 2021).

Pensar nesse episódio é dialogar com a falta de literacia em saúde e ao mesmo tempo em uma contradição. À medida que os sujeitos possuíam essa autonomia e desenvolviam papéis próprios frente a seu processo saúde-doença, o abandono de instruções adequadas favoreceram a piora do seu quadro.

Refletindo, portanto, na necessidade de se pensar em políticas públicas que possam garantir um melhor discernimento para a população frente ao adoecer. Somente por meio dessa educação em saúde, é possível barrar toda e qualquer desinformação que prejudica as pessoas em um nível individual e coletivo.

Outro ponto de destaque dentro dessa investigação, se debruçou diante do pavor proporcionado pela Pandemia de covid-19 e as dúvidas existentes diante das estratégias de prevenção e combate. Uma delas foi a vacinação. Embora tenha chegado de maneira tardia ao Brasil, a validade e confiabilidade dessa alternativa de prevenção às formas mais graves da doença ainda geravam desconfiança entre os participantes. O trecho a seguir relata como, ainda, mesmo após o uso de várias doses, ainda é capaz de ocasionar o temor de contágio e retorno a hospitalização.

“E como eu tenho medo de acontecer de novo né, porque tem muita gente adoecendo ainda, vacinada, terceira vacina hoje tão tomando a quarta e aí eu fico assim imaginando: “meu deus, será que eu vou cair de novo?” (risos)” (Entrevistada 6)

Nunes *et al.*, (2021) argumentam sobre a desconfiança criada na população brasileira diante da vacinação contra a covid-19. O grande número de abstinência de vacinação foi resultado desse processo de invalidação dessa alternativa de proteção. As notícias falsas sobre a forma como as vacinas foram construídas e até mesmo posicionamentos políticos e ideológicos falsos, mobilizaram as pessoas a solidificarem uma espécie de conhecimento sobre estas estratégias. Onde a gênese dessas informações se basearam em falácias, movidas por discursos de ódio e banalização da pandemia.

Ainda associado a isso, Peres, Rodrigues & Silva (2021) alertam sobre como a polarização na política brasileira influenciou diretamente no quadro de adoecimento ou não de covid-19. A depender do pensamento ou da crença político/partidária, as pessoas estavam em alerta a apenas uma fonte ou fontes oriundas de um mesmo espaço. Deixando de fora outras evidências e informações que eram disseminadas ao longo daquele período. O seguinte

relato ratifica como essas desinformações acabam fortalecendo até mesmo sentimentos e ações perante a pandemia.

“(…) pra falar a verdade pra você eu fiquei até um pouco revoltado com a questão do.. da máscara e álcool em gel, porque a gente, morreu quase setecentas mil pessoas e todas essas pessoas usaram isso. Usaram álcool, máscara, se protegeram, até às vez com exagero e eu também fazia tudo isso né e quase eu morro. Mesmo fazendo tudo isso aí, então eu fiquei um pouco chateado com isso aí, isso aí pra mim não vale nada, eu até falei isso aí pra mim não vale nada. Esse negócio de máscara e álcool em gel pra mim não tem efeito de nada e se tivesse eu não teria me contaminado e muita gente não teria morrido também. Isso foi o meu pensamento.” (Entrevistado 7)

A morte também foi um dos aspectos abordados e presentes durante a hospitalização dos participantes. O temor a sua finitude surge como um fator de desestabilização para além do seu quadro clínico. Esse resultado foi aplicado tanto nos procedimentos para o tratamento da doença quanto nas condições dos rituais fúnebres.

“A pessoa lá conversando contigo e outras vezes e ter que mudar pra ir pra UTI, pra intubação, então isso mexe muito com seu... com a sua cabeça, né aquele momento, foi o quê? Oxe, tô aqui, aí aquela coisa de você vai morrer, aquela coisa... isso vêm na sua cabeça (...)” (Entrevistado 5)

“Mas, eu vou morrer meu Deus do céu e aí como vão ser o velório? Como é que eu vou ser enterrado? Aonde é que eu vou ser enterrado? Que horas é que eu vou ser enterrado? Quem, ninguém vai me ver... Eu dentro do caixão ninguém vai velar meu corpo (...) dentro de um saco escuro, ou que seja de qualquer cor. Eu quero falar que é dentro de um saco, dentro da urna sem poder abrir, sem momento algum da gente, não é querer se despedir, querer se despedir.” (Entrevistado 3)

O entendimento dessas percepções sentidas e vivenciadas pelos participantes reflete na necessidade de uma educação que favoreça uma maior acessibilidade do paciente ao processo saúde-doença. Assim como a reiteração

de emoções, sentimentos e comportamentos que surjam nesse período como alternativa de validação dessa subjetividade e das angústias que possam aparecer. Proporcionando, inclusive, como esse indivíduo pode desconstruir certas crenças que influenciam direta ou indiretamente no seu bem-estar psicológico.

As concepções geridas pelos participantes também se estenderam a qualidade do serviço institucional. Nesse sentido, os estigmas repassados diante do sistema público de saúde se confrontaram diante da experiência de cada um. Nem todas as vezes essa ruptura acontece por meio do viés da vivência, mas neste ponto de discussão, é importante ressaltar como elas podem ser fundamentais para a quebra desses preceitos.

“(...) eu te digo com toda certeza, eu tive hospitalizado, outras pessoas né, internado particular e aqui nesse hospital que a gente, tipo, é público não dá nada por ele, né? Você vê que a equipe tratava como se fosse um paciente que tava ali pagando, entendeu? Apesar que a gente paga os nossos impostos pra ter isso né, entendeu? E aí eu vi assim, eu até comentei muito com meus amigos, com minha família e eles não perdiam pra nenhum hospital aqui em Teresina não, por quê? Porque eu tinha um amigo que foi hospitalizado, amigo assim, de trabalho, né. Tem a mesma relação minha. Ele foi hospitalizado no hospital particular e os pais dele gastaram, gastaram bastante, fortunas e ele não teve nem metade do tratamento que eu tive, entendeu? E aí eu fico até pensando “Meu Deus do céu, o que é que faltou?” que ele não sobreviveu não, esse amigo nosso. Eu não chegou a ter a mesma sorte do que eu, no tratamento que eu tive (...) Apesar de ser um hospital público, tem recursos e não tem porque recursos hoje são tão... a escassez de recursos é muito grande por conta da saúde nossa aqui, entendeu, mas aqui eu não deixou a desejar em nada, entendeu?” (Entrevistado 4)

Independentemente do processo de vivência na internação hospitalar de cada um, as falas proporcionadas por essa pesquisa, mergulharam na gênese de cada estrutura de pensamento e ação dos participantes diante do cuidado da saúde aplicado no contexto da Pandemia de covid-19. A descoberta desses “mundos” presentes em cada um, bem como o entendimento do processo

formativo das suas ideias, percepções e crenças, é fundamental tanto para o processo terapêutico, como para iniciativas de prevenção e promoção de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa não acabou por estas linhas e muito menos neste debate. Discutir sobre a literacia aplicada a tantas vozes e memórias oriundas da vivência de covid-19 urge a necessidade de pensar, refletir e analisar tudo o que aconteceu durante esse período no contexto brasileiro. Entender como essas histórias foram construídas é pensar na saúde em um conceito bem mais amplo e cheio de travessias. Além do mais, se debruçar sobre este fenômeno compreende uma atualíssima questão envolvendo a saúde a nível individual e coletivo.

Enquanto essas memórias seguem se reestruturando após a experiência da hospitalização, outras tantas seguem perpetuando tratamentos e entendimentos sem eficácia ou colocam em risco a cientificidade do cuidado. É papel da ciência e da sociedade, de um modo geral, buscar ações que visam potencializar uma cautela responsável, autônoma e acima de tudo válida. Só assim será possível construir novas memórias e que tragam menos impacto à saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS

- Andrade, E. V. D. (2020). Desafios e possibilidades do cuidar no limite do viver-morrer: uma costura entre a experiência na linha de frente da pandemia de COVID-19 e conceitos psicanalíticos. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 42(43), 75-90.
- Antunes, M. L. (2014). A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. In *Actas das XI Jornadas APDIS, 27 e 28 de março de 2014*. Lisboa: APDIS, 123-133.
- Caponi, S., Brzozowski, F. S., Hellmann, F., & Bittencourt, S. C. (2021). O uso político da cloroquina: COVID-19, negacionismo e neoliberalismo. *Revista brasileira de sociologia*, 9(21), 78-102.
- Carvalho, C. G., Santos, P. C., & Pereira, J. F. M. P. (2020). *Literacia em incontinência urinária (Vol 3)*. Porto: Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto (ESSP. PP).
- Freire, N. P., Cunha, I. C. K. O., Ximenes Neto, F. R. G., Machado, M. H., & Minayo, M. C. D. S. (2021). A infodemia transcende a pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 4065-4068.
- Mascarello, K. C., et al. (2021). Hospitalização e morte por COVID-19 e sua relação com

- determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: um estudo transversal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, e2020919.
- Nunes, R. S. C., Santa Brígida, M. M., de Barros, Y. M. R., Assumpção, R., & da Silva, J. C. (2021). Perspectivas da população brasileira sobre as vacinas COVID-19 como método de prevenção. *Conjecturas*, 21(4), 246-255.
- Paixão, G. P. N., *et al.* (2021). A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e suas repercussões na estigmatização e o preconceito. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275.
- Peres, F., Rodrigues, K. M., & Lacerda, T. (2021). *Literacia em saúde*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Pires, A. F. M. (2023). *O acesso da população aos cuidados de saúde primários e o papel da literacia em saúde*: UCSP Freixo de Espada à Cinta. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Silva, R. D., & Gonçalves, L. A. (2020). As pílulas do Messias: salvação, negação e política de morte em tempos de pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30.
- Vommaro, P. (2021). O mundo em tempos de pandemia: certezas, dilemas e perspectivas. *Revista Direito e Práxis*, 12, 1095-1115.

CAPÍTULO 10

O QUE DIZER SOBRE VACINAS E VACINAÇÃO? A PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE ENTRE MULHERES EM VULNERABILIDADES PARA A AMPLIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL

Yuri Silva Ferreira de Souza
Sylvia Maria Lordello da Silva
Michele Soltosky Peres

INTRODUÇÃO

Você e suas crianças estão vacinadas?

Sim!

O esquema vacinal está em dia, com todas as doses necessárias para alcançar a imunização? Hum... Tem que tomar todas as doses?

Acho que não, não sabia disso!

(diálogos de uma consulta médica para o cuidado integral)

Não é incomum no cotidiano das práticas de cuidado das equipes de saúde, especialmente aquelas voltadas para a infância, a abordagem a respeito da situação vacinal. Geralmente, o que se observa nesse momento é a solicitação da caderneta de vacinação para conferência por parte dos profissionais, seguido da orientação sobre o que é necessário para “colocar em dia” o esquema vacinal. Em que medida as orientações que são compartilhadas nesse momento de interação estão acessíveis do ponto de vista linguístico e cognitivo no sentido de orientar a tomada de decisão adequada, por parte de quem está sendo cuidado, a respeito de sua saúde individual e coletiva?

A resposta necessária para que as políticas públicas alcancem o seu potencial máximo para o controle de agravos imunopreveníveis, evitando

o (re)surgimento de doenças que possam desencadear novas emergências sanitárias não param por aqui.

Acesso aos serviços de saúde, aos imunizantes e adesão da população em meio a seus sistemas de crenças, cultura, posicionamentos políticos, compreensão acerca dos agravos à saúde entre as diferentes populações, são alguns dos elementos que, somados às habilidades e competências pessoais para acessar e lidar com informações no campo da saúde, tem explicado, no país e no mundo, a diminuição da cobertura vacinal em sistemas universais de saúde (Nobre *et al.* (2022).).

Em nossa realidade, o Programa Nacional de Imunização (PNI) tornou o Brasil referência internacional em vacinação, garantindo que a cobertura vacinal brasileira estivesse nas recomendações estipuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Por meio do investimento em pesquisas nacionais, em desenvolvimento e fabricação de vacinas, além de campanhas de conscientização em massa, o programa conseguiu ter êxito exemplar.

Além disso, conseguiu erradicar doenças como a poliomielite e a varíola do país, superando os contrapontos como sua extensão continental e população elevada, garantindo uma imunização ampla e homogênea por todo país. Grande parte do sucesso do programa foi devido às suas campanhas de conscientização que tornaram possível que a população fizesse parte do processo – engajando o público a exercer sua participação social. O país, como um todo, entendeu a importância do Zé Gotinha, da necessidade de adesão ao PNI e das suas contribuições para sociedade ao evitar doenças que em outros momentos eram letais ou deixavam grandes sequelas na história (Brasil, 2013).

No entanto, a partir de 2016, é observado uma queda na cobertura vacinal do país e o reaparecimento de doenças que antes se encontravam controladas, como no caso do sarampo e da poliomielite (Brasil, 2013). Nesse período recente, apesar da oferta de vacinas gratuitas pelo poder público, houve atrasos em aceitar ou recusar certas vacinas recomendadas, apesar da sua disponibilidade nos serviços de saúde, ato denominado de hesitação vacinal (Nobre, *et al.* (2022) por parte da população advindas da falta de informação

e da disseminação de desinformação e de *fake news*, segundo a OMS, sendo uma das dez maiores ameaças globais à saúde (WHO, 2019). As campanhas, nos últimos anos, não foram tão eficientes quanto antes, o que levou dúvidas ao povo sobre a eficácia, necessidade e a segurança das vacinas (Brasil, 2013).

Concomitantemente à queda, em 2020, iniciou-se o processo pandêmico protagonizado por uma doença com alta taxa de infecção e com níveis alarmantes de mortalidade. Os sistemas de saúde de todo o mundo, como o Sistema Único de Saúde, foram postos à prova pela população. Devido à má gestão do poder público nesse processo, com declarações falsas por parte de governantes sobre efeitos colaterais e metodologias de contenção de pandemias, houve brecha para a produção de descredibilidade do PNI e dos profissionais de saúde (Domingues, *et al.* 2020).). Isso levou a uma intensificação da hesitação vacinal devido à Pandemia de covid-19, processo ainda maior na população em vulnerabilidade (Nóvoa, *et al.* (2020).), a infodemia ou pandemia da desinformação (WHO, 2020) agravou de maneira substancial a crise sanitária em caráter mundial.

O que foi observado à época e que está presente no contexto atual, se relaciona ao limite muito tênue entre a velocidade de disseminação de informação adequada para as diferentes populações, o seu excesso e a produção de desinformação. Esse aspecto torna-se ainda mais desafiador quando a saúde passa a depender, fundamentalmente, da atitude e comportamento dos coletivos, como se vacinar ou não, por exemplo.

Diante do contexto apresentado, tornou-se premente o investimento em estratégias no campo da saúde com o objetivo de possibilitar à sociedade aprimorar sua capacidade para obter, processar e usar a informação para melhor orientar o autocuidado e sua relação com a saúde do coletivo, incentivado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e com adesão de países membros, não membros e observadores (ONU, 2020).

A literacia em saúde (LS) é uma estratégia reconhecida internacionalmente como fundamental para compor o rol de iniciativas públicas para o enfrentamento das doenças transmissíveis, particularmente

quando orientada para alcançar as populações mais vulneráveis, se colocando, assim, como promotora de equidade em saúde. Associada a ela, está a literacia informacional, ou seja, a adoção de um comportamento adequado perante a informação, para analisar, por meio de qualquer canal ou meio de comunicação, a informação adequada para as necessidades, juntamente com o uso crítico e ético da informação na sociedade (Peres *et al.*, 2022).

De acordo com o definido por Nutbeam (2000), a LS pode ser subdivida em nível funcional, interativo/comunicativo e crítico. O nível funcional compreende a capacidade de interpretar informação textual e numérica sobre saúde, como prescrições e bulas. O nível interativo/comunicativo permite processos comunicacionais e inter-relacionais que envolvem a busca, a interpretação, a avaliação e a significação das mensagens sobre saúde. O nível crítico infere no conjunto de habilidades cognitivas e sociais de que o indivíduo lança mão para contextualizar, qualificar e questionar as informações sobre saúde (Nutbeam, 2000).

A compreensão das dimensões e relevância dos desafios enfrentados no âmbito da saúde pública, como a redução das taxas de vacinação, demanda a implementação de estratégias eficazes para promover a literacia em saúde. Essa abordagem visa ampliar a cobertura vacinal através do desenvolvimento de competências e valores que fortaleçam a formação cidadã, incentivando uma tomada de decisão crítica, tanto individual quanto coletiva, no contexto da saúde. É fundamental direcionar essas iniciativas de forma especial para as populações em situações de vulnerabilidade, visando assegurar uma abordagem mais inclusiva e equitativa. Esse capítulo tem como objetivo apresentar a experiência da ação de extensão na perspectiva intersetorial voltada para a co-construção de estratégias de promoção da literacia em saúde para mulheres mães em situação de vulnerabilidade e que tem seus filhos em condição de adoecimento crônico, acompanhadas pelo Instituto Dara.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O CONTEXTO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO

A ação, de caráter extensionista e de natureza intersetorial, está em ênfase de implementação e vem sendo implementada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, em parceria com o Instituto Dara, desde agosto de 2022. O Instituto Dara é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, que atua para promover a saúde e o desenvolvimento humano por meio da implementação e da disseminação de uma abordagem integrada de combate à pobreza na perspectiva intersetorial, provendo o cuidado ampliado às crianças e adolescentes e suas famílias. Portanto, as famílias assistidas pelo instituto se encontram em extrema vulnerabilidade.

O acesso é feito por meio de uma análise de perfil das condições de saúde e do grau de vulnerabilidade, encaminhadas por profissionais de unidades parceiras como hospitais públicos, centro de referência de assistência social e escolas, por exemplo. Após feito isso, a família encaminhada irá passar por uma avaliação inicial com uma equipe interprofissional para elaborarem um plano de metas e ações de forma participativa, com participação das responsáveis pelas crianças. Em situações muito raras os homens acompanham o processo de cuidado no instituto.

No geral, as mulheres referem ser mães solo e com baixo suporte social. São residentes do estado do Rio de Janeiro, de diversos municípios, com perfis parecidos, já que estão em uma situação de extrema vulnerabilidade, muitas das vezes, pelo menos um componente da família possui alguma doença crônica ou alguma doença importante agudizada e com diversas interseccionalidades que atravessam suas vidas. Os fatores de risco para a saúde em geral que afetam as famílias podem incluir baixa escolaridade, violência domiciliar, insegurança alimentar, precariedade nos vínculos de trabalho, residir em área de risco, baixos níveis de literacia em saúde e sedentarismo.

O processo de cuidado intersetorial e interdisciplinar é feito por meio do Plano de Ação Familiar (PAF), é uma tecnologia de cuidado integral elaborada

pelo Instituto que consiste na criação participativa de ações integradas nas áreas de saúde, de moradia, de renda, de cidadania e de educação, visando à autonomia de famílias em vulnerabilidade social e ao seu desenvolvimento. No PAF serão criadas metas individualizadas para cada família, que podem ser remanejadas de acordo com a demanda, com o objetivo de passar de uma situação de vulnerabilidade emocional para uma condição de autonomia e de dignidade.

Atualmente, uma das estratégias das famílias assistidas está sendo a promoção da literacia em saúde, tido como um dispositivo relevante para ampliar o protagonismo e autonomia das mulheres em seu autocuidado e no cuidado de seus familiares. O ponto de partida para o início da experiência apresentada foi o sinal de alerta das instituições de saúde e pesquisa a respeito da diminuição da cobertura vacinal e da reincidência de doenças imunopreveníveis.

O projeto tem como objetivo fomentar estratégias de promoção da literacia em saúde para a ampliação da cobertura vacinal, por meio da construção de competências e habilidades em prol da formação cidadã, para a tomada de decisão individual e coletiva crítica no campo da saúde. Isso porque, dentre alguns dos principais promotores da hesitação vacinal nas famílias, estão a falta de acesso à informação, a desinformação e o consumo de *fake news* (notícias falsas). Esses obstáculos podem ser combatidos com estratégias de educação em saúde ancoradas na literacia em saúde dessas pessoas e nos princípios da educação popular em saúde e na educação freiriana (Sevalho, 2018).

Por meio da promoção da literacia em saúde, são estabelecidos os dispositivos essenciais para que cada família tenha a capacidade de acessar, compreender integralmente e aplicar as informações recebidas de maneira crítica, adaptando-as à sua realidade. Esse enfoque amplia as possibilidades das famílias a exercerem autonomia na tomada de decisões relacionadas à sua saúde, assegurando que estejam plenamente informadas e aptas para avaliar e aplicar conhecimentos relevantes de forma consciente e crítica (Peres, *et al.* 2022).

Por conta do perfil das famílias assistidas no Instituto Dara serem um reflexo das famílias em alta vulnerabilidade encontradas em todo país, foi

levantada a hipótese de que a cobertura vacinal do Instituto também poderia estar incompleta.

Buscando responder essa questão, foi iniciada a avaliação da caderneta de vacinação das famílias, exigida para adesão ao PAF. Os registros são digitalizados e armazenados para análise pelos profissionais de saúde. Vale destacar que durante o período de pandemia somente o comprovante de vacinação para covid-19 se configurava como requisito obrigatório para adesão ao programa.

ETAPAS DA AÇÃO

Mapeamento da situação vacinal

A análise da cobertura vacinal se deu por dois movimentos: avaliação das cadernetas digitalizadas e armazenadas em banco de dados da instituição parceira; e busca ativa da documentação por meio de comunicação institucional e reiterada no momento inicial da consulta interprofissional. Esse movimento demandou o início da reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde e do serviço social, pois foi identificado que até o momento um número significativo de documentos não estavam legíveis, ou apresentavam somente os dados iniciais, impossibilitando a análise pela equipe extensionista.

Outra questão identificada, é que somente era analisada a vacinação para covid-19 e outras vacinas, apesar de apresentarem atraso ou esquema vacinal incompleto, não foram elencadas como foco de ação até o momento inicial da ação. Mantendo a continuidade da análise somente para novas doses da vacina para covid-19, entre os familiares adultos, mas sem a mesma atenção dispensada para as crianças e adolescentes. Ou seja, muitas crianças não apresentavam a dose de reforço.

Oficinas de promoção da literacia em saúde

O planejamento das oficinas consistiu em dois momentos: abordagem em grupo sobre a situação vacinal no país e dos motivos que poderiam explicar

a diminuição da cobertura vacinal. A roda de conversa com as mães sobre a percepção delas sobre a situação vacinal no Brasil, sobre a situação vacinal de suas famílias e dos seus territórios. As informações foram sistematizadas e organizadas em temas para a discussão sobre os fatores que contribuem ou interferem na adesão à vacinação.

Entrevistas individuais também foram realizadas durante os atendimentos em saúde e nos intervalos entre os atendimentos para entender e mapear quais são as razões pessoais para a hesitação vacinal. Foi feita uma comunicação positiva centrada na pessoa que, usando termos como “que bom, que pena, que tal”, resultaram em conversas leves, sem muitos questionamentos fechados, somente incentivos para que pudessem continuar falando, com o intuito de permitir que aquela mãe pudesse relatar o que ela e sua vizinhança realmente pensam sobre vacinas e vacinação.

O movimento foi frutífero, pois constatou-se que o tema é relevante e surgiram questões, como, por exemplo, dúvidas referentes aos efeitos colaterais, confecção de vacinas, contraindicações, esquema vacinal para imunização completa e calendário vacinal. A abordagem sobre o que as impediavam de aderir à vacinação também foi inserida pela falta de acesso à informação sobre. Após essas informações serem analisadas, foi decidido que o objetivo da ação deveria ser fomentar estratégias de promoção da literacia em saúde para a ampliação da cobertura vacinal em diferentes níveis de complexidade e em momentos distintos de modo a promover o desenvolvimento da literacia crítica, a saber: abordagem do tema nas ações de educação em saúde conduzido pelas equipes desde o início do PAF; oficina de leitura de caderneta de vacinação; e por fim abordagem individual nas consultas da área de saúde.

Reorientação do processo de trabalho das equipes

Ao identificar as questões até o momento apresentadas, iniciou-se um processo de educação permanente em saúde para a reorientação do processo de trabalho das equipes, incluindo também a reformulação da plataforma de atendimento desenvolvida para o atendimento, uma espécie de prontuário

eletrônico interdisciplinar. Dados sobre a situação vacinal de cada família passou a ser registrado com maior detalhamento, incluindo os imunizantes em atraso, bem como com a construção de um sistema de alerta aos profissionais para acessarem esse campo em momentos pré-definidos e em consonância com o calendário vacinal.

A equipe de saúde também ampliou sua abordagem individual, passando a exigir a apresentação da caderneta de vacinação de todos os componentes da família em toda consulta para que pudessem ser avaliadas e monitoradas ao longo dos meses. As famílias passaram a ser notificadas sobre a necessidade de apresentar a caderneta por meio da comunicação institucional, que antes era utilizada somente para a confirmação das consultas.

No que diz respeito à formação e atualização da equipe médica no Programa Nacional de Imunização, com foco no alinhamento do preenchimento da “Caderneta de Vacinação” e na aprimoração da abordagem comunicativa relacionada aos motivos que mais preocupam as famílias que ainda não vacinaram seus filhos, o objetivo foi oferecer informações abrangentes sobre o calendário vacinal, considerando diversas faixas etárias e condições de saúde. Além disso, buscou-se esclarecer as doenças específicas que cada vacina visa proteger. A equipe foi capacitada para lidar com eventuais questionamentos durante as consultas e orientada sobre estratégias para promover uma adesão mais efetiva à vacinação.

O alinhamento com os profissionais que realizam a digitalização inicial na admissão das famílias também foi realizado, para que pudessem compreender a importância do processo de digitalização para o monitoramento e avaliação sobre o progresso na cobertura vacinal em pessoas que são assistidas na instituição.

Durante os atendimentos, foi observado que muitas crianças, na faixa etária de 9 a 14 anos, ainda não completaram o esquema vacinal para HPV. Devido a isso, começamos mapear a imunização das crianças e adolescentes que estão dentro dessa faixa e se já foram imunizadas com nenhuma, uma ou as duas doses dessa vacina. Esse dado viabilizou a ampliação da ação, se configurando como

um compromisso institucional: ampliar a cobertura vacinal para a prevenção do HPV e seus agravos, sendo pactuado não só a promoção da literacia conforme o apresentado até o momento, como também a realização de uma ação de mobilização territorial e comunitária em parceria com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), para imunizar todas as crianças e adolescentes que não completaram ou não iniciaram o esquema vacinal.

DISCUSSÃO

Você entende como funciona a caderneta de vacinação do seu filho?

Não! Sempre que chego no postinho, a pessoa que atende na sala de vacinação tá ocupada e não tem tempo pra explicar tim-tim por tim-tim.

(diálogos de uma consulta médica para o cuidado integral)

As trocas realizadas com as pessoas assistidas permitiram identificar um norte para encontrar algumas das possíveis causas que promovem a hesitação vacinal. Uma delas, como esperado, foi a falta de acesso à informação. Devido suas trajetórias de vida, apesar de muito singulares, serem pautadas por grande falha do poder público na garantia de direitos básicos, essas pessoas não tiveram a oportunidade de adquirir, para além da educação básica, e o incentivo a adquirirem maior protagonismo das decisões e competências que as levem a tomada de escolhas com boas práticas de saúde consigo mesmas e com seus dependentes (Nobre, *et al.* 2022). É fundamental destacar que, ao analisar os relatos, observou-se que, para algumas mulheres, a razão pela incompletude da caderneta estava associada ao fato de que a vacinação não era devidamente enfatizada em suas vidas pelos profissionais de saúde.

Outras, não encontravam motivos para perder um dia de trabalho, que provém o alimento diário de sua família, para irem até uma clínica da família vacinarem seus filhos, com chances de não obtiverem sucesso no processo em razão da possível falta de vacinas ou de profissionais já vivenciada em outras situações. Algumas mães expunham que não entendiam a razão de vacinarem

seus filhos, já que poderiam apresentar algum quadro febril que iria demandar ainda mais atenção e cuidado, dificultando suas tarefas diárias. Logo, coube ao profissional que estivesse realizando o atendimento uma explicação do custo-benefício proveniente da vacinação, explicando os objetivos das políticas públicas como medidas de enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população.

Você me prometeu que voltaria com sua filha vacinada, o que rolou?
É que o postinho é fora de mão e só abre na hora que tô trabalhando.
(diálogos de uma consulta médica para o cuidado integral)

A determinação social da saúde também influencia na hesitação vacinal (Nobre, *et al.* 2022). Já que no Instituto Dara é encontrado um perfil de família que está em extrema vulnerabilidade social em sua maioria. Durante as visitas domiciliares, são encontradas moradias em condições precárias com falta de banheiro, água encanada e saneamento básico, mas repletas de mofo e pragas urbanas. Nesses lugares, também não há espaços culturais como cinemas e teatros, ou áreas para se praticar esportes e exercícios físicos.

A localização das casas dessas famílias, geralmente, se encontra longe das áreas de lazer e de trabalho, sendo necessário realizar viagens com muitas horas de transporte público com condições precárias para ter acesso a direitos básicos. Entende-se que, quando as famílias desabafam que possuem questões tão urgentes como a manutenção da segurança alimentar, dentre outras que as impedem de alcançar o bem-estar social por falta de acesso à saúde, por exemplo, elas optam por saná-las primeiro. Portanto, fatores como moradia, transporte, lazer, cultura, saneamento básico e alimentação, podem potencializar a hesitação vacinal, pois comprometem o acesso aos serviços de saúde, uma vez que é preciso priorizar o tempo de deslocamento para a manutenção dos vínculos empregatícios, por mais precarizados que sejam.

Já deu o reforço da vacina de COVID no seu filho?

Eu tô com medo, eu vi que as vacinas que tão dando agora estão vencidas.

(diálogos de uma consulta médica para o cuidado integral)

Outra questão que atravessa a formação de conhecimento dessas pessoas é a desinformação. Em alguns atendimentos, foi relatado que o motivo da hesitação vacinal seria o receio de causar autismo no filho ou do desencadeamento de um choque anafilático, ou até que pudesse levar à morte. O bombardeamento de desinformação, notícias sensacionalistas e orquestradas com o objetivo de serem aceitas como verdade, quando direcionadas para pessoas cuja literacia em saúde é pouco desenvolvida, pode levar a resultados muito negativos na saúde (Domingues, *et al.* (2019)).

Durante os atendimentos, foi observado que muitas intransigências para adesão do esquema vacinal eram causadas por conta de informações sem base científicas advindas de redes sociais, porém que foram consolidadas e conseguiram gerar medo e desconfiança do SUS e de seus profissionais (Corrêas, *et al.* 2021).). Portanto, coube à equipe iniciar o diálogo ancorado em evidências científicas com as mulheres responsáveis que tinham componentes na família com a caderneta de vacinação incompleta.

Diferentemente de quando o problema em questão é centrado na falta de acesso à informação, quando são adicionadas informações falsas na formação do conhecimento, é necessário um trabalho maior de geração de vínculo, de confiança e de raciocínio. Isso porque foi preciso, primeiramente, uma desconstrução de ideias já formuladas e estabelecidas, para que só assim fosse possível dar início ao processo de ensino da importância e segurança das vacinas. Além disso, foi necessário que o profissional que estava atuando no atendimento, conseguisse confiança por meio de conversas com ampla capacidade de escuta e da inserção do paciente na construção do raciocínio para consolidação da informação.

Pra que vou dar a vacina para paralisia infantil dele? Ninguém mais tem isso

(diálogos de uma consulta médica para o cuidado integral)

A idade das mulheres participantes da ação foi um ponto interessante que distinguiu a percepção da relevância da vacinação entre as pessoas. Foi observado que mães mais jovens tinham menos proatividade para buscar completar o próprio esquema vacinal e de seus filhos. Pode parecer contraintuitivo, mas isso se deve, justamente, por conta do histórico de sucesso do PNI, isso porque o programa conseguiu erradicar doenças que impactam fortemente no cotidiano das mães com maior idade.

Durante os encontros, as mães com idade mais elevada informam o medo que possuem de seus filhos contraírem paralisia infantil, doença que vivenciaram e deixaram marcas em muitas famílias por todo país. No entanto, mães mais jovens não experienciaram as adversidades que algumas doenças causaram e, por conta disso, não demonstraram interesse em se vacinar e vacinar seus dependentes, pois entendiam o empecilho como já solucionado (Corrêas, *et al.* 2021).

A ação também atuou na formação médica por intermédio da literacia em saúde do acadêmico de medicina envolvido com o projeto. Tal visto que, durante os atendimentos que realizava com as famílias, precisava colocar em prática as táticas de implementação de literacia em saúde. Durante o acompanhamento das famílias durante os meses, observou a evolução da literacia da família, chegando na funcional até a crítica. O acadêmico teve oportunidade de implementar diferentes estratégias para diferentes perfis de pacientes, entendendo como manejar esse instrumento para promoção da saúde de quem atendia. Com isso, conseguiu melhores resultados de adesão de tratamentos, possibilitando aos pacientes entenderem a fisiologia de doenças, fatores de risco, interpretação de bulas e respeito às dosagens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados preliminares encontrados a partir da realização inicial das atividades de extensão, observou-se algumas das causas da hesitação vacinal presente nesse público em questão, como a falta de acesso à informação, a desinformação, o acesso à saúde e a situação de extrema vulnerabilidade (determinação social da saúde) e a faixa etária das mulheres assistidas, que se aproximam aos encontrados na literatura sobre o tema.

As estratégias de promoção da literacia em saúde implementadas têm contribuído para que o tema seja inserido nos processos de cuidado cotidianamente conduzidos, bem como na mudança de processo de trabalho das equipes, se configurando como um importante dispositivo EPS.

Portanto, observa-se que esse projeto de extensão, voltado para a integração ensino-serviço, está exercendo a real função de um dos tripés ensino-pesquisa-extensão, ao entender demandas advindas por fora dos muros da universidade e buscar soluções em um trabalho conjunto com a participação das famílias e dos profissionais de forma intersetorial, interprofissional. Além disso, o projeto agregou elementos consistentes à formação do acadêmico de medicina, explicitando a importância da curricularização da extensão, pois o mesmo teve oportunidade de vivenciar a realidade de grande parte das famílias brasileiras, a atuação na Atenção Primária, o funcionamento do terceiro setor e a prática intersetorial para o cuidado integral.

Vale ainda ressaltar que promover a literacia em saúde, a partir das ações desenvolvidas até o momento, deve ser entendida como um ato de cidadania e, portanto, orientada pela ciência cidadã. Sua prática busca promover a autonomia e o protagonismo crítico para a gestão do autocuidado e do cuidado coletivo nas diferentes populações.

Entendendo-se a urgência da ampliação da cobertura vacinal, cientes da dificuldade de combater a desinformação e levar conteúdos científicos para territórios de grande vulnerabilidade, a literacia em saúde e a comunicação comunitária se tornam elementos fundamentais para reverter os retrocessos criados pela desinformação.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos*. Brasília, 2013.
- Corrêa, S. M. C., de Vasconcelos, P. F., dos Passos, J. S., Marques, V. G., Tanajura, N. P. M., do Nascimento, D. R., & Silveira, M. B. S. (2021). As possíveis causas da não adesão à imunização no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(4), e7030-e7030.
- Domingues, C. M. A. S., da Silva Teixeira, A. M., & de Moraes, J. C. (2023). Vaccination coverage in children in the period before and during the COVID-19 pandemic in Brazil: a time series analysis and literature review. *Jornal de Pediatria*, 99, S12-S21.
- Domingues, C. M. A. S., Maranhão, A. G. K., Teixeira, A. M., Fantinato, F. F., & Domingues, R. A. (2020). 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00222919.
- Mandarino, A. C. D. S., Gallo, E., & Gomberg, E. (2014). Informar e educar em saúde: análises e experiências. In *Informar e educar em saúde: análises e experiências* (pp. 267-267).
- Nobre, R., Guerra, L. D. D. S., & Carnut, L. (2022). Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. *Saúde em Debate*, 46, 303-321.
- Nóvoa, T. D. A., Cordovil, V. R., Pantoja, G. M., Ribeiro, M. E. S., dos Santos Cunha, A. C., Benjamin, A. I. M., ... & Santos, F. A. (2020). Cobertura vacinal do programa nacional de imunizações (PNI). *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 7863-7873.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Peres, F., Rodrigues, K. M., & Lacerda, T. (2021). *Literacia em saúde*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Sevalho, G. (2017). O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 177-188.
- Souto, E. P., & Kabad, J. (2021). Hesitação vacinal e os desafios para enfrentamento da pandemia de COVID-19 em idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23, e210032.
- World Health Organization. (2019). Ten threats to global health in 2019. Geneva: World Health Organization.

CAPÍTULO 11

LETRAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS HOSPITALIZADOS: PREPARANDO PARA A ALTA HOSPITALAR

Laila Jôrrane de Lima
Monaliza Stephany César Silva
Evily Emanuelle da Silva
Stéphany Nogueira de Souza
Andreivna Kharenine Serbim

INTRODUÇÃO

O envelhecimento implica em aumento de riscos para o desenvolvimento de vulnerabilidade de natureza biológica ou individual, socioeconômica e psicossocial, em virtude do declínio biológico típico da senescência (Rodrigues & Neri, 2012). Fatores sociais como morar em contextos de maior vulnerabilidade, possuir baixo nível de escolaridade e baixo status socioeconômico, bem como ter limitado acesso aos serviços públicos, contribuem com o aumento da vulnerabilidade (Gutierrez-Robledo & Amendola *et al.*, 2017).

O envelhecimento dos indivíduos exige dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, atenção especial no que tange à promoção da saúde e à prevenção de agravos, tanto no preparo das pessoas para esse processo no curso da vida, como para propiciar aos idosos uma velhice ativa e saudável.

Para isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a importância de reorientar a organização da rede de serviços de saúde, a qual ainda continua estruturada com base nos cuidados agudos das doenças (Organização Mundial da Saúde, 2014). O foco deve estar no cuidado contínuo e integral, com vistas a mudar a lógica de atendimento ao incluir e valorizar a promoção da saúde,

a prevenção de doenças e o tratamento apropriado das doenças crônicas no atendimento ao idoso.

Um dos pilares para a promoção à saúde e a prevenção de agravos é a educação em saúde, entendida como um conjunto de práticas de conteúdo técnico, político e científico, a ser disponibilizada pelos profissionais aos usuários dos serviços de saúde (Brasil, 1993). A educação em saúde realizada por enfermeiros ocorre em vários contextos de cuidado, desde a Atenção Primária até a internação hospitalar, por meio de consultas, grupos, atividades na comunidade, visitas domiciliares, orientações de preparo para a alta hospitalar, entre outros.

Nessa perspectiva, surge o conceito do letramento em saúde que é relativamente novo na área da saúde, mas de grande relevância para o enfermeiro que atua na promoção da saúde com foco no envelhecimento ativo e saudável e na prevenção de agravos e/ou dependência. O desenvolvimento das habilidades de letramento em saúde pode ser considerado um resultado positivo das atividades de educação em saúde (Serbim, 2022).

Para Sorensen *et al.* (2012), o letramento em saúde envolve o conhecimento, a motivação e as habilidades das pessoas para acessar, entender, avaliar e aplicar informações, para tomar decisões na vida cotidiana, com a finalidade de manter e/ou melhorar a qualidade de vida durante todo o seu curso. Está relacionado às habilidades das pessoas em entender aspectos do autocuidado e dos cuidados no sistema de saúde para tomar decisões adequadas (Cutilli, 2007).

Alguns grupos populacionais podem ser marginalizados com relação ao letramento em saúde, como os constituídos por pessoas idosas, com baixa renda e baixa escolaridade (Cutilli, 2007; Sorensen *et al.*, 2015). O baixo letramento em saúde está associado a uma gama de resultados de saúde precários, como o aumento da mortalidade, a redução do estado geral de saúde e a menor adesão à medicação e a serviços preventivos (Australia, 2014; Bostock & Steptoe, 2012; Berkman *et al.*, 2011).

As complexidades associadas ao gerenciamento de doenças crônicas e as alterações cognitivas e sensoriais associadas ao envelhecimento compõem os

desafios da comunicação com esse grupo altamente vulnerável (Speros, 2011). Algumas evidências disponíveis têm demonstrado que o baixo letramento em saúde compromete a capacidade dos mais velhos de promover, compreender e gerir o regime terapêutico, cada vez mais complexo em indivíduos com reservas cognitivas fragilizadas, e pode estar associado a complicações como maior risco de desenvolvimento de demência, de depressão e ansiedade (Geboers *et al.*, 2018). Esses idosos, dependentes de cuidados, muitas vezes necessitam do apoio e suporte de um cuidador.

Além disso, os cuidadores familiares também enfrentam diversos desafios, incluindo o acesso e a compreensão das informações de saúde, a comunicação com os profissionais de saúde, a falta de apoio na tomada de decisões sobre a saúde de seus parentes e na resolução de problemas (Paskulin *et al.*, 2022). Os cuidadores necessitam desenvolver as habilidades de letramento em saúde para atender às complexas necessidades de saúde dos idosos e enfrentar as dificuldades associadas (Paskulin *et al.*, 2022).

As preocupações se intensificam quando piora o estado de saúde do idoso, diagnosticado com doença crônica, impondo-se uma hospitalização muitas vezes seguida por outras. Na maioria desses casos, os cuidados não cessam com a saída do hospital e o retorno ao domicílio, pois será preciso mudar hábitos de vida e ajustar rotinas familiares para lidar com diferentes incapacidades e os tratamentos advindos. A alta hospitalar traz insegurança e, se não for bem orientada, suscitará hospitalizações frequentes (Flesch & Araújo, 2014).

A alta hospitalar é um momento de transição específica que prevê a continuidade dos cuidados em domicílio. Para tanto, a equipe de saúde deve desenvolver um plano de conduta terapêutica, cuja logística inclui atividades de orientação/educação do paciente e da família e, sobretudo, coordenação entre profissionais diretamente implicados, em articulação com os serviços comunitários (Flesch & Araújo, 2014).

A transição do cuidado do hospital para o domicílio pode expor os pacientes a eventos adversos durante o período de pós-alta hospitalar e acarretar novas internações e maior custo ao sistema de saúde (Brasil, 2020).

Os déficits em comunicação no período da alta hospitalar são comuns e informações precisas sobre eventos hospitalares importantes geralmente são transmitidas de forma inadequada para pacientes, cuidadores e profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS). Por isso, é necessário realizar orientação dos cuidados, do quadro clínico, do uso de medicamentos e de sinais de gravidade aos idosos e cuidadores.

Considerando os inúmeros desafios que o idoso hospitalizado e seus cuidadores enfrentam durante o período de hospitalização e visando apoiar e desenvolver as habilidades de letramento em saúde relacionadas à busca, compreensão, utilização e avaliação das informações em saúde, o objetivo do trabalho é relatar a experiência de um projeto de extensão universitária no desenvolvimento do letramento em saúde de idosos hospitalizados e preparo para a alta hospitalar.

DESCRIÇÃO DO PROJETO

O projeto de extensão intitulado “Letramento em saúde de idosos hospitalizados: preparando para a alta hospitalar”, foi executado no período de agosto a dezembro de 2022, por docentes e discentes (uma bolsista e 12 voluntárias) do 6º ao 10º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)/Câmpus Arapiraca. Foi desenvolvido no setor de clínica médica de um hospital filantrópico de grande porte, no município de Arapiraca, Agreste Alagoano. O projeto teve o apoio da Liga Acadêmica Multiprofissional em Urgência e Emergência (LAMUE), também da UFAL.

O setor de clínica médica apresenta duas enfermarias (uma masculina e outra feminina) com seis leitos em cada enfermaria, com pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste setor, a maioria dos pacientes hospitalizados são idosos dependentes, com diversas condições crônicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, insuficiência cardíaca, câncer, entre outras). Muitos idosos também apresentam lesões por pressão (LPP) e recebem a alta hospitalar, necessitando, na maioria das vezes, de cuidados no domicílio.

Os principais objetivos do projeto de extensão foram: realizar ações de preparo para a alta hospitalar, com idosos hospitalizados e cuidadores, conduzidas por acadêmicos de Enfermagem; promover o letramento em saúde por meio da realização de atividades de educação em saúde e compartilhamento de materiais educativos; construir um plano de cuidados de enfermagem para a alta hospitalar, com orientações direcionadas às necessidades de saúde dos idosos hospitalizados e cuidadores.

Os critérios de inclusão para a participação no projeto foram: ser paciente hospitalizado no setor de clínica médica do referido hospital; ter idade igual ou maior a 60 anos e aceitar participar do projeto de extensão.

EXECUÇÃO DO PROJETO

Na primeira etapa de execução do projeto, foi realizada a construção de um roteiro de avaliação do idoso e do cuidador, no qual foram elencadas as principais necessidades de saúde dos idosos e dos cuidadores. Foram incluídos no roteiro aspectos socioeconômicos, condição de saúde do idoso (história da doença pregressa e atual), medicamentos em uso, alimentação, presença de lesões, redes de apoio formal e informal e as principais dificuldades do cuidador na assistência relacionada ao idoso. Os planos de cuidados de enfermagem para os idosos e cuidadores foram construídos a partir desse roteiro de avaliação.

Após a construção do roteiro, foi realizada uma reunião da coordenadora do projeto com a coordenadora do setor de clínica médica para apresentação dos alunos, apresentação do projeto e apresentação do roteiro de avaliação, para então iniciar as atividades do projeto de extensão.

A segunda etapa foi caracterizada pelo início das visitas aos leitos dos idosos hospitalizados no setor de clínica médica. Os discentes de Enfermagem desenvolveram um cronograma com a logística das visitas. Foram realizadas duas visitas aos idosos hospitalizados, a primeira para realizar a avaliação do idoso e cuidador, e a segunda para realizar as orientações e entrega do plano de cuidados de enfermagem para a alta hospitalar. Todos os idosos hospitalizados

receberam as visitas dos alunos, mesmo aqueles que não tinham previsão de alta. O acompanhante ou familiar do idoso presente no momento da avaliação foi entrevistado, mesmo que não fosse o cuidador principal do idoso.

Após a primeira visita, os discentes de Enfermagem elaboraram um plano de cuidados de enfermagem para os idosos e cuidadores, com base nos dados obtidos na avaliação realizada na primeira visita. O material construído seguiu as necessidades dos idosos e cuidadores e algumas especificidades, como, por exemplo, a escolaridade, a utilização de redes sociais, ou a preferência por desenhos e informações mais ilustrativas.

Os planos de cuidados de enfermagem foram construídos em conjunto com a professora coordenadora e foram estruturados nas habilidades de letramento em saúde: acessar/buscar a informação de saúde (encontrando a informação em saúde e os serviços de saúde necessários); compreender a informação de saúde (trabalhando na compreensão das diferentes temáticas relacionadas à condição de saúde do idoso); comunicar a informação de saúde (desenvolvendo a confiança para compartilhar a informação em saúde com profissionais, família e amigos) e avaliar a informação de saúde (identificando fontes de informação confiáveis no sistema de saúde e na internet).

A partir dessa estrutura básica supracitada, as necessidades dos idosos e cuidadores, as temáticas mais relevantes eram incluídas no plano de cuidados de enfermagem. As temáticas englobam, principalmente, aspectos sobre autocuidado, alimentação saudável, hábitos saudáveis, lazer, utilização de medicamentos, cuidados com lesão por pressão, atividade física e alongamento, *fake news*, sobrecarga do cuidador, dentre outros assuntos de acordo com as necessidades dos idosos e cuidadores.

A segunda visita ao idoso foi realizada conforme o cronograma das visitas construído pelos discentes. Foram definidos de cinco a sete dias para a entrega do plano de cuidados de enfermagem e para a realização das atividades de educação em saúde com o idoso e o cuidador. Na segunda visita, as atividades de educação em saúde visaram desenvolver as habilidades (acessar, compreender, comunicar e avaliar informações em saúde) de letramento em saúde.

Nesse momento, os idosos e cuidadores tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas e realizar questionamentos acerca dos cuidados diários para o idoso. Para os pacientes que tiveram alta hospitalar antes da segunda visita, o plano de cuidados era enviado pelo discente por meio da plataforma WhatsApp, e as demais orientações eram fornecidas via mensagem ou ligação telefônica.

RESULTADOS

Foram atendidos 26 idosos e cerca de 30 cuidadores no projeto de extensão, visto que alguns cuidadores alternavam no cuidado domiciliar de alguns pacientes. A partir do roteiro de avaliação aplicado com os idosos e cuidadores, pode-se destacar as principais características da população atendida. Dos 26 idosos assistidos pelo projeto, a maioria era do sexo masculino (n=14) e nenhum (n=26) idoso utilizava redes sociais. Destaca-se que metade (n=13) dos idosos tinha entre 80 e 89 anos. Com relação à escolaridade, metade (n=13) dos idosos era analfabeta e os demais possuíam ensino fundamental. A maioria dos idosos (n= 21) possuía renda de um salário mínimo. As principais morbidades referidas foram a diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, a insuficiência cardíaca e a demência.

Dos 30 cuidadores assistidos, a maioria (n=26) era do sexo feminino e tinha (n= 16) entre 31 e 49 anos. A maioria desses cuidadores eram familiares, como filhos (n=12), esposas (n=4), netos (n=3) e sobrinhos (n=3). Apenas quatro cuidadores eram analfabetos. A maioria (n=18) tinha renda de até um salário mínimo. Dentre as principais dificuldades relatadas no cuidado domiciliar, destacaram-se a pouca mobilidade do idoso (n=14), os cuidados com lesões por pressão (n=6), as dificuldades na comunicação com o idoso (n=3) e os cuidados com traqueostomia (n=1).

Considerando os desafios na condução do projeto, destacam-se as dificuldades dos discentes para captar as informações necessárias dos idosos, tais como o histórico da doença pregressa e o uso de medicamentos contínuos, visto que alguns acompanhantes não eram responsáveis pelo cuidado direto e não conheciam o histórico dos idosos. Outro desafio enfrentado foi a falta de

informações registradas nos prontuários pela equipe de saúde, pois, mesmo após a análise dos prontuários, algumas informações sobre diagnóstico médico, regime terapêutico e previsão de alta daquele paciente eram vagas.

Nos contatos iniciais, observou-se a resistência de alguns cuidadores em conversar e compartilhar informações sobre os idosos, por desconhecer a logística do projeto ou acreditar ser um serviço pago. Os discentes esclareceram acerca do projeto e informaram que seria executado em parceria do hospital com a UFAL, contribuindo para que no decorrer da entrevista e do contato com os discentes, os cuidadores se sentissem seguros.

Na segunda visita, nas ligações telefônicas, ou contato via WhatsApp, os cuidadores se mostraram bem mais receptivos e abertos para as orientações dos discentes, concluindo os atendimentos com agradecimentos e, inclusive, convites para visitar os idosos. Dessa forma, entre a primeira e a segunda visita, as ações do projeto foram ganhando maior aceitação e engajamento pelos cuidadores.

Os cuidadores se mostraram receptivos e deram um retorno positivo quanto aos planos de cuidado, afirmando que as informações em saúde compartilhadas foram de grande importância, uma vez que facilitaram o manejo com os pacientes idosos. Os idosos e cuidadores assistidos mostraram-se satisfeitos, mais seguros e confiantes com relação ao cuidado domiciliar. Além disso, os profissionais de saúde do setor apresentaram interesse em adotar a transição do cuidado como ação institucional. Desde o início do projeto, os profissionais de saúde demonstraram receptividade e acolhimento com os discentes, permitindo o acesso aos pacientes e consulta de informações adicionais nos prontuários.

DISCUSSÃO

Observou-se que a maioria dos idosos hospitalizados eram analfabetos ou possuíam baixa escolaridade e que associado aos seus cuidadores pouco instruídos, torna ainda mais difícil o cuidado domiciliar do paciente idoso e a evolução do seu quadro de saúde. Segundo dados de 2019 da Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD), mais de 11 milhões de brasileiros são analfabetos. Desses, mais da metade são pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a uma média de seis milhões de idosos que não sabem ler e nem escrever. A situação é mais crítica quando são analisadas as pessoas pretas ou pardas que moram nas regiões norte e nordeste do país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020).

Em estudo de Serbim, Paskulin & Nutbeam (2020), realizado no município de Arapiraca, ficou evidenciado que os idosos de uma comunidade vulnerável, além da baixa escolaridade e baixa renda, possuíam um baixo letramento em saúde, aspectos esses que têm implicações no manejo das situações de saúde. Dessa forma, as ações de educação em saúde e os planos de cuidados de enfermagem são ferramentas importantes para auxiliar nos cuidados domiciliares do idoso. Os idosos e cuidadores têm o direito de receber e acessar informações de saúde que auxiliem na condução do regime terapêutico.

O letramento em saúde é considerado uma prioridade de saúde pública para reduzir as desigualdades na área da saúde (Nutbeam, 2000), portanto, políticas públicas contemplando esse referencial têm sido implementadas em diversos países (Trezona, P., Rowlands, G., & Nutbeam, D., 2018)). É considerada uma determinante-chave da saúde e do bem-estar das pessoas (OMS, 2013) e deve ser parte integrante das habilidades e das competências desenvolvidas ao longo da vida (OMS, 2017).

Pessoas de qualquer grupo etário com letramento em saúde limitado apresentam maiores chances de desenvolver alguma doença, incapacidades e/ou complicações, de utilizarem mais os serviços de saúde e de serem hospitalizadas com maior frequência, bem como têm maior risco de mortalidade (Paskulin *et al.*, 2022).

Os profissionais de saúde desempenham um importante papel na construção de conhecimentos e no desenvolvimento de habilidades de letramento em saúde (Lambert *et al.*, 2014). Dentre esses profissionais, o enfermeiro pode ser considerado o profissional indicado para tais ações, pois, frequentemente, encontra-se no primeiro ponto de atendimento e é

referenciado como líder na transformação organizacional e de saúde pública (Speros, 2011; Loan *et al.*, 2018).

Pesquisas nacionais demonstram que as orientações realizadas pelos enfermeiros são práticas frequentes para o idoso hospitalizado (Gallo *et al.*, 2021). A realização de intervenções de educação em saúde e de promoção do letramento em saúde podem aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento e diminuir as taxas de internações e óbito (Oscalices *et al.*, 2019).

A transição do cuidado é definida como o conjunto de ações que devem assegurar a coordenação e a continuidade da assistência à saúde à medida que os usuários transitam entre diferentes profissionais, serviços de saúde, ambientes ou níveis de atendimento, de acordo com a condição de saúde e necessidades de cuidado (Brasil, 2020). Quando bem aplicadas, promovem aumento na qualidade de atendimento, redução de eventos adversos, maior satisfação dos usuários, resolutividade das terapêuticas propostas e redução de custos institucionais (Brasil, 2020).

As ações de transição do cuidado são especialmente importantes para os usuários com doenças crônicas e esquemas terapêuticos complexos, que geralmente recebem cuidados de diferentes serviços e transitam com frequência em ambientes de cuidados de saúde (Gallo *et al.*, 2021). A educação em saúde para o idoso e o cuidador é considerada um exemplo de atividade para a transição do cuidado (Brasil, 2020). Consiste em educar usuário e cuidador de acordo com a sua condição clínica, enfatizando os medicamentos em uso, sua relação com diagnóstico e a importância da realização dos cuidados.

O enfermeiro é o profissional-chave no desenvolvimento de estratégias de transição do cuidado conectadas, demonstrando sua essencialidade para garantir a continuidade do cuidado. A integração de estratégias possibilita a qualificação do cuidado pelo enfermeiro, sendo essencial a transição do cuidado na prestação de cuidados durante a alta hospitalar, integrando usuários, família e prestadores de serviços (Gallo *et al.*, 2021).

A literatura tem descrito que o letramento em saúde de cuidadores domiciliares apresenta limitações e fragilidades, contribuindo para falhas no

cuidado em domicílio e gera piores resultados em saúde, tais como dificuldade de navegar nos sistemas de saúde e de compreensão da patologia de seus pacientes; negligência no cuidado; dificuldade de entender as orientações fornecidas pelos profissionais e não ser capaz de identificar as limitações do letramento de quem está sendo cuidado (Soares *et al.*, 2021).

Nesse contexto, considera-se importante estimular o diálogo entre profissionais de saúde e cuidador, pois isso permitirá a criação de um clima de confiança para expressar dúvidas, buscar informações, problematizar e refletir sobre o cuidado prestado (Queiroz, Machado, & Vieira, 2020).

É necessário que o cuidador tenha a capacidade de julgamento e tomada de decisão diante das peculiaridades apresentadas pelo idoso. Esse cuidado depende também da capacidade de avaliar e usar essas informações, além de fazer escolhas que possam reduzir riscos à saúde e promover a qualidade de vida (Queiroz, Machado, & Vieira, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discentes realizaram visitas durante a hospitalização dos idosos, visando o acompanhamento e avaliação das necessidades de saúde do idoso e cuidador. Ademais, desenvolveram atividades de educação em saúde com os idosos hospitalizados e cuidadores, e um plano de cuidados de enfermagem para a alta hospitalar do idoso. A partir dessa atividade, foi possível o estreitamento das relações entre discentes, equipe de saúde, idosos e cuidadores, além do fortalecimento da comunicação entre eles. Também foi possível o aprimoramento acerca das estratégias relacionadas ao cuidado da pessoa idosa, desenvolvendo conteúdos estruturados de educação em saúde e as habilidades de letramento em saúde, proporcionando um atendimento contínuo, integral e humanizado.

É evidente a escassez de informações sobre o cuidado em domicílio, e os profissionais de saúde são essenciais para promover estratégias de cuidado, com ênfase no protagonismo do idoso e cuidador, além da formulação de atividades de educação em saúde. A criação de intervenções para desenvolver o letramento em saúde de populações vulneráveis fornece uma plataforma

importante para novas experiências com intervenções educacionais e que sejam mais acessíveis a idosos e cuidadores. É importante explorar as barreiras e as potencialidades para promover o letramento em saúde, a elaboração de novos dispositivos, incluindo metodologias que potencializem as habilidades de letramento em saúde, a tomada de decisão compartilhada e a troca de informações entre idosos, cuidadores e profissionais de saúde.

Com o projeto, foi possível fortalecer e integrar a oferta de serviços entre Universidade e o serviço hospitalar para usuários do Sistema único de Saúde (SUS), na consolidação das ações dos discentes e docentes do curso de Enfermagem/ Arapiraca à população idosa, consolidando as ações de extensão universitária como sendo uma das funções sociais da Universidade de maior importância.

REFERÊNCIAS

- Australia. Commission on Safety and Quality in Health Care (CSQHC). (2014). *National statement on health literacy*. Canberra: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ (Online)*, 344(7852), 1-10.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Geras – Documento Básico*. (1993). Brasília: MS/Geras.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. (2020). *Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cutilli, C. C. (2007). Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopaedic Nursing*, 26(1), 43-48.
- Flesch, L. D., & Araujo, T. C. F. D. (2014). Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19, 227-236.
- Gallo, V. C. L., et al. (2021). Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 11(79), 1-22.
- Geboers, B., et al. (2018). Health literacy among older adults is associated with their 10-years' cognitive functioning and decline – the Doetinchem Cohort study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 77.
- Gutierrez-Robledo, L. M., & Avila-Funes, J. A. (2012). How to include the social factor for determining frailty? *The Journal of Frailty & Aging*, 1(1), 13-7.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: educação*. Rio de Janeiro.

- Lambert, M., et al. (2014). Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC Health Services Research*, 14, 1-34.
- Loan, L. A., et al. (2018). Call for action: Nurses must play a critical role to enhance health literacy. *Nursing Outlook*, 66(1), 97-100.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2013). *Health literacy: the solid facts*. Regional Office for Europe.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2017). *Report on the 9th Global conference for health promotion*. Geneva.
- Oscalices, M. I. L., et al. (2019). Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, 1-7.
- Paskulin, L.M.G., et al. (2022). Letramento em saúde e envelhecimento: perspectivas para a enfermagem. In: *Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): Saúde do Idoso, Ciclo 4*. Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Queiroz, J. P. C., Machado, A. L. G., Vieira, N. F. C. (2020). Health literacy for caregivers of elders with Alzheimer's disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), 1-7.
- Rodrigues, N. O., & Neri, A. L. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(8), 2129-39.
- Serbim, A. K., Paskulin, L. M. G., & Nutbeam, D. (2020). Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: Feasibility study. *Health Promotion International*, 35(6), 1256-1266.
- Serbim, A. K., Santos, N. O., & Paskulin, L. M. G. (2022). Effects of the Alpha Health intervention on elderly's health literacy in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), 1-7.
- Soares, T. A. M., et al. (2021). Letramento em saúde de cuidadores domiciliares de uma capital brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1-9.
- Sorensen, K., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Sorensen, K., et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-8.
- Speros, C. I. (2011). Promoting health literacy: a nursing imperative. *The Nursing Clinics of North America*, 46(3), 321-333.
- Trezona, A., Rowlands, G., & Nutbeam, D. (2018). Progress in implementing national policies and strategies for health literacy-what have we learned so far? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1-17.

CAPÍTULO 12

LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Terezinha Nunes da Silva
Monique Francielle Lopes Pereira
Cleides Oliveira dos Santos Fernandes
Adelita Siqueira

INTRODUÇÃO

É inegável a relevância das tecnologias digitais no contexto da cultura, educação e saúde. Nesse sentido, a literacia digital em saúde refere-se à habilidade de manejar criticamente as informações de saúde fornecidas pelas ferramentas digitais, aplicando-as adequadamente nas condições de saúde específicas.

Em um mundo cada vez mais conectado, a literacia em saúde também se associa ao acesso às informações de saúde por meio de dispositivos eletrônicos, imbuído no conceito de *E-Health Literacy*, traduzido do inglês para o português como “literacia digital em saúde”. Esta se define pelas habilidades de procurar, encontrar, entender e avaliar os conhecimentos adquiridos para abordar ou resolver um problema de saúde e acessar corretamente serviços de saúde (Teixeira Neto; Andrade; & Romano, 2022).

Considerando o advento da internet e a diversidade de informações oferecidas pelas tecnologias digitais, ações para promover a literacia digital em saúde surgem como uma oportunidade indubitável não só para prevenção de doenças e da promoção da saúde, mas, também, para combater as desigualdades territoriais relacionadas com a saúde.

No Brasil, dados do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação 2020-2021 mostram que

81% da população utilizam a internet e que 53% dos internautas buscaram informações sobre saúde ou serviços de saúde – comparadas a 47% em 2019 –, e que em 2022, com a regulamentação das teleconsultas, 33% dos médicos e 26% dos enfermeiros no país atenderam pacientes pelos sistemas eletrônicos, evidenciando uma tendência promissora (CETIC, 2020, 2022).

Com o advento da inteligência artificial e da robótica utilizadas nos ambientes de saúde, especialmente nos que são privados, ressalta-se que a emergente acessibilidade às informações de saúde – mas não necessariamente de sua compreensão, avaliação e correta aplicação – influencia nos cuidados de saúde dos indivíduos e de suas comunidades. Esses resultados evidenciam a necessidade de maior atenção e investimento por parte dos estabelecimentos de saúde em relação à segurança da informação, principalmente em um contexto de expansão do acesso aos dados dos pacientes em formato digital (CETIC, 2022; Macedo *et al.*, 2022).

Na gerontologia, há algumas inquietações no que diz respeito à construção de recursos de literacia digital em saúde, como: a limitação da acessibilidade ao mundo digital, especialmente para a população idosa; e a confiabilidade comprometida das informações devido ao incremento indiscriminado de conteúdos digitais sobre saúde sem comprovação com base em diretrizes clínicas ou evidências científicas.

Destaca-se que há diferentes abordagens possíveis para o desenvolvimento da literacia digital relacionadas com a saúde, e algumas já foram implantadas e exitosas no cenário nacional. Tem-se como exemplo o e-Saúde no Brasil, apresentado em 2017 pelo Ministério da Saúde, como estratégia de melhoria consistente dos serviços de saúde por meio da disponibilização e uso de informação segura, que agiliza e melhora a qualidade da atenção e dos processos de saúde nas três esferas de governo e no setor privado, beneficiando pacientes, cidadãos, profissionais, gestores e organizações de saúde (Brasil, 2017).

Destaca-se também o Programa Conecte SUS, institucionalizado pela Portaria GM/MS n.º 1.434/2020, voltado à informatização da atenção

à saúde e à integração dos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, e dos órgãos de gestão em saúde dos entes federativos, para garantir o acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão (Brasil, 2022). Tais recursos exigem a capacidade para acessar, compreender, avaliar e integrar informações em diferentes formatos, por meio de computador, *tablet*, *smartphone*, nas variadas plataformas digitais, conforme sugere a literacia digital em saúde.

O trabalho de Branco, Lopes, & Pisa (2020) enfatiza a importância de desenvolver a literacia digital dos trabalhadores da área da saúde para favorecer melhores práticas na área digital. Contudo, a mesma revisão enfatiza que há uma lacuna para o desenvolvimento de instrumentos específicos de autoavaliação de literacia digital com foco nesses profissionais. O estudo ainda aponta que a falta de habilidades de literacia digital no trabalho pode ser fator limitante no acesso a informações sobre saúde e da inclusão no cenário competitivo do mundo corporativo.

Entende-se que o desenvolvimento da literacia digital baseada em evidências, e apoiada pela análise de competências, sugere o empoderamento dos trabalhadores da saúde e de outras categorias. Dessa forma, com o conteúdo digital, pretende-se sensibilizar os profissionais sobre a necessidade de adquirir novos conhecimentos e novas habilidades associadas aos desafios impostos pela globalização e pela revolução cibernética, pois a sociedade da informação tem levado à construção de diversas políticas promotoras do potencial das tecnologias de informação e comunicação (TIC) e disponibilização de novos serviços eletrônicos (Araújo *et al.*, 2020).

A literacia digital em saúde pode ser utilizada como referencial norteador para adaptar diferentes alvos temáticos em uma linguagem clara, didática e de fácil apreensão, favorecendo a inclusão no ambiente digital e a interlocução viável e segura para a capacitação dos profissionais atuantes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Define-se ILPI como instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou

superior a 60 anos. Geralmente, ILPI são associadas a instituições de saúde, porém são estabelecimentos voltados à moradia, alimentação e vestuário, que acolhem tanto idosos independentes em situação de ausência de renda ou de família, quanto aqueles com dificuldades para gerenciar suas atividades diárias e na execução de cuidados prolongados (Camarano & Kanso, 2010).

Entretanto, algumas ILPI brasileiras encontram-se em situações precárias, sem priorização de formação profissional para o cuidado gerontológico e com recursos limitados de Tecnologia Assistiva. Por esse motivo, sugere-se a capacitação da equipe interdisciplinar visando considerar as histórias de vida e preservar a independência e a autonomia dos residentes de ILPI, promovendo a compreensão dos idosos sobre o processo de envelhecimento, de institucionalização e favorecendo seu protagonismo no seu processo de cuidar (Damaceno, Chirelli, & Lazarini, 2019).

Assim sendo, este estudo tem como objetivo apresentar a elaboração de uma cartilha digital sobre Gerontologia e Tecnologia Assistiva (TA) para profissionais de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O projeto e a elaboração da cartilha digital contaram com fomento de carta de captação vinculada ao Fundo Municipal do Idoso, acessada por meio de edital publicado e com projeto aprovado após processo seletivo.

A cartilha digital foi construída de forma interdisciplinar, contando com a colaboração de profissionais de saúde, da educação, do terceiro setor e do design gráfico. Faz parte do “Projeto Interagir”, vinculado à Fundação Oásis, para auxiliar na capacitação dos profissionais que atuam em uma ILPI gerida por essa instituição, localizada na cidade de Belo Horizonte (MG).

Intitulada “Cartilha Interagir:Tecnologia Assistiva, Gerontologia e Socialização em prol da qualidade de vida dos idosos em ILPI”, o material foi planejado, construído e validado entre os meses de janeiro e março de 2022. O público-alvo era composto de 23 profissionais de uma ILPI, sendo esses: equipe

de enfermagem, cuidadores, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, profissionais da cozinha, lavanderia, administrativo e serviços gerais.

A escolha dos temas abordados na cartilha digital foi o eixo temático do edital ao qual o projeto foi submetido. Contudo, enfatiza-se que a falta de formação gerontológica e, por conseguinte, de conhecimento dos profissionais de ILPI sobre Tecnologia Assistiva, pode refletir, de maneira muito negativa, no processo de trabalho, nos cuidados básicos ofertados, no bem-estar e na satisfação da pessoa idosa institucionalizada.

A construção da cartilha deu-se em quatro etapas. Primeiramente, foi realizada uma revisão da literatura pertinente, na qual os conteúdos sobre Gerontologia e Tecnologia Assistiva foram selecionados e separados para produção dos textos e inspiração para ilustrações. Nesse ínterim, optou-se por conteúdos cientificamente comprovados e/ou baseados em evidências, compilados e resumidos de forma prática, lógica e dinâmica para compressão do público-alvo, conforme sugere a literacia digital em saúde.

No segundo momento, o material foi enviado para um designer gráfico realizar o projeto digital, a arte da cartilha, os desenhos ilustrativos e a inclusão de *QR Code*. Nesta fase foram imprescindíveis as discussões e trocas de ideias entre as autoras e o designer, culminando para maior assertividade entre a proposta e o produto finalizado. A utilização de uma nova tecnologia como o *QR Code* foi estratégica para incentivar o uso de um recurso ainda pouco utilizado, mas já disponibilizado nos aparelhos eletrônicos.

Na terceira etapa, deu-se a aprovação das ilustrações e diagramação, avaliação do tamanho da fonte e o estabelecimento das cores utilizadas, bem como das disposições dos conteúdos institucionais e informativos. Este momento possibilitou ajustes e correções de aparência e conteúdo.

Por fim, a cartilha foi submetida à validação dos fomentadores do projeto, a saber, os profissionais do Fundo Municipal do Idoso, do Conselho Municipal do Idoso e da Prefeitura de Belo Horizonte. Também foi submetido à análise dos parceiros gestores da ILPI, junto à Fundação Oásis e à Instituição de Longa Permanência para Idosos “Casa das Vovós”, vinculados ao Projeto Interagir.

Após aprovação e lançamento oficial, a adesão dos profissionais da ILPI à cartilha foi unânime. Mesmo parecendo ser algo tecnológico, a princípio, e até distante da rotina laboral, o material digital didático é uma tendência na atualidade e foi útil na inclusão digital dos residentes da instituição.

O *QR Code* pode ser escaneado por um aparelho eletrônico móvel, com um dispositivo instalado para leitura, e tem *zoom* de tela, fornecendo a todos o ingresso e a inclusão ao universo digital. O acesso à cartilha é gratuito e autorizado para compartilhamentos e disseminação das informações compiladas por *link* para acesso *on-line* ou PDF previamente baixado por *download*.

DISCUSSÃO

O uso da tecnologia será, por muito tempo, um debate na academia e discussão no meio social, pois é um campo que demanda, ainda, muitos estudos e pesquisadores que se comprometam com o tratar das informações pertinentes e propiciem acessibilidade e inclusão digital a todas as classes sociais interessadas nos conteúdos propostos (Oliveira, 2021).

A importância crescente da busca pela literacia digital em saúde e sua vasta influência no processo de trabalho dos profissionais dessa área têm ocupado a comunidade científica e os agentes responsáveis pelas políticas de saúde, cujos recursos são indispensáveis para o processo de ensino e aprendizagem, porém, além do fato de procurar informações, é necessário saber usá-las, julgá-las, justapor a outros conhecimentos e mantê-las atualizadas (Pinto; Boscaroli; & Cappelli, 2021).

Destaca-se que o uso de ferramentas digitais adequadas proporciona aos profissionais envolvidos no cuidado, especialmente no contexto da Gerontologia, níveis elevados de literacia digital em saúde. Isso possibilita um maior acesso, melhor compreensão, efetiva avaliação e utilização de conteúdos essenciais na condução do cuidado oferecido e no processo de trabalho realizado (Silva & Chacon, 2020).

A cartilha digital trouxe uma abordagem interdisciplinar no cuidado à pessoa idosa residente em ILPI, e a interação entre os temas da Gerontologia e

da Tecnologia Assistiva no cuidado aos residentes dessas instituições fomentou novas perspectivas para o cuidado desta população.

Ressalta-se a importância da interdisciplinaridade e do compromisso com a veiculação de informações, possibilitando ampliação dos níveis de literacia digital relacionada à saúde da população adstrita, assim como a utilização desse conhecimento para prevenção de doenças ou complicações e para promoção da saúde e de melhores acessos aos serviços de saúde, sobretudo àqueles disponibilizados no formato eletrônico (Silva *et al.*, 2020).

Atualmente, é consensual que o ambiente digital pode potencializar a literacia digital em saúde e a promoção da saúde de idosos institucionalizados, pois estes representam menores taxas de acesso e de utilização das tecnologias digitais. Desta feita, tanto os trabalhadores de ILPI quanto a pessoa idosa pode acessar as atividades digitais sobre saúde, cultura e informações gerais em museus virtuais, jogos eletrônicos, livros históricos, cartilhas educativas, revistas de saúde, mídias sociais, etc. Assim, tornam-se integrados às práticas e às regras do ciberespaço a qualquer instante e de qualquer lugar, construindo e difundindo conhecimento como parte do cotidiano, agora inseparável do virtual, e compartilhado no ambiente que recebe cuidados de saúde (Ramos & Szlachta Junior, 2022).

Destaca-se que tanto os assuntos gerontológicos como os embasamentos de Tecnologia Assistiva da cartilha tiveram materiais complementares inseridos via *QR Code* – um tipo de imagem bastante utilizada para facilitar o acesso a *links*, *sites*, documentos, imagens, vídeos e outros tipos de arquivo digital. Os *Quick Response Codes* “são códigos de barras bidimensionais que podem ser rapidamente convertidos em informação, por estarem associados a um texto interativo, um link da *internet*, uma localização geográfica, entre tantas outras possibilidades” (Nichele & Ramos, 2015, p. 3).

Os conteúdos digitais sobre saúde podem auxiliar os profissionais que trabalham em ILPI no manuseio diário de suas atividades laborais, favorecendo boas práticas de cuidados à pessoa idosa. O acesso fácil aos materiais por intermédio da internet é imprescindível – sejam em cartilha, *folders*, vídeos,

etc. –, assim como o compartilhamento das informações junto aos parceiros institucionais, por meio das mídias sociais.

Além disso, destaca-se que o cenário das ILPI não tem sido frequentemente selecionado como possibilidade de aprendizagem nas atividades formativas da graduação ou no ensino técnico-profissionalizante, de forma que os trabalhadores buscam capacitação após inserção nesse mercado de trabalho. Esta conjuntura os leva a reproduzir um processo de trabalho fragmentado e mecânico, com pouca comunicação e continuidade entre as demandas dos plantões, desqualificando a assistência longitudinal devido à perspectiva de os idosos permanecerem por muitos anos na instituição (Damaceno; Chirelli & Lazarini, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literacia digital na saúde gerontológica é muito importante, uma vez que existe grande complexidade associada ao envelhecimento e evidente falta de capacitação dos profissionais que atuam nas ILPIs, sobretudo no tocante às demandas de Tecnologia Assistiva e conteúdos de Gerontologia.

Atualmente, há maior utilização de computadores, *tablets* e *smartphones* nas diversificadas ILPIs, e a ampliação do acesso à internet sem fio possibilitou que um número crescente de pessoas consiga acessar, produzir e compartilhar informações anteriormente restritas a determinados grupos sociais e locais específicos.

Percebeu-se que os profissionais inclusos no projeto passaram a acessar e a utilizar as informações da cartilha digital a fim de fortalecer suas decisões e fazer proposições de melhorias no cuidado da pessoa idosa. Assim, a cartilha alcançou seu objetivo com um *layout* simples, além de conteúdos integrados e ilustrados, ao estimular o engajamento da equipe e colaborar com o processo de aprendizagem dos profissionais sobre as temáticas propostas, prezando-se, sempre, por informações e conhecimentos científicos que pudessem garantir a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas vivendo em ILPI.

Considera-se, assim, essencial a compreensão das condições de trabalho que há na ILPI para o cuidado da pessoa idosa, bem como quais são os desafios a serem enfrentados na formação dos trabalhadores que atuam nestas instituições. De fato, quanto maior o grau de escolaridade, maior a facilidade dos profissionais para utilizar a internet e seus recursos, contribuindo para altos níveis de literacia digital em saúde pessoal e coletiva.

Dessa forma, enfatiza-se a necessidade de recursos que favoreçam a capacitação dos profissionais que cuidam de pessoas idosas na área da tecnologia digital e que favoreçam a inclusão desta população no mundo cibernético.

REFERÊNCIAS

- Araújo, I., et al. (2020). Nível de e-literacia em saúde em alunos do ensino secundário privado. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 264-271. <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/01/Nivel-de-e-literacia-em-saude-em.pdf>
- Branco, G. V., Lopes, P. R. L., & Pisa, I. T. (2020). Evolução da literacia digital e sua importância para os trabalhadores da área da saúde na era da inteligência digital. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*, 5(3), 01-15. <http://www.periodicos.ufc.br/resdite/article/view/44207/162806>
- Brasil. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. (2017). *Estratégia e-Saúde para o Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/a-estrategia-brasileira/EstrategiaesaudeparaBrasil_CIT_20170604.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. (2022). 2º Relatório de monitoramento e avaliação da estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27(1), 233-235. <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/s4xr7b6wkTfqv74mZ9X37Tz/?lang=pt&format=pdf>
- CETIC – Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação. (2020). *TIC Domicílios – 2020 Indivíduos*. <https://cetic.br/pt/tics/domicilios/2020/individuos/>
- CETIC – Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação. (2022). *TIC Saúde 2022: 33% dos médicos e 26% dos enfermeiros no país atenderam pacientes por teleconsulta*. <https://cetic.br/pt/noticia/tic-saude-2022-33-dos-medicos-e-26-dos-enfermeiros-no-pais-atenderam-pacientes-por-teleconsulta/>
- Damaceno, D. G., Chirelli, M. Q., & Lazarini, C. A. (2019). A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais. *Rev. Brasileira de Geriatria e gerontologia*, 22(1), 1-12. <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/L7v5rPFLM3G9JtQSf7rcCJs/?lang=pt&format=pdf>

- Macedo, B. S. P., et al. (2022). Letramento digital em saúde de estudantes de enfermagem ou medicina: fatores relacionados. *Acta Paul Enferm*, 35, 1-9. <https://www.scielo.br/j/ape/a/wnYtfngSmbnsNZzTzCVqW4vq/abstract/?lang=pt>
- Nichele, A. G., Schlemmer, E., & Ramos, A. de F. (2015). QR Codes na Educação em Química. *RENOTE*, 13(2). <https://seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/61425>
- Oliveira, U. M. (2021). Gamificação: o uso do QR Code e celular numa proposta com professores. *Revista BTECLE*, 4(1), 161-175. <https://revista.cbtecle.com.br/CBTecLE/article/view/206>
- Pinto, J. V., Boscaroli, C., & Cappelli, C. (2021). Literacia digital: conceituação e frameworks no contexto de formação de professores. *Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia*, 14(1), 120. <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/8944>
- Ramos, M. E. T., & Szlachta Junior, A. M. (2022). Mobile Learning: Aprender sobre o passado na convergência entre Literacia Digital e Literacia Histórica. *Revista Territórios & Fronteiras*, 15(1), 1-10. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/territoriosefronteiras/index.php/v03n02/article/view/1139/352352579>
- Silva, T. N., et al. (2020). Literacia para a saúde em tempos de covid-19: relato de experiência. *Saberes Plurais Educ. Saúde*, 4(2), 37-48. <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/107796>
- Silva, T. N.; Chacon, P. F. (2020). Caderneta de saúde da pessoa idosa como ferramenta de literacia para a saúde. *REFACS*, 8(Supl. 3), <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/5023/pdf>
- Teixeira Netto, J.; Andrade, Z. P.; Romano, M. R. V. R. (2022). Inclusão digital e literacia em saúde: uma experiência educativa em tempos de pandemia do Covid-19. *Research, Society and Development*, 11(3), e11011326415, <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/53752/26415-Article-307983-1-10-20220214.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

CAPÍTULO 13

MENSURAÇÃO DO LETRAMENTO DIGITAL EM SAÚDE DE ADOLESCENTES BRASILEIROS

Mariane Carolina Faria Barbosa
Ana Luiza Peres Baldiotti
Maria Luisa Leandro de Souza Dias
Júlia Lara Resende
Nayra Santos Braga
Ana Flávia Granville-Garcia, Saul Martins Paiva
Fernanda de Moraes Ferreira

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos ocorreu um crescente avanço da internet e uma ampliação no acesso da população às tecnologias de informação e comunicação (TICs). Em todo mundo, aproximadamente 4,9 bilhões de pessoas estão conectadas à internet (ITU, 2021) e no Brasil, cerca de 82,7% dos domicílios possuem conexão e 78% dos brasileiros com idade superior a 10 anos estão conectados com a internet. Em relação aos adolescentes brasileiros, 90,2% utilizam a internet rotineiramente (IBGE, 2019).

Baseado nesse cenário, a internet e os dispositivos de mídia tornaram-se importantes ferramentas na área da saúde e possuem potencial para impactar positivamente os serviços de saúde (Van der Vaart & Drossaert, 2017). As TICs são utilizadas por grande parte dos adolescentes para cuidar e buscar informações de saúde (Smith & Magnani, 2019). Contudo, grande parte dos dados disponibilizados *on-line* não passam por um crivo de qualidade, o que pode ocasionar o consumo de informações falsas, promover crenças prejudiciais à saúde e assim, desinformar a população (Vosoughi; Roy & Aral, 2018).

Nos últimos anos, a Organização Mundial de Saúde reconheceu a infodemia, um aumento significativo no volume de informações disponíveis na

internet, como um potencial risco à saúde pública mundial (WHO, 2015). Este volume de informações pode provocar a desinformação em ciência e saúde, e pode ser definida como informações contrárias ao consenso epistêmico da comunidade científica sobre um determinado fenômeno (Swire-Thompson & Lazer, 2019).

Vale ressaltar que as informações enganosas e as teorias da conspiração espalham-se mais rapidamente na internet quando o fluxo de informações verdadeiras e confiáveis é lento, difíceis de obter e quando a confiança das pessoas nas fontes de informações e serviços disponíveis é baixa (Bessi *et al.*, 2015; Bin *et al.*, 2021). A desinformação em saúde possui repercussões negativas no que diz respeito à qualidade de vida dos indivíduos, o relacionamento com os profissionais de saúde, à confiança e a escolha assertiva de tratamento (Swire-Thompson & Lazer, 2019).

É importante que os indivíduos consigam buscar corretamente informações sobre saúde nas mídias digitais, interpretá-las e adotar os conhecimentos para tratar ou solucionar um problema em saúde, ou seja, apresentar um bom letramento digital em saúde (LDS) (Norman & Skinner, 2006). Deste modo, faz-se necessário mensurar o nível do LDS, bem como suas repercussões e grupos em vulnerabilidade para apresentar um baixo LDS. Com base nessas premissas, pesquisadores desenvolveram a *eHealth Literacy Scale*, um instrumento que fornece uma visão sobre as habilidades relatadas pelos consumidores de cuidados de saúde ao pesquisar e usar informações de saúde *on-line* (Norman & Skinner, 2006).

Investigar esses aspectos durante a adolescência é crucial, pois esta etapa da vida, entre a infância e a idade adulta, é caracterizada pela maturação emocional, puberal, psicológica e social. Além disso, durante a adolescência é comum o surgimento de dúvidas sobre a saúde e o corpo (Crone & Dahl, 2012). Como os adolescentes apresentam elevada inserção digital e grande familiaridade com as TICs, a internet pode ser um recurso atraente (Freeman *et al.*, 2018). Desta forma, é necessário mensurar o LDS durante esta faixa etária para identificar grupos de risco e desenvolver ações de promoção da saúde em *eHealth*. Com base nessas premissas, realizou-se estudo com o

objetivo de mensurar o nível de letramento digital em saúde em uma amostra de adolescentes brasileiros e investigar sua associação com os aspectos demográficos e socioeconômicos.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG – CAAE 51689621.1.0000.5149). Foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Após os devidos esclarecimentos quanto ao objetivo e escopo do estudo, os responsáveis ou adolescentes com idade superior a 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os adolescentes menores de 18 anos assentiram sua participação por meio da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, realizado durante o primeiro semestre de 2022, em uma amostra de conveniência composta por 112 indivíduos com idade de 13 a 19 anos. Foram selecionados adolescentes matriculados em três escolas municipais do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais e possui aproximadamente 2.375.701 habitantes (IBGE, 2010).

O nível de letramento digital em saúde foi aferido utilizando-se a versão em português do Brasil do instrumento eHealth Literacy Scale (eHEALS-BrA) adaptada transculturalmente para adolescentes no Brasil. O eHEALS é o primeiro instrumento desenvolvido para aferir o nível de LDS. É uma escala autoaplicável que mensura a autopercepção relacionada ao consumo de informações eletrônicas em saúde e foi baseada em um modelo de seis habilidades ou literacias em eSaúde: letramento tradicional, letramento em saúde, letramento informacional, letramento científico, letramento digital e letramento informático.

O eHEALS foi desenvolvido no Canadá e na língua inglesa, contudo já foi validado para outros países (Paramio *et al.*, 2015; Giger *et al.*, 2020), inclusive no Brasil, onde se trabalhou com adultos (Mialhe *et al.*, 2021) e estudantes universitários (Lotto *et al.*, 2021). Recentemente, este grupo de pesquisa realizou a adaptação transcultural deste instrumento para ser utilizado em adolescentes brasileiros (13 – 19 anos) (eHEALS-BrA). O instrumento é composto por oito itens avaliados por meio de uma escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente a concordo totalmente), sendo que a pontuação total pode variar de 8 a 40 pontos. As pontuações mais elevadas indicam um melhor letramento digital em saúde autopercibido e autorreferido (Norman & Skinner, 2006).

Os dados foram coletados em um único momento e por um único pesquisador. Os adolescentes responderam ao eHEALS-BrA individualmente e em um ambiente reservado na escola. Além disso, os responsáveis responderam a um formulário com dados socioeconômicos e demográficos (tipo de responsável, escolaridade do adolescente e do responsável, renda familiar, idade, sexo do adolescente e ordem de nascimento).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Realizamos a análise dos dados utilizando o programa SPSS Statistics 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Foi realizada a estatística descritiva para a estimação de frequências e a análise bivariada (coeficiente de correlação de Spearman, teste de Kruskal Wallis e Mann-Whitney) para investigar as associações com os aspectos socioeconômicos e demográficos. O nível de significância estatístico definido para os testes foi de 5% ($p < 0.05$).

RESULTADOS PRINCIPAIS

Um total de 112 adolescentes participaram desta investigação, sendo 60 homens (53,6%) e 52 mulheres (46,4%) com média de idade de $14,90 \pm 1,72$ anos e renda familiar média de $R\$3.063,95 \pm 1.769,23$ reais. Os adolescentes apresentavam escolaridade média de $8,87 \pm 0,98$ anos de estudo, sendo que

92,0% cursavam o Ensino Fundamental II. Além disso, em relação à ordem de nascimento, 36,6% eram filhos mais velhos e 28,5% filhos mais novos. Quanto aos aspectos demográficos dos responsáveis, 83,9% eram criados pela mãe, possuíam mais de 8 anos de estudos formais (77,7%) e a média de idade foi de $43,0 \pm 9,18$ anos.

Os adolescentes participantes obtiveram um nível médio de letramento digital em saúde de $27,78 \pm 5,03$, com variação de 16 a 38 pontos. O nível de LDS não foi associado aos aspectos demográficos, como o sexo ($p=0,389$), idade ($p=0,549$), ordem de nascimento ($p=0,265$) e o nível de escolaridade ($p=0,793$) dos adolescentes. Em relação aos responsáveis, também não observamos diferenças significativas em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas, como tipo de responsável ($p=0,886$), idade ($p=0,905$), nível de escolaridade formal ($p=0,677$) e a renda familiar ($p=0,298$).

DISCUSSÃO

O presente estudo estimou o nível de letramento digital em saúde em adolescentes brasileiros, considerando suas características socioeconômicas e demográficas. O principal achado deste estudo foi o nível regular de LDS autorrelatado entre os adolescentes avaliados, contudo o nível de LDS não foi associado aos aspectos demográficos dos adolescentes e sociodemográficos de seus responsáveis.

A adolescência é uma fase-chave do desenvolvimento humano que envolve múltiplas mudanças físicas, cognitivas e psicossociais, juntamente com uma conquista da independência. Durante esta etapa, os adolescentes aprendem sobre si e sobre o espaço no qual estão inseridos. Além disso, é durante este período que muitos comportamentos de saúde são aprendidos e geralmente incorporados para a idade adulta (Cherewick *et al.*, 2021; Crawford, 2007; Taba *et al.*, 2022).

Os adolescentes são nativos digitais, deste modo as mídias digitais são onipresentes em sua vida cotidiana. A internet é utilizada para atividades

de entretenimento, aprendizado e cuidados com a saúde, e cada vez mais, os adolescentes utilizam as redes sociais e sites para obter informações de saúde sobre tópicos como saúde mental, saúde sexual, nutrição, condicionamento físico, entre outros (Patton *et al.*, 2016; Park & Know, 2018; Hausmann *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que na internet podemos encontrar informações de saúde tendenciosas, imprecisas e de baixa qualidade, o que pode provocar resultados de saúde negativos (Vosoughi; Roy & Aral, 2018). Outro fator de risco para a saúde dos adolescentes é o uso excessivo das redes sociais, bem como o acompanhamento de influenciadores digitais, fato que pode ocasionar uma comparação excessiva com seus aspectos de vida e suas características corporais, como forma, peso e tamanho de seus corpos (Lupton, 2021).

Assim, é importante que os adolescentes apresentem um bom nível de letramento digital em saúde, para utilizar as informações de saúde *on-line* com segurança e eficácia. Contudo, apesar de serem nativos digitais, os adolescentes podem não apresentar esses aspectos. Deste modo é importante adotar medidas para melhorar o nível de LDS nesta faixa etária (Park & Know, 2018; Smith; Skrbis & Western, 2013). Semelhante aos nossos resultados, a pontuação média no eHEALS em adolescentes da Turquia foi de $27,52 \pm 6,76$, com média de idade de $15,92 \pm 0,95$ anos, contudo os autores encontraram associação com maiores níveis de escolaridade dos responsáveis e com a renda familiar mais elevada (Tumer & Sumen, 2022). Quando avaliado em adolescentes da Sérvia com média de idade de $16,5 \pm 1,2$ anos, o nível de LDS mensurado com o eHEALS foi de 26,0 pontos (variação de 20 a 30). Semelhante a nossos resultados, este estudo não encontrou associação entre a pontuação do eHEALS com o sexo ou nível de escolaridade dos adolescentes (Gazibara *et al.*, 2019).

Com a Pandemia de covid-19, a desinformação *on-line* sobre saúde aumentou consideravelmente, destacando a necessidade de criar ações para melhorar o LDS da população. Ao avaliar a autoeficácia e o LDS de adolescentes australianos, foi encontrado que o principal desafio nesta faixa etária refere-se ao letramento crítico para verificar a relevância e a confiabilidade das informações *on-line* de saúde. Embora os adolescentes apresentem boas

habilidades operacionais e utilizem algumas estratégias de pesquisa assertivas, como utilizar sites “org” e de autoria de profissionais de saúde, ainda é necessário desenvolver habilidades críticas nesta faixa etária (Taba *et al.*, 2022).

Para compreender o nível de LDS autorrelatado dos adolescentes brasileiros, é importante desenvolver este estudo em outros estados e municípios, para assim obter uma estimativa nacional do letramento digital em saúde de adolescentes do Brasil. Investigar o nível de LDS durante a adolescência pode auxiliar as organizações de saúde a identificar grupos com baixo LDS e assim realizar ações de promoção de saúde digital.

É importante incentivar o desenvolvimento do LDS dos adolescentes por meio dos currículos escolares, utilizando-se de algumas aulas para a avaliação e uso de sites, aplicativos e ferramentas de saúde *on-line*, bem como desenvolver uma visão crítica para a avaliação da veracidade e da qualidade das informações disponíveis nas mídias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os adolescentes brasileiros que participaram deste relato de experiência apresentaram um nível regular de letramento digital em saúde que não foi influenciado por aspectos demográficos e socioeconômicos. A mensuração do nível de LDS durante este período do desenvolvimento pode contribuir para a vigilância e auxiliar no planejamento de intervenções para a promoção de eSaúde durante a adolescência, cuja faixa etária é considerada estratégica para o aprendizado e incorporação de condutas que podem perpetuar por toda a vida e impactar positivamente os desfechos em saúde.

REFERÊNCIAS

- Bessi, A., Coletto, M., Davidescu, G. A., Scala, A., Caldarelli, G., & Quattrociocchi, W. (2015). Science vs conspiracy: Collective narratives in the age of misinformation. *PLOS ONE*, *10*(e0118093).
- Bin Naeem, S., Boulos, M. N. K. (2021). COVID-19 Misinformation Online and Health Literacy: A Brief Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(15), 8091.

- Cherewick, M., Lebu, S., Su, C., Richards, L., Njau, P. F., & Dahl, R. E. (2021). Promoting gender equity in very young adolescents: targeting a window of opportunity for social-emotional learning and identity development. *BMC Public Health*, 21(1), 2299.
- Crawford, G. B. (2007). *Brain-based teaching with adolescent learning in mind: 2nd ed.* Thousand Oaks: Corwin Press.
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(9), 636-650.
- Freeman, J. L., Caldwell, P. H. Y., Bennett, P. A., & Scott, K. M. (2018). How adolescents search for and appraise online health information: A systematic review. *Journal of Pediatrics*, 195, 244-255.
- Gazibara, T., Cakic, J., Cakic, M., Pekmezovic, T., & Grgurevic, A. (2019). eHealth and adolescents in Serbia: psychometric properties of eHeals questionnaire and contributing factors to better online health literacy. *Health Promotion International*, 34(4), 770-778.
- Giger, J. T., Barnhart, S., Feltner, F., et al. (2020). Validating the eHealth Literacy Scale in Rural Adolescents. *Journal of Rural Health*, 37(3), 504-516.
- Hausmann, J. S., Touloumtzis, C., White, M. T., Colbert, J. A., & Gooding, H.C. (2017). Adolescent and Young Adult Use of Social Media for Health and Its Implications. *Journal of Adolescent Health*, 60(6), 714-719.
- ITU – International Telecommunication Union. (2021). *Measuring digital development: Facts and figures*. <https://www.itu.int/itu-d/reports/statistics/facts-figures-2021/#:~:text=Approximately%204.9%20billion%20people%20%E2%80%93%20or,cent%20live%20in%20developing%20countries>
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnadcontinua.html?edicao=30362>
- Lotto, M., Maschio, K. F., Silva, K. K., Aguirre, P. E. A., Cruvinel, A., Cruvinel, T. (2021). eHEALS as a predictive factor of digital health information seeking behavior among Brazilian undergraduate students. *Health Promotion International*, 1-11.
- Lupton, D. (2021). Young People's Use of Digital Health Technologies in the Global North: Narrative Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e18286.
- Mialhe, F. L., Moraes, K. L., Sampaio, H. A. de C., Brasil, V. V., Vila, V. S. C., Soares, G. H., Rebutini, F. Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento eHealth Literacy Scale em adultos brasileiros. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75:1-8, 2021.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27.
- Paramio, P. G., Almagro, B. J., Hernando, G. Á., & Gómez, J. I. A. (2015). Validation of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) in Spanish University Students. *Revista Española de Salud Pública*, 89(3), 329-338.
- Park, E., & Kwon, M. (2018). Health-Related Internet Use by Children and Adolescents:

Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e120-e.

- Patton, G. C. M. D., Sawyer, S. M. M. D., Santelli, J. S. M. D., Ross, D. A. P., et al. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478.
- Smith, B., & Magnani, J. W. (2019). New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 292, 280–282.
- Smith, J., Skrbis, Z., & Western, M. (2013). Beneath the 'Digital Native' myth. *Journal of Sociology*, 49(1), 97–118.
- Taba, M., Allen, T. B., Caldwell, P. H. Y., Skinner, S. R., Kang, M., et al. (2022). Adolescents' self-efficacy and digital health literacy: a cross-sectional mixed methods study. *BMC Public Health*, 22(1), 1223.
- Tümer, A., & Sümen, A. (2022). E-health literacy levels of high school students in Turkey: results of a cross-sectional study. *Health Promotion International*, 37(2), daab174.
- Van der Vaart, R., & Drossaert, C. (2017). Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e27.
- Vosoughi, S., Roy, D., Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, 359, 1146-1151.
- World Health Organization (WHO). (2015). Atlas of eHealth country profiles 2015: The use of eHealth in support of universal health coverage. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565219>

CAPÍTULO 14

FATORES SOCIOECONÔMICOS E LITERACIA EM SAÚDE BUCAL DE PAIS/RESPONSÁVEIS ASSOCIADOS A IDA AO DENTISTA DE CRIANÇAS NA FASE DE DENTIÇÃO MISTA

Roanny Torres Lopes
Larissa Chaves Morais de Lima
Isolda Mirelle de Lima Ferreira Prata
Fabian Calixto Fraiz
Fernanda de Morais Ferreira
Saul Martins de Paiva
Ana Flávia Granville-Garcia

INTRODUÇÃO

A universalização da atenção à saúde no Brasil é uma garantia constitucional e um direito a ser garantido pelo Estado (Freire *et al.*, 2021). Entretanto, uma parcela da população enfrenta problemas no acesso aos tratamentos odontológicos, sendo desigual entre os diferentes grupos etários. Nesse sentido, o uso de serviços odontológicos pode ser considerado um indicador de saúde bucal (Moura *et al.*, 2021) e desempenha um importante papel no controle dessa condição por meio de ações educativas, preventivas e terapêuticas (Peres *et al.*, 2013).

Estudos mostram que a faixa etária da dentição mista encontra-se em uma fase de transformações biológicas, instabilidade emocional e cognitiva importante, em que se percebe um constante processo de socialização e formação de conceitos, adoção de hábitos alimentares próprios, bem como uma maior presença dos pais na orientação quanto aos hábitos de higiene oral (Calixto *et al.*, 2018; Martins *et al.*, 2017). Nessas condições, acredita-se que fatores individuais e contextuais devam influenciar as práticas de saúde bucal na infância.

Dessa forma, a Literacia em Saúde Bucal (LSB) é um determinante social e estrutural que indica a capacidade de processar e compreender informações para melhorar e manter a saúde bucal (Lima *et al.*, 2019). Uma LSB inadequada dos pais impacta negativamente na compreensão de informações educativas de saúde sobre a importância da visita periódica ao dentista, o que pode prejudicar a manutenção da saúde bucal das crianças (Vichayanrat *et al.*, 2014). Por outro lado, um maior nível de LSB dos pais permite que as crianças apresentem melhores condições de higiene bucal, menos hábitos bucais deletérios, visitem mais o dentista, se comuniquem melhor com os profissionais de saúde, entendam informações sobre cuidados de saúde (Haridas *et al.*, 2014).

Nesse contexto, o nível de literacia dos pais é geralmente uma importante medida aplicada em estudos com crianças. Sabe-se que as crianças na fase de dentição mista têm uma relativa autonomia para escovar os dentes, mas elas ainda dependem de seus pais para manter visitas regulares ao dentista, controlar a ingestão de sacarose e orientá-los quanto aos comportamentos de saúde e decisões sobre higiene oral.

Vale destacar que os fatores sociodemográficos como maior escolaridade do responsável e maior renda mensal familiar, podem estar associados a visitas periódicas aos consultórios odontológicos (Neves *et al.* 2020; Lima *et al.*, 2019). Além disso, questões bucais como dor de dente e cárie cavitada também podem favorecer uma maior busca por tratamentos odontológicos (Moura *et al.*, 2020). Nesta população, é comum observarmos uma menor frequência de escovação e o consumo excessivo de alimentos e bebidas cariogênicas, o que pode levar a condições mais graves de cárie cavitada e a maior necessidade de intervenções clínicas (Obregon-Rodriguez *et al.*, 2019).

Outro fator a considerar é o ambiente escolar, ou seja, tipo de escola (pública ou privada), a renda do bairro da escola e a quantidade de equipes de saúde bucal nos postos de saúde da família presentes no distrito escolar. A revisão sistemática feita por Bonell *et al.* (2013) verificou que o ambiente escolar afeta a saúde dos estudantes, sugerindo que a educação pode criar

oportunidades para melhorar a saúde. Assim, o ambiente escolar deve ser investigado para esclarecer o papel deste contexto na frequência de ida ao dentista (Neves *et al.*, 2020).

Os aspectos biopsicossociais associados à ida ao dentista são ainda pouco explorados, em especial na faixa etária de 8 a 10 anos. É importante a realização de estudos com crianças na fase de dentição mista, por se tratar de uma fase de crescimento e consolidação de hábitos, além de ser fundamental para o desenvolvimento do indivíduo. Portanto, conhecer a influência destes fatores no contexto da saúde bucal de crianças é importante para a formulação de políticas públicas voltadas para melhorar a utilização de serviços odontológicos nesta população. Assim, este trabalho tem como objetivo avaliar fatores socioeconômicos e a literacia em saúde bucal associados a ida ao dentista no último ano de crianças em fase de dentição mista.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos estipulados na Declaração de Helsinque e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Tratou-se de um estudo transversal representativo de base escolar com 739 crianças de 8 a 10 anos em Campina Grande-Brasil durante os meses de fevereiro a novembro de 2019. Inicialmente, o cálculo amostral foi realizado para estudos analíticos de comparação entre duas proporções independentes por meio do *software G* Power* versão 3.1. Procedeu-se com a etapa do estudo piloto com 40 adolescentes selecionados por conveniência e não houve necessidade de alteração na metodologia proposta. Os participantes desta etapa não foram incluídos no estudo principal.

Os pais/cuidadores responderam um questionário sociodemográfico com uma pergunta sobre frequência da ida ao dentista pela criança, bem como o instrumento *Oral Health Literacy – Adult Questionnaire* OHL-AQ para verificar o nível de literacia em saúde bucal do responsável. O OHL-AQ consiste

em 17 itens em quatro seções: compreensão de leitura, numeracia, escuta e tomada de decisão, autoadministradas. Para cada quesito é atribuído um ponto para resposta certa e zero para resposta errada. O escore total do instrumento é computado a partir da soma dos escores dos itens individuais e pode variar de 0 a 17 pontos, sendo que escores maiores correspondem a um nível mais alto de alfabetismo (Sistani *et al.*, 2014). Em testes de dimensionalidade, o instrumento mostrou ter propriedade unidimensional, tornando a soma da pontuação dos quatro constructos simplificada e facilita sua utilização (Flynn *et al.*, 2016; Flynn *et al.*, 2018).

Três variáveis contextuais foram consideradas no estudo, a saber: tipo de escola, renda do bairro da escola e quantidade de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com equipe de saúde bucal (ESB) no distrito escolar. As informações sobre a renda do bairro foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e sobre a quantidade de ESB foram solicitadas a Secretaria Municipal de Saúde. Estas variáveis escolares foram utilizadas como índices quantitativos contínuos segundo o censo escolar brasileiro do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2017).

Inicialmente foi realizada estatística descritiva. Não foram encontrados problemas de colinearidade entre as variáveis. O desfecho do estudo foi a ida ao dentista no último ano. Um modelo de efeitos aleatórios foi utilizado para conduzir a regressão de Poisson multinível robusta para amostras complexas, com interceptos aleatórios e inclinações fixas para avaliação das associações entre a variável dependente e os preditores individuais e contextuais. Foram calculadas as razões de taxa (RP) entre os grupos expostos e não expostos, juntamente com os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%.

Um modelo nulo inicial foi usado para avaliar a variação dos dados sem a inclusão dos preditores. Os preditores individuais foram incorporados ao segundo modelo e os preditores contextuais foram incorporados ao terceiro modelo. Preditores individuais e contextuais com valor de $p < 0,20$ na regressão de Poisson multinível univariada foram incluídos no Modelo 2 e aqueles com valor de $p < 0,05$ após os ajustes permaneceram no modelo final.

Portanto, a análise multinível em dois estágios (crianças e escolas) foi realizada considerando fatores individuais e contextuais associados à ida ao dentista no último ano pelas crianças. O SPSS Statistics for Windows (versão 22.0; IBM Corp., Armonk, NY, EUA) foi utilizado para análise dos dados.

Tabela 1. Avaliação ajustada multinível da ida ao Dentista no último ano por crianças escolares associada a variáveis individuais e contextuais (Análise de Poisson)

	Model 1 ("null")	Model 2		Model 3	
	RP (95% CI)		RP (95% CI)		RP (95% CI)
Intercept	0.91 (0.47-0.97)		0.89 (0.10-0.98)		0,65 (0.01-1.58)
Sexo					
Masculino	-	-	-		-
Femino	-	-	-		-
Idade Materna					
≤ 39 anos	-	-	-		-
>39 anos	-	-	-		-
Escolaridade materna					
≤ 8 anos de estudo	-				1
> 8 anos de estudo	-	0,02	2,32(1,30-2,71)	0,02	3,20(2,23-4,62)
Renda familiar					
≤ R\$ 1100,00	-				1
> R\$ 1100,00	-	<0,01	5,18(4,54-5,82)	<0,01	5,18(4,54-5,82)
Já teve Dor de dente					
Sim	-	<0,01	7,22(6,62-7,82)	<0,01	7,22(6,62-7,82)
Não	-		1		1
LSB dos responsáveis					
Inadequado	-		1		1
Marginal	-	<0,01	5,16(2,11-9,50)	<0,01	3,02(2,33-3,71)
Suficiente	-	<0,01	9,87(9,14-10,80)	<0,01	9,42(8,70-10,17)

Nível contextual (escolar)					
Tipo de escola					
Pública	-			0,03	2,20(1,22-3,79)
Particular	-				1
Renda distrito escolar (Média±DP)	-				
Quantidade de UBSFs com equipe de Dentista no distrito	-			<0,01	2,74(1,95-4,54)
Deviance (-1loglikelihood)	40.079,04		38.866,58		30.494,83
	Model 1 (“null”)		Model 2		Model 3
	RP (95% CI)		RP (95% CI)		RP (95% CI)
Intercept	0.91 (0.47-0.97)		0.89 (0.10-0.98)		0,65 (0.01-1.58)
Sexo					
Masculino	-	-	-		-
Femino	-	-	-		-
Idade Materna					
≤ 39 anos	-	-	-		-
>39 anos	-	-	-		-
Escolaridade materna					
≤ 8 anos de estudo	-				1
> 8 anos de estudo	-	0,02	2,32(1,30-2,71)	0,02	3,20(2,23-4,62)
Renda familiar					
≤ R\$ 1100,00	-				1
> R\$ 1100,00	-	<0,01	5,18(4,54-5,82)	<0,01	5,18(4,54-5,82)
Já teve Dor de dente					
Sim	-	<0,01	7,22(6,62-7,82)	<0,01	7,22(6,62-7,82)
Não	-		1		1
LSB dos responsáveis					
Inadequado	-		1		1

Marginal	-	<0,01	5,16(2,11-9,50)	<0,01	3,02(2,33-3,71)
Suficiente	-	<0,01	9,87(9,14-10,80)	<0,01	9,42(8,70-10,17)
Nível contextual (escolar)					
Tipo de escola					
Pública	-			0,03	2,20(1,22-3,79)
Particular	-				1
Renda distrito escolar (Média±DP)	-				
Quantidade de UBSFs com equipe de Dentista no distrito	-			<0,01	2,74(1,95-4,54)
Deviance (-1loglikelihood)	40.079,04		38.866,58		30.494,83

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS

A amostra incluiu 739 crianças e a taxa de resposta foi de 92,7%. As perdas foram devido à recusa em participar deste estudo e ausência dos alunos da escola após três tentativas de contato com o aluno para um exame odontológico.

Verifica-se que pouco mais da metade das crianças eram do sexo masculino 370 (50,1%), declarados não brancos 483(65,4%), e 327(44,2%) tinham renda familiar mensal menor do que um salário mínimo da época. Mais da metade dos escolares não haviam ido ao dentista no último ano 375(50,7%), em contrapartida, 418(56,7%) já haviam sentido dor de dente alguma vez na vida. Apenas 209(28,3%) dos pais/responsáveis apresentavam nível de literacia em saúde bucal adequado, 275 (37,2%) nível médio e 255 (34,5%) apresentaram nível inadequado. Em relação aos fatores do contexto

escolar, 390 (52,8%) das crianças eram de escola privada, a média da renda mensal entre os distritos escolares foi de 1201,00R\$ ($\pm 439,00$) e da quantidade de ESB no distrito foi de 5,9($\pm 1,6$).

Variáveis associadas à ida ao dentista no último ano ($p < 0,05$) no Modelo 2 (nível individual) também permaneceram associadas no modelo final ($p < 0,05$) após ajustes (modelo 3). Na Tabela 1, observou-se que as variáveis que permaneceram associadas à ida ao dentista, no modelo final foram: dor de dente (RP=7,22; IC95%: 6,62-7,82), escolaridade materna (RP:3,20; IC95%:2,23-4,62), renda mensal familiar (RP:5,18; IC95%:4,54-5,82), escola privada (RP=2,20; IC95%: 1,22-3,79), LSB adequada (RP=9,42; IC95%: 8,70-10,17), maior renda mensal do bairro escolar (RP=2,91; IC95%: 1,98-3,45) mais ESB no distrito sanitário escolar (RP=2,74; IC95%: 1,95-4,54).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que fatores sociodemográficos mais favorecidos, nível adequado de LSB dos responsáveis, família com alta adaptabilidade familiar e a dor de dente, estão associados ao uso de serviço odontológico por crianças no último ano. Até onde sabemos, este é o primeiro estudo com abordagem multinível a abordar a influência de aspectos individuais e do ambiente escolar neste desfecho. Nesse sentido, a hipótese conceitual deste estudo foi aceita. Esses achados destacam a importância de considerar tais variáveis para o planejamento de intervenções intersectoriais de saúde bucal a fim de universalizar a utilização de serviços odontológicos desta população ao dentista.

O presente estudo observou que os alunos com maior renda familiar mensal, cujas mães tinham mais do que oito anos de estudo, tiveram mais probabilidade de ter ido ao dentista no último ano. Confirmando os estudos prévios brasileiros que indicaram que uma maior renda mensal familiar e a escolaridade materna acima de oito anos de estudo podem afetar a utilização dos serviços odontológicos e o acesso às informações de saúde bucal (Oliveira *et al.*,

2015; Ely *et al.*, 2016). Desigualdades sociodemográficas entre crianças também podem resultar em maiores problemas orais, como cárie dentária e necessidades de atendimento odontológico não atendidas (Assari & Rani, 2018).

Neste estudo, a prevalência de escolares que foram ao dentista no último ano foi dez vezes maior para aqueles com pais/responsáveis com nível suficiente de LSB. A LSB é um amplo conceito multidimensional influenciado pelas práticas sociais e pela capacidade de processar e compreender as informações de saúde para manter a saúde bucal (Neves *et al.*, 2020; Sistani *et al.*, 2013). Investigações encontraram que indivíduos com menores níveis de alfabetismo em saúde são mais propensos a faltarem às consultas odontológicas e, conseqüentemente, não darem continuidade ao tratamento (Holtzman *et al.*, 2014), a interpretar informações de saúde (Bailey *et al.*, 2015) e apresentar mais ansiedade ao tratamento odontológico (Firmino *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o LSB dos pais é geralmente uma importante medida aplicada em estudos com crianças. Isso porque embora as crianças de 8 a 10 anos tenham uma relativa autonomia para escovar os dentes, ainda dependem de seus pais para manter visitas regulares ao dentista, controlar a ingestão de sacarose e orientá-los quanto aos comportamentos de saúde e decisões sobre higiene oral (Firmino *et al.*, 2018; Maida *et al.*, 2015).

Além disso, neste estudo, as crianças que apresentaram maior número de dentes com lesões de cárie e que tiveram dor de dente no último ano, apresentaram mais probabilidade de ter usado o serviço odontológico. Isso pode refletir a falta de acesso aos serviços preventivos de saúde bucal (Silveira *et al.*, 2019) e a busca dos serviços apenas por razões sintomáticas. Estudos apontam que a experiência de cárie não tratada é uma das causas mais comuns de dor dentária, sintoma mais comum que leva os pacientes a procurar tratamento odontológico e tem significado emocional, biológico e psicológico para os pacientes (Maida *et al.*, 2015; Schuch *et al.*, 2015).

Em relação aos fatores contextuais, os indivíduos com maior renda mensal do bairro em que estuda utilizaram mais o serviço odontológico no último ano. Pesquisas revelam que a renda do lugar onde a pessoa vive

influência nas condições de moradia, educação, aquisição de bens e acesso aos serviços de saúde (Santos *et al.*, 2012; Freire *et al.*, 2021). Por esse ponto de vista, o sistema público de saúde no Brasil tem fundamental importância na tentativa de redução das desigualdades do acesso à saúde com a implantação de Equipes de Saúde da Família no município (ESF) (Ely *et al.*, 2016).

Nesse sentido, neste estudo, as crianças que residiam em distritos com maior número de ESB tiveram maior probabilidade de visitar o dentista no último ano. A literatura relata que a ampliação do número de ESB no Brasil tem contribuído para o aumento do acesso aos serviços odontológicos (Baldani *et al.*, 2011), bem como para maior qualidade de saúde bucal (Ely *et al.*, 2016) e menor experiência de cárie dentária da população (Corrêa & Celeste *et al.*, 2015).

Constatou-se que crianças de escola pública tiveram o dobro de probabilidade de ter usado o serviço odontológico no último ano. Sabe-se que as desvantagens socioeconômicas podem limitar o acesso às informações de saúde bucal e contribuir para doenças como cárie dentária não tratada e dor de dente (Oliveira *et al.*, 2015). Estudo prévio apontou que escolas públicas brasileiras executam menos atividades de promoção de saúde comparado com escolas privadas (Horta *et al.*, 2016). Portanto, o ambiente escolar é um espaço estratégico para desenvolver a alfabetização em saúde desde os primeiros anos de vida e reduzir as desigualdades em saúde (Ely *et al.*, 2016).

Os resultados do presente estudo contribuem para uma melhor compreensão da associação de fatores individuais e contextuais ao uso de serviço odontológico por crianças no último ano. Isso pode auxiliar no planejamento de programas escolares e políticas públicas preventivas voltadas ao LSB de adultos e à ida de crianças ao dentista de forma periódica, em especial na fase de dentição mista.

Sugere-se que os temas de saúde bucal sejam componentes formais dos currículos escolares de crianças no Brasil. Nesse sentido, a OMS destaca a importância de uma escola promotora de saúde que envolva alunos, familiares, profissionais de saúde e professores utilizando uma linguagem clara e simples. O ambiente escolar influencia diretamente na saúde dos alunos e, portanto,

esse ambiente deve incorporar a educação em saúde bucal e atividades de prevenção (Bonell *et al.* 2013). Tais medidas podem aumentar o nível de LSB das crianças e, conseqüentemente, dos pais/responsáveis, impactando positivamente nas visitas ao dentista (Lima *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O maior nível socioeconômico e a literacia em saúde bucal dos pais/responsáveis adequada influenciaram a utilização de serviço odontológico pelas crianças no último ano. Desigualdades sociodemográficas entre crianças e nível de literacia em saúde bucal insuficiente dos pais também podem resultar em maiores problemas orais e necessidades de atendimento odontológico não atendidas. Recomenda-se uma atenção multiprofissional na faixa etária infantil, incluindo cirurgiões-dentistas, pedagogos e médicos que tenham atenção a aspectos psicossociais e ao letramento em saúde bucal dos responsáveis, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida relacionada a saúde bucal ao longo da vida dos menores. Além disso, os resultados podem contribuir para a elaboração de políticas públicas que envolvam atividades de educação em saúde nas escolas para orientação de hábitos preventivos de saúde e da importância de visitas periódicas ao dentista.

REFERÊNCIAS

- Assari, S., Hani, N. (2018). Household income and children's unmet dental care need; blacks' diminished return. *Dent J (Basel)*, 6(2), 1–10. DOI: 10.3390/dj6020017.
- Bailey, S. C., Fang, G., Annis, I. E., O'Connor, R., Paasche-Orlow, M. K., Wolf, M. S. (2015). Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction. *BMJ Open*, 5(6), e006975. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006975.
- Baldani, M. H., Ribeiro, A. E., Gonçalves, J. R. D. S. N., & Ditterich, R. G. (2018). Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde em debate*, 42, 145-162. DOI: 10.1590/0103-11042018S110.
- Bonell, C., Parry, W., Wells, H., Jamal, F., Fletcher, A., Harden, A., et al. (2013). The effects of the school environment on student health: a systematic review of multi-level studies. *Health Place*, 21, 180–191. DOI: 10.1016/j.healthplace.2012.12.001.
- Calixto, L. F., et al. (2018). Impacto das lesões cáries cavitadas e das conseqüências da cárie dentária não tratada na qualidade de vida de crianças de 08 a 10 anos de idade. *Arquivos*

Odont., 54(13). DOI: 0.7308/aodontol/2018.54.e13.

- Corrêa, G. T., & Celeste, R. K. (2015). Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 2588-2598. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00000915>.
- Ely, H. C., Abegg, C., Celeste, R. K., Pattussi, M. P. (2016). Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1607-1616. DOI: 10.1590/1413-81232015215.07822015.
- Firmino, R. T., Martins, C. C., Faria, L. D. S., Martins Paiva, S., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., Ferreira, F. M. (2018). Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment-related outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Dentistry*, 78(3), 231-245. DOI: 10.1016/j.adaj.2017.04.012.
- Flynn, P. M., John, M. T., Naik, A., Kohl, N., VanWormer, J. J., & Self, K. (2016). Psychometric properties of the English version of the Oral Health Literacy Adults Questionnaire – OHL-AQ. *Community Dent Health*, 33(4), 274-280. DOI: 10.1922/CDH_3868Flynn07.
- Freire, D. E. W. G., Freire, A. R., Lucena, E. H. G. D., & Cavalcanti, Y. W. (2021). A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 55-85.
- Haridas, R., Supreetha, S., Ajagannanavar, S. L., et al. (2014). Oral health literacy and oral health status among adults attending dental college hospital in India. *Journal of international oral health: JIOH*, 6(6), 61.
- Holtzman, J. S., Atchison, K. A., Gironde, M. W., Radbod, R., Gornnein, J. (2014). The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2(3), 263-270. DOI: 10.1111/cdoe.12089.
- Horta, A. L. D. M., Daspett, C., Egito, J. H. T. D., & Macedo, R. M. S. D. (2016). Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 1024-1030. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0044>.
- Lima, L. C. M. D., Neves, É. T. B., Dutra, L. D. C., Firmino, R. T., Araújo, L. J. S. D., Paiva, S. M., et al. (2019). Psychometric properties of BREALD-30 for assessing adolescents' oral health literacy. *Rev Saude Publica.*, 53(53). DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000999>.
- Maida, C. A., Marcus, M., Hays, R. D., Coulter, I. D., Ramos-Gomez, F., Lee, S. Y., et al. (2015). Child and adolescent perceptions of oral health over the life course. *Qual Life Res*, 24(11), 2739–2751. DOI: 10.1007/s11136-015-1015-6.
- Martins, M. T., Sardenberg, F., Bendo, C. B., Vale, M. P., Paiva, S. M., Pordeus, I. A. (2018). Dental caries are more likely to impact on children's quality of life than malocclusion or traumatic dental injuries. *Eur J Paediatr Dent.*, 19(3), 194-198. DOI: 10.23804/ejpd.2018.19.03.5.
- Moura, M. D. F. L., Firmino, R. T., Neves, É. T. B., Brito Costa, E. M. M., Paiva, S. M., Ferreira, F. M., & Granville-Garcia, A. F. (2022). Attention-deficit Disorder, Family Factors, and Oral Health Literacy. *International Dental Journal*, 72(4), 565-571. DOI: 10.1016/j.

identj.2021.09.005.

- Neves, É. T. B., Dutra, L. D. C., Gomes, M. C., Paiva, S. M., Mauro Abreu, M. H. N. G., Ferreira, F. M., Granville-Garcia, A. F. (2020). The impact of oral health literacy and family cohesion on dental caries in early adolescence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 48(3), 232-239.
- Obregón-Rodríguez, N., Fernández-Riveiro, P., Piñeiro-Lamas, M., Smyth-Chamosa, E., Montes-Martínez, A., Suárez-Cunqueiro, M. M. (2019). Prevalence and caries-related risk factors in schoolchildren of 12- and 15-year-old: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 19(1), 120. DOI: 10.1186/s12903-019-0806-5.
- Oliveira, L. B., Moreira, R. S., Reis, S. C., Freire, M. C. (2015). Dental caries in 12-year-old schoolchildren: multilevel analysis of individual and school environment factors in Goiânia. *Rev Bras Epidemiol*, 18(3), 642-654.
- Peres, M. A., Barbato, P. R., Reiss, C. G. B., Freitas, C. H. S. M., & Antunes, J. L. F. (2013). Tooth loss in Brazil: analysis of the Brazilian Oral Health Survey. *Rev Saúde Pública*, 47(3), 1-11. DOI: 10.1590/s0034-8910.2013047004226.
- Santos, A. M. A. D., Jacinto, P. D. A., & Tejada, C. A. O. (2012). Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. *Estudos Econômicos*, 42, 229-261. DOI: <https://doi.org/10.11606/1980-5330/ea168914>.
- Schuch, F. B., Vasconcelos-Moreno, M. P., Borowsky, C., Zimmermann, A. B., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2015). Exercise and severe major depression: effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *J Psychiatr Res*, 61, 25-32. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.11.005.
- Sistani, M. M., et al. (2013). Oral health literacy and information sources among adults in Tehran, Iran. *Community Dent Health*, 30(3), 178-182.
- Vichayanrat, T., Sittipasoppon, T., Rujiraphan, T., Meeprasert, N., Kaveepansakol, P., Atamasirikun, Y. (2014). Oral health literacy among mothers of pre-school children. *M Dent J*, 34(3), 243-252.

Agradecimentos: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Financiamento: 406840/2022-9 e 309021/2019-7); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CAPÍTULO 15

LITERACIA DIGITAL EM SAÚDE: COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS PARA O EXERCÍCIO DO DIREITO À SAÚDE

Daiane Batista dos Santos de Almeida

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020), o grande aumento no volume de informações dificulta encontrar fontes idôneas quando se é necessário, pode ser definido como infodemia e está geralmente associado a um assunto específico, podendo multiplicar-se exponencialmente em pouco tempo, devido a um evento particular. Cabe destacar que, para entendermos o fenômeno da infodemia, que permeia a atualidade, temos dois importantes campos fundamentais: o da informação e o da comunicação, ambos definidos como direito humano fundamental e que estão muito associados ao direito à saúde.

Dentro deste cenário, é importante entendermos, também, o conceito de desinformação. Isso porque, em um contexto infodêmico, a desinformação pode prejudicar profundamente a saúde humana. De acordo com a OPAS (2020), “a desinformação é uma informação falsa ou imprecisa, cuja intenção deliberada é enganar”.

É preciso salientar, ainda, que segundo Zattar (2020), a desinformação não é uma novidade ou uma inovação da contemporaneidade, ela sempre existiu, mas com o surgimento da internet e das mídias digitais, acelera a disseminação e a replicação dos conteúdos.

Darnton (2017) apud Zattar 2020, exemplifica que, no século VI, no Império Bizantino, Procópio divulgava notícias falsas a fim de manchar a reputação do imperador:

No século passado, tem-se que, em 1959, a União Soviética estabeleceu dentro do KGB (Komitet Gosudarst vennoi Bezopasnosti-Comitê de Segurança do Estado) uma unidade especial denominada Departamento de Medidas Ativas, especializada em desinformação – no russo, *dezinformatsiya* (Volkoff, 2004 *apud* Zattar 2020).

É importante destacar, também, que de acordo com Zattar (2020), a noção de desinformação vem do inglês *disinformation*, e pode ser encontrada de três formas distintas, sendo elas uma *misinformation*, *disinformation*, e *mal-information*, todas em alguma medida são um tipo de informação falsa, imprecisa ou enganosa.

Nesse sentido, de acordo com Fallis (2015), podemos observar que a prática da desinformação não é acidentalmente enganosa. E, “tende a ser mais restrita no contexto das informações científicas, pois o método, como característica da ciência, exige a reprodução das experiências para verificação de resultados similares”.

Já, “as informações do cotidiano” são mais vulneráveis às ‘contaminações’, uma vez que não pressupõem rigor metodológico em sua produção e uso” (Zattar, 2020).

Desta forma, é possível dizer que estamos diante também de uma “desinfodemia”, que pode ser definida como “a propagação de uma enfermidade facilitada pela desinformação viral que viaja na velocidade de uma postagem do *twitter*” – por exemplo – (Nogués, 2020). Assim, estamos diante de uma epidemia global de desinformação – que se espalha rapidamente pelas plataformas de mídia social e outros meios de comunicação – e coloca um sério problema para a saúde pública.

Portanto, entende-se que a desinformação não é meramente o recebimento de mensagens falsas e imprecisas; na realidade, ela se constitui como tal, quando o interessado na busca de informação para a solução de algum problema considera uma informação errada como útil para tomada de decisão. A desinformação, portanto, impediria a obtenção da literacia para a saúde (LS) entre indivíduos, pois aqueles com a informação incorreta

podem não estar adequadamente preparados para tomar decisões de saúde apropriadas (Parker; Ratzan & Lurie, 2003).

Nesse contexto, a informação tornou-se elemento-chave em meio ao grande fluxo facilitado pela *web*, e conhecer e manusear as fontes de informações e seus mecanismos faz-se fundamental. Temos na literacia digital em saúde (*eHealth Literacy*) um importante mecanismo estratégico. “A Literacia Digital em Saúde é definida como a capacidade de buscar, encontrar, compreender e avaliar as informações de saúde de fontes eletrônicas e aplicar os conhecimentos adquiridos para abordar ou resolver um problema de saúde” (Norman, 2006).

Assim, pensar a *infodemia* e a sua relação com a literacia para saúde, é pensar quais os sentidos circulam sobre esses dois conceitos, como eles são percebidos pela sociedade e como podemos pensar sua variação histórica.

A “Literacia para Saúde pressupõe o conhecimento, a motivação e as competências dos indivíduos para acessarem (*to access*), compreenderem (*to understand*), avaliarem (*to appraise*) e aplicarem (*to apply*) as informações sobre saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida diária, relacionadas aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças e à promoção de saúde, para manter ou melhorar a sua qualidade de vida durante o curso da vida” (Sorensen *et al.*, 2012; WHO, 2013).

Assim sendo, partimos do pressuposto de que a desinformação se espalha rapidamente via *web*, e é possível supor, então, que a desinformação é um grande problema de saúde pública. E, uma vez que “diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de Literacia para Saúde pode ter implicações significativas nos resultados, na utilização dos serviços e, conseqüentemente, nos gastos em saúde” (Pedro; Amaral & Escoval, 2016), é importante pensar estratégias que amplie a discussão sobre a literacia para saúde e literacia digital, sobre a desinformação e suas conseqüências para a saúde.

Dessa forma, diante desse aumento crescente de informação e no modo como esses novos contextos nos atravessam, a literacia digital, ao se relacionar

com os níveis de literacia para saúde, se mostra como estratégia fundamental na promoção da saúde, podendo contribuir para uma melhor utilização dos serviços, facilitar e engajar no autocuidado, melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, contribuir para a melhor utilização dos recursos para saúde, podendo inclusive, agir na redução de custos hospitalares e auxiliar no modo de organização dos sistemas de saúde.

Norman e Skinner (2006) explicam que, ao contrário de outras formas distintas de literacia, a literacia digital em saúde combina facetas de diferentes competências de literacias e as aplica à promoção e cuidados da saúde digital, conforme destacam:

No seu cerne estão seis habilidades principais (ou competências): competência tradicional, competência em saúde, competência informacional, competência científica, competência midiática e competência computacional (Norman & Skinner, 2006).

De acordo com o autor, a literacia digital em saúde é o dispositivo que agencia essas habilidades ou competências.

Jager *et al.* (2019) explica, também, que de forma geral, os indivíduos com baixos níveis de literacia tendem a ter dificuldades para lidar com a saúde eletrônica. “Pessoas com literacia limitada em saúde não se beneficiam suficientemente dos serviços de saúde devido à falta de adaptação às suas capacidades e necessidades”.

Para o autor, pessoas com baixos níveis de literacia “podem ser definidas como quem tem dificuldade em acessar e compreender informações de saúde, e em avaliar e aplicar tais informações na tomada de decisões relacionadas à saúde” (Jager, *et al.*, 2019).

Nesse sentido, este estudo busca ampliar a discussão sobre literacia digital para saúde, pensando como essa estratégia pode gerar conhecimentos importantes para pensar o futuro da informação sobre saúde na internet e possibilitar o autocuidado e consumo de informações qualificadas sobre saúde na internet, que, conseqüentemente, facilitaria a tomada de decisão em saúde em momentos que exijam reação rápida, como emergências sanitárias.

AMPLIAR PARA DEMOCRATIZAR

A realização, em 2022, da I Mostra Brasileira de Literacia em Saúde¹², pela Fundação Oswaldo Cruz, revelou a expansão do campo e a preocupação com investimentos e estratégias que invistam na promoção da competência e da comunicação em saúde. Os trabalhos trouxeram a importância de se considerar os diversos contextos na troca de conhecimento e aprendizagem que devem ser cada vez mais dialógicos e significativos, na construção de estratégias que gerem conhecimento e democratize o acesso à informação qualificada. Ampliar a discussão sobre a literacia digital para saúde no Brasil passa pela democratização de direitos, e pela reflexão de que temos nos determinantes sociais da saúde indicadores importantes a serem considerados.

Participar dessa experiência foi ter a certeza de que o caminho está sendo construído na direção e em prol do acesso à saúde enquanto direito fundamental. As discussões colocadas foram de fundamental importância, principalmente quando pensamos no mundo midiaticizado que nos perpassa. Pensar em saúde coletiva, era digital e autocuidado em saúde, em conexão com esse tipo de iniciativa, tem sido cada vez mais necessário e urgente, pois fortalece, incentiva e amplia o debate sobre esse campo estratégico e nos fornece subsídio para lidar com o aumento significativo de informações que circulam no meio digital.

DISCUSSÃO

Partindo do pressuposto que a literacia para saúde e a comunicação são um determinante da saúde importante, e que temos uma crescente onda de desinformação que atinge uma considerável parcela da população, principalmente as que se informam pela internet, é preciso pensar estratégias, inclusive de acesso aberto às informações qualificadas, que ampliem direitos e possibilitem acesso mais equânime às fontes idôneas de informações.

Nesse contexto, temos na concepção dos campos da informação e da comunicação, a definição de que ambos são direito humano fundamental, e

¹² Acesse em: I Mostra Brasileira de Literacia em Saúde é um sucesso e reforça a importância do tema (fiocruz.br)

que estão extremamente associados ao direito à saúde. Pensar saúde como direito humano fundamental, no Brasil, segundo Vasconcelos, Oliveira-Costa & Mendonça (2016), se dá, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, quando a Carta Magna, ao definir, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado,

Estabelece que, embora a percepção sobre a definição e execução das políticas públicas indique o Poder Público como agente principal dessas ações, a participação popular nesses processos deve ser considerada. Isso porque as políticas públicas se dão a partir das relações e formas de interação entre governo, governantes e cidadãos (Fonseca, 2008. Apud Vasconcelos, Oliveira-Costa, & Mendonça).

Assim, a partir de 1998, a comunicação e a informação passam a ser considerados direitos inalienáveis do direito à saúde.

Na atualidade, o modo de vida contemporâneo, conectado à *web*, possibilita a reflexão sobre a relevância atual da literacia digital e suas implicações para a saúde. Diante do mundo globalizado e em meio aos diversos recursos disponibilizados na internet, as possibilidades de acesso, participação, e compartilhamento de informações via *web* tem nos atravessado constantemente no cotidiano.

Embora de formas diferentes, considerando nossas diversidades culturais, políticas, econômicas e sociais, constantemente a experiência da conexão em rede nos perpassa.

Para Zattar (2017, p. 288), “a exigência de práticas informacionais éticas e críticas evidenciam a importância de verificação das fontes de informação usadas no cotidiano, o que coloca em xeque a avaliação do que é informação ou desinformação em determinado contexto”.

Nesse sentido, a prática da literacia digital se coloca como uma solução potencial no uso eficaz das tecnologias da informação. De acordo com Dunn e Hazzard (2019), a literacia digital em saúde é uma extensão da literacia para saúde e utiliza a mesma definição operacional, mas no contexto da tecnologia.

As soluções tecnológicas têm o potencial de promover a competência em saúde ou ser uma barreira. Para serem eficazes, as soluções de tecnologia de saúde devem ir além da construção de habilidades de alfabetização e numeramento para habilidades funcionais e críticas, como navegar no sistema de saúde, comunicação com profissionais de saúde e tomada de decisão compartilhada (Dunn & Hazzard, 2019).

Portanto, “tecnologias de informação e comunicação muitas vezes desempenham um papel importante na ampliação do acesso à informação” (Narayan, 2002, tradução minha¹³).

Assim, a capacidade ou habilidade que o indivíduo tem de pesquisar notícias, dados, fatos, ou informações por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) são competências informacionais que, de forma crítica, compõem o que entendemos como *eHealth Literacy* ou literacia digital em saúde.

De acordo Sebastião (2014), com os avanços das tecnologias, desenvolver habilidades em TICs, são essenciais, pois “a literacia digital não é inata ao sujeito: ela precisa ser apropriada, aprendida e apreendida”.

No mundo atual, vivemos conectados e esse excesso de informações perpassam nosso cotidiano. De acordo com Veiga (2017), na interação do ser humano com um sistema de informação, o olhar disciplinar, monodisciplinar, reduz o irreduzível e causa equívocos de interpretação. Nesse contexto, “a Ciência da Informação (CI) tem como pilar o estudo dos problemas de comunicação do registro do conhecimento entre seres humanos. Mas esta análise precisa considerar os contextos social, institucional e individual” (Saracevic, 1996, grifo meu, *apud* Veiga, 2017).

Assim, a autora reforça a importância dos contextos ao pensar a comunicação e a informação, principalmente em um mundo em que a CI é tão relevante. Isso porque, há “um interesse compartilhado na comunicação humana, juntamente com a crescente compreensão de que a informação se coloca como fenômeno e a comunicação como processo e ambos devem ser estudadas em conjunto” (1996, p. 54, grifo nosso, *apud* Veiga, 2017).

13 No original: Information and communication technologies often play a pivotal role in broadening access to information.

Para Pontes *et al.* (2016), a comunicação, como fator estruturante das relações de poder na sociedade, é elemento fundamental dos processos sociais, econômicos e políticos decisivos para a efetivação da democracia e da plena cidadania. “A comunicação é um bem público e uma das determinações sociais da saúde”.¹⁴

Nessa perspectiva, o direito à comunicação é inalienável do direito à saúde, bem como são indissociáveis os campos da comunicação e da saúde coletiva (Pontes, *et al.*, 2016).

Assim sendo, dentro dessa perspectiva, Araújo (2007) explica como a prática comunicacional dialógica, que considera as dimensões afetivas, cognitivas, tecnológicas, políticas e econômicas, é fundamental para pensar a comunicação como direito, e um direito inseparável ao direito à saúde, assim:

O conceito ampliado de saúde e sua inscrição constitucional como direito de cidadania e dever do Estado estabeleceram nítida ancoragem do SUS em um projeto social mais amplo e democrático, comprometido com a superação das desigualdades sociais, com a equidade em saúde e participação social nas políticas e estratégias de saúde (Araújo & Cardoso, [s.d]).

Nesse contexto, pensar a saúde como direito e a comunicação a partir dos princípios que institucionalizaram o Sistema Único de Saúde (SUS), dentro do construto de universalidade, equidade e integralidade, se justifica enquanto estratégia. Isso porque, conforme destaca Araújo (2007), toda prática comunicativa e o pensamento sobre comunicação devem ser pautados pelos princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, é possível compreender a comunicação como uma estratégia crucial. A expansão equitativa e abrangente dos serviços, juntamente com informações qualificadas sobre saúde, torna-se fundamental para contemplarmos a democratização e o acesso. “Em outras palavras, o exercício do

14 <https://portal.fiocruz.br/documento/politica-de-comunicacao-da-fiocruz>

diálogo e da participação, princípios constitutivos da comunicação democrática, são requisitos para garantia da saúde” (Stevanim & Murtinho, 2021).

Os instrumentos de informação e comunicação constituem em uma via de mão dupla. De um lado, temos os responsáveis pelo sistema de saúde – gestores, coordenadores de programas, profissionais de Saúde entre outros – que devem fornecer informações para que a população possa ampliar seus conhecimentos sobre saúde e aumentar a autonomia de decisão quanto à sua vida; orientar-se quantas atitudes a tomar, em caso de doenças, acidentes e demais agravos à saúde; orientar-se, igualmente, em relação às medidas de prevenção, para evitar o surgimento de doenças e de situação de risco à saúde e a saúde de seus familiares e amigos (Paim, 2009).

Portanto, é preciso ampliar cada vez mais a concepção da comunicação dialógica, e avançar com políticas de promoção da saúde que permitam a tomada de decisão adequada a partir do acesso às informações qualificadas, considerando os aspectos multimencionais da sociedade, as diferentes formas de apropriação das informações e os saberes tradicionais marcados pela cultura, memória e contexto social.

Entende-se, assim, que “a comunicação democrática e dialógica se articula inicialmente em nível local, por meio de experiências concretas de luta política, como aquelas empreendidas por populações indígenas, grupos marginalizados, associações camponesas e comunidades eclesiais de base” (Stevanim & Murtinho, 2021).

Embora, de acordo com os autores, ao se inserir localmente, “essas ações buscam uma transformação mais ampla nas estruturas, pois, ‘a democratização da comunicação está condicionada a democratização de toda a sociedade’” (Stevanim & Murtinho, 2021).

Para tanto, “é importante compreender a comunicação a partir de uma perspectiva transdisciplinar, dada a complexidade entre seu campo e o campo da saúde, buscando novas possibilidades de se olhar para o cotidiano empírico entre esses campos de saber” (Vasconcelos; Oliveira-Costa & Mendonça, 2016).

Assim, para que tenhamos de fato uma promoção da saúde eficaz, a interface entre a comunicação e a saúde deve garantir a troca de informações, desmistificando a prática linear de transmissão de saberes. Temos por natureza “no desenvolvimento da literacia para saúde um processo dialógico de produção de sentidos e significados, por sua vez, capaz de promover mudanças em todos os agentes que nele se engajam” (Peres; Rodrigues & Silva, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que, pensar acesso à informação e comunicação passa pela reflexão de que a inclusão digital e acesso são um de nossos principais gargalos, e pensar literacia digital para saúde no Brasil, passa pela democratização de direitos, considerando os determinantes sociais como indicadores importantes.

Esta pesquisa busca contribuir para ampliação dos estudos nesta área, uma vez que podemos evidenciar cada vez mais que o limite entre o excesso de informação e desinformação via *web* tornou-se muito tênue.

Dessa forma, diante desse aumento crescente de informação e no modo como esses novos contextos nos atravessam, a literacia digital, ao se relacionar com os níveis de literacia para saúde, se mostra como estratégia fundamental na promoção da saúde, podendo contribuir para uma melhor utilização dos serviços, facilitar e engajar no autocuidado, melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, contribuir para a melhor utilização dos recursos para saúde, podendo, inclusive, agir na redução de custos hospitalares e auxiliar no modo de organização dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

- Araújo, I. S. de. (2007). Comunicação e Saúde. In: C. M. Martins & A. de B. Stauffer (Org.), *Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Araújo, I. S. de., & Cardoso, J. M. (S.D). Comunicação e Saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html>
- Dunn, P., & Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. *Int J Cardiol*, 293, 294-296. DOI: 10.1016/j.ijcard.2019.06.039.

- Fallis, D. (2015). What is disinformation? *Library Trends*, 63(3), 401-426.
- Jager, M., et al. (2019). Patient perspectives to inform a health literacy educational program: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4300. DOI: 10.3390/ijerph16214300.
- Narayan, D. (2002). Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook. Washington, DC: World Bank. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15239>.
- Nogués, G. (2020). La desinformación acerca del Coronavirus viaja a la velocidad de un tweet. Qué es la desinfodemia? Qué alarmas debemos prender antes de alarmarnos nosotros? *Pensar con otros*. Disponível em: https://elgatoylatacaja.com/pco_blog/coronavirus-la-otra-epidemia.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), 4-6.
- OPAS. (2020). Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Washington: [s. n.]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=14.
- Paim, J. (2009). O que é o SUS. *Saúde (Coleção Temas em saúde)* ScieELO-Editora FIOCRUZ.
- Parker, R. M., Ratzan, S. C., & Lurie, N. (2003). Health literacy: A policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Affairs*.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escovai, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do european health literacy survey em português. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>.
- Peres, F., Rodrigues, M. K., & Silva, L. T. (2021). Literacia em Saúde. (Coleção Temas em saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pontes, A., et al. (2016). Política de Comunicação da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/Presidência.
- Sebastião, S. P. (2014). A literacia digital e a participação cívica. *Educação, Sociedade & Culturas*, 42, 111-132.
- Sørensen, K., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Stevanim, L. F., & Murtinho, R. (2021). Direito à comunicação e saúde (Coleção Temas em saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Vasconcelos, W. R. M. de, Oliveira-Costa, M. S. de, & Mendonça, A. V. M. (2016). Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 10(2). DOI: 10.29397/Reciis.v10i2.1019.
- Veiga, V. S. de O. A percepção dos pesquisadores portugueses e brasileiros da área de Neurociências quanto ao compartilhamento de artigos científicos e dados de pesquisa no acesso aberto verde: custos, benefícios e fatores contextuais. (Tese de Doutorado, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2017).

WHO. (2013). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

Zattar, M. (2017). Competência em informação e desinformação: critérios de avaliação do conteúdo das fontes de informação. *Liinc em Revista*, 13(2), 285-293.

Zattar, M. (2020). Competência em Informação e Desinfodemia no contexto da pandemia de Covid-19. *Liinc em Revista*, 16(2), e5391. DOI: 10.18617/liinc.v16i2.5391. <https://revista.ibict.br/liinc/article/view/5391>.

CAPÍTULO 16

A INFLUÊNCIA DA LITERACIA EM SAÚDE NA PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Carlos Gabriel Avelar de Bustamante Sá
Carla Lourenço Tavares de Andrade
Maria de Fátima Lobato Tavares

INTRODUÇÃO

A literacia em saúde é um conceito do campo da Promoção da Saúde definido por Nutbeam (2000) como as habilidades pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade do indivíduo de conseguir acessar, entender e usar as informações para promover e manter uma boa saúde.

Baixos níveis de literacia em saúde estão associados à mortalidade e pior estado de saúde (Bostock *et al.*, 2012; Barker *et al.*, 2007), além de problemas relacionados à saúde mental (Kobayashi *et al.*, 2015; Mottus *et al.*, 2014), menor cuidado preventivo com a saúde (Chen *et al.*, 2013), comportamentos não saudáveis (Reisi *et al.*, 2014), pior autonomia funcional e maior dificuldade em realizar atividades da vida diária devido às limitações físicas (Smith *et al.*, 2015; Wolf, *et al.*, 2005).

Níveis baixos de literacia em saúde podem ser considerados um fator de risco modificável para as desigualdades em saúde sobre as quais é possível agir para reduzi-las (Stormacq *et al.*, 2019). Enquanto isso, indivíduos com níveis adequados de literacia em saúde possuem maiores condições em tomar decisões e atitudes que beneficiam a saúde em diferentes contextos de vida (Nutbeam *et al.*, 2018).

A Carta de Ottawa, fruto da I Conferência Internacional em Promoção de Saúde realizada em 1986, reafirmou a relevância da Promoção da Saúde e

ênfatiou a importância da capacidade de controle, a nível individual e coletivo, dos determinantes sociais da saúde para que todos consigam estabelecer condições que permitam a obtenção de saúde (Brasil, 2002).

A literacia em saúde, à luz da Promoção da Saúde, pode ser uma mediação entre os determinantes sociais da saúde e a obtenção de comportamentos saudáveis (Stormacq *et al.*, 2019), visto que baixos níveis de literacia em saúde têm sido associados a resultados negativos de saúde e à adoção de hábitos não saudáveis, como mencionado anteriormente. Assim, a literacia em saúde é uma condição importante para promover a capacidade dos indivíduos de agir sobre a sua própria vida a partir do desenvolvimento de capacidades e potencialidades pessoais voltadas à educação para a saúde, de modo que as pessoas tenham arcabouço de informações para modificar favoravelmente o ambiente e exercer maior controle sobre a sua saúde em diferentes fases da vida (Brasil, 2002).

A reorientação das práticas em saúde respeita a cultura local e as necessidades individuais e do território, além de ajudar a articular a responsabilidade da promoção da saúde entre os setores sociais, políticos, econômicos, ambientais e de saúde (Brasil, 2002) de modo que seja possível apoiar indivíduos no desenvolvimento e reforço de suas habilidades e potencialidades a fim de construir uma autonomia capaz de favorecer uma melhor condição de vida e saúde (Tavares *et al.*, 2010).

Uma autonomia capaz de fazer com que os indivíduos consigam ter capacidade de adotar melhores escolhas para as suas vidas, como a prática regular de atividades físicas, pode ser conseguida a partir de um alto nível de literacia em saúde, pois possibilita que as pessoas consigam exercer maior controle sobre a sua saúde em diferentes situações da vida, sobretudo para indivíduos mais vulneráveis, como os que possuem doenças crônicas, baixa escolaridade e renda (Berkman *et al.*, 2011; Baker *et al.*, 2007).

A literacia em saúde tem sido apresentada pela literatura como um elemento capaz de colaborar para que indivíduos adotem atitudes positivas em relação a sua saúde, caso estejam em níveis adequados. Diante disso, na

experiência apresentada a seguir, busca-se identificar em que medida, ou de que forma, o nível de literacia em saúde potencializa o indivíduo para a prática regular de atividades físicas/corporais no município do Rio de Janeiro.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagens quantitativa (tipo transversal) e qualitativa, cujos dados foram colhidos em dois momentos: aplicação de questionário e a realização de entrevistas semiestruturadas. Em razão da necessidade do distanciamento social devido à Pandemia de covid-19, a pesquisa foi realizada toda em formato *on-line*. O *link* de acesso à página do questionário ficou disponível do dia 8 de novembro de 2020 a 9 de dezembro de 2020. As entrevistas ocorreram entre os dias 4 de fevereiro de 2021 e 5 de março de 2021, sendo realizadas por meio de plataformas *on-line* para videoconferência.

O público-alvo dessa pesquisa foram as pessoas que residem no município do Rio de Janeiro e todos os participantes deveriam ser maiores de 18 anos. Para o recrutamento dos participantes, o *link* para acesso ao questionário foi compartilhado pelo pesquisador em redes sociais e aplicativos de mensagens, sendo esse, um dos métodos mais comuns para a aplicação de questionários *on-line* utilizando estratégia de amostragem de bola de neve (*snowball*) (De Boni, 2020).

O questionário *on-line* foi utilizado para identificar a situação socioeconômica, o nível da prática de atividade física, verificado por meio do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), e o nível de literacia em saúde, por meio do questionário validado no Brasil por Quemelo e colaboradores (2017), com a finalidade de avaliar quatro componentes relacionados com a literacia em saúde: entendimento das informações em saúde, busca das informações em saúde, interatividade em saúde e conhecimento crítico em saúde (Quemelo *et al.*, 2017).

No segundo momento da pesquisa, para maior profundidade ao objeto de estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a partir do roteiro validado no Brasil por Paskulin e colaboradores (2011), constituído por perguntas abertas e fechadas sobre a forma que o participante busca por informações relacionadas à saúde, em que grau entende essas informações, como compartilha as informações e como essas informações repercutem.

Para analisar a significância estatística dos resultados, o teste estatístico qui-quadrado de Pearson foi aplicado ou teste Exato de Fisher, quando necessário (nível de significância utilizado de 5%). As entrevistas foram analisadas pela proposta de Bardin (2016) para análise de conteúdo temática.

RESULTADOS

Ao todo, 1252 moradores da cidade do Rio de Janeiro participaram da pesquisa, em sua maioria mulheres, representando 87,6% da amostra. A faixa etária predominante foi de indivíduos com idade entre 30 e 39 anos, totalizando 27,5%. A maioria dos participantes (66,0%) se autodeclarou como sendo de cor branca, seguido da cor parda (22,9%). A maioria dos participantes possuía pós-graduação completa (31,5%). A distribuição dos participantes nas regiões da cidade se deu de maneira semelhante entre as Zonas Sul, Norte e Oeste, com 34,4%, 28,8% e 29,8%, respectivamente, com exceção da Zona Central, com 6,9% por ser uma região mais comercial e com menor ocupação residencial. Quase 14,0% dos participantes declararam que moram em regiões de favelas ou comunidades.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o nível de literacia em saúde e as variáveis de residir em favela/comunidade ($<0,001$) e raça/cor de pele ($<0,001$). Somente 18,2% dos participantes que moram em favelas/comunidades possuem alto nível de literacia em saúde, enquanto 31,3% dos que dizem não morar em favela/comunidade possuem um alto nível de literacia. Em relação à raça/cor de pele, a maioria (51,3%) dos indivíduos com a cor da pele preta possui baixo nível de literacia em saúde.

De igual modo, houve associação estatisticamente significativa entre o nível de literacia em saúde e nível de atividade física ($p=0,011$), um gradiente no nível mais baixo de literacia em saúde, sugerindo que quanto menor o nível de literacia em saúde, menor é o nível de atividade física da pessoa.

Sobre as entrevistas, foram 49 participantes da pesquisa, sendo 40 do sexo feminino e nove do sexo masculino. A idade variou de 22 a 76 anos e o score de literacia em saúde variou de 20 a 35 pontos, segundo o instrumento de mensuração validado por Quemelo e colaboradores (2017). Entre os que participaram da entrevista, quem tinha o menor grau de escolaridade possuía o 2º grau completo e quem tinha o maior grau de escolaridade possuía 3º grau completo com Doutorado. A partir dessas entrevistas, puderam ser identificados possíveis fatores que afetam a relação entre a literacia em saúde e a prática de atividade física, que serão apresentados na próxima seção.

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa foram encontrados níveis mais baixos de literacia em saúde em pessoas que afirmaram morar em favelas ou comunidades, pessoas de pele preta, com baixo grau de instrução e menor renda familiar anterior à pandemia. Diversos estudos vêm, ao longo do tempo, demonstrando a relação entre as condições socioeconômicas e sociodemográficas com a literacia em saúde, encontrando relações entre o baixo nível de literacia e a raça/cor de pele, gênero, escolaridade e renda (Mantwill *et al.*, 2015; Pelikan *et al.*, 2018; Stormacq *et al.*, 2019), visto que pessoas com maior renda costumam ter mais recursos que facilitam o acesso às informações e ao que fazer com essas informações. Além disso, segundo Edwards e colaboradores (2015), a literacia em saúde costuma seguir o gradiente social, sendo equiparada entre membros da mesma família e do mesmo convívio social.

Em relação à baixa escolaridade, a sua associação com a baixa literacia em saúde já é algo aguardado, visto que o primeiro domínio da literacia em saúde, no modelo de Nutbeam (2000), é a literacia básica/funcional, composta pelas habilidades básicas suficientes em leitura e escrita para atuação na vida cotidiana.

Logo, apesar de possível, é difícil que indivíduos com poucos anos de estudo formal consigam ter uma literacia em saúde adequada (Berry *et al.*, 2017).

A literacia em saúde pode ser entendida como um importante marcador social, se constituindo como um importante determinante social da saúde que irá limitar as possibilidades ou colaborar para que o indivíduo consiga desempenhar um melhor cuidado de sua saúde. Para entender melhor essa relação é necessário o aprofundamento em algumas questões fundamentais, a fim de avançar para a compreensão dos mecanismos que se aplicam nos processos reprodutores de desigualdades e iniquidades em saúde.

De acordo com Bourdieu, a distribuição desigual de recursos de base estrutural (capital) pode ser entendida como parte do sistema fundamental de desigualdade em uma determinada sociedade. Bourdieu traz o conceito de capital entendido de três formas: econômico, social e cultural. Segundo a teoria de Bourdieu, existe uma interação entre essas três formas de capital na vida cotidiana. As maneiras pelas quais esse processo de interação se dá, contribui para a reprodução das desigualdades sociais e distribuição de poder na sociedade, não sendo possível nenhuma das três formas de capital poder isoladamente explicar a reprodução das iniquidades (Bourdieu, 2011).

Essa interação entre o capital econômico, social e cultural forma aquilo que Bourdieu chama de *habitus*. O *habitus* é o conceito central na interface entre o indivíduo e o ambiente socialmente estruturado, sendo observável apenas por meio das práticas individuais, apesar de não se tratar de um atributo individual e sim um atributo pertencente a um coletivo que compartilha de mesma classe social (mesma constituição de capital) e que tende a agir a partir das mesmas estratégias baseadas na forma como percebem o mundo social ao seu redor e a ele reagem (Bourdieu, 2011). O que o Bourdieu traz com o conceito de *habitus* é um conjunto de comportamentos, valores, condutas e gostos que vão se constituir em tendências de comportamentos. Ou seja, é a influência do contexto social fazendo que o estilo de vida siga padrões sociais.

Dessa forma, podemos identificar no âmbito desse estudo determinados padrões sociais associados aos indivíduos com baixa literacia em saúde, como o

nível de atividade física do sujeito, que para este grupo foi menor do que para os de maior literacia em saúde. A singularidade desta associação irá se expressar na construção de determinados estilos de vida no qual se apresentam problemas complexos, decorrentes da exclusão econômica, social, política e cultural.

Ter um nível adequado de literacia em saúde significa entender as condições que determinam a sua saúde e saber como mudá-las. À medida que a Promoção da Saúde, como proposta pela Carta de Ottawa (Brasil, 2002), tem como objetivo contribuir para a redução das iniquidades em saúde, pensar estratégias que promovam as condições necessárias para que os indivíduos em situação de vulnerabilidade adquiram capital econômico, social e cultural significaria romper com a lógica de reprodução da iniquidade social e oportunizar que essas pessoas avancem na melhoria da literacia em saúde, abrindo possibilidade de construir outros estilos de vida que privilegiem maior protagonismo dos envolvidos.

Portanto, a literacia em saúde, pode ser uma mediação entre os Determinantes Sociais da Saúde e a obtenção de estilos de vida mais saudáveis, pois, entendida como um processo de aprendizagem, níveis adequados de literacia em saúde possibilitaria o desenvolvimento de capacidades e potencialidades pessoais, que proporcionarão ao indivíduo e à comunidade o empoderamento necessário para agir com maior autonomia frente às iniquidades.

Na fala dos entrevistados do estudo, ficou fortemente demarcada a presença da internet como recurso utilizado para obtenção de informações sobre saúde e atividade física. Saber onde e como buscar informação sobre saúde é um dos princípios que constitui o conceito de literacia em saúde (Nutbeam, 2000).

Um dos motivos que levam as pessoas a se basearem unicamente em informações coletadas na internet antes de tomar uma decisão é, em parte, por conta da falta de condição de acesso a outras fontes que poderiam ser mais inteligíveis e confiáveis, como o contato direto com um profissional de saúde que pudesse esclarecer as dúvidas e dar orientações confiáveis. Isso pode ser visto por meio das falas dos entrevistados:

“Eu não conseguia ter dinheiro para pagar uma academia e mesmo quando eu estava na academia eu não tinha um profissional me dando atenção. Tinha os professores que davam atenção para todos, mas eram muito alunos e às vezes você não sabia o que fazer” (Entrevistada 45).

“Primeiro lugar que eu busco [informação] é na internet. Eu tento fazer um filtro para poder ter uma informação confiável. Não acredito em qualquer coisa que eu leio. Eu gostaria de perguntar para um médico ou profissional de educação física, mas isso não é tão acessível, sabe? Uma pessoa comum não vai a um médico só para perguntar e eu não tenho contato com alguém profissional que possa me dar essas informações, então eu pesquiso na internet mesmo” (Entrevistada 39).

É possível identificar por meio das falas das entrevistadas 39 e 45 que apesar de existir um entendimento da necessidade de analisar criticamente as informações, existe uma limitação financeira que impossibilita a obtenção de ajuda profissional. A entrevistada 45 ainda consegue acesso à academia paga, mas em um local economicamente mais acessível que não oferece atendimento aos seus clientes de forma individualizada por ter poucos profissionais disponíveis em relação ao número de clientes.

As falas dos entrevistados abaixo demonstram justamente a situação oposta, ressaltando o resultado de um contexto desigual. Pessoas que, por terem uma situação financeira melhor (capital econômico), conseguem ter acesso à profissionais de saúde especializados para sanar suas dúvidas e obter orientações, fazendo com que a busca por informações em saúde na internet se torne algo sem a mesma relevância que para aqueles que não possuem a possibilidade de contratar os serviços de um profissional.

“A minha experiência com o profissional médico foi muito melhor do que com o Google porque ele pode naquilo que eu tinha dúvida, exatamente, sanar, me ajudar a entender de que fato a atividade física poderia me ajudar com relação a tudo que eu estava passando e precisando. Não só em relação ao peso, mas em relação ao mental também que é muito importante. O médico foi muito mais assertivo, conseguiu esclarecer todas as minhas dúvidas” (Entrevistada 43).

“Eu tinha um personal nessa época e aí ele junto com uma nutricionista me passou uns suplementos para tomar. Fiquei bem satisfeita com as minhas dúvidas que eram respondidas por eles. Ele me passava os exercícios e me acompanhava, me corrigia e ia adequando para o meu objetivo” (Entrevistada 34).

“Eu fui até a médica que já me acompanha e ela me orientou. Fiz os exames e deu a ruptura da musculatura do glúteo. Depois eu tive que fazer fisioterapia. Comecei a fazer acupuntura e fisioterapia pelo plano de saúde. Fiz por três meses e também o pilates. Foi o que me fez sair do buraco” (Entrevistada 4).

Apesar de terem acesso à internet, participantes com o nível mais baixo de literacia em saúde relatam não recorrer a nenhuma fonte de informação e optam por não fazerem nada a respeito de suas dúvidas. “Não busco ler nem perguntar sobre as dúvidas que tenho. Em caso de dúvidas eu não faço nada. Não procuro saber, eu deixo pra lá” (Entrevistada 22). E ainda, “se eu estiver com um médico, eu geralmente não entendo quando começa a falar esses termos da área médica, mas também não pergunto, eu deixo passar e faço como se tivesse entendido a mensagem” (Entrevistado 13).

A dificuldade com termos médicos e a ausência de diálogo com médicos é circunscrito à literacia em saúde básica/funcional e a literacia em saúde interativa/comunicativa como proposto por Nutbeam (2000). A presença do profissional médico pode inibir a abertura de diálogos entre o profissional e o sujeito, sobretudo para indivíduos com baixo nível de literacia em saúde, que podem se sentir intimidados em perguntar sobre suas dúvidas ou fazer questionamentos sobre a conduta médica (Berry *et al.*, 2017).

As falas dos entrevistados revelam que em algum momento, a maioria recorre à internet para obter informações em saúde devido à facilidade e a necessidade do imediatismo da obtenção da informação desejada. A diferença está no fato de que aqueles que possuem um nível de literacia em saúde mais alto vão conseguir encontrar uma informação de maneira mais eficaz, determinar quais são as fontes confiáveis ou não, e analisar de maneira mais

crítica. Enquanto que aqueles que não possuem um nível adequado de literacia em saúde vão ficar sujeitos a aceitarem as informações que encontrarem, que, sem muito critério de seleção, não irão colaborar para o aumento da autonomia e capacidade de cuidar de si e poderão ser até prejudiciais à saúde.

Aqueles que possuem melhor condição financeira podem ter a vantagem de acessar um profissional para conversar a respeito de suas dúvidas, obter informações mais qualificadas, inteligíveis e orientações que repercutirão em um estilo de vida mais saudável dentro da sua realidade. Quem possui melhores condições (capital econômico, capital social e capital cultural) consegue experienciar melhor a prática de atividades físicas e suas consequências positivas na vida, enquanto quem depende exclusivamente da internet, ou de outras fontes, possui maiores dificuldades para buscar fontes idôneas e ter uma orientação de qualidade sobre saúde ou atividade física, chegando a inclusive não ter nenhum tipo de experiência com as práticas corporais.

Segundo a Comissão Europeia (2019), em relatório, alertou que a transformação digital a partir do amplo acesso à internet pode ser tanto positivo quanto negativo. Para as pessoas que sabem utilizar esse recurso de forma correta, o meio digital pode ser uma ferramenta com grande potencial para contribuir para a promoção da saúde, porém, a sua utilização de maneira indevida pode aumentar as iniquidades em saúde.

No ano de 1981 aconteceu a Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, neste momento foi introduzida a ideia de que a escolha do estilo de vida dependia da classe social do indivíduo, pois o contexto social era um poderoso determinante da saúde capaz de moldar o comportamento individual (Brasil, 2002). Segundo a Carta de Ottawa (Brasil, 2002), o indivíduo não pode realizar completamente seu potencial de saúde se não for capaz de controlar os fatores que implicam em fazer escolhas por uma vida mais sadia e o desenvolvimento de capacidades e potencialidades pessoais são consequências de uma boa literacia em saúde, que proporcionará ao indivíduo e à comunidade o empoderamento necessário para agir com maior autonomia.

Nesse sentido, a educação para a saúde é uma ferramenta voltada para promoção de aprendizados de base significativa orientados para o desenvolvimento de potencialidades, mobilização social para utilização dos determinantes sociais da saúde como recursos e a construção da autonomia e do protagonismo do sujeito na produção do cuidado (Nutbeam, 2018), desde que seja concebida e fundamentada na perspectiva dialógica e emancipadora e não na lógica contraproducente transmissionista-normativa (Peres *et al.*, 2021, p.134). O desenvolvimento da literacia em saúde requer esse processo dialógico de produção de sentidos e significados para promover a mudança necessária das condições de saúde e da diminuição das iniquidades sociais em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pergunta norteadora, o objetivo foi entender em que medida, ou de que forma, o nível de literacia em saúde potencializa o indivíduo para a prática regular de atividades físicas/corporais no município do Rio de Janeiro.

Dentre os que possuem níveis mais baixos de literacia em saúde, a maioria relatou morar em área de favela ou comunidade, se autodeclarou ter a pele preta, além de possuir menor escolaridade e menor renda familiar, apontando a literacia em saúde como um marcador social, ou seja, um determinante social da saúde que poderá limitar as possibilidades que fazem com que o indivíduo consiga desempenhar um melhor cuidado de sua saúde.

Dessa forma, podemos identificar no âmbito desse estudo que determinados padrões sociais, associados aos indivíduos com baixa literacia em saúde, irão se expressar na construção de determinados estilos de vida no qual se apresentam problemas complexos, decorrentes das iniquidades sociais. Nesse sentido, Bourdieu nos convida a pensar como o *habitus*, a partir da interação entre capital econômico, social e cultural, forma um conjunto de comportamentos, valores, condutas e gostos que vão se constituir em tendências de comportamentos a partir da classe social do sujeito, sendo um elemento-chave na explicação da iniquidade social, assim como da sua dinâmica e de seus padrões de reprodução.

A literacia em saúde se mostrou uma ferramenta capaz de fazer com que indivíduos consigam agir com maior autonomia no cuidado com a sua saúde e para a prática de atividades físicas, desde que esteja em níveis adequados, para que consigam buscar por fontes seguras de informação, compreendê-las, criticá-las e utilizá-las no cotidiano de suas vidas para que tenham maior controle e protagonismo no cuidado em saúde. Indivíduos com maior renda mostraram possuir uma vantagem por conseguirem ter à disposição profissionais de saúde e fontes seguras e de melhor qualidade.

Assim, esse conceito se torna relevante para a Promoção da Saúde, uma vez que a literacia em saúde, pode ser uma mediação entre os determinantes sociais da saúde e a obtenção de estilos de vida mais saudáveis, pois, entendida como um processo de aprendizagem, níveis adequados de literacia em saúde possibilitariam o desenvolvimento de capacidades e potencialidades pessoais, que proporcionarão ao indivíduo e à comunidade o empoderamento necessário para agir com maior autonomia frente às iniquidades.

Por fim, recomenda-se que sejam construídas estratégias de promoção da saúde em perspectiva dialógica e emancipadora para o desenvolvimento da literacia em saúde dos indivíduos, sobretudo os mais vulnerabilizados, visando a construção da autonomia e do protagonismo do sujeito na produção do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- Baker, D., Wolf, M. S., Feinglass, J., et al. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., et al. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Berry, L. L., Danaher, T. S., Beckham, D., et al. (2017). When patients and their families feel like hostages to health care. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(9), 1373-1381.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults. *BMJ*, 344(e1602), 1-10.
- Bourdieu, P. (2011). *Capital Cultural, Escuela y Espacio Social*. México: Siglo Veinteuno.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002). Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF.
- Chen, J. Z., Hsu, H. C., Tung, H. J., et al. (2013). Effects of health literacy to self-efficacy and preventing care utilization among older adults. *Geriatrics and Gerontology International*, 13(1), 70-76.
- Comissão Europeia (European Commission). (2019). State of Health in the EU: shift to prevention and primary care is the most important trend across countries. Press Release. Bruxelas. Disponível em: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_19_6336. Acesso em: 26 de março de 2023.
- De Boni, R. B. (2020). Websurveys nos tempos de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública. Perspectivas*, 36(7), e00155820.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., et al. (2015). Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *Journal of Internal Medicine*, 30(7), 958-964.
- Mantwill, S., Monestel-Umaña, S., Schulz, P. (2015). The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. *PLOS ONE*, 10(12), e0145455.
- Mottus, R., Johnson, W., Murray, C., et al. (2014). Towards understanding the links between health literacy and physical health. *Health Psychology*, 33(2), 164-173.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D., McGill, B., Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International*, 33(5), 901-911.
- Paskulin, L. M. G., Aires, M., Valer, D. B., et al. (2011). Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(2), 271-277.
- Pelikan, J. M., Ganahl, K., Roethlin, F. (2018). Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: empirical models using the European Health Literacy Survey Dataset. *Global Health Promotion*, 25(4), 55-66.
- Peres, F., Rodrigues, K. M., Silva, T. L. (2021). *Literacia em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Quemelo, P. R. V., Milani, D., Bento, V. F., et al. (2017). Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2), e00179715.
- Reisi, M., Javadzade, S. H., Heydarabadi, A. B., et al. (2014). The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(119).
- Smith, S. G., O'Connor, R., Curtis, L. M., et al. (2015). Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: Findings from the LitCog cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 69(5), 474-480.
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1-e17.

- Tavares, M. F. L., Carvalho, A. I., & Bodstein, R. (2010). Abordagem avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro. In: M. A. D. A. Ugá, M. C. Sá, M. Martins, et al. (Orgs.), *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946-1952.

CAPÍTULO 17

LETRAMENTO EM SAÚDE DE CUIDADORES DE PESSOAS EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Pâmella Padilha Brito
Gabriel Ribeiro do Valle
Walterlânia Silva Santos

INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica que ocorre nas últimas décadas, marcada pelo envelhecimento populacional e consequentemente aumento da prevalência de condições crônicas, tem exigido uma reorganização dos serviços de saúde, com foco na Atenção Domiciliar (AD) (Minayo, 2019; Rivas *et al.*, 2021).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 825, de 26 de abril de 2016, redefiniu o conceito da AD como uma modalidade de atenção à saúde que envolve serviços para tratamento de doenças, reabilitação, cuidados paliativos, além de ações de prevenção de agravos e promoção à saúde (Brasil, 2016).

A atenção domiciliar abrange a internação domiciliar, que está relacionada com a necessidade de cuidados intensivos e multiprofissionais para pacientes dependentes de cuidados e/ou que estejam em cuidados paliativos, com o objetivo de reduzir a internação hospitalar (Brasil, 2016; Magalhães *et al.*, 2019).

A continuidade do cuidado na internação domiciliar deve ser assegurada pela figura do cuidador. Conceitua-se cuidador como “a pessoa que possui vínculo familiar ou não, que está apto para auxiliá-lo em suas necessidades, atividades cotidianas e que deverá estar presente no atendimento domiciliar” (Brasil, 2016, p. 2).

A maioria dos cuidadores são familiares, amigos próximos ou mesmo conhecidos da família, comumente sem formação para desempenhar tais tarefas e leigos nos conhecimentos relacionados aos cuidados de saúde (Silva *et al.*, 2021). Esse déficit de conhecimento pode influenciar a vida diária dessas pessoas e ainda impactar emocionalmente e fisicamente no enfrentamento da condição crônica do paciente (Magalhães *et al.*, 2019).

Dessa forma, surge a necessidade de investigar o conhecimento e a capacidade de apreensão de informações em saúde por meio do Letramento em Saúde (LS). O LS se refere à capacidade de interpretação, comunicação e habilidades de interação para tomada de decisão em saúde, e, portanto, remete-se a um processo dinâmico e complexo de construção de competências e habilidades em diferentes domínios inter-relacionados (cognitivos, emocionais, sociais, políticos, culturais), a partir de oportunidades individuais e coletivas (Nutbeam & Muscat, 2020).

No entanto, não se trata apenas do conhecimento que as pessoas buscam e necessitam para manutenção da sua saúde e dos outros, mas como tornam-se conscientes do seu papel na sociedade em geral (Okan *et al.*, 2019).

Diante disso, este estudo objetivou sintetizar as evidências na literatura sobre o Letramento em Saúde de cuidadores de pessoas em internação domiciliar.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura para identificar artigos que abordem o tema, seguindo um processo de elaboração de pesquisa descrito em seis etapas, conforme metodologia recomendada pelo Joanna Briggs Institute (Aromataris & Munn, 2020).

Na primeira etapa, procedeu-se à identificação do tema, do problema de pesquisa, e da formulação da pergunta, utilizando o acrônimo PICO, em que: (P) população: cuidadores de pessoas dependentes de cuidados; (I) interesse: letramento em saúde; (CO) Contexto: cuidado em saúde no domicílio. Assim, buscou-se responder ao seguinte questionamento: quais as evidências na literatura sobre o letramento em saúde de cuidadores de pessoas em internação domiciliar?

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Na segunda etapa, foram definidos e aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais disponíveis completos; compatíveis com a temática na íntegra; publicados no período de 2012 a 2022; nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão dos artigos foram: duplicidade nas bases, revisões e aqueles que não responderam à questão de pesquisa da revisão.

ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca foi realizada no mês de junho de 2022 nas plataformas da PubMed, Web of Science e Medline. Utilizou-se a seguinte estratégia comum a todas, elaborada com Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) controlados e combinados por operadores booleanos: *(health care) AND (caregivers or caregiver[Title/Abstract]) AND (health literacy[Title/Abstract]) AND (home nursing)*.

EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Na terceira etapa, os artigos foram alocados em website Rayyan® para organização e seleção (Ouzzani *et al.*, 2016), e, com a atuação de dois revisores às cegas, foi realizada a primeira avaliação com a leitura do título e do resumo do artigo. Em seguida, um terceiro revisor opinou sobre os itens discordantes na análise anterior.

Iniciou-se uma análise crítica das pesquisas selecionadas, considerando a pergunta de pesquisa e excluindo publicações que não estavam relacionadas ao objeto da pesquisa.

Na quarta etapa, os artigos foram lidos na íntegra e os resultados incorporados à revisão, compreendendo a quinta etapa da pesquisa. Na sexta etapa, procedeu-se à apresentação da síntese de conhecimento na forma deste artigo.

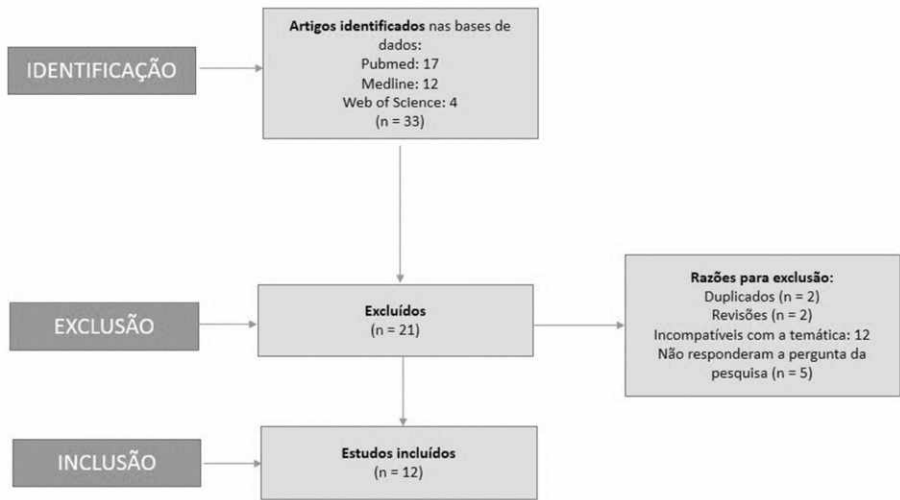
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ESTUDO

Para a classificação dos níveis de evidência, considerou-se: nível 1 – evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível 2 – evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; nível 3 – evidências de estudos quase-experimentais; nível 4 – evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa; nível 5 – evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e; nível 6 – evidências baseadas em opiniões de especialistas (Souza; Silva & Carvalho, 2010).

RESULTADOS

Os resultados da busca inicialmente constatarem 33 publicações nas bases de dados e após exclusão das duplicatas, 31 artigos foram selecionados. Após leitura inicial do título e do resumo, 14 artigos foram eliminados por não serem compatíveis com a temática. Foram selecionados 17 artigos. Após proceder a leitura na íntegra, foram excluídos 5 artigos. A eliminação procedeu porque não respondiam à pergunta da revisão. Desta forma, 12 artigos foram incluídos (Figura 1).

Os estudos selecionados da amostra foram ordenados, codificados, categorizados e sumarizados por meio da aplicação da abordagem do método de comparação constante para revisões integrativas, baseado na diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Page *et al.*, 2021).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos da revisão.

Fonte: Os autores (2022).

Para a caracterização, análise e síntese dos artigos incluídos, foi elaborado um quadro desenvolvido no programa *Microsoft Word*[®] (Quadro 1). Incluíram-se no quadro, para cada artigo, as seguintes características: título do artigo, primeiro autor e ano de publicação. Adicionou-se o item identificação no quadro para facilitar a citação sobre cada artigo selecionado na pesquisa, assim, atribuiu-se: A1, A2, A3 e, assim, sucessivamente.

Tabela 1. Síntese dos artigos selecionados

Id*	Título	Primeiro autor, ano
A1	Functional health literacy and caregiving burden among family caregivers for patients with end-stage renal disease	ABED et al., 2020
A2	Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling	LI et al., 2020
A3	Development of a communication and health literacy curriculum: Optimizing the informal cancer caregiver role	WITTENBERG et al., 2020
A4	Mental health literacy in family caregivers: A comparative analysis	MEHROTRA et al., 2018
A5	Development of a conceptual model of cancer caregiver health literacy	YUEN et al., 2015
A6	Development of the Health Literacy of Caregivers Scale – Cancer (HLCS-C): item generation and content validity testing	YUEN et al., 2014
A7	Health Literacy Needs Related to Incontinence and Skin Damage Among Family and Friend Caregivers of Individuals with Dementia	BLISS et al., 2013
A8	First-time stroke survivors and caregivers' perceptions of being engaged in rehabilitation	CHEN et al., 2016
A9	Barriers to Communication with a Healthcare Provider and Health Literacy About Incontinence Among Informal Caregivers of Individuals with Dementia	MULLINS et al., 2016
A10	Establishing fidelity for the creating opportunities for personal empowerment: Symptom and technology management resources (COPE-STAR) intervention	SPRATLING et al., 2020
A11	The Association of Health Literacy and Electronic Health Literacy with Self-Efficacy, Coping, and Caregiving Perceptions Among Carers of People with Dementia: Research Protocol for a Descriptive Correlational Study	EFTHYMIOU et al., 2017
A12	Pilot Implementation of a Low-Literacy Zone Tool for Heart Failure Self-management	WEISS et al., 2019

*Identificação

DISCUSSÃO

Dos 12 artigos incluídos, 58% (n=7) foram publicados entre 2017 e 2020, 42% (n=5) entre 2013 a 2016, 42% (n=5) nos Estados Unidos da América, 25% (n=3) na Austrália, seguidos de 33% (n=4) na Jordânia, Índia, China,

Grécia e Chipre. Quanto ao nível de evidência, 83% (n=10) foi classificado no nível 4 e 17% (n=2) no nível 3. Quanto ao método, 58% (n=7) eram estudos qualitativos, 42% (n=5) quantitativos. Destaca-se o fato de não haver nenhum estudo publicado no Brasil. Os resultados foram agrupados em categorias conforme semelhança de temas abordados, listadas a seguir.

LETRAMENTO EM SAÚDE E A QUALIDADE DO CUIDADO

Os artigos A1, A8 e A11 relacionaram o nível do letramento em saúde de cuidadores à qualidade do cuidado e aos resultados de saúde nos destinatários de cuidados (Abed *et al.*, 2020; Chen *et al.*, 2016; Efthymiou *et al.*, 2017).

Nestes estudos, os cuidadores eram, em sua maioria, familiares e apontaram dificuldades na transição do cuidado hospitalar para o domiciliar. Relataram despreparo para executar os cuidados diários, seja por falta de orientação dos profissionais, como também pelo baixo letramento em saúde (Chen; Xiao & De Bellis, 2016; Soares *et al.*, 2021).

Como consequência do LS inadequado, aumentam-se os riscos de desfechos adversos, como erros de medicação, readmissão hospitalar, infecção e mortalidade (Li *et al.*, 2020; Yuen *et al.*, 2014; Bliss *et al.*, 2013; Yuen *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que o LS está relacionado a fatores que podem afetar a transição de cuidados, incluindo também a comunicação com a equipe, a compreensão do tratamento e a tomada de decisão (Chen; Xiao & De Bellis, 2016; Soares *et al.*, 2021; Yuen *et al.*, 2018).

O cuidador precisa estar preparado para lidar com as demandas do paciente durante a internação domiciliar. Dessa forma, sentir-se-á mais seguro e melhores serão as habilidades e a disposição em estabelecer estratégias de cuidado.

Assim, planejar precocemente de forma sistematizada a alta do paciente do ambiente hospitalar, incluindo tanto a equipe hospitalar quanto a domiciliar e os prováveis cuidadores nessa etapa, pode se constituir em estratégia para favorecer a dinâmica de cuidados em domicílio. Ademais, se esse processo de trabalho for subsidiado por política pública com institucionalização de

estratégias e recursos específicos, tanto gestores quanto profissionais de saúde poderão desenvolver ações efetivas.

LETRAMENTO EM SAÚDE E O CONTEXTO DO CUIDADO

Os artigos A2, A4, A5, A6 e A9 demonstraram que quanto maior o conhecimento do cuidador, melhor o letramento em saúde e melhores as habilidades de cuidado (Li *et al.*, 2020; Mehrotra; Nautiyal & Raguram, , 2018; Yuen *et al.*, 2015, Yuen *et al.*, 2014; Mullins *et al.*, 2016).

Nessa mesma linha de ideia, Yuen *et al.* (2014) e Soares *et al.* (2021) mostraram que é possível pensar na capacidade do cuidador em promover um cuidado adequado por meio de informações e conhecimento, diante da apropriação de letramento em saúde. A capacidade de encontrar, compreender e usar as informações de saúde é essencial para os cuidadores, pois também precisam estar munidos de informações de saúde em nome das pessoas que cuidam.

Ao comparar o letramento em saúde de cuidadores em saúde mental, Mehrotra, Nautiyal & Raguram (2018) afirmaram que quanto mais conhecimento, menos estigma no enfrentamento e nos cuidados. Já o desenvolvimento de intervenções adaptadas ao tipo de cuidador com o objetivo de melhorar os resultados, como a incontinência dos receptores de cuidados em pacientes com demência avançada, também se trata de prática pertinente para elevação da qualidade do cuidado (Mullins *et al.*, 2016).

Embora os profissionais de saúde sejam a fonte preferida de informações dos cuidadores, deve ser considerado a interação e o estabelecimento de vínculos com a equipe domiciliar para o conhecimento da realidade que o paciente e cuidador estão inseridos, pois muitos relataram não se sentirem acolhidos em suas necessidades (Soares *et al.*, 2021).

Ademais, estudos afirmaram que a confiança na relação com a equipe de saúde pode melhorar o enfrentamento das dificuldades no cotidiano, melhorar aspectos no cuidado, além de contribuir para a melhor compreensão do quadro de saúde-doença e por consequência, do letramento em saúde (Li *et al.*, 2020; Yuen *et al.*, 2014; Soares *et al.*, 2021).

Para isso, torna-se necessário desenvolver estratégias para a melhoria do letramento em saúde, envolvendo os determinantes sociais em saúde e considerando aspectos subjetivos e individuais de cada paciente e cuidador (Yuen *et al.*, 2015; Yuen *et a.*, 2014; Dahlgren & Whitehead, 2021).

Dessa forma, pode-se reduzir situações que geram estresse desnecessário ao cuidador quando o mesmo não sabe como conduzir a resolução. Esse processo de interação-apoio deve ser contínuo, uma vez que a pessoa dependente de cuidados pode apresentar diferentes intercorrências e, assim, os cuidadores poderão acessar conhecimentos coerentes com seu contexto de cuidados.

LETRAMENTO EM SAÚDE E A CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR

Os resultados demonstrados em A3, A7, A10 e A12 ressaltaram a importância de investir em formas de capacitação do cuidador. Alguns destes estudos avaliaram o letramento em saúde e realizaram intervenções com materiais de apoio e treinamentos com a finalidade de promover o conhecimento, melhorar a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, trazer melhores resultados de saúde às pessoas no ambiente domiciliar (Wittenberg *et al.*, 2020; Bliss *et al.*, 2013; Spratling *et al.*, 2020; Weiss *et al.*, 2019).

Investir em formas de educação em saúde para os cuidadores é importante estratégia para enfrentamento do processo saúde-doença-cuidado e seus contextos sociais. No entanto, essas ações educativas não devem ser prescritivas, inflexíveis, imutáveis e impostas de maneira impessoal (De Paula *et al.*, 2020).

No entanto, esse movimento é desafiador, uma vez que o profissional de saúde precisa ter sido formado, em algum nível, para ser promotor de saúde e não somente um transmissor vertical de conhecimento e informação. Faz-se necessário incluir o paciente e o cuidador no planejamento terapêutico e as ações devem ser pautadas no diálogo, promovendo a autonomia e a corresponsabilização dos indivíduos no processo de cuidado.

Acredita-se que esta revisão possa contribuir com a divulgação da temática e apontar as necessidades de ações da equipe hospitalar na transição de cuidados para o domicílio, juntamente com a equipe de atenção domiciliar, tais como: estratégias de educação em saúde, treinamento e maior atenção às demandas dos cuidadores domiciliares.

Dessa forma, sinalizam-se caminhos para aumentar a segurança nas ações em saúde e guiar a tomada de decisão dos cuidadores, além de reduzir os desfechos adversos aos pacientes dependentes de cuidados, considerando a diversidade de condições crônicas que culminam na internação domiciliar, quer sejam, as condições mentais, neurológicas e/ou neoplasias malignas.

CONCLUSÃO

Os estudos identificaram que os cuidadores informais no domicílio tem baixo letramento em saúde, logo demonstra-se que a transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar é um processo complexo que demanda treinamento dos cuidadores e ação integralizada da equipe de saúde. Neste sentido, o desenvolvimento de habilidades do cuidador rotineiro é um desafio para as famílias e, sobretudo, aos profissionais de saúde.

Diante do exposto, torna-se necessária a reorganização dos serviços de saúde domiciliares com ênfase nos cuidadores, identificando as reais necessidades dos envolvidos por meio de estratégias como o cuidado integral, o estabelecimento de vínculo, a comunicação efetiva, além da preservação da autonomia, do estímulo à corresponsabilização e, por fim, de novas estratégias de educação em saúde, possibilitando, assim, uma melhor qualidade de vida ao cuidador e à pessoa cuidada durante o processo terapêutico domiciliar.

REFERÊNCIAS

Abed, M. A., Khalifeh, A. H., Khalil, A. A., Darawad, M. W., & Moser, D. K. (2020). Functional health literacy and caregiving burden among family caregivers of patients with end-stage renal disease. *Research in Nursing & Health*, 43(5), 529-537. <https://doi.org/10.1002/nur.22060>

Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JB I manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs

Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

- Bliss, D., Rolnick, C., Jackson, J., Arntson, C., Mullins, J., & Hepburn, K. (2013). Health literacy needs related to incontinence and skin damage among family and friend caregivers of individuals with dementia. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN*, 40(5), 515. <https://doi.org/10.1097%2FWON.0b013e3182a3ff24>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União. Brasília, 26 de abril de 2016. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
- Chen, L., Xiao, L. D., & De Bellis, A. (2016). First-time stroke survivors and caregivers' perceptions of being engaged in rehabilitation. *Journal of advanced nursing*, 72(1), 73-84. <https://doi.org/10.1111/jan.12819>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- De Paula, S. F., de Siqueira, H. C. H., Medeiros, A. C., Rangel, R. F., Rodrigues, S. T., & Pedoroso, V. S. M. (2020). Educação em saúde provida pelo enfermeiro ao cuidador à luz do pensamento ecossistêmico. *Research, Society and Development*, 9(4), e63942854-e63942854. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2854/2259>
- Efthymiou, A., Middleton, N., Charalambous, A., & Papastavrou, E. (2017). The association of health literacy and electronic health literacy with self-efficacy, coping, and caregiving perceptions among carers of people with dementia: research protocol for a descriptive correlational study. *JMIR research protocols*, 6(11), e8080. <https://doi.org/10.2196/resprot.8080>
- Li, Y., Hu, L., Shen, Y., Xue, H., Hou, P., & Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*, 41(5), 600-607. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.014>
- Magalhães, A. P., das Mercês, M. C., Couto, P. L. S., Servo, M. L. S., Souza, J. N., de Souza, M. C., ... & Marinho, M. C. G. (2019). Percepções de familiares/cuidadores sobre internação domiciliar de pessoas com dependência de cuidado. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 32. <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8881/pdf>
- Mehrotra, K., Nautiyal, S., & Raguram, A. (2018). Mental health literacy in family caregivers: A comparative analysis. *Asian journal of psychiatry*, 31, 58-62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.01.021>
- Minayo, M. C. D. S. (2019). O imperativo de cuidar de pessoas idosas dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 247-252. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pQJqwKWPwLZHXSKXrJQFydp/?lang=pt>
- Mullins, J., Bliss, D. Z., Rolnick, S., Henre, C. A., & Jackson, J. (2016). Barriers to communication with a healthcare provider and health literacy about incontinence among informal caregivers of individuals with dementia. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN*, 43(5), 539. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000000263>
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2020). Advancing health literacy interventions. In *Health literacy in clinical practice and public health* (pp. 115-127). IOS Press. <https://ebooks.iospress.nl/>

volumearticle/54533

- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (p. 764). Policy Press. https://library.oapen.org/viewer/web/viewer.html?file=/bitstream/handle/20.500.12657/24879/9781447344520_webpdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, 5, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, 105906. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rivas, C. M. F., Farinha, A. L., Zamberlan, C., Colomé, J. S., & dos Santo, N. O. (2021). Perfil de saúde de idosos em atendimento domiciliar. *Research, Society and Development*, 10(10), e365101018919-e365101018919. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18919/16924>
- Silva, T. B. D. Q. D., Fontana, D. G. R., Jantsch, L. B., Colomé, I. C. D. S., & Costa, M. C. D. (2021). Cuidadores domiciliares de pessoas com deficiência intelectual no contexto rural e seus desafios. *Cogitare Enfermagem*, 26, e72567. <https://www.scielo.br/j/cenf/a/D5MWLsbx5FBRRCKh3zMgPb/?format=pdf&lang=pt>
- Soares, T. A. M., Brasil, V. V., Moraes, K. L., Santos, L. T. Z., Vila, V. D. S. C., & Borges Júnior, L. H. (2021). Letramento em saúde de cuidadores domiciliares de uma capital brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE002255. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO002255>
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8, 102-106. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>
- Spratling, R., et al. (2020). Establishing fidelity for the Creating Opportunities for Personal Empowerment: Symptom and Technology Management Resources (COPE-STAR) intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 76 (12), 3440–3447. <https://doi.org/10.1111/jan.14552>
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., & Parnell, T. A. (2020). Development of a communication and health literacy curriculum: optimizing the informal cancer caregiver role. *Psycho-Oncology*, 29(4), 766-774. <https://doi.org/10.1002/pon.5341>
- Weiss, D. J., Robertson, S., & Goebel, J. R. (2019). Pilot implementation of a low-literacy zone tool for heart failure self-management. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(6), 475-481. <https://doi.org/10.1097/njh.000000000000059>
- Yuen, E. Y., Knight, T., Dodson, S., Ricciardelli, L., Burney, S., & Livingston, P. M. (2014). Development of the Health Literacy of Caregivers Scale-Cancer (HLCS-C): item generation and content validity testing. *BMC family practice*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0202-9>
- Yuen, E. Y. N., Dodson, S., Batterham, R. W., Knight, T., Chirgwin, J., & Livingston, P. M. (2016). Development of a conceptual model of cancer caregiver health literacy. *European journal of cancer care*, 25(2), 294-306. <https://doi.org/10.1111/ecc.12284>
- Yuen, E. Y., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & social care in the community*, 26(2), e191-e206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12368>

CAPÍTULO 18

LETRAMENTO EM SAÚDE DE USUÁRIOS COM EXCESSO DE PESO ATENDIDOS EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Helena Alves de Carvalho Sampaio
Mariana Ferreira Pinto
Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos
Lisidna Almeida Cabral
Soraia Pinheiro Machado
Clarice Maria Chagas de Araújo Vergara

INTRODUÇÃO

O excesso de peso e a obesidade vêm aumentando em todo o mundo, e representam importantes fatores de risco para doenças não transmissíveis, com grande impacto sobre a saúde, expectativa de vida e qualidade de vida da população (Tiwari & Balasundaram, 2022). Especificamente no Brasil, dados da última pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada em 2021, apontam que a prevalência de excesso de peso variou de um mínimo de 49,3% a um máximo de 64,4%, dependendo da capital. A prevalência global de excesso de peso foi de 57,2%, com predomínio na faixa etária de 35-64 anos, e a de obesidade foi de 22,4%, também com predomínio na faixa de idade citada (Brasil, 2022).

Os tratamentos dietéticos, cirúrgicos e medicamentosos são utilizados para intervenções em obesidade, isoladamente ou associados. Dentro destas modalidades, várias opções vão sendo constantemente testadas e implementadas (Wang *et al.*, 2017).

Entretanto, o que tem sido observado é que há bons resultados em curto e até médio prazo, mas com o passar do tempo ocorre ganho ponderal em diferentes graus de magnitude. As dificuldades da perda sustentada de

peso são tão evidentes que estudos do campo consideram que perdas de 5% do peso em 12 meses já indicam sucesso (Franz *et al.*, 2015).

Diferentes estudos apontam falhas nas estratégias adotadas no âmbito da comunicação em saúde, destacando-se a falta de envolvimento ativo do indivíduo com excesso de peso em todas as etapas de seu programa de tratamento, a pouca utilização das tecnologias disponíveis para ações educativas e o contato pouco frequente entre ele e sua equipe de saúde (Le Blanc *et al.*, 2018; Sorgente *et al.*, 2017; Tronieri *et al.*, 2019).

A World Health Organization (WHO) ressalta que é um desafio combater as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) promovendo saúde, bem-estar e desenvolvimento sustentável e com equidade (WHO, 2022a). Nesta perspectiva, a obesidade deve ser um alvo, pois ela tanto é uma DCNT, como é fator de risco para outras destas doenças, como diabetes melito, hipertensão arterial e câncer.

Na nona conferência global sobre promoção da saúde, ocorrida em Xangai em 2016, a agenda para 2030 destacou três pilares a serem desenvolvidos: a boa governança, a cidade saudável e o letramento em saúde (LS) (WHO, 2017).

O LS é um campo de conhecimento, cujos fundamentos se encaixam plenamente para contornar as falhas de combate à obesidade citadas. A WHO (2021) define, em seu último glossário, que o LS representa conhecimentos e competências pessoais, mediadas pelas organizações de saúde, que capacitam os indivíduos a acessar, compreender, avaliar e usar informações e serviços para promover e manter boa saúde e bem-estar para si e para os demais membros da comunidade (tradução livre).

Para se desenvolver o LS das pessoas é necessário que o processo de comunicação entre a equipe de saúde e o público seja delineado e operacionalizado nesta perspectiva. Para tanto, há diretrizes para a comunicação oral, escrita e digital. Embora fuja do escopo deste capítulo detalhar estas diretrizes, há uma compilação resumida das mesmas em Vasconcelos, Sampaio & Vergara (2018) e em Passamai, Sampaio & Henriques (2019).

A WHO (2022a; 2022b) destaca a importância de se conhecer o LS das pessoas para que possa ocorrer o cuidado adequado e bem-sucedido em saúde, pois tal conhecimento ajuda a entender facilidades e dificuldades de compreensão em saúde e, ainda, permite que se avalie resultados e se ajuste as ações desenvolvidas. Para tanto, recomenda a utilização de instrumentos multidimensionais (WHO, 2022b), ou seja, com foco em identificar habilidades funcionais (leitura, escrita e numeramento), interativas (comunicação com equipe de saúde e serviços) e críticas (avaliação da informação em relação à utilidade e aplicabilidade).

Desta forma, considerando que a Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção, que contempla um conjunto de ações individuais e coletivas para promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, bem como a prevenção de agravos, seu diagnóstico e seu tratamento; a alta prevalência de excesso de peso e obesidade; e a importância do LS e seus fundamentos serem considerados na abordagem desta condição, o objetivo deste estudo é avaliar o LS de pessoas com excesso de peso atendidas em unidades de atenção primária à saúde (UAPS).

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O estudo integra uma pesquisa financiada pelo CNPq, Chamada CNPq/MS/SAPS/DEPROS n.º 27/2020 – Pesquisa em Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Fatores de Risco, Eixo I – estratégias efetivas na atenção primária à saúde – Obesidade. A mesma é um ensaio clínico e foi delineada para desenvolver ações de intervenção fundamentadas no LS e nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014) para redução do excesso de peso de pessoas adultas em atendimento na atenção primária. Uma das etapas previstas foi a aferição do LS deste público na linha de base.

Trata-se de um estudo transversal, com amostra de conveniência, integrada por 225 indivíduos atendidos em unidades de Atenção Primária

à Saúde (UAPS) da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2021 a julho de 2022. Todos os indivíduos estavam com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade grau I; índice de massa corporal de 25,0 a 34,99 kg/m²).

O LS foi avaliado por meio de entrevista, utilizando o instrumento Health Literacy Questionnaire (Osborne *et al.*, 2013) em sua versão brasileira – HLQ-Br (Moraes *et al.*, 2021), mediante licença concedida para sua utilização (Swinburne University of Technology – License Number L20017IA). Este instrumento é considerado multifuncional, por permitir avaliar as dimensões funcional, interativa e crítica do LS (Osborne *et al.*, 2013).

O HLQ-Br possui 44 afirmações (questões) distribuídas em duas partes e com um total de nove escalas. A parte 1 compreende cinco escalas: compreensão e apoio dos profissionais de saúde; informações suficientes para cuidar da saúde; cuidado ativo da saúde; suporte social para saúde; e avaliação das informações em saúde.

A parte 2 compreende quatro escalas: capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde; navegar no sistema de saúde; capacidade de encontrar boas informações sobre saúde; e compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer. As respostas são do tipo Likert, com as opções “Discordo Totalmente, Discordo, Concordo e Concordo Totalmente”, na parte 1 (escores de 1 – 4); e com as opções Não consigo fazer ou sempre difícil, Geralmente difícil, Às vezes difícil, Geralmente fácil e Sempre fácil “ na parte 2 (escores de 1 – 5). O instrumento não propõe categorização para interpretação dos resultados, apenas destacando que o ideal é se aproximar dos valores mais altos de cada escala, configurando facilidades ou potencialidades para o LS, enquanto valores mais baixos significam dificuldades ou limitações para o LS .

A Tabela 1 exhibe os resultados obtidos em cada questão, segundo cada escala e expressos em médias e desvio-padrão.

Tabela 1. Resultados em letramento em saúde¹ obtidos pelos usuários da Atenção Primária à Saúde (n = 225), segundo escala e questão, expressos em respectivas médias e desvio-padrão. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

Escalas	Questão	Média	Desvio-Padrão
Parte 1			
Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	2	2,22	0,93
	8	2,34	0,92
	17	2,38	0,76
	22	2,63	0,77
Informações suficientes para cuidar da saúde	1	2,72	0,75
	10	2,48	0,76
	14	2,36	0,77
	23	2,4	0,72
Escalas	Questão	Média	Desvio-Padrão
Cuidado ativo da saúde	6	2,20	0,80
	9	2,77	0,77
	13	2,49	0,75
	18	2,83	0,69
	21	2,66	0,72
Suporte social para saúde	3	2,68	0,86
	5	2,65	0,78
	11	2,61	0,82
	15	2,55	0,85
	19	2,88	0,67

Avaliação das informações em saúde	4	2,83	0,76
	7	2,98	0,76
	12	2,86	0,64
	16	2,69	0,73
	20	2,62	0,77
Parte 2			
Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	2	3,0	1,14
	4	3,44	1,39
	7	3,21	1,37
	15	3,27	1,25
	20	3,63	1,26
Navegar no sistema de saúde	1	2,37	1,13
	8	2,38	1,22
	11	3,32	1,24
	13	3,07	1,26
	16	2,85	1,32
	19	3,11	1,19
Escalas	Questão	Média	Desvio-Padrão
Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	2	3,0	1,14
	4	3,44	1,39
	7	3,21	1,37
	15	3,27	1,25
	20	3,63	1,26

Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	5	3,67	1,25
	9	3,40	1,27
	12	3,60	1,21
	17	3,0	1,41
	21	4,0	1,07

¹ Instrumento utilizado: versão brasileira do Health Literacy Questionnaire – HLQ-Br (Moraes *et al.*, 2021)

Considerando a parte 1, uma das médias de escores mais baixas foi encontrada em algumas questões das escalas “Cuidado ativo da saúde” ($2,20 \pm 0,80$) e “Compreensão e apoio dos profissionais de saúde” ($2,22 \pm 0,93$), o que demanda preocupação no contexto de atendimento na atenção primária, pois esta se associa à maioria das ações preventivas de agravos maiores à saúde. Considerando a pontuação máxima de quatro pontos na parte 1, ressalta-se que as médias do grupo não chegaram sequer a três pontos nas afirmações presentes nas escalas desta parte.

No que tange à parte 2, de um máximo de cinco pontos, em nenhuma questão foi atingida média de pelo menos quatro pontos, à exceção de uma das questões da escala “Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer”. As maiores limitações foram encontradas em algumas questões das escalas: “Navegar no sistema de saúde” ($2,37 \pm 1,13$) e “Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde” ($3,0 \pm 1,13$).

DISCUSSÃO

A World Health Organization aponta a LS como determinante de saúde e uma das estratégias-chave para a promoção da saúde (WHO, 2017). Um estudo de revisão mostrou que indivíduos com LS adequado tendem a apresentar melhores condições de saúde, enquanto o LS limitado está diretamente associado com pior condição de saúde, uso menos eficiente dos

serviços de saúde e maior mortalidade (Barbosa *et al.*, 2022). A mesma revisão apontou que as intervenções que promoveram um incremento no LS dos indivíduos permitiram melhores desfechos dos processos de saúde-doença.

Um inadequado LS dificulta a tomada de decisão compartilhada pelo indivíduo no âmbito da saúde, influenciando diretamente na sua satisfação, autonomia, adesão terapêutica e eficiência do cuidado. Considerando que o excesso de peso, mas, principalmente, a obesidade, é fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, que têm grande impacto no sistema de saúde, e que é nas UAPS que se encontra o maior número de atendimentos a usuários com essas doenças, torna-se imprescindível conhecer o LS de pessoas com excesso de peso atendidas nessas unidades, bem como direcionar adequadamente as ações de promoção da saúde para elas.

Faruqi *et al.* (2015) revisaram sistematicamente estudos de intervenção na APS, visando LS, para avaliar o efeito na perda de peso. A maioria dos estudos observou redução significativa do peso e/ou IMC. Há evidências mais recentes, advindas também de uma revisão sistemática, de que LS inadequado está associado ao excesso de peso. Dos 17 estudos com adultos, 12 encontraram essa associação. Destaca-se que nenhum dos estudos avaliados incluídos na revisão foram realizados no Brasil (Michou; Panagiotakos & Costarelli, 2018). Segundo os mesmos autores, o baixo LS pode ser uma causa importante relacionada à dificuldade das pessoas com obesidade para superar problemas relativos ao agravo.

Estudos que avaliaram o nível de LS em pessoas com doenças crônicas que são frequentemente associadas à obesidade, mostraram elevadas frequências de LS inadequado, medido por diferentes instrumentos. Entre idosos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) atendidos pela Estratégia de Saúde da Família, do município de Rio Grande (RS), 15,5% apresentaram LS marginal e 59,5% inadequado (Lima *et al.*, 2021). Também entre idosos, acometidos por diabetes melito tipo 2 e HAS, residentes em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, o nível de letramento funcional em saúde foi inadequado em 55,1% e limítrofe em 30,8% da amostra (Scortegagna

et al., 2021). E menos da metade (49,3%) dos pacientes de um ambulatório de doenças cardiovasculares em Juiz de Fora (MG) apresentou LS adequado (Chehuen Neto *et al.*, 2019).

Embora o HLQ não permita classificar o nível de LS, é possível comparar as médias obtidas em cada escala do instrumento em outros estudos brasileiros. Pessoas com doença renal crônica em tratamento pré-dialítico em atendimento ambulatorial (Oliveira *et al.*, 2022) e pessoas com HIV/AIDS (Caetano *et al.*, 2022) apresentaram maiores médias que aquelas com excesso de peso do presente estudo para a maioria das escalas do HLQ.

As escalas com menores pontuações no grupo estudado sugerem dificuldade de comunicação entre o profissional e os pacientes, o que pode contribuir para que essas pessoas não consigam acessar, compreender e avaliar informações de saúde confiáveis e, conseqüentemente, impactar negativamente nas decisões e no cuidado em saúde.

Realmente, há quase duas décadas se reconhece que as competências comunicacionais dos profissionais da área da saúde contribuem para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades para promover a sua saúde (Teixeira, 2004). Tais competências favorecem o desenvolvimento do LS e levam a ganhos na relação terapêutica (Silverman; Kurtz & Draper, 2013). Oliveira *et al.* (2022) reforçam o papel de um vínculo forte entre usuários e profissionais de saúde para a continuidade da assistência prestada e desenvolvimento de estratégias específicas para cada tipo de público. Os autores apontam a importância da informação transmitida pelos profissionais de saúde com clareza e em linguagem acessível, de maneira a favorecer sua compreensão e estimular a promoção do autogerenciamento das condições para o cuidado.

No contexto do cuidado de pessoas com excesso de peso, o contato frequente entre elas e os profissionais de saúde, bem como o tempo despendido com o paciente auxiliam muito na perda e na manutenção do peso perdido (Tronieri *et al.*, 2019). Esses encontros contínuos favorecem a construção de vínculos e oportunidades interativas dos pacientes com profissionais de saúde, o que pode impactar na melhora do LS deles.

Ressalta-se que a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários deve ser dialógica, bidirecional, horizontal, democrática e emancipatória. Deve permitir interação, esclarecimento de dúvidas e troca de informações (Osborne, 2018; Rudd *et al.*, 2005). Para favorecer tal comunicação, os profissionais de saúde podem lançar mão de estratégias letradas em saúde, tais como o *teach back* e *ask me 3* (Abrams *et al.*, 2014). Os profissionais em saúde necessitam apresentar para os usuários as informações sobre novos diagnósticos, opções de tratamentos e instruções para o autocuidado. Os pacientes, por sua vez, necessitam descrever seus sintomas, fazer perguntas e expressar opiniões acerca do tratamento e cuidado. Ambos necessitam ouvir atentamente, responder atenciosamente e recordar claramente o que cada um disse (Osborne, 2018).

Outra limitação importante encontrada nas escalas foi relativa à navegação no sistema de saúde. Esse é outro conceito que se alia ao LS no quesito melhoria da compreensão das mensagens de saúde. A navegação em saúde nasceu nos Estados Unidos em 1990 e é uma estratégia de mobilização e acompanhamento de pacientes durante os processos de prevenção, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento, integrando virtualmente o sistema de saúde fragmentado para o paciente em populações vulneráveis (Freeman & Rodriguez, 2011; Moura, 2017). A literatura aponta as funções do navegador de pacientes que envolvem: identificar as principais barreiras enfrentadas e acompanhar o paciente durante todo o cuidado com contatos periódicos; além disso, oferece dicas para desenvolver uma navegação mais efetiva (Moura, 2017).

Portanto, a prática de profissionais de saúde na abordagem do usuário do SUS deve aliar o LS e navegação em saúde para adoção de estilos de vida saudáveis, ou seja, utilizá-los como estratégias educativas dirigidas aos usuários do SUS.

O presente estudo tem como pontos fortes avaliar o LS de adultos com excesso de peso em unidades de Atenção Primária à Saúde, utilizando um instrumento validado e multidimensional, que não se limita à avaliação das habilidades cognitivas de leitura e numeramento, e considera outros aspectos do LS, que permitem um protagonismo aos indivíduos e grupos de sua condição de saúde (Moraes *et al.*, 2021).

Conhecer o LS dessas pessoas subsidia o planejamento de estratégias de promoção da saúde direcionadas para suas necessidades em saúde. No âmbito da APS, pode contribuir para o aumento da resolutividade das demandas e maior eficácia do cuidado à saúde e qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, além de implicar nas evoluções e desfechos de saúde nos demais níveis de atenção, favorecendo todos os processos assistenciais, e corroborando com a sustentabilidade do SUS (Barbosa *et al.*, 2022).

No tocante ao controle da epidemia de obesidade, fomentar o LS no âmbito da política pública de saúde apresenta-se como um caminho promissor e ferramenta útil. Destaca-se que alguns países, como Canadá, Austrália, Portugal e Estados Unidos, inseriram o LS em suas políticas públicas (Department of Health and Human Services, 2019; Portugal, 2018; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2014; Canadian Public Health Association, 2008).

Desta forma, reforça-se a importância da atenção primária, porta de entrada preferencial para os serviços de saúde, estar preparada para prestar assistência a essa população, compreendendo as principais necessidades das diferentes comunidades brasileiras, para que seja possível planejar e realizar intervenções resolutivas voltadas para o LS e, conseqüentemente, para a promoção da saúde, buscando aumentar a resolutividade do cuidado e da atenção e a autonomia do indivíduo (Lima *et al.*, 2021; Barbosa *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

Os participantes do estudo atingiram baixas pontuações em todas as escalas do HLQ-Br, evidenciando fragilidades de letramento em saúde e a necessidade de ações educativas fundamentadas no LS desenvolvidas junto a este público, principalmente em relação ao cuidado ativo da própria saúde, navegação no sistema de saúde e estabelecimento de uma boa interação equipe de saúde-usuário do serviço.

REFERÊNCIAS

- Abrams, M. A., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A., & Savage, B. A. (2014). Building health literate organizations: A guidebook to achieving organizational change. *Journal of Research and Practice for Adult Literacy, Secondary, and Basic Education*, 69. <http://www.healthliterateorganization.org>.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2014). *Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality*. Sydney.
- de Pinho Barbosa, S., de Paula, P. A. B., Amorim, M. M. A., da Silva Pereira, L. S., & Reis, Y. P. (2022). Letramento em saúde como estratégia de promoção da saúde: um estudo de revisão narrativa. *Conjecturas*, 22(7), 211-233. <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1155>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Vigitel Brasil 2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protacao-para-doencas-cronicas/#:~:text=Vigitel%20Brasil%202021%20%3A%20vigil%C3%A2ncia%20de,em%202021%20%2F%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%2Cem%2021%2F%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%2Cem%2021%2F> Ministério da Saúde%2C”.
- Canadian Public Health Association. (2008). *A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy*. Ottawa. <https://www.cpha.ca/vision-health-literate-canada-report-expert-panel-health-literacy>.
- Canuto, R., Garcez, A., de Souza, R. V., Kac, G., & Olinto, M. T. A. (2021). Nutritional intervention strategies for the management of overweight and obesity in primary health care: A systematic review with meta-analysis. *Obesity reviews*, 22(3), e13143.
- DHHS, U. (2020). Department of Health and Human Services. Healthy People 2020. Flu Vaccination of Health Care Personnel; 2012 [Último acesso 6 de julio de 2012]. https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/June_26_Health_People_2030_HL_Definition_Webinar_Final.pdf
- Faruqi, N., Spooner, C., Joshi, C., Lloyd, J., Dennis, S., Stocks, N., ... & Harris, M. F. (2015). Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: a systematic review. *BMC obesity*, 2(1), 1-16.
- Franz, M. J., Boucher, J. L., Rutten-Ramos, S., & VanWormer, J. J. (2015). Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(9), 1447-1463.
- Freeman, H. P., & Rodriguez, R. L. (2011). History and principles of patient navigation. *Cancer*, 117(S15), 3537-3540.
- LeBlanc, E. S., Patnode, C. D., Webber, E. M., Redmond, N., Rushkin, M., & O'Connor, E. A. (2018). Behavioral and pharmacotherapy weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 320(11), 1172-1191.

- Michou, M., Panagiotakos, D. B., & Costarelli, V. (2018). Low health literacy and excess body weight: A systematic review. *Central European journal of public health*, 26(3), 234-241.
- Moraes, K. L., Brasil, V. V., Mialhe, F. L., Sampaio, H. A. D. C., Sousa, A. L. L., Canhestro, M. R., & Oliveira, G. F. D. (2021). Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02171.
- Moraes, K. L., Brasil, V. V., Mialhe, F. L., Sampaio, H. A. D. C., Sousa, A. L. L., Canhestro, M. R., & Oliveira, G. F. D. (2021). Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02171.
- Osborne, M. E. (2012). *Health Literacy from A to Z*. Jones & Bartlett Publishers.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*, 13(1), 1-17.
- Passamai, M. D. P. B., Sampaio, H. A. D. C., & Henriques, E. M. V. (2019). *Letramento Funcional em Saúde: As Habilidades do Usuário e o Sistema Único de Saúde*. Curitiba: CRV.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2018). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [https:// www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf](https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf)
- Rudd, R., et al. (2005). *Health Literacy Study Circles*. Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and Health and Adult Literacy and Learning Initiative.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for Communicating with Patients* (3rd ed.). Radcliffe: Oxford, UK.
- Sorgente, A., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Re, F., Simpson, S., Perona, S., ... & Castelnuovo, G. (2017). Web-based interventions for weight loss or weight loss maintenance in overweight and obese people: a systematic review of systematic reviews. *Journal of medical Internet research*, 19(6), e229.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22(3), 441-448.
- Tiwari, A., & Balasundaram, P. (2021). Public health considerations regarding obesity. [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ NBK572122/#_NBK572122_pubdet](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572122/#_NBK572122_pubdet)
- Tronieri, J. S., Wadden, T. A., Chao, A. M., & Tsai, A. G. (2019). Primary care interventions for obesity: review of the evidence. *Current obesity reports*, 8, 128-136.
- Vasconcelos, C. M. C. S., Sampaio, H. D. C., & Vergara, C. M. A. C. (2018). *Materiais educativos para prevenção e controle de doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento em saúde*. Curitiba: CRV.
- Wang, Y., Xue, H., Huang, Y., Huang, L., & Zhang, D. (2017). A systematic review of application and effectiveness of mHealth interventions for obesity and diabetes treatment and self-management. *Advances in Nutrition*, 8(3), 449-462
- World Health Organization. (2017). *Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all* (No. WHO/NMH/PND/17.5). World Health Organization. <https://www.who>

int/southeastasia/ publications-detail/promoting-health-in-the-sdgs

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*.

World Health Organization. (2022a). *Health Literacy Development for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Volume 2. A Globally Relevant Perspective*. Geneva: World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339>

World Health Organization. (2022b). *Health Literacy Development for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Volume 3. Recommended Actions*. Geneva: World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055377>

CAPÍTULO 19

CONDIÇÕES DE LETRAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Mykaelle Yasmin Alexandre da Silva
Elisa Maria Bispo Beltrão
Erika Maria Barbosa Nunes
Andreivna Kharenine Serbim

INTRODUÇÃO

O surgimento do novo coronavírus, SARS-CoV-2, responsável pelo desenvolvimento da doença covid-19, afetou principalmente os idosos e indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis, o que os tornou um grupo de risco durante a pandemia (World Health Organization, 2020). No período pandêmico, os idosos necessitaram aprender e desenvolver novas habilidades de cuidados à saúde, necessitando se adaptar às mudanças individuais e coletivas, como, por exemplo, a higienização das mãos, a realização do isolamento social e o uso de máscaras respiratórias. Ademais, os idosos tiveram que aprender a utilizar os ambientes virtuais em que eram disponibilizadas as informações e conteúdos sobre o coronavírus, tudo isso em um ritmo acelerado (Hammerschmidt & Santana, 2020).

Mesmo vivenciando uma pandemia de uma doença contagiosa, esse grupo populacional também precisou lidar com as doenças crônicas não transmissíveis. A partir disso, é necessário compreender que um letramento em saúde adequado contribui para a promoção da saúde e a prevenção de doenças dos idosos.

O letramento em saúde é considerado o grau em que as pessoas estão aptas para acessar/buscar, compreender, compartilhar e avaliar informações de saúde, a fim de manter e promover a saúde ao longo da vida, dentro de diferentes contextos (Begoray & Kwan, 2012). Além disso, para Sorensen e

colaboradores (2012), o letramento em saúde influencia na tomada de decisão sobre a saúde do indivíduo. Pessoas de qualquer grupo etário com letramento em saúde limitado apresentam maiores chances de desenvolver alguma doença, incapacidades e/ou complicações, de utilizarem mais os serviços de saúde e de serem hospitalizadas com maior frequência, bem como têm maior risco de mortalidade (Paskulin *et al.*, 2022).

Embora o letramento em saúde tenha sido amplamente discutido e investigado em países com mercados desenvolvidos, onde as condições básicas de vida foram asseguradas, pouco trabalho foi realizado em países com mercado em desenvolvimento como o Brasil. Os estudos no Brasil ainda são escassos e propõem-se a avaliar o letramento em saúde de idosos na comunidade (Romero; Scortegagna & Doring, 2019; Martins *et al.*, 2015) e no contexto ambulatorial (Apolinário *et al.*, 2013; Souza *et al.*, 2014). Em estudo nacional realizado com idosos na Pandemia de covid-19, identificou-se que o letramento em saúde limitado estava relacionado ao desconhecimento da doença e também na adoção de medidas necessárias para a prevenção da doença (Fede *et al.*, 2021).

Com o grande número de informações sobre a covid-19, os idosos têm o desafio de avaliar criticamente as informações e tomar as melhores decisões para a saúde e autocuidado (Abel & McQueen, 2020). Por isso, visando apoiar e desenvolver as habilidades de letramento em saúde dos idosos relacionadas à busca, compreensão, compartilhamento e avaliação das informações em saúde, o objetivo deste capítulo foi avaliar as condições de letramento em saúde de idosos durante a pandemia de covid-19. Espera-se contribuir para o entendimento das dificuldades e potencialidades dos idosos no que tange o letramento em saúde no contexto da covid-19 e que esta compreensão possa subsidiar e qualificar a assistência dos profissionais de saúde.

MÉTODOS

Esta é uma pesquisa de métodos mistos, com abordagem por triangulação concomitante. Os métodos mistos são utilizados com o intuito

de melhor entender, explicar ou construir a partir dos resultados da outra abordagem. Na abordagem de triangulação concomitante, o pesquisador coleta concomitantemente os dados quantitativos e qualitativos (Creswell, 2013).

O estudo foi desenvolvido no município de Arapiraca, localizado na região central do estado de Alagoas, em um Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em um dos maiores bairros do município, além de ser conhecido por ser uma área de grande vulnerabilidade socioeconômica.

Participaram 56 idosos, captados intencionalmente, durante os meses de setembro a dezembro de 2021. Foram abordados os idosos que já estivessem em atendimento presencial (sala de espera, consultas, vacinação, entre outros atendimentos). Os critérios de inclusão foram ter idade acima de 60 anos e estar presente na UBS no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão foram idosos que declararam não possuir condições de responder à entrevista (como, por exemplo, problemas de audição ou cognitivos, que impediam uma interação adequada com o entrevistador).

Para a caracterização dos idosos, foi utilizado um questionário estruturado, sobre características sociodemográficas e de saúde do idoso (idade; sexo; estado conjugal; escolaridade; renda do idoso; estado de saúde autorreferido; morbidade autorreferida).

O grau de letramento em saúde dos idosos foi avaliado por meio de uma ferramenta de triagem, o Multidimensional Screener of Functional Health Literacy (MSFHL), baseada em três características demográficas e em três perguntas simples, que fornece uma previsão do nível de letramento em saúde (Apolinário *et al.*, 2013). A pontuação tem um escore máximo de dez pontos e indica o letramento em saúde inadequado (0-3 pontos); letramento em saúde limítrofe (4-5 pontos) e letramento em saúde adequado (≥ 6 pontos).

Para compreender as experiências dos idosos em acessar, compreender, comunicar e avaliar a informação em saúde no contexto da Pandemia de covid-19, foi utilizado um questionário semiestruturado, elaborado pelas pesquisadoras, composto de duas partes. Na primeira parte encontram-se as perguntas fechadas relacionadas ao letramento em saúde no contexto da

covid-19 (recebeu orientação acerca da covid-19; de quem recebeu orientação; observou as orientações publicadas na mídia/redes sociais/internet; compreendeu as informações recebidas; seguiu alguma das orientações oferecidas; buscou orientação acerca da covid-19; pessoa/local informação). Na segunda parte, as perguntas abertas foram compostas por cinco questões norteadoras, divididas nas habilidades de letramento em saúde: acessar o sistema de saúde e profissionais de saúde; compreender e compartilhar a informação em saúde e avaliar a informação em saúde.

Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva. Os áudios das entrevistas foram analisados por meio da análise temática de Minayo (2007). Na análise qualitativa emergiram três categorias temáticas, de acordo com as habilidades de letramento em saúde: acesso à informação de saúde; compreensão e compartilhamento das informações de saúde e avaliação das informações de saúde. O planejamento dos procedimentos de métodos mistos realizou a combinação dos dois tipos de dados durante a discussão dos resultados. As categorias foram analisadas em conjunto com os dados quantitativos de letramento em saúde dos idosos participantes.

A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, CAEE 31081720.3.0000.5013 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitados os decretos estaduais vigentes e consideradas todas as medidas de biossegurança no combate à covid-19, como o uso de máscara, álcool gel e respeito ao distanciamento social na coleta de dados.

RESULTADOS

Participaram do estudo 56 idosos, destes 58,9% (n=33) apresentavam faixa etária entre 60 e 69 anos, 37,6% (n=21) entre 70 e 79 anos e 3,5% (n=2) 80 anos ou mais. Com relação ao sexo, 76,8% (n=43) eram do sexo feminino e 23,2% (n=13) do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 30,3% (n=17) nunca estudaram, 53,6% (n=30) realizaram o Ensino Fundamental 1, 3,5% (n=2) concluíram o Ensino Fundamental 2, 1,8% (n=1) O Ensino Médio e 10,8% (n=6) o Ensino Superior.

Com relação às morbidades presentes na vida dos idosos, as doenças crônicas se destacaram, principalmente a hipertensão arterial sistêmica (n=38) e a diabetes mellitus (n=19). Considerando o estado de saúde autorreferido, 55,5% (n=31) dos idosos referiram ser regular, 25% (n=14) bom, 8,9% (n=5) ruim, 7,1% (n=4) muito bom e 3,5% (n=2) excelente.

Com relação ao nível de letramento em saúde, 91% (n=51) dos idosos apresentaram letramento em saúde inadequado, 7,2% (n=4) letramento em saúde adequado e 1,8% (n=1) apresentou letramento em saúde limítrofe.

Diante da evolução da tecnologia e da rápida disseminação de informações em saúde, os idosos foram questionados quanto ao uso de tecnologias e de redes sociais. Como resultados, 58,9% (n= 33) dos idosos referiram que possuíam celular, mas desses, apenas 16% (n=9) afirmaram que conseguiam buscar informações em saúde utilizando o celular. Ademais, 41% (n=23) informaram não conseguir buscar informações em saúde pelo computador ou celular. Considerando a utilização das redes sociais, 60,7% (n=34) dos idosos relataram não utilizar as redes sociais.

Com relação às informações recebidas no período na Pandemia de covid-19, 76,7% (n=43) dos idosos relataram receber orientações acerca do coronavírus e 23,2% (n=13) não receberam. Quando perguntados sobre as pessoas que forneceram as informações sobre covid-19, 42,8% (n=24) dos idosos receberam de um familiar, 28,5% (n=16) de um profissional da saúde, 14,2% (n=8) de vizinhos ou conhecidos, 5,35% (n=3) da igreja ou pastor e 1,7% (n=1) da televisão.

Considerando as condições de letramento em saúde no contexto da Pandemia de covid-19, os idosos foram questionados sobre como eles estavam se informando sobre o coronavírus. Dos entrevistados, 85,7% (n= 48) dos idosos utilizavam a televisão e 46,6% (n=25) utilizavam o rádio. Em menor proporção, foram evidenciadas como fontes de informação os vizinhos ou conhecidos (n=5), as redes sociais (n=4), os jornais ou revistas impressas (n=3) e os familiares (n=2).

Os idosos também foram questionados sobre o formato da informação que eles gostariam de receber sobre o coronavírus. Dos 56 entrevistados,

82,1% (n =46) gostariam de receber informações por meio da televisão e ainda citaram com menor frequência outras estratégias, como, por exemplo, a ligação telefônica de profissional da saúde (n=9), o carro de som (n=7), o WhatsApp (n=4), as mensagens de texto no celular (n=3), as redes sociais (n=1) e um participante relatou que não gostaria de receber informações.

Devido à pandemia e às formas de transmissão do vírus, toda a população necessitou adquirir novos hábitos e práticas para quebrar a cadeia de transmissão do coronavírus. Os idosos eram considerados um grupo de risco e foi necessário que eles adotassem determinadas práticas e hábitos. Os idosos foram interrogados sobre o uso de proteção/orientação para o coronavírus, sendo identificado que a maioria (92,8%) dos idosos utilizaram máscaras, 87,5% (n= 49) realizaram a lavagem das mãos, 85,7% (n= 48) fizeram uso do álcool gel e 51,7% (n=29) respeitaram as medidas de isolamento social.

Na análise temática dos dados qualitativos, foram evidenciadas três categorias temáticas: acesso à informação de saúde; compreensão e compartilhamento das informações de saúde e avaliação das informações de saúde.

Na categoria acesso à informação em saúde, emergiram falas relacionadas ao acesso de informações em saúde durante a Pandemia de covid-19. A maior parte dos entrevistados afirmou buscar informações sobre covid-19, sendo a televisão considerada a maior fonte de informação durante a pandemia. Alguns participantes mencionaram os profissionais de saúde e também outros meios para acessar as informações durante a pandemia, como, por exemplo, o rádio, os familiares, a igreja e os vizinhos, conforme algumas falas a seguir:

Idoso45 (62 anos): Eu sempre me informei pela televisão, porque ensina como a pessoa usa o álcool em gel e evita ficar perto das pessoas.

Idoso29 (64 anos): Busquei sim, o agente de saúde passou na minha casa e informou tudo.

Idoso09 (70 anos): [...] Na igreja, durante as reuniões os irmãos pedem para a gente se proteger e não ficar exposto [...]

Idoso21 (62 anos): Busquei sim, a minha família e a minha irmã me passaram muito bem as informações.

Na segunda categoria, que abordou a compreensão e o compartilhamento das informações de saúde, a maioria dos entrevistados declarou ter compreendido as recomendações sobre a covid-19. Embora a maioria dos idosos tenha compreendido as recomendações, especialmente aquelas relacionadas às medidas de autocuidado, como o uso de máscara, álcool gel, lavagens das mãos e o isolamento social, uma parte dos participantes relatou não ter compreendido as recomendações acerca do assunto, trazendo consequências para o processo de prevenção e cuidado da saúde. Seguem alguns exemplos de falas:

Idoso23 (63 anos): Eu entendi, porque devemos ter o máximo de cuidado, manter a casa limpa, limpar bastante os trincos das portas[...]

Idoso39 (69 anos): Consegui entender como deve lavar as mãos, passar álcool e usar sempre as máscaras.

Idoso13 (62 anos): Não, não entendi tudo não [...]

Idoso14 (70 anos): Eu nem sei, eu não entendo [...]

Considerando a comunicação das informações sobre o coronavírus, a maioria dos idosos entrevistados afirmaram realizar o compartilhamento das informações em saúde. Alguns idosos afirmaram fornecer informações para os familiares, os amigos e os vizinhos. Os idosos compartilharam informações sobre proteção e disseminação da doença, isolamento social, uso de álcool gel, utilização de máscaras, conforme relatadas nas seguintes falas:

Idoso06 (71 anos): Compartilho que é uma doença pra gente se prevenir, se cuidar, usar a máscara, mesmo tomando a vacina não estamos livres [...]

Idoso18 (73 anos): Eu conversava com as minhas amigas para se proteger, lavar sempre as mãos, passar álcool, tomar banho [...]

Na terceira categoria, denominada avaliação das informações de saúde, foram incluídas as respostas correspondentes à avaliação das fontes de informação em verdadeiras ou falsas. Metade dos idosos entrevistados afirmou

ter recebido notícias falsas de vizinhos, da televisão, da internet e da rádio. Uma pequena parcela dos entrevistados relatou que não conseguiu avaliar as notícias em falsas ou verdadeiras, devido à infodemia, ou seja, o aumento de notícias em circulação na TV e do grande fluxo de informações na internet, de acordo com as falas a seguir:

Idoso25 (62 anos): Já vi muitas notícias falsas na televisão falando que se tomar tal remédio vai curar o coronavírus [...]

Idoso15 (64 anos): Os vizinhos ficam comentando Fake News e eu não quero saber.

Idoso21 (62 anos): Eu não sei por que é muita coisa que falam na televisão.

DISCUSSÃO

Os idosos fazem parte de um grupo populacional marginalizado em relação ao letramento em saúde, juntamente com pessoas que apresentam baixa escolaridade e baixa renda (Cutilli, 2007; Peerson & Saunders, 2009; Barker *et al.*, 2007). Todo indivíduo pode apresentar um determinado nível de letramento em saúde, porém tende a sofrer influência de diversos fatores, como os aspectos socioeconômicos, a escolaridade, a faixa etária e as condições de saúde (Yodmai *et al.*, 2021).

Percebe-se que o nível de letramento em saúde pode diminuir com o avançar da idade e influenciar na forma como o idoso cuida da saúde, busca e compartilha informações (Mahapatra *et al.*, 2021). O grupo de idosos entrevistados mostrou-se como um grupo vulnerável, visto que, além de serem idosos, apresentavam outros aspectos que reforçam a condição de possuir letramento em saúde limitado, como o baixo nível de escolaridade e a baixa renda.

Ademais, os idosos apresentaram predominância de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica (n=38) e a diabetes mellitus (n=19). Sabe-se que as habilidades de letramento em saúde são essenciais para o manejo dessas doenças, pois serão determinantes para o idoso desenvolver o autocuidado (Osborn *et al.*, 2011) e realizarem o manejo

diário dos aspectos relacionados à utilização de medicamentos, alimentação, adoção de hábitos saudáveis e compreensão da condição de saúde.

Com relação ao nível de letramento em saúde dos idosos, ficou evidenciado que a proporção de idosos com letramento em saúde limitado foi de 91% (n=51), corroborando com estudos nacionais que evidenciaram resultados semelhantes na população idosa (Santos & Portella, 2016; Romero, Scortegagna & Doring, 2019; Scortegagna *et al.*, 2021).

Durante a pandemia houve a disseminação de inúmeras informações, em diversos meios de comunicação, de forma acelerada, algumas incompreensíveis e contraditórias. Observou-se que a televisão e o rádio foram as fontes de informação mais utilizadas pelos idosos. Poucos idosos referiram os profissionais da saúde como fonte de informação sobre o coronavírus, o que é preocupante, visto que os profissionais de saúde são fornecedores de informações e conhecem as estratégias para aumentar o nível de letramento em saúde dos idosos, de modo que esses devem direcionar o cuidado de acordo com as especificidades de cada indivíduo (Serbim; Santos & Paskulin, 2021).

É notório que houve a necessidade de desenvolver habilidades e conhecimentos sobre as recomendações de saúde divulgadas. No entanto, percebeu-se a dificuldade que os idosos possuíam em buscar e utilizar informações em celulares e computadores, considerando que parte dos idosos estão inseridos no grupo que faz parte da exclusão digital, com pouco acesso a informações tecnológicas (Miranda & Farias, 2009).

Apesar da maioria dos idosos apresentarem letramento em saúde limitado (n=51), eles adotaram medidas de prevenção da covid-19 durante a pandemia, reforçando a importância dos aspectos sociais e culturais para a aquisição de informação dos indivíduos. A família também foi uma importante fonte de informação para a adoção de medidas de saúde adequadas. O apoio social tem um impacto positivo nos comportamentos de autocuidado, contribuindo para a adesão ao tratamento e estilos de vida saudáveis, menor taxa de mortalidade e melhoria da qualidade de vida dos idosos (Jo; Seo & Son, 2020).

Na categoria acesso à informação de saúde, a maioria dos entrevistados afirmou adquirir informações pela televisão, corroborando com os dados quantitativos apresentados anteriormente. Considerando o grupo entrevistado pertencer a uma comunidade vulnerável, eles não tinham acesso à internet e faziam uso restrito das tecnologias. Além disso, a televisão proporciona aos idosos uma maior facilidade de acesso, rapidez e leva entretenimento para o público, sendo o principal meio para buscar informações (Martos *et al.*, 2020).

Na categoria compreensão e compartilhamento das informações de saúde, foi possível identificar que a maioria dos idosos não teve dificuldade em compreender as medidas de prevenção da covid-19 e nem apresentou questionamentos sobre a infecção do vírus. No entanto, observou-se que os idosos que apresentavam letramento em saúde limitado relacionaram o conhecimento sobre covid-19 com experiências prévias e saberes populares. Os saberes populares, vivências e experiências dos idosos são importantes, mas a busca de informação com profissionais de saúde e outras fontes confiáveis também são essenciais para o cuidado em saúde. É possível que essas práticas façam parte do cotidiano dos mesmos, porém preocupa o fato de os idosos, em alguns casos, apoiarem-se em compartilharem informações populares e não em informações fornecidas pelos prestadores de cuidado (Serbim, 2022).

A família foi considerada uma fonte de compartilhamento de informações segura e importante para os idosos, pois grande parte deste grupo permaneceu restrito no domicílio por conta da pandemia. Muitas vezes, os familiares foram a única fonte de comunicação e confiança. Para isso é necessário que os familiares também possuam habilidades de letramento em saúde, para buscar, avaliar e compartilhar informações seguras para os idosos (Oliveira *et al.*, 2022).

Na categoria avaliação das informações de saúde, os vizinhos foram considerados as principais fontes de propagação de notícias falsas. Além disso, foi observado que os idosos que possuíam letramento em saúde limitado não sabiam o que eram as notícias falsas. O contingente elevado de informações alcançadas pelos veículos de mídias não viabiliza o cuidado em saúde dos indivíduos. No processo de absorção de informações é necessária a habilidade

de seleção/avaliação do conteúdo, pois a capacidade desse julgamento é crucial para a promoção de decisões assertivas de saúde (Oliveira *et al.*, 2022).

Na integração dos dados quantitativos e qualitativos, ficou evidente que ter acesso à informação em saúde não representa o entendimento/compreensão dessa informação, uma vez que o indivíduo idoso necessita avaliar a procedência e a fonte de informação para o conhecimento da veracidade/confiabilidade. Ao analisar as falas de acordo com a classificação do letramento em saúde, foi possível relacionar que os idosos que possuíam as maiores habilidades para a busca, compreensão e avaliação da informação em saúde, possuíam os maiores escores de letramento em saúde.

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos apresentou letramento em saúde inadequado. Observou-se que os idosos faziam uso restrito das tecnologias, por conta da dificuldade de lidar com avanços tecnológicos. No entanto, sabe-se que os idosos também conseguem compreender os aspectos relacionados ao autocuidado por meio dos valores culturais e pessoais. A compreensão de como os idosos buscam, compreendem, compartilham e avaliam as informações em saúde direciona os profissionais de saúde na construção de materiais de saúde, protocolos e intervenções educativas, visando o desenvolvimento do letramento em saúde da população idosa.

A Pandemia da covid-19 reforçou a necessidade da população em tomar as melhores decisões acerca dos cuidados de saúde, como, por exemplo, as orientações que precisam ser seguidas para evitar a transmissão e infecção pelo vírus causador da doença. Os idosos necessitaram adquirir novos hábitos de saúde e somado a isso, ocorreu a diminuição da frequência desse grupo populacional nos serviços de saúde, o que os levou a adquirir informações em outras fontes, como a televisão e o rádio. Ademais, os idosos tiveram acesso a um grande volume de informações, muitas vezes incorretas, gerando dúvidas com relação aos cuidados de saúde.

Esses resultados têm implicações na prática, principalmente nas estratégias de cuidado, com ênfase no protagonismo do idoso e nas

potencialidades de formulação e estruturação das atividades de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde. É necessário que os profissionais de saúde promovam o desenvolvimento do letramento em saúde, com a implementação de programas para idosos vulneráveis, desenvolvendo habilidades necessárias para a autonomia, para uma comunicação efetiva, para a tomada de decisão compartilhada e o adequado manejo do regime terapêutico.

REFERÊNCIAS

- Abel, T., & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health promotion international*, 35(6), 1612-1613
- Apolinario, D., Mansur, L. L., Carthery-Goulart, M. T., Brucki, S. M. D., & Nitrini, R. (2014). Detecting limited health literacy in Brazil: development of a multidimensional screening tool. *Health promotion international*, 29(1), 5-14.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of internal medicine*, 167(14), 1503-1509.
- Begoray, D. L., & Kwan, B. (2012). A Canadian exploratory study to define a measure of health literacy. *Health Promotion International*, 27(1), 23-32.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Cutilli, C. C. (2007). Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopaedic Nursing*, 26(1), 43-48.
- Fede, B. P., Artuso, L. R., Tenani, C. F., Lino, C. M., & Batista, M. J. (2021). Literacia em saúde e práticas para prevenção da COVID-19: um estudo transversal em adultos brasileiros. *Research, Society and Development*, 10(16), e425101623839-e425101623839.
- Hammerschmidt, K. S. D. A., & Santana, R. F. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Revista Cogitare Enfermagem*. v. 25, 2020
- Jo, A., Ji Seo, E., & Son, Y. J. (2020). The roles of health literacy and social support in improving adherence to self-care behaviours among older adults with heart failure. *Nursing Open*, 7(6), 2039-2046.
- Mahapatra, P., Sahoo, K. C., Desaraju, S., & Pati, S. (2021). Coping with COVID-19 pandemic: Reflections of older couples living alone in urban Odisha, India. *Primary Health Care Research & Development*, 22, e64.
- Martins, A. M. E. B., et al. (2015). Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 69(4), 328-339.
- Martos, T. C., & Casarin, H. D. C. S. (2020). Saúde, informação e pandemia: comportamento de busca da informação sobre covid-19 por idosos. *Revista Fontes Documentais*, 3, 192-202.
- Minayo, M. C. D. S. (1992). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In O

desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (pp. 269-269).

- Miranda, L. M. D., & Farias, S. F. (2009). Contributions from the internet for elderly people: a review of the literature. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 383-394.
- Oliveira, G. K. A., Moraes, K. L., Caetano, T. A., dos Santos, D. C. G., de Oliveira, T. M. M., & Borges, C. J. (2022). Perfil de letramento em saúde de portadores de doença renal crônica em tratamento pré-dialítico/Health literacy profile of patients with chronic kidney disease on pre-dialysis treatment. *Journal of Nursing and Health*, 12(1).
- Osborn, C. Y., Paasche-Orlow, M. K., Bailey, S. C., & Wolf, M. S. (2011). The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *American journal of health behavior*, 35(1), 118-128.
- Paskulin, L. M. G., et al. (2022). *Letramento em saúde e envelhecimento: perspectivas para a enfermagem*. In: Programa de Atualização em Enfermagem (PROENF): Saúde do Idoso, Ciclo 4/ Organizados pela Associação Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health promotion international*, 24(3), 285-296.
- Romero, S. S., Scortegagna, H. D. M., & Doring, M. (2019). Nível de letramento funcional em saúde e comportamento em saúde de idosos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27, e5230017.
- Santos, M. I. P. D. O., & Portella, M. R. (2016). Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 156-164.
- Scortegagna, H. D. M., Santos, P. C. S. D., Santos, M. I. P. D. O., & Portella, M. R. (2021). Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, 25, e20200199.
- Scortegagna, H. D. M., Santos, P. C. S. D., Santos, M. I. P. D. O., & Portella, M. R. (2021). Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, 25, e20200199.
- Serbim, A. K., Santos, N. O. D., & Paskulin, L. M. G. (2022). Efeitos da intervenção Alfa-Saúde na alfabetização em saúde do idoso na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.
- Souza, J. G., Apolinario, D., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Campora, F., & Jacob-Filho, W. (2014). Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ open*, 4(2).
- World Health Organization. (2020). *Q&A on Coronaviruses*.
- Yodmai, K., Pechrapa, K., Kittipichai, W., Charupoonpol, P., & Suksatan, W. (2021). Factors associated with good COVID-19 preventive behaviors among older adults in urban communities in Thailand. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211036251.



POSFÁCIO

Hermano Albuquerque de Castro
Marco Antônio Carneiro Menezes
Márcia Corrêa e Castro

É com grande alegria que saudamos a iniciativa de publicação das experiências apresentadas durante a I Mostra Brasileira de Literacia em Saúde, iniciativa coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e que contou com a participação de vários profissionais, de diferentes regiões do país, que têm se dedicado a compreender como as pessoas buscam, compreendem, avaliam e dão sentido a informações sobre saúde, tendo como objetivo cuidar de sua própria saúde, de sua família ou comunidade.

Embora a literacia em saúde seja um conceito amplamente conhecido e trabalhado em diversos países, no Brasil ainda vemos um processo progressivo e recente de debates sobre o tema, principalmente no meio acadêmico. Na Fiocruz, o tema começa a ser abordado em estudos e em projetos de pesquisa, em um movimento crescente que esperamos poder resultar, muito em breve, em políticas públicas efetivamente orientadas pela literacia em saúde dos grupos e indivíduos a que se destinam.

Do ponto de vista da saúde individual, sabemos que as pessoas com níveis mais avançados de literacia em saúde tendem a cuidar melhor de sua saúde, navegam com mais facilidade pelos serviços de saúde e se engajam com mais frequência nas iniciativas visando a promoção da saúde e da qualidade de vida em suas comunidades. Já do ponto de vista coletivo, exemplos de diferentes partes do mundo nos mostram que os grupos populacionais com níveis mais desenvolvidos de literacia em saúde apresentam resultados melhores de saúde. E, portanto, se faz necessário e urgente pensar em programas e políticas de saúde que sejam, de fato, orientadas para o desenvolvimento, individual e coletivo, da literacia em saúde.

Como qualquer conjunto de habilidades e competências, a literacia em saúde pode – e deve! – ser desenvolvida por meio de programas de educação em saúde, voltados para profissionais de saúde, grupos populacionais específicos e para a população em geral. Nesse sentido, a Fiocruz, por meio da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e do Canal Saúde, se incorpora à iniciativa e promove, através da participação de seus professores e pesquisadores, a possibilidade de avançar na produção do conhecimento sobre o tema, no país e no exterior, por meio do fomento à pesquisa sobre a temática, de sua incorporação em nos nossos cursos e programas de formação e na promoção de estratégias para a divulgação e a comunicação desse importante objeto de estudos e práticas, para dentro e fora dos espaços acadêmicos.

A I Mostra Brasileira de Literacia em Saúde se constituiu em um rico e estratégico espaço para aproximação de grupos de pesquisa, professores, pesquisadores e atores da prática do país, visando o intercâmbio de experiências sobre o tema e a possibilidade de, juntos, avançarmos no conhecimento sobre as distintas competências e habilidades que usamos para buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações sobre saúde. Principalmente quando consideramos o imenso volume de informações sobre saúde – muitas corretas, outras nem tanto, algumas, inclusive, falsas – que são produzidas e veiculadas, diariamente, pelos mais diversos canais e meios, influenciando a maneira como os indivíduos cuidam de sua própria saúde, da saúde de sua família ou comunidade.

Importante destaque faz a obra à necessidade de promoção da literacia em saúde como estratégia para o enfrentamento das práticas de desinformação em massa – sobretudo em ambientes comunicacionais pouco mediados como as redes sociais – e da produção e veiculação, cada vez mais frequente, de informações deliberadamente fabricadas (*fake news*) para influenciar processos sociais, sobretudo junto a grupos da população que não tiveram oportunidade de acesso a estratégias e programas voltados para a produção, difusão e consumo críticos de informações e conhecimentos.

A partir do reconhecimento da importância da comunicação para a promoção da saúde e do bem-estar de indivíduos e grupos da população, apoiaremos, institucionalmente, os desdobramentos da I Mostra, em particular no que diz respeito à necessidade de: consolidarmos o conceito de literacia em saúde, no país, como estratégia para a promoção de autonomia, individual e coletiva, no cuidado à saúde, sobretudo junto aos grupos mais vulnerabilizados da população brasileira; estimularmos o trabalho colaborativo entre grupos de pesquisa, pesquisadores e atores da prática, em perspectiva nacional e internacional e, assim, possibilitar que avancemos na produção de conhecimentos e práticas sobre a literacia em saúde, para além do seu domínio fundamental, entendendo que indivíduos capazes de tomar decisões efetivamente informadas tendem a adotar práticas mais saudáveis de vida e participam mais ativamente dos espaços decisórios em saúde; contribuirmos para a orientação de políticas públicas de saúde pela literacia em saúde dos grupos a que se destinam, de forma a reduzir as históricas desigualdades que marcam os processos de determinação socioambiental da saúde em nosso país; por fim, compreendermos a literacia em saúde como conjunto de habilidades e competências que devem ser desenvolvidas e, portanto, precisam estar consideradas nas estratégias de pesquisa e formação em saúde.

Acreditamos que a Fundação Oswaldo Cruz tem um papel estratégico na condução dos debates e na produção do conhecimento sobre a promoção da literacia em saúde junto aos diferentes grupos da população brasileira e, portanto, damos aqui os primeiros passos na direção de programas e políticas voltadas à promoção da literacia em saúde no país.

ORGANIZADORES

Frederico Peres – Biólogo, doutor em Saúde Coletiva com pós-doutorado em Saúde Ocupacional e Ambiental. Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e professor associado visitante da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, Portugal (ENSP NOVA). Autor do livro Literacia em Saúde (Editora Fiocruz, 2021). E-mail: frederico.peres@fiocruz.br

Adriana Miranda de Castro – Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora e coordenadora de Promoção da Saúde da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). E-mail: adriana.miranda@fiocruz.br

Nicole Fajardo M. Leão de Souza – Jornalista, mestre em Informação e Comunicação em Saúde. Tecnologista em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz, atuando como coordenadora de Mobilização de Audiência do Canal Saúde. É autora do livro Literacia digital em saúde: o papel das condições socioeconômicas de jovens brasileiros no uso da informação sobre saúde na internet. (Gênio Editorial, 2023). E-mail: nicole.leao@fiocruz.br



AUTORES

Adelita Siqueira – Atriz, graduada em Teatro pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Alberto Manuel Quintana – Psicólogo. Doutor em Ciências Sociais. Professor titular da Universidade Federal de Santa Maria, onde leciona no Curso de Graduação e no Programa de Pós-Graduação de Psicologia.

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Ana Flávia Granville-Garcia – Odontóloga. Doutora em Odontologia (Odontopediatria) com Pós-doutorado em Odontologia. Professora associada da Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Ana Kedma Correa Pinheiro – Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ana Luiza Peres Baldiotti – Odontóloga. Mestre em Odontologia. Doutoranda em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Ana Paula de Alencar Macario da Silva – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva (UFRJ). Tecnologista em Saúde Pública na Coordenação de Promoção da Saúde/VPAAPS/FIOCRUZ e docente nos cursos de Biomedicina e Medicina da Faculdade Souza Marques.

Andreivna Kharenine Serbim – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas (Campus Arapiraca).

Bruna Lopes Antonucci – Aluna de Graduação do Curso de Farmácia, Universidade Federal do Espírito Santo. Colaboradora do Laboratório de Inovação em Cuidado Farmacêutico, Universidade Federal do Espírito Santo (Linc/UFES).

Carla Fabiana Tenani – Odontóloga. Doutora em Odontologia. Professora do curso de Odontologia da Faculdade Anhanguera de Campinas e Professora Colaboradora da Faculdade de Medicina de Jundiá e da Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas.

Carla Lourenço Tavares de Andrade – Estatística. Doutora em Saúde. Tecnologista em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ.

Carlos Gabriel Avelar de Bustamante Sá – Educador Físico. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Carolina Matteussi Lino – Enfermeira. Mestra em Odontologia. Doutorando em Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

Clarice Maria Araújo Chagas Vergara – Nutricionista. Doutora em Biotecnologia com Pós-doutorado em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Curso de Nutrição, Universidade Estadual do Ceará.

Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos – Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta da Universidade Estadual do Ceará, atuando no curso de Nutrição.

Cleides Oliveira dos Santos Fernandes – Assistente Social. Coordenadora Geral de Projetos Sociais da Fundação Oásis.

Daiane Batista dos Santos de Almeida – Jornalista. Mestranda em Informação e Comunicação em Saúde na Fundação Oswaldo Cruz.

Dayze Djanira Furtado de Galiza – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva. Professora Adjunta da Universidade Federal de Campina Grande. Membro fundador da Rede Brasileira de Letramento em Saúde.

Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo – Farmacêutico. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Adjunto do Departamento de Ciências Farmacêuticas da e pesquisador do Laboratório de Inovação em Cuidado Farmacêutico (Linc), Universidade Federal do Espírito Santo.

Eliene do Socorro da Silva Santos – Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.

Elisa Maria Bispo Beltrão – Enfermeira graduada pelo Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

Erika Maria Barbosa Nunes – Enfermeira graduada pelo Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

Evily Emanuelle da Silva – Enfermeira graduada pelo Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

Fabian Calixto Fraiz – Odontólogo. Doutor em Odontologia com Pós-doutorado em Odontopediatria. Professor Titular da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Paraná.

Fernanda de Moraes Ferreira – Odontóloga. Doutora em Ciências Odontológicas com Pós-doutorado em Odontologia. Professora Associada da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Gabriel Ribeiro do Valle – Enfermeiro. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Helena Alves de Carvalho Sampaio – Nutricionista. Doutora em Farmacologia. Professora Emérita e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará. Membro das diretorias executiva e científica da Rede Brasileira de Letramento em Saúde.

Hermano Albuquerque de Castro – Médico. Doutor em Saúde Pública. Pesquisador e Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

Isolda Mirelle de Lima Ferreira Prata – Odontóloga. Mestre em Odontologia. Participa do grupo de pesquisa Alfabetismo em Saúde Bucal da Universidade Federal de Minas Gerais.

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Universidade do Estado do Pará.

José Ivo Pedrosa – Médico. Professor Titular em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Piauí, atuando nos Programas de Pós-Graduação em Ciências e Saúde e Saúde da Família. Coordenou a Área de Educação Popular em Saúde no Ministério da Saúde, Brasil, de 2003 a 2010.

Júlia Lara Resende – Estudante de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Kérilin Stancine Santos Rocha – Farmacêutica. Doutora em Ciências da Saúde. Coordenadora do Laboratório de Inovação em Cuidado Farmacêutico, Universidade Federal do Espírito Santo (Linc/UFES).

Laila Jôrrane de Lima – Enfermeira. Colaboradora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca. Enfermeira Plantonista na Unidade de Pronto Atendimento Rosa Mística e Coordenadora da Unidade de Pronto Atendimento Rosa Mística, em Craíbas/AL.

Larissa Chaves Morais de Lima – Odontóloga. Doutora em Odontologia. Professora Substituta de Endodontia da Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Laura Maria Vidal Nogueira – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Universidade do Estado do Pará.

Liana Paraguassu – Linguista. Doutoranda em Estudos da Linguagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora em Letramento em Saúde e Comunicação Acessível em Saúde, UFRGS.

Lisidna Almeida Cabral – Nutricionista. Mestra em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação e Pós Graduação em Nutrição do Centro Universitário Chritus (Unichristus).

Luci Ana Santos da Cunha – Pedagoga. Mestra em Didática, Metodologia e Teorias do Ensino. Doutoranda em Saúde Pública. Professora convidada no Instituto Sedes Sapientiae-CNRVV.

Manoelito Ferreira Silva Junior – Odontólogo. Doutor em Odontologia com Pós-doutorado em Ciências da Saúde. Professor Assistente Doutor no Departamento de Saúde I da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA.

Marcia Correa e Castro – Jornalista, Mestra e Doutora em Educação. Fundadora da organização sem fins lucrativos BemTV: Educação e Comunicação. Tecnologista em Saúde Pública e Coordenadora do Canal Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz.

Marcio Yrochy Saldanha dos Santos – Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará.

Marco Antônio Carneiro Menezes – Biólogo. Mestre em Saúde Pública. Tecnologista Sênior e Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz.

Maria da Luz Rosário de Sousa – Odontóloga. Doutora em Saúde Pública.

Professora Titular e Livre-Docente da Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas.

Maria de Fátima Lobato Tavares – Médica. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Maria José Bocorny Finatto – Graduada em Letras. Doutora em Letras com Pós-Doutorado em Ciência da Computação e Linguística. Professora Titular de Linguística, Instituto de Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Maria Luisa Leandro de Souza Dias – Aluna do Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Mariana Ferreira Pinto – Nutricionista colaboradora do Grupo de Estudos em Nutrição e Epidemiologia da Universidade Estadual do Ceará.

Mariane Carolina Faria Barbosa – Odontóloga. Doutora em Odontopediatria e colaboradora da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Marilia Jesus Batista – Odontóloga. Doutora em Odontologia e Saúde Coletiva com Pós-Doutorado na mesma área. Professora colaboradora da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.

Michele Soltosky Peres – Fonoaudióloga. Doutora em Linguística com Pós-Doutorado em Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Professora do Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.

Monaliza Stephany César Silva – Enfermeira. Colaboradora da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

Monique Francielle Lopes Pereira – Fisioterapeuta. Fundação Oásis, Minas Gerais.

Mykaelle Yasmin Alexandre da Silva – Aluna do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

Nayra Santos Braga – Aluna do Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Pâmella Padilha Brito – Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasil.

Paulo de Tarso Xavier Sousa Junior – Psicólogo. Mestre em Psicologia. Professor Substituto da Faculdade de Psicologia, Universidade Estadual do Maranhão.

Raquel Ajub Moyses – Médica. Doutora em Medicina. Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Roanny Torres Lopes – Odontóloga. Mestra em Odontologia. Colaboradora da Universidade Estadual da Paraíba.

Saul Martins de Paiva – Odontólogo. Doutor em Ciências Odontológicas com Pós-Doutorado em Odontologia Preventiva e Social. Professor Titular do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Sheila Nascimento Pereira de Farias – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Soraia Pinheiro Machado – Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva com Pós-doutorado na mesma área. Professora Adjunta do Curso de Nutrição e docente permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Stéphanhy Nogueira de Souza – Enfermeira. Colaboradora da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

Sylvia Maria Lordello da Silva – Médica Cardiologista. Coordenação da Área de Saúde, Instituto Dara.

Tatiana Natasha Toporcov – Odontóloga. Doutorado em Ciências Odontológicas com Pós-Doutorado em Epidemiologia. Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Terezinha Nunes da Silva – Enfermeira. Especialista em Oncologia e em Saúde Pública. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Walterlânia Silva Santos – Enfermeira. Doutora em Ciência da Saúde com Pós-Doutorado na mesma área. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília.

Yuri Silva Ferreira de Souza – Aluno de Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso à informação 70, 140, 142, 144, 146, 148, 165, 199, 201, 204, 250, 252, 256, 257

Acesso aos serviços 112, 145, 150, 190, 191

Alfabetização 14, 20, 21, 22, 25, 26, 30, 35, 39, 40, 52, 81, 96, 97, 98, 105, 191, 201, 219, 259

Alfabetização em saúde 14, 20, 21, 22, 40, 81, 97, 98, 191, 219, 259

Atenção à saúde 12, 164, 182, 221

Atenção Básica 47, 64, 66, 67

Atenção Primária em Saúde 109, 153

Autocuidado 9, 11, 14, 22, 36, 39, 47, 69, 70, 83, 108, 115, 120, 137, 140, 148, 151, 155, 198, 199, 204, 242, 248, 253, 254, 255, 257

Autonomia 11, 13, 14, 32, 33, 35, 39, 41, 56, 57, 66, 103, 123, 129, 140, 148, 166, 183, 190, 203, 207, 208, 213, 216, 217, 218, 229, 230, 240, 243, 258, 262

Avaliação 34, 36, 40, 44, 49, 63, 64, 66, 68, 85, 88, 92, 105, 114, 115, 138, 139, 141, 143, 153, 154, 155, 156, 160, 164, 167, 168, 171, 179, 185, 200, 206, 223, 235, 236, 242, 245, 248, 250, 252, 253, 256, 257

Avaliar 13, 15, 26, 29, 31, 35, 38, 43, 50, 52, 53, 55, 61, 63, 64, 72, 83, 88, 89, 140, 151, 155, 160, 163, 165, 178, 184, 185, 197, 198, 209, 234, 235, 236, 240, 241, 242, 247, 248, 249, 250, 254, 256, 257, 261

B

Bem-estar 56, 107, 123, 125, 129, 132, 145, 158, 167, 234, 262

Brasil 48, 103, 104, 244

Busca (informações) 34, 36, 40, 44, 47, 52, 56, 88, 98, 107, 124, 138, 141, 148, 153, 168, 183, 190, 196, 198, 204, 209, 210, 214, 223, 224, 248, 254,

256, 257, 258

C

Cobertura vacinal 21, 102, 136, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 148

Competências 11, 13, 14, 15, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 52, 61, 83, 95, 100, 107, 136, 138, 140, 144, 158, 165, 197, 198, 201, 222, 234, 241, 261, 262

Compreender 10, 13, 15, 26, 31, 33, 35, 37, 38, 40, 43, 44, 51, 52, 55, 61, 69, 83, 84, 95, 98, 107, 124, 128, 140, 143, 152, 155, 165, 179, 183, 190, 197, 198, 202, 203, 228, 234, 236, 241, 247, 249, 250, 256, 257, 260, 261

Compreensão 10, 14, 29, 34, 36, 37, 38, 40, 44, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 72, 77, 78, 82, 83, 84, 89, 95, 106, 107, 108, 123, 124, 136, 138, 152, 153, 155, 160, 164, 166, 168, 171, 183, 185, 191, 201, 212, 227, 228, 235, 236, 241, 242, 248, 250, 252, 253, 255, 256, 257

Comunicação 10, 11, 21, 28, 29, 33, 34, 35, 39, 41, 43, 44, 46, 47, 55, 56, 61, 64, 69, 73, 76, 77, 79, 84, 90, 94, 95, 98, 107, 108, 138, 141, 142, 143, 148, 152, 153, 156, 160, 165, 170, 173, 195, 196, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 222, 227, 230, 234, 235, 241, 242, 253, 255, 256, 258, 261, 262

Comunicação em saúde 29, 35, 39, 44, 64, 90, 199, 234

Condições de saúde 31, 107, 108, 113, 115, 118, 139, 143, 163, 217, 239, 254

COVID-19 8, 133, 134, 149, 179, 205, 219, 247, 258, 259

Cuidado 227, 228

D

Desigualdade(s) 9, 55, 94, 212

Determinante social 54, 183, 212, 217

Determinantes sociais 10, 14, 99, 120, 134, 199, 204, 208, 217, 218, 229

Diabetes 81, 92, 106, 110, 111, 115, 118, 120, 153, 156, 234, 240, 244, 245, 251, 254, 259

Digital 20, 22, 35, 36, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 97, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179,

180, 181, 197, 198, 199, 200, 201, 204, 205, 216, 234, 255, 263

Doença(s) 120

Doenças Crônicas 60, 106, 233, 235, 244

Doenças Crônicas Não Transmissíveis 106, 235

E

Educação 20, 21, 39, 41, 42, 43, 55, 60, 65, 68, 76, 78, 79, 94, 99, 100, 102, 103, 105, 130, 131, 140, 142, 144, 149, 151, 152, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 163, 166, 183, 191, 192, 208, 214, 217, 229, 230, 258, 261

Educação em saúde 41, 42, 55, 79, 100, 105, 130, 140, 142, 149, 151, 154, 155, 158, 159, 160, 192, 229, 230, 258, 261

Empoderamento 32, 33, 35, 39, 99, 100, 107, 108, 116, 165, 213, 216, 218

Envelhecimento 106, 120, 150, 151, 162, 166, 170, 221, 259

Escola 10, 99, 102, 104, 105, 176, 183, 185, 187, 188, 189, 191

Escolaridade 35, 65, 66, 72, 73, 78, 82, 83, 84, 87, 88, 89, 108, 112, 113, 114, 117, 139, 150, 151, 155, 156, 157, 158, 171, 176, 177, 178, 183, 189, 208, 211, 217, 249, 250, 254

F

Fake News 254

Fundação Oswaldo Cruz 4

G

Glicemia 112, 114

H

Habilidade(s) 29, 36, 50, 62, 163, 201, 256

Hábitos 32, 108, 152, 155, 182, 183, 184, 192, 208, 252, 255, 257

Hábitos alimentares 182

Hipertensão 108, 110, 111, 114, 153, 156, 234, 240, 251, 254

Hospital 118, 132, 152, 153, 154, 157, 192, 193

Hospitalar 22, 122, 123, 124, 132, 151, 152, 153, 154, 156, 159, 160, 161, 221, 227, 230
Hospitalização(ões) 14, 109, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 131, 133, 152, 153, 160

I

Idoso 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 249, 254, 257, 258, 259
Infodemia 35, 47, 57, 126, 133, 137, 173, 195, 197, 205, 254
Informação 10, 11, 22, 27, 28, 29, 34, 35, 37, 38, 40, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 70, 90, 95, 99, 136, 137, 138, 140, 142, 144, 146, 148, 155, 164, 165, 169, 173, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 206, 213, 214, 215, 218, 229, 235, 241, 249, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 257, 258, 263
Informações 9, 10, 11, 13, 14, 15, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 77, 78, 81, 82, 83, 94, 95, 98, 99, 102, 107, 108, 112, 116, 126, 128, 129, 130, 136, 138, 140, 142, 143, 146, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 163, 164, 165, 168, 169, 170, 173, 174, 175, 178, 179, 183, 185, 189, 190, 191, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 222, 228, 234, 236, 238, 239, 241, 242, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 260, 261
Internet 28, 35, 37, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 58, 73, 74, 77, 99, 155, 163, 164, 169, 170, 171, 173, 174, 177, 178, 195, 198, 199, 200, 213, 214, 215, 216, 250, 254, 256, 259, 263

L

Letramento em Saúde 5, 69, 72, 75, 77, 83, 90, 95, 222, 266, 267, 269
Letramento Funcional 6, 69
Linguagem 6, 82, 88, 89
Linguagem Simples 6, 82, 88, 89

Literacia em saúde 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 54, 55, 56, 90, 97, 98, 102, 105, 107, 114, 120, 123, 129, 133, 134, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 146, 147, 148, 163, 171, 172, 184, 188, 192, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 218, 260, 261, 262

M

Materiais educativos 61, 63, 65, 154

Material educativo 40, 65

Mídia 46, 52, 173, 196, 250

Mídias sociais 34, 43, 48, 169, 170

O

OMS 48, 106, 107, 108, 109, 111, 136, 137, 150, 158, 162, 191

Organização Mundial da Saúde 39, 48, 102, 106, 109, 111, 136, 150, 162

P

Política 11, 56, 130, 134, 203, 213, 227, 243

Política pública 227, 243

Políticas de saúde 168, 260

Políticas públicas 3, 5, 55, 56, 60, 67, 70, 78, 79, 102, 118, 123, 126, 130, 135, 145, 158, 184, 191, 192, 200, 243, 260, 262

Prevenção 22, 60, 62, 67, 68, 69, 78, 83, 92, 99, 103, 107, 108, 109, 123, 130, 133, 134, 144, 150, 151, 163, 169, 192, 197, 203, 205, 221, 235, 242, 245, 247, 248, 253, 255, 256, 258

Promoção da saúde 9, 11, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 32, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 49, 56, 70, 83, 90, 104, 108, 109, 116, 117, 118, 133, 147, 150, 151, 163, 169, 174, 198, 203, 204, 207, 208, 213, 216, 218, 219, 220, 231, 234, 239, 240, 243, 244, 247, 260, 261, 262

Q

Questionário 49, 52, 72, 79, 101, 111, 112, 124, 184, 209, 249

R

Risco 67, 87, 106, 107, 109, 115, 117, 128, 133, 139, 145, 147, 152, 158,
174, 178, 203, 207, 233, 234, 240, 244, 247, 248, 252

Risco(s) à saúde 26, 160, 174, 203

S

Saúde 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30,
31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51,
52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 74, 76, 77,
78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 90, 91, 92, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102,
103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117,
118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 133,
134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148,
149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163,
164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178,
179, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197,
198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213,
214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 227, 228, 229, 230, 231, 232,
233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248,
249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263

Saúde digital 47, 48, 50, 171, 179, 198

Saúde Pública 14, 39, 50, 67, 80, 91, 101, 121, 149, 193, 194, 205, 219, 261,
263, 264, 265, 267, 269, 270, 272

Secretaria Municipal de Saúde 4

T

Tecnologia 46, 64, 89, 121, 139, 167, 168, 171, 200, 201, 251

U

Usuário 50, 54, 61, 90, 159, 242, 243

V

Vacina 129, 130, 141, 143, 145, 147, 253

Vacinação 21, 49, 102, 130, 135, 136, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146,
147, 249

W

WhatsApp 10, 156, 157, 252

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-073-4



9 786554 162073 4