



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARLOS ROMUALDO DE CARVALHO E ARAÚJO

LETRAMENTO EM SAÚDE DE GESTANTES NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

SOBRAL
2022

CARLOS ROMUALDO DE CARVALHO E ARAÚJO

LETRAMENTO EM SAÚDE DE GESTANTES NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Socorro de Araújo Dias

SOBRAL

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A6881 Araújo, Carlos Romualdo de Carvalho e.
LETRAMENTO EM SAÚDE DE GESTANTES NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA / Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo. – 2022.
83 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Maria Socorro de Araújo Dias.

1. Alfabetização em Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Comunicação Interdisciplinar. 4. Estratégia Saúde
da Família. I. Título.

CDD 610

CARLOS ROMUALDO DE CARVALHO E ARAÚJO

LETRAMENTO EM SAÚDE DE GESTANTES NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria Socorro de Araújo Dias (Orientador)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof Dr José Reginaldo Feijão Parente (Examinador Externo)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga (Examinador Interno)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª Dr^ª Maria da Conceição Coelho Brito (Examinadora Suplente)
Faculdade Luciano Feijão (FLF)

A Deus.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre tão maravilhoso e generoso! Deus, sempre te pedi que meus sonhos estivessem em concordância com os teus, e a realização deste sonho é a certeza disso. Senhor, a tua misericórdia, a tua graça e o teu amor me fizeram chegar até aqui! Tua graça me basta!

À minha família, sinônimo de amor, que nunca mediram esforços para me ensinar o caminho do bem, e sempre me apoiaram em mais essa etapa da minha vida. Sem vocês, eu não chegaria até aqui. Muito obrigada por tudo! O amor que sinto por vocês é incondicional.

Ao meu companheiro, Diego, pessoa que eu aprendi a admirar pela determinação e compromisso com o que faz e amar pela pessoa que você é. Agradeço por estar sempre ao meu lado, pronto a me ajudar e pela convivência agradável ao longo desses anos.

A minha orientadora, Professor Socorro Dias, pela oportunidade de realizar este trabalho. Obrigado pela confiança e por me atender com paciência todas as vezes que “bati em sua porta”. Agradeço por todos os ensinamentos compartilhados de forma admirável, e por me guiar nos passos da pós-graduação. Pessoa iluminada, e prova de que Deus coloca anjos em nosso caminho. Um grande exemplo de força e serenidade. Obrigado por me oferecer um ombro amigo sempre que precisei. A você, minha eterna gratidão! Muito obrigado por tudo!

Ao meu coorientador, Professor Mayorga, por toda a ajuda durante a realização deste trabalho. Sua contribuição foi essencial para a concretização dessa pesquisa. Muito obrigado! E lembre-se: nunca foi sorte, sempre foi Deus!

Aos **professores** participantes da banca examinadora pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos **professores do programa de pós-graduação** por todo conhecimento transmitido durante o curso de Mestrado, e pela convivência agradável no dia a dia.

Aos meus amigos por todos os momentos felizes compartilhados e pelo apoio nos momentos difíceis, saibam que um gesto de carinho ou uma palavra amiga me deram força nesse percurso.

As gestantes colaboradoras dessa pesquisa, pelo tempo concedido na coleta. E aos colegas, alunos, internos e residentes que me ajudaram na fase da coleta.

A minha Coordenação e colegas de trabalho, agradeço do fundo do coração por todo tempo destinado a me ajudar, sempre com calma e atenção.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas. Conviver com vocês ao longo desses anos foi sensacional. Muito obrigado por toda forma de ajuda, pela companhia durante um café, pelas inúmeras conversas e risadas. Vocês são especiais e tornaram o caminhar do Mestrado muito mais agradável.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigado!

“As funções de comunicação e apoio aos cuidados pré-natais são essenciais, não só para salvar vidas, mas também para melhorar a vida, a utilização dos cuidados de saúde e a sua qualidade”. (OMS, 2016, p. 1).

RESUMO

O Letramento em Saúde considera as habilidades cognitivas e sociais como determinantes da motivação e capacidade dos indivíduos em ter acesso, compreender e utilizar as informações obtidas. Delineia-se no campo da Educação em Saúde. Diversos são os grupos que a Atenção Primária à Saúde desenvolve suas ações, um destes são as gestantes uma vez que se configuram como grupo prioritário de atenção à saúde, face as singularidades do cuidado nesse período. Essa pesquisa objetiva avaliar o Letramento em Saúde em gestantes no contexto da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2021 a fevereiro de 2022 com a aplicação do instrumento - Short-TOFHLA a 363 gestantes, representando 24,2% das gestantes acompanhadas pela ESF, no período da coleta de dados. A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética da UVA, parecer: 4.433.414. Para análise, os dados foram expostos ao programa estatístico R, versão 4.0. Para análise de associações entre o Letramento em Saúde e a gestação utilizou-se o Teste qui-quadrado χ^2 de Pearson, Teste não-paramétrico de Mann-Whitney, Teste não paramétrico de Kruskal-wallis e Teste de Dunn. Para significância estatística adotou-se um p-valor < 0,05. O grupo entrevistado foi caracterizado quanto: i) condicionantes sociais e demográficos: idade, escolaridade, renda mensal e hábitos de leitura e ii) condicionantes de saúde: idade gestacional (IG), classificação de risco e complicações na/para a gestação. Os resultados apontaram que 240 gestantes residem na sede do município e 123 em distritos. Com a aplicação do Short-TOFHLA, a categoria letramento em saúde adequado obteve maior porcentagem com 69%, letramento inadequado, 22% e marginal, 19%. No que se refere a idade, a média do grupo foi 29,0 anos. A maioria das gestantes possuía ensino médio completo e menos de 12 anos de estudo, 220 (60,60%), entretanto ao associar a escolaridade com a localidade, concluiu-se que as gestantes da sede apresentaram maior nível de escolaridade, 62,50%, (150) que as gestantes residentes em distritos 57% (70). Em relação a renda mensal, 82,4% (299) das gestantes sobrevivem com até um salário mínimo, 15,4% (56) com 2 a 3 salários mínimos e 2,20% (8) acima de 3 salários. Um dos resultados marcantes da pesquisa foi sobre os hábitos de leitura, 86% (311) das gestantes têm as redes sociais como principal fonte de leitura, diferindo da leitura por meio de informações impressas, 19,55% (71) das gestantes afirmam ter esse hábito. Resultado calculado pelo qui-quadrado demonstra associação entre letramento em saúde e hábito de leitura de informação online (redes sociais). Conclui-se que idade, grau de escolaridade, renda e local de moradia são fatores preditivos para o Letramento em Saúde nas gestantes, requerendo, pois, dos profissionais habilidades e abordagens adequadas a cada perfil de gestante para assegurar melhores resultados em saúde, com ênfase no entendimento da condição de gestação e orientações profissionais e prática de autocuidado.

Palavras-chave: Alfabetização em Saúde; Avaliação em Saúde; Comunicação Interdisciplinar; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Health Literacy considers cognitive and social skills as determinants of individuals' motivation and ability to access, understand and use the information obtained. It is outlined in the field of Health Education. There are several groups that Primary Health Care develops its actions, one of these are pregnant women since they are configured as a priority group of health care, given the singularities of care in this period. This research aims to evaluate Health Literacy in pregnant women in the context of the Family Health Strategy. This is a cross-sectional study with a quantitative-qualitative approach. Data collection took place from October 2021 to February 2022 with the application of the instrument - Short-TOFHLA to 363 pregnant women, representing 24.2% of pregnant women monitored by the ESF, during the data collection period. The research is approved by the Ethics Committee of UVA, opinion: 4,433,414. For analysis, the data were exposed to the R statistical program, version 4.0. Pearson's chi-square test, Mann-Whitney's non-parametric test, Kruskal-wallis' non-parametric test and Dunn's test were used to analyze associations between Health Literacy and pregnancy. For statistical significance, a p-value < 0.05 was adopted. The interviewed group was characterized in terms of: i) social and demographic conditions: age, education, monthly income and reading habits and ii) health conditions: gestational age (GA), risk classification and complications in/for pregnancy. The results showed that 240 pregnant women live in the municipality and 123 in districts. With the application of the Short-TOFHLA, the category adequate health literacy had the highest percentage with 69%, inadequate literacy, 22% and marginal, 19%. With regard to age, the group average was 29.0 years. Most pregnant women had completed high school and had studied for less than 12 years, 220 (60.60%), however, when associating schooling with the location, it was concluded that pregnant women in the headquarters had a higher level of education, 62.50 %, (150) than pregnant women residing in districts 57% (70). Regarding monthly income, 82.4% (299) of pregnant women survive with up to one minimum wage, 15.4% (56) with 2 to 3 minimum wages and 2.20% (8) with more than 3 minimum wages. One of the outstanding results of the research was about reading habits, 86% (311) of pregnant women have social networks as their main source of reading, differing from reading through printed information, 19.55% (71) of pregnant women claim to have this habit. The result calculated by the chi-square demonstrates an association between health literacy and the habit of reading information online (social networks). It is concluded that age, education level, income and place of residence are predictive factors for Health Literacy in pregnant women, requiring, therefore, from professionals skills and appropriate approaches to each profile of pregnant women to ensure better health outcomes, with emphasis in understanding the condition of pregnancy and professional guidelines and self-care practice.

Keywords: Health Literacy; Health Evaluation; Interdisciplinary Communication; Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro comparativo com três gráficos com a categorização do Letramento em Saúde das gestantes por local de moradia, Sobral, Ceará, 2022.....	40
Quadro 2 - Quadro comparativo com dois gráficos com a categorização do letramento em saúde das gestantes em duas categorias por localidade, Sobral, Ceará, 2022	41
Quadro 3 - Quadro comparativo com dois gráficos com a associação entre localidade sede e distrito e escolaridade das gestantes de Sobral, Ceará, 2022.....	42
Quadro 4 - Quadro comparativo com três gráficos com a associação da categorização do letramento em saúde e hábito de leitura - informação online (redes sociais) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	43
Quadro 5 - Quadro comparativo com três gráficos com a associação da categorização do letramento em saúde e classificação de risco (habitual, clínico e social) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Categorização do Letramento em Saúde em gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	41
Gráfico 2	- Classificação das gestantes em duas categorias Adequado e Inadequado/marginal, Sobral, Ceará, 2022.....	42
Gráfico 3	- Associação da compreensão leitora (parte A e B) com a faixa etária das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	47
Gráfico 4	- Avaliação da compreensão leitora (parte A e B) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	48
Gráfico 5	- Média de escores obtidos na dimensão compreensão leitora das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	48
Gráfico 6	- Associação da compreensão numérica com a faixa etária das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	49
Gráfico 7	- Avaliação da compreensão numérica das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	49
Gráfico 8	- Média de escores obtidos na dimensão compreensão numeramento das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	50
Gráfico 9	- Média dos anos de estudo das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	50
Gráfico 10	- Mediana dos anos de estudo com categorização de letramento (adequado e marginal/inadequado) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos condicionantes sociais e demográficos das gestantes (N=363) um estudo sobre Letramento em Saúde, com a escala S-TOFHILA, na cidade de Sobral, Ceará, 2022.....	39
Tabela 2 – Descrição dos condicionantes de saúde das gestantes (N=363) um estudo sobre Letramento em Saúde, com a escala S-TOFHILA, na cidade de Sobral, Ceará, 2022.....	40
Tabela 3 – Associação entre a categorização do letramento em saúde e localidade (sede e distrito) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	43
Tabela 4 – Associação entre a categorização do letramento em saúde e hábito de leitura - informação online (redes sociais) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	45
Tabela 5 – Associação entre a categorização do letramento em saúde e classificação de risco (habitual, clínico e social) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CSF	Centros de Saúde da Família
DeCS	Descritor Universal em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPVS	Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAF	Indicador de Analfabetismo Funcional
LS	Letramento em Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SICC	Sistema Integrado da Comissão Científica
S-TOFHLA	<i>Short-Test Of Functional Health Literacy In Adult</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2	Objetivos Específicos.....	21
3	MARCO TEÓRICO.....	22
3.1	Políticas públicas na saúde materno-infantil no Brasil.....	22
3.2	Atuação da equipe multiprofissional na atenção à saúde materno-infantil..	25
3.3	Instrumentos de Letramento em Saúde.....	28
4	MÉTODO.....	31
4.1	Tipo de estudo.....	31
4.2	Local do estudo.....	32
4.3	Participantes do estudo.....	33
4.4	Desenho Amostral.....	33
4.4.1	Tamanho amostral.....	33
4.4.2	Seleção amostral.....	34
4.5	Coleta de dados.....	34
4.6	Análise de dados.....	36
4.7	Aspectos éticos e legais.....	36
5	RESULTADOS.....	38
5.1	Caracterização das Gestantes Estudadas.....	37
5.2	Categorização do Letramento em Saúde segundo o S-TOFHLA e as variáveis sociodemográficas.....	40
5.3	Medida do Letramento em Saúde segundo o S-TOFHLA.....	47
5.3.1	Desempenho nas dimensões: compreensão leitora e numeramento do S- TOFHLA.....	47
6	DISCUSSÃO.....	51
7	CONCLUSÃO.....	59
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	73
	APÊNDICE B – ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E SAÚDE.....	75
	ANEXO A – TESTE S-TOPHLA	76

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o Letramento em Saúde (LS) considerando as habilidades cognitivas e sociais como determinantes da motivação e capacidade dos indivíduos em ter acesso, compreender e utilizar as informações obtidas, como forma de promoção e manutenção da saúde determinando, portanto, que não se trata apenas da leitura de um panfleto e marcação de uma consulta (WHO, 2008).

Para o Institute of Medicine (IOM) o conceito de Letramento em Saúde é o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde (IOM, 2004).

Essas definições são as mais referenciadas na literatura (SORENSEN et al., 2012), contudo o conceito de LS que incorpora e tem maior amplitude para descrever o tema em questão é o de Sorensen et al. (2012) que definem o constructo como o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida.

O Descritor Universal em Ciências da Saúde (DeCS) refere-se a *health literacy* como alfabetização em saúde ou cultura em saúde. Todavia, o termo “letramento” é considerado um constructo relativamente novo no contexto da educação brasileira e mais recente ainda o uso na área da saúde, que inclusive foi citado e discutido na Declaração de Astana (2018) visando promover educação em saúde e apoiar pessoas no alcance de conhecimentos, habilidades e recursos necessários para manter a saúde (WHO, 2018).

Identifica-se que o Letramento em Saúde é um constructo polissêmico e delinea-se no campo da Educação em Saúde, cujo recorte temático é constituído pela interseção de dois outros grandes campos de conhecimento: a Educação e a Saúde, sendo, portanto, de natureza interdisciplinar. No campo da Educação, delimita-se pela convergência dos saberes oriundos da Linguística e da Pedagogia, que estão mais diretamente relacionadas aos processos de alfabetização e letramento, e no âmbito da Saúde pelos princípios da promoção da saúde, prevenção de doenças e empoderamento dos envolvidos (PASSAMAI, 2013).

No contexto das políticas públicas, o Ministério da Saúde (MS) define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os

profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012, p.19).

Percebe-se que este conceito de Educação em Saúde apresenta elementos que pressupõem interação e encontra-se vinculado a um conjunto de disciplinas que dialogam entre si, reforçando assim a perspectiva interdisciplinar. Portanto, a Educação em Saúde pode ser tomada como uma prática social em que a consciência crítica do sujeito e sua participação nesse processo o conduzem ao encontro das soluções para seus problemas de saúde e para a transformação da realidade vivenciada (BRASIL, 2012).

Isto posto, ressalta-se que o interesse pela temática levantada nesta investigação emerge da fundamentação de diversos estudos, os quais evidenciam que o baixo nível de Letramento em Saúde é muito frequente (PARKER et al., 1995; DEWALT et al., 2004; IOM, 2004; JOVIC-VRANES et al., 2009; WHCA, 2010). E, numa perspectiva concreta, das experiências vivenciadas na gestão de política pública municipal dirigida a promoção de uma gestação saudável a mulheres em situações de vulnerabilidades.

Importante contextualizar que, na população norte-americana, nove em cada dez adultos manifestam falta de competência necessária para gerir a própria saúde e prevenir doenças (IOM, 2009). Estudos desenvolvidos mostram que, no Reino Unido, nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá, de 20% a 50% da população têm baixa competência em LS, o que pode comprometer o estado da saúde individual e coletiva (ISHIKAWA, 2008; WHCA, 2010), resultando em: baixa capacidade para gerir a própria saúde e o processo de adoecimento; baixa adesão às medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, automedicação ou uso indevido de medicamentos, e, finalmente, baixos níveis de conhecimento sobre doenças crônicas, serviços de saúde e saúde global (ISHIKAWA, 2008; JOVIC-VRANES et al., 2009; WHCA, 2010; RAWSON, 2010).

No contexto brasileiro, os estudos de Souza et al., (2005); Coelho et al., (2014); Santos, (2016) e Marques, (2017), sobre a avaliação do letramento em saúde têm priorizado o nível funcional, em ambiente clínico, por meio de instrumentos de triagem originários de outros países e idiomas, validados para o português nacional. Em que pese a relevância destes estudos, resente-se por pesquisas sobre a influência do letramento em saúde no campo da promoção da saúde e, em contextos de iniquidades.

Assim, expressa-se o entendimento que o letramento em saúde tem potencial contributivo para a promoção da saúde ao relacionar-se com o autodesenvolvimento a partir de habilidades e capacidade no autocuidado, cognição, competências pessoais, tomada de decisões em saúde, compreensão em saúde, controle da saúde, redução de riscos em saúde,

processamento das informações em saúde, manutenção da saúde no curso da vida e na interação com o sistema de saúde, melhor extração do significado de qualquer tipo de informação e de decisões em saúde que beneficiam a comunidade (SORENSEN et al., 2012; SANTOS et al., 2012; PASSAMAI et al., 2012; COELHO et al., 2014; SANTOS, 2016).

Segundo Passamai et al. (2012) o principal estudo sobre LS realizado no Brasil foi desenvolvido por Carthery-Goulart em 2009 que investigou pacientes voluntários saudáveis de dois hospitais públicos na cidade de São Paulo, ambos prestadores de serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados deste estudo trazem que 32,4% da amostra tem déficits de letramento no que concerne ao uso de conceitos numéricos na área de saúde, com desempenho inadequado ou limítrofe no instrumento utilizado pelos autores. Outros estudos desenvolvidos no país focalizaram em grupos etários ou temáticas específicas, a exemplos de: fonoaudiologia (BERBERIAN, 2006); adesão à terapia medicamentosa (MARAGNO, 2009); Alzheimer Leve e Comprometimento Cognitivo Leve comparado com controles saudáveis (OLIVEIRA, 2009); compreensão de bulas de medicamentos pelos pacientes (VOLPATO, 2009); nefrologia (SANTOS et al., 2009; MORAES, 2017; SILVA, 2019; BEZERRA, 2019); nutrição (COELHO et al., 2014); grupo de idosos (SANTOS, 2015; SANTOS, 2016; ROMERO, 2018; MARTINS, 2019; LIMA, 2019); mulheres entre 25 e 64 anos (CAMPOS, 2020); diabetes (SAMPAIO, 2015; MOURA, 2019; LUZ, 2019); doenças cardiovasculares (CHEHUEN NETO, 2019; SANTOS, 2017); adolescentes (ROCHA, 2017); pacientes com HIV/AIDS (CUNHA, 2017); cuidador de idosos (CUNHA, 2017; ALMEIDA, 2019); hipertensão (BORGES, 2019).

Esses estudos trazem evidências significativas de que o baixo LS leva as pessoas a realizarem escolhas menos saudáveis, comportamentos de maior risco, maior número de internações e custo mais alto em saúde, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Ademais, registram a influência do LS na comunicação oral entre usuários e profissionais de saúde (WHCA, 2010). Dessa forma, o cuidar em excelência está diretamente relacionado à capacidade de o indivíduo acessar informações de saúde adequadas em tempo oportuno e usá-las para a tomada de decisão assertiva em saúde (FREITAS, 2011).

Esse tema deve ser considerado ao se analisar estratégias para o aperfeiçoamento da comunicação entre o sistema de saúde, seus trabalhadores e usuários (PASSAMAI et al., 2012). Muitas das informações na rotina das consultas são fornecidas aos usuários por escrito ou, mesmo, verbalmente e, nesses casos, o sistema de saúde pode ser um elemento constrangedor para os indivíduos com limitado LS. Tais limitações, muitas vezes, são manifestadas por meio da compreensão de instruções escritas ou orais, mesmo que simples,

como por exemplo: medicação, dosagem adequada, agendamento de consulta e/ou exames e preenchimento de algum tipo de formulário (RUDD et al., 2005).

Estudos consideram que níveis baixos de Letramento em Saúde podem comprometer o funcionamento do sistema de saúde por afetar a dinâmica da comunicação entre o usuário e o profissional de saúde, tornando insegura, frágil e insatisfatória as condições de cuidado no sistema (PARKER *et al.*, 1995; GAZMARARIAN *et al.*, 1999; USDHHS, 2000; DEWALT *et al.*, 2004, IOM, 2012). Esses estudos corroboram com a experiência profissional do autor dessa pesquisa que há época da concepção do estudo estava gerente em um Centro de Saúde da Família na sede de Sobral e atualmente gerencia a Estratégia Trevo de Quatro Folhas onde é perceptível que a qualidade da atenção à saúde e o sucesso em seu gerenciamento passam pela compreensão das informações, por isso, tão importante quanto a competência de letramento dos pacientes, são o vocabulário e as habilidades de comunicação dos profissionais do campo da saúde.

Passamai (2012) considera que a comunicação por meio de uma linguagem simples deve ser apontada como uma habilidade relevante, junto a outras competências, daqueles que exercem profissões no campo da saúde. Dessa forma, no conceito da OMS (WHO, 1998), que alude às “competências cognitivas e sociais”, o Letramento em Saúde proporciona benefícios individuais e sociais, onde as habilidades cognitivas combinadas com habilidades sociais, como a comunicação, por exemplo, possibilitam melhora da condição de saúde individual e da comunidade participante. Desta forma, o LS fornece aos indivíduos as habilidades necessárias que permitem a compreensão e a comunicação das informações de interesse em saúde (PASSAMAI, 2013).

A United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - UNESCO (2009) destaca que o LS:

[...] Aumenta a consciência e influencia o comportamento dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Melhora as habilidades de comunicação, garante acesso ao conhecimento e constrói a autoconfiança e a autoestima necessárias para tomar decisões (UNESCO, 2009, p.21).

No escopo do sistema de saúde, entende-se que o LS assume condição relevante a ser tomada em consideração na busca da efetividade das ações desenvolvidas, com destaque para aquelas concernentes ao campo da Atenção Primária à Saúde (APS) que ancorada na Estratégia Saúde da Família (ESF), tem o vínculo e o acolhimento como dispositivos orientadores.

A APS, ordenadora do cuidado longitudinal em saúde, tem uma grande capilaridade na rede de cuidado e influencia diretamente na produção de indicadores de saúde,

convergindo para a função reguladora da utilização dos recursos (MACINKO E HARRIS, 2015; MARQUES, 2018). Na APS, o cuidado e o acompanhamento longitudinais perpassam por ações de promoção do bem-estar e prevenção de doenças e agravos (RASELLA, 2014). Para que essas intervenções sejam bem-sucedidas, é preciso aperfeiçoar a comunicação entre o sistema de saúde, seus trabalhadores e usuários (PASSAMAI et al., 2012).

Estudo realizado por Schillinger et al., (2003) concluiu que os usuários que têm limitado letramento, quando comparados com aqueles que possuem nível adequado, frequentemente relatam que os médicos usam muitas palavras incompreensíveis, falam muito rápido, não fornecem informações suficientes quanto ao seu estado de saúde, além de não se certificar se compreenderam bem seu problema de saúde (SCHILLINGER et al., 2003). Por esse motivo, outros estudos têm mostrado que é fundamental o aperfeiçoamento da comunicação do profissional de saúde com os usuários dos sistemas de saúde (IOM 2004; IOM 2011; MACHADO, 2014; BORGES, 2019). Entretanto, uma má comunicação afeta desfavoravelmente a adesão do usuário ao tratamento e, conseqüentemente, os resultados terapêuticos. As queixas advêm tanto dos usuários quanto dos médicos (IOM 2011).

Dentre esses usuários, tem-se as gestantes. Este segmento tem, historicamente, se configurado como grupo prioritário de atenção à saúde, com ênfase na ESF. A singularidade do período gestacional, a presença de dois seres vivos em um, o status de higidez – mas susceptível a alterações psicossociais e fisiológicas – faz com que cuidados sistemáticos sejam dirigidos ao binômio mãe-filho. Ademais, os indicadores: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e Taxa de Mortalidade Materna (TMM) são grandes marcadores da qualidade da atenção à saúde e de desenvolvimento local.

O pré-natal é considerado fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de alterações e ou doenças, tanto materna como fetais (BRASIL, 2016), por meio de medidas que assegurem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento. Este pode ser realizado por profissionais médicos e enfermeiros. O exercício do enfermeiro na realização do pré-natal está respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem Nº 7.498/86 (COFEN, 1986) a qual assegura a realização de consulta de enfermagem; prescrição de enfermagem; prescrição de medicamentos; de assistência a parturiente, puérpera e ações de educação em saúde.

Nesse escopo, o enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, pois é um profissional qualificado para assistir à mulher, possuindo um importante papel nas áreas de prevenção de agravos, educação, e promoção da saúde, além de ser agente na humanização do cuidar no ciclo gravídico-puerperal (CHAVES, 2020).

Face às evidências e compreendendo a gestação como uma fase natural, porém demandante de cuidados específicos, é basilar identificar o nível de LS das gestantes com o intento de melhor assisti-las, visto que o baixo nível de LS vem sendo o maior obstáculo para a boa compreensão da informação para o acompanhamento efetivo e eficaz do pré-natal (WHCA, 2010). Portanto, reconhecê-lo será estratégico para a realização de um pré-natal individualizado, considerando as necessidades singulares.

Espera-se que, por meio de um melhor Letramento em Saúde, seja possível tornar as informações mais acessíveis e serviços disponíveis para o planejamento familiar, o cuidado pré e pós-natal, autonomia da mulher no cuidado ao recém-nascido, no seguimento as boas práticas de imunização e cuidado com a criança.

Entretanto, mesmo de posse da consideração que o baixo nível de LS implica na dificuldade de realização do autocuidado, uso irracional de medicamentos e agravos no processo saúde–doença, ocasionando também elevação dos gastos na saúde pública, trazendo riscos negativos para a saúde e afetando a vida das gestantes e suas famílias, por exemplo: ausência nas consultas de rotina do pré-natal; baixa adesão aos exames laboratoriais e de imagem; falta nas consultas de alto risco; baixa adesão a vacinação; entende-se que há insuficiência de estudos dirigidos especificamente as repercussões do LS no pré-natal realizado na ESF (BERBERIAN, 2006; MARAGNO, 2009; SANTOS et al., 2009; VOLPATO, 2009; COELHO et al., 2014; SANTOS, 2016; MANOLA, 2020) e esta lacuna teórica é mais perceptível quando se considera a tríade: Letramento em Saúde, gestantes que realizam pré-natal e são acompanhadas pela equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família.

Nesta conjuntura, a equipe multiprofissional possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência ao pré-natal de risco habitual ou alto risco. Para isso, existem protocolos nacionais de atenção ao pré-natal que são importantes e necessários para orientar e apoiar as práticas da atenção de qualidade, oferecendo aos profissionais de saúde a normatização de procedimentos e condutas a serem realizadas em seu cuidado clínico (BRASIL, 2013; ALMEIDA, 2020).

O cuidado multiprofissional no pré-natal busca promover a saúde materna e fetal, rastrear situações de risco e tratar intercorrências de forma integral mais precocemente possível, seja por meio dos grupos de gestantes na ESF, com encontros mensais, ou ainda interconsultas com os profissionais de referência da ESF para a garantia de uma assistência pré-natal por diferentes olhares sobre as práticas do cuidado, levando a uma atenção integral, resolutiva e qualificada (ALMEIDA, 2020).

Desse modo, com o intento de contribuir para a superação desse fosso é que a presente dissertação de mestrado vinculada a um Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, realiza o estudo do LS circunscrito à atenção ao pré-natal no contexto da ESF.

A opção de trabalhar com LS conforme já ilustrada em algumas passagens deste texto tem ligação com minha experiência profissional enquanto gerente da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, por meio da observação de que as gestantes têm como importante referencial para a tomada de decisão em saúde a sua rede social, como amigas e vizinhas, além de parentes, em especial as suas mães e/ou avós; dando menos importância aos profissionais enfermeiros durante o pré-natal.

Diante do exposto, anunciam-se as perguntas que orientaram esta pesquisa: A comunicação escrita entre os profissionais da saúde e as gestantes durante o pré-natal é adequada? A maneira como os profissionais da saúde compartilham as informações numéricas às gestantes são claras e compreensíveis? As gestantes compreendem as orientações escritas repassadas pelos profissionais da saúde durante as consultas de pré-natal?

Avaliar o LS do usuário é uma preocupação crescente para os pesquisadores (SOUZA et al., 2005; JOVIC-VRANES et al., 2009; SANTOS et al., 2012; SANTOS, 2016) e profissionais da saúde, devido ao rápido acúmulo de evidências associando LS com medidas relacionadas à saúde. Desse modo, o estudo torna-se relevante na medida em que avalia o Letramento em Saúde em gestantes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, e tem o potencial de subsidiar futuras intervenções dos profissionais da saúde, visando favorecer a efetividade do cuidado de acordo com as especificidades do acompanhamento e levando em conta os fatores que o afetam.

Assim, esse estudo destaca que o LS dá condições a gestante para ter acesso, compreender e usar as informações para promover e manter uma boa gestação, conhecendo todas as etapas (consultas, agendamentos, vacinas, exames de imagem e laboratoriais) e apoiar a melhoria na atenção em saúde materno-infantil, ao produzir conhecimento sobre a educação em saúde no período gestacional. Ademais, essa dissertação reconhece os avanços na saúde materno-infantil no Brasil, mas também a necessidade de aprimoramento no processo de trabalho dirigida a este segmento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o Letramento em Saúde em gestantes no contexto da Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a compreensão de leitura das gestantes;
- Identificar as habilidades de numeramento das gestantes;
- Estabelecer o diagnóstico do Letramento em Saúde das gestantes a partir da avaliação das competências na compreensão leitora e no numeramento;
- Verificar se há associação entre o letramento em saúde e variáveis sociodemográficas.

3 MARCO TEÓRICO

Neste capítulo estão apresentadas as definições, aspectos históricos e estudos relacionados aos conceitos centrais desta peça acadêmica. Inicialmente é apresentado o desenvolvimento histórico da saúde materno-infantil no Brasil enquanto política pública. Em seguida, apresenta-se a atuação da enfermagem na atenção à saúde materno-infantil. E por fim, a definição e os instrumentos de letramento funcional em saúde.

3.1 Políticas públicas na saúde materno-infantil no Brasil

O século XVIII foi um período de constantes mudanças na relação entre estado e sociedade resultantes de transformações políticas, sociais e econômicas que impulsionaram o surgimento da medicina social fundamentada no controle social, na busca pela higiene e com foco na infância e na medicalização da família (BRASIL, 2011). Dentre as transformações ocorridas, destaca-se a institucionalização do parto e o desenvolvimento científico e tecnológico da atenção à gestação, parto, puerpério e puericultura. Esse processo foi marcado pela centralização da intervenção médica para a melhoria das condições de saúde materno-infantil (LEMOS, 2014).

Os primeiros passos da atenção à saúde materno-infantil se deram com a Reforma Sanitária de Carlos Chagas, no início do século XX. Além deste, outro momento importante deu-se na década de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, que incluíram assistência e proteção à maternidade, à infância e à adolescência (CAMPOS, 2015). No ano de 1971 foi instituída a Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, abrangendo programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, à puericultura, ao aleitamento materno e de nutrição (CARVALHO, 2019).

Ao final da década de 1970 chamavam a atenção alguns aspectos do cenário brasileiro, o qual estava permeado por uma importante crise fiscal, vivenciava um regime ditatorial militar, presenciava o crescimento do processo de redemocratização do país e um maior envolvimento da população em busca da inclusão de novos segmentos beneficiários das políticas públicas. Neste cenário, ocorreu também o fortalecimento do movimento feminista, incluindo a questão de gênero na agenda de políticas públicas (CARVALHO, 2019).

Como resultado do movimento feminista, no ano de 1984, conquistou-se a formulação do Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerado inovador

por avançar na compreensão da mulher em sua totalidade e superando a visão meramente reprodutiva (BRASIL, 2011).

Os princípios e diretrizes dessa política se alinhavam às discussões do movimento sanitário brasileiro, como a descentralização, a hierarquização, a regionalização, a integralidade e a equidade (PAIVA, TEIXEIRA, 2014). Com a consolidação do SUS ao longo da década de 1990, as ações do PAISM se beneficiaram da municipalização da assistência à saúde e do modelo nascente de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

Já em relação a saúde infantil, ao final da década de 1970 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), cujas principais ações focavam no crescimento e desenvolvimento, no controle das diarreias e da desidratação, das infecções respiratórias agudas, na prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso, na prevenção de acidentes e intoxicações e na assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2011).

Na década de 1990, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente garantiu às crianças amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado. Nesse documento é destacada a ação dos serviços públicos sobre a gestação, parto e puericultura, visando condições adequadas de aleitamento materno (TIRONI, 2018).

Com embasamento nessas políticas, a saúde materno-infantil chega ao final do século XX tendo como objetivo central a redução da mortalidade materna e infantil (ARAÚJO et al., 2014). Apesar do avanço significativo em relação a esse objetivo, a maioria dos óbitos maternos e infantis ocorridos no país ainda são de causa evitável, a atenção no puerpério não está completamente consolidada nos serviços de saúde e a atenção ao parto e nascimento é medicalizada, potencialmente iatrogênica e marcada pela prática abusiva da cesariana (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011; CAMPOS, 2015).

Posteriormente, no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica são propostos um maior número de indicadores materno-infantis para qualificação da atenção em saúde materno-infantil, a saber: 1) a proporção de gestantes cadastradas pelas equipes de Atenção Básica; 2) a média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; 3) a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 4) a proporção de gestantes com pré-natal no mês; 5) a proporção de gestante com pré-natal em dia; 6) a proporção de gestantes acompanhadas por meio de visita domiciliar; 7) a média de atendimentos de puericultura; 8) a proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo; 9) a proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia; 10) a proporção de crianças menores de 2 anos pesadas; 11) a média

de consultas médicas para menores de um ano; 12) a média de consultas médicas para menores de cinco anos; 13) a proporção de crianças com baixo peso ao nascer; 14) a proporção de crianças menores de um ano acompanhadas em domicílio; 15) a cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, frente aos desafios citados, o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, instituiu a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê) (BRASIL, 2011; NUNES, 2022).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil no País e ser implantada, gradativamente, em todo o território nacional. O início de sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Desta forma, a Rede Cegonha conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (BITTENCOURT, 2021).

Os princípios da Rede Cegonha são: 1) humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência; 2) organização dos serviços de saúde enquanto uma Rede de Atenção à Saúde (RAS); 3) acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; 4) vinculação da gestante à maternidade; 5) gestante não peregrina; 6) realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha está inserida no âmbito do componente pré-natal como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de atenção básica na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Constituiu-se em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e

dos gestores, pode contribuir para a contínua melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica.

Após esse sucinto resgate histórico, percebe-se os importantes avanços da atenção à saúde materno-infantil, salienta-se o constante aprimoramento, claro que se observa a necessidade de avançar para uma atuação integral e para a inclusão da família, seja no processo de trabalho, seja na educação em saúde de modo continuado (ARAÚJO et al., 2014). Desta forma, essa dissertação buscando contribuir nesse processo de construção da atenção em saúde materno-infantil, apoiando a implantação e implementação de ações educativas no contexto da atenção em saúde.

3.2 Atuação da equipe multiprofissional na atenção à saúde materno-infantil

A reforma no setor saúde de 1988 no Brasil trouxe o Sistema Único de Saúde (SUS) e com ele o princípio da descentralização. Além disso, a mudança no modelo assistencial por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), configurando-se como a reorganizadora do modelo de atenção à saúde, teve como base o trabalho em equipe e a abordagem familiar, o processo saúde–doença como uma produção social ganhou reconhecimento, na intenção de constituir uma atenção integral, contínua e humanizada, fortalecendo-se como a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2017).

O pré-natal é considerado fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo as taxas de mortalidade materna e infantil, adotando-se medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e assistência neonatal (BRASIL, 2016).

Diversas informações sobre esse período serão compartilhadas entre as gestantes e os profissionais de saúde: o calendário de vacinas e suas orientações; agendamentos das consultas; exames de rotina; participação nas atividades educativas; hospital de vinculação, dentre outros. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Nesse contexto, o bom nível de LS potencializa a comunicação, principalmente quando se considera que o autocuidado envolve a interlocução entre usuários, profissionais e sistemas de saúde.

Assim, nesse período de tantas vulnerabilidades é fundamental a educação em saúde pelo enfermeiro às gestantes e que essas informações sejam entendidas por elas, na

tentativa de reduzir as repercussões negativas da fragilização diante das dúvidas e das apreensões as quais podem ser submetidas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) funciona como eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS) e atua ativamente no pré-natal, tendo papel importante no cuidado integral à gestante, à dupla mãe-bebê e na inserção do pai/companheiro e da família nesse processo. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento adequado da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades preventivas e educativas (BRASIL, 2013; ALMEIDA, 2020).

Os benefícios da realização do acompanhamento pré-natal têm ampla discussão no meio científico, com a redução da mortalidade materna e infantil sendo o principal. A privação desse cuidado pode causar partos prematuros, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e/ou óbitos maternos e infantis por afecções no período peri e pós-natal (FORTALEZA, 2016).

Assim, a equipe multiprofissional possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência ao pré-natal de risco habitual ou alto risco. Para tanto, existem protocolos nacionais de atenção ao pré-natal que são de grande valia para orientar e apoiar as práticas da atenção de qualidade, oferecendo aos profissionais de saúde a normatização de procedimentos e condutas a serem realizadas em seu cuidado clínico (BRASIL, 2013).

Ações multiprofissionais têm importância, pois favorecem que sejam implementados dispositivos, como grupos de gestantes na ESF, com encontros mensais, ou ainda interconsultas com os profissionais de referência da ESF para a garantia de uma assistência pré-natal por diferentes olhares sobre as práticas do cuidado, levando a uma atenção integral, resolutiva e qualificada (ROSA, 2014).

Em 2017 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sofre uma atualização trazendo a equipe de Saúde da Família (eSF) como a estratégia prioritária de atenção à saúde, a qual visa à reorganização da ABS no país, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Favorece uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Também podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de

saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Além da eSF, a PNAB traz como inovação a equipe da Atenção Básica (eAB). Esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a APS. A gestão municipal poderá compor equipes de eAB de acordo com características e necessidades do município. As equipes deverão ser compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais, como dentistas, auxiliar de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal, ACS e ACE (BRASIL, 2017).

Ainda segundo a PNAB, deve fazer parte do processo assistencial o Trabalho em Equipe Multiprofissional. Leva-se em consideração a diversidade e complexidade das situações com as quais a APS lida, pois um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando conjuntamente, com ações compartilhadas. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na APS. É formada por diferentes profissões e especialidades da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte, clínico, sanitário e pedagógico, aos profissionais das equipes ESF e APS (BRASIL, 2017).

Os profissionais do Nasf-AB podem auxiliar as eSF na atenção integral durante o acompanhamento pré-natal, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, consultas conjuntas, realização de grupos, visitas domiciliares, entre outras funções. Busca-se que essa equipe seja membro efetivo da APS, vivendo a UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços para a população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um (RUSCHI, 2018; LIMA et al., 2019).

No entanto, uma assistência pré-natal qualificada está associada a presença de profissionais que tenham conhecimento técnico-científico e recursos adequados para o atendimento das necessidades. Pois, ao longo do período dos três trimestres, ocorrem as alterações físicas e psicológicas que desencadeiam sentimentos como o medo, a insegurança, e a ansiedade, provenientes das expectativas e preocupações com a gravidez, parto, puerpério e dos cuidados com o recém-nascido; desta forma, reforça-se a necessidade que a gestante disponha de apoio à saúde de forma integral, visando à saúde do binômio mãe-filho (PRUDÊNCIO, 2018).

Lima et al. (2019) apresenta que a promoção da saúde proporciona a capacitação de indivíduos e, por meio deste processo, as pessoas adquirem um maior controle sobre decisões e ações relacionadas à sua saúde.

Assim, o conceito de *empowerment for health*, que significa empoderamento para a saúde, mostra-se essencial na prática da educação em saúde como estratégia de promoção da saúde. Esse conceito pode ser definido como um processo que possibilita a capacidade de indivíduos e grupos sociais em expressar necessidades e preocupações, criar estratégias para que promovam a atuação na tomada de decisões e obtenção de ações políticas, sociais e culturais que atendam a essas necessidades (OMS, 1998).

A educação em saúde é fundamental para a prática do compartilhamento de vivências. Ensinar não é simplesmente a transferência de determinado conhecimento, mas é possibilitar sua construção (FREIRE, 1996).

Traz-se aqui a reflexão sobre a necessidade de uma nova forma de planejamento, execução e avaliação do pré-natal que é ofertado pela ESF, valorizando a percepção e a experiência das gestantes, respeitando a individualidade, a condição social, socioeconômica e cultural, proporcionando a criação e o fortalecimento dos vínculos entre gestante e enfermeiro, desta forma conseguir-se-á a participação ativa das mulheres no pré-natal, parto e puerpério.

Portanto, salienta-se a necessidade de investimentos na área do letramento em saúde para os profissionais que realizam a assistência no pré-natal, tornando-os profissionais ainda mais qualificados e desenvolvendo uma postura educadora.

3.3 Instrumentos de Letramento em Saúde

O termo surgiu no bojo da Educação em Saúde e pode ser definido como a capacidade de julgar e decidir-se no contexto do cuidado, da prevenção de patologias e da promoção da saúde, através do conhecimento, experiência e habilidade para obter, compreender, avaliar e aplicar as informações, no intuito de manter ou melhorar a qualidade de vida (SORENSEN et al., 2012).

O assunto letramento em saúde tem ganhado notoriedade à medida que as informações obtidas pelas pessoas na sociedade têm imposto um paradoxo para a tomada de decisão em saúde. Esse paradoxo resulta da interação entre o aumento do acesso as informações que não conduzem a hábitos saudáveis de vida, de um sistema de saúde incapaz de interagir e apoiar a tomada de decisão e de atividades educativas ofertadas insuficientes

para possibilitar o acesso, a compreensão e o uso das informações em prol da saúde individual e familiar (WHO, 2013).

Logo, reconhecer o nível de letramento em saúde (inadequado, marginal ou adequado) e atuar de forma efetiva em cada nível pode promover uma melhoria nos resultados em saúde, além de reduzir iniquidades. Para tanto, as políticas e práticas em saúde devem pautar-se na identificação do nível de letramento em saúde, individual e coletivo, implementando ações voltadas a cada nível (WHO, 2014).

De acordo com a diversidade de modelos conceituais propostos para a compreensão do letramento em saúde, diferentes dimensões têm sido elencadas. Apesar dessa variedade, o letramento em saúde pode ser simplificado em duas dimensões principais: 1) Qualidades Essenciais do letramento em saúde, podendo ser classificada em básica ou funcional, interativa e crítica; e 2) Escopo ou Área de Aplicação, sejam eles: cuidados de saúde, consumo de produtos, envolvimento político e em relação as mídias (SORENSEN, 2015).

Dada a importância do letramento em saúde, diversos instrumentos para verificar o letramento em saúde têm sido propostos, considerando as especificidades e dimensões a serem avaliadas, como The Health Literacy Questionnaire (HQL); Information and Support for Health Actions Questionnaire (ISHA-Q); Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM); Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA); European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q); e o Health Literacy Assessment Tool (HLAT-8).

O HQL é um instrumento multidimensional para reconhecer as fortalezas e limitações do letramento em saúde nos níveis individual e comunitário. Esse questionário é composto por 44 questões, as quais geram nove escalas referentes às potencialidades e limitações dos participantes (OMS, 2014).

O ISHA-Q visa identificar fragilidades e potencialidades específicas do letramento em saúde de pessoas e comunidades, focando-se nos aspectos culturais que influenciam na tomada de decisão em saúde. Ao considerar a influência cultural, o ISHA-Q é útil para compreender a influência da família e dos pares sobre a tomada de decisões em saúde. O questionário é composto por 10 escalas principais e 14 escalas suplementares (OMS, 2014).

O TOFHLA foi desenvolvido para mensurar a capacidade de pacientes em ler e compreender itens comumente encontrados em materiais disponibilizados pelos serviços de saúde. Nesse instrumento são considerados a capacidade de ler, pronunciar e compreender números, palavras e expressões. Esse instrumento está validado tanto na sua versão completa,

quanto na versão reduzida (S-TOFHLA) para a identificação do letramento funcional em saúde. A versão completa desse instrumento foi traduzida e adaptada linguisticamente para uso no Brasil (CARTHERYGOULART et al., 2009).

Semelhantemente ao TOFHLA, o SAHLPA é um instrumento para medir o letramento em saúde constituído por 50 questões que avaliam a capacidade de pronunciar e compreender termos médicos. Esse instrumento é uma alternativa ao TOFHLA pois não verifica a compreensão de palavras isoladamente, mas em seu contexto textual, através de pequenas sentenças (APOLINARIO et al., 2012).

Instrumento Europeu de Letramento em Saúde (HLS-EU-Q) é composto por 47 perguntas e foi inicialmente desenvolvido em inglês. Nesse instrumento o participante avaliado deve informar o seu grau de dificuldade para a realização de tarefas consideradas como relevantes na gestão da sua saúde. O instrumento integra três domínios da saúde: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença e quatro níveis de processamento das informações essenciais à tomada de decisão acesso, compreensão, avaliação e utilização (SORENSEN et al., 2015).

O HLAT-8 foi desenvolvido para subsidiar ações de promoção à saúde, sendo composto por 8 questões do tipo Likert as quais possuem 4 ou 5 possíveis respostas e tem pontuação máxima de 4 ou 5 pontos respectivamente. As questões são divididas em quatro fatores: 1) Entendimento das Informações em Saúde; 2) Busca das Informações em Saúde; 3) Interatividade em Saúde; 4) Conhecimento Crítico em Saúde (QUEMELO et al., 2017).

O instrumento escolhido para essa pesquisa foi S-TOFHLA, tendo em vista a sua capacidade em mensurar a capacidade de pacientes em ler e compreender informações comumente disponibilizadas durante o pré-natal, pois nós profissionais da saúde repassamos constantemente informes em papéis e até mesmo na própria caderneta da gestante, que contém números, palavras e expressões técnicas e que, por vezes, não são compreendidas por elas.

E quando se trata da saúde materno-infantil, é notório que por meio de um letramento em saúde adequado seja possível tornar mais disponíveis e acessíveis as informações e serviços disponíveis para o planejamento familiar, o cuidado pré e pós-natal, a imunização e o cuidado com a criança (WHO, 2014).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, com abordagem quanti-qualitativa que se caracterizou pela coleta, descrição e análise de dados de natureza objetiva e subjetiva, para a identificação do nível de letramento em saúde de gestantes acompanhadas na Estratégia Saúde da Família.

A aplicação de estudos epidemiológicos é incorporada às condições relacionadas à saúde em populações especificadas (ANTUNES, 2016). E a pesquisa transversal caracteriza-se pela avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ALMEIDA FILHO, 2011). Em geral, esse tipo de investigação determina a prevalência de uma condição relacionada à saúde de uma população específica, adequado para identificar pessoas e características passíveis de intervenção, além de gerar hipóteses de condições de saúde (ROQUAYROL, GURGEL, 2017).

Desta forma, o uso deste tipo de estudo traz a possibilidade de examinar a condição relacionada à saúde, no caso, a gestação, com outras variáveis como idade, escolaridade e renda, por exemplo; assim o pesquisador é capaz, também, de gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras.

A combinação dos métodos quantitativos e qualitativos caracteriza a triangulação metodológica. Essa combinação dos dois métodos possibilita a compensação complementar das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isolado (FLICK, 2009). Na descrição quantitativa utilizou-se dados objetivos apresentados em frequências das variáveis e associações entre as mesmas e teste estatístico (Teste qui-quadrado). A abordagem quantitativa analisa os aspectos estruturais da pesquisa (ALMEIDA FILHO, 2011; ROQUAYROL, 2009).

A abordagem qualitativa acredita que a comunicação do pesquisador em campo é parte explícita da produção de conhecimento e que tanto a subjetividade deste como do pesquisado torna-se parte do processo de pesquisa (DENZIN; LINCOLN, 2011).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada município de Sobral, Estado do Ceará, Nordeste brasileiro.–Sobral se localiza no norte do Ceará, às margens do Rio Acaraú, a 231 km de distância da capital, Fortaleza. Sua população estimada é de 188.233 habitantes, sendo 51,41% do sexo feminino e 48,59% masculino. Desta população, 88,35% residem na zona urbana e 11,65%, na zona rural. A estimativa da população sobralense para o ano de 2016 era de 203.682 habitantes (IBGE, 2010). O município tem clima seco e quente, com temperatura média acima de 26°C. No campo do desenvolvimento econômico, representa o principal polo de atendimento de bens e serviços especializados, para a referida região.

Na área da saúde, Sobral é reconhecido nacionalmente por ter um modelo de sistema de saúde exitoso e com bons resultados alcançados, por exemplo: significativa melhoria nos indicadores de saúde com redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade materna e alta cobertura das equipes da ESF (SOBRAL, 2017).

A ESF em Sobral vem obtendo grandes avanços, atualmente o município tem cobertura de 100% de assistência em Saúde da Família, distribuídas em 38 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo que 23 destes estão localizados na zona urbana e 15 em zona rural. O CSF é o *locus* de referência para atuação das Equipe de Saúde da Família – eSF, que têm nos territórios a referência para abrangência da atenção à saúde (BRASIL, 2017). Sobral conta com 79 equipes de eSF e 50 equipes de saúde bucal (CNES, 2022).

Vale salientar, ainda, que o sistema local de saúde tem apoio de equipes multidisciplinares vinculadas ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) ou a Residência em Saúde da Família e Residência em Saúde Mental, sendo estas vinculadas à Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS). As equipes se dividem em áreas compreendidas como territórios, que dão cobertura assistencial a 98% da população (PMS, 2019).

A delimitação do local de realização deste estudo será os CSF, incluindo sede e distritos. Para a seleção dos CSF utilizou-se o método da amostragem aleatória estratificada proporcional (SILVA, 2015), onde a população de gestantes foi previamente dividida em grupos mutuamente exclusivos, levando em consideração a proporção da população em cada grupo. No caso do presente estudo, foram consideradas as gestantes atendidas na sede do município, formando o primeiro grupo com uma amostra de 240 pacientes e as gestantes atendidas nos distritos, formando o segundo grupo com uma amostra de 103 pacientes.

4.3 Participantes do estudo

O estudo foi desenvolvido com as gestantes que estavam realizando pré-natal no CSF no período da coleta de dados, sendo acompanhadas por enfermeiros e que aceitarem participar da pesquisa, a partir da ciência e anuência expressas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

Para definição dos participantes foram considerados os seguintes critérios de inclusão: gestantes em acompanhamento no CSF, idade gestacional entre 12 a 40 semanas, confirmadas pela Ultrassonografia; que tenham estudado o ensino fundamental ou médio, sem necessariamente ter concluído, mas com mínimo nível de compreensão na leitura e escrita.

Como critérios de exclusão: gestantes sem escolaridade - justificadas pela especificidade do objeto que requer levar em consideração as habilidades de leitura e escrita dos participantes. Além destes, existem fatores limitantes não englobados nos domínios do letramento, tais como os neurosensoriais, cognitivos, psiquiátricos, médicos e culturais, que podem impactar desfavoravelmente e limitar o LFS do indivíduo. Estes quadros, quando identificados, serão critérios de exclusão.

4.4 Desenho Amostral

4.4.1 Tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral das participantes buscou-se a planilha de monitoramento e acompanhamento das gestantes do município, esta planilha se configura como um banco de dados alimentado pela Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Secretaria Municipal da Saúde de Sobral, onde ocorre o monitoramento em tempo real de todas as gestantes assistidas pelos CSF. Salienta-se que o número de gestante é variável, desta forma, o cálculo amostral foi definido por amostragem estratificada aleatória simples, baseando-se no mês de dezembro de 2020 pela referida planilha. Considerando-se margem de erro amostral e nível de significância de 4%.

Para determinação do tamanho amostral (n), foi utilizada a fórmula proposta por Bolfarine e Bussab (2005) para populações finitas:

$$n = \frac{N \times p \times q \times Z_{\frac{\alpha}{2}}^2}{p \times q \times Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 + (N - 1) \times E^2}$$

Em que:

n : é o tamanho da amostra calculada;

N : é o tamanho da população;

p : é o valor estimado da proporção de unidades da população que possuem a característica de interesse;

q : é valor estimado da proporção de unidades da população que não possuem a característica de interesse;

E_2 = erro não amostral máximo aceito;

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$: corresponde ao nível de significância adotado, nesse caso $\alpha = 0,05$.

Como no presente estudo participaram as gestantes alfabetizadas, foi adotado um valor de $p = 0,77$, pois o Mapa do Analfabetismo no Ceará (CEARÁ, 2014), indica que 23% dos indivíduos do gênero feminino do município de Sobral não sabem ler e escrever, sendo considerados analfabetos. Com uma população total estimada de 1747 gestantes, segundo dados planilha de gestantes da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, com referência do mês de dezembro de 2020, e aplicando a fórmula acima, chegamos a uma amostra de 343 indivíduos, considerando um erro de 4% (quatro por cento). Assim, foi considerada a amostra de 328 gestantes para a realização desta pesquisa.

Ao final da coleta obteve-se um quantitativo de 363 gestantes participantes da pesquisa.

4.4.2 Seleção amostral

Utilizou-se a técnica da Amostra não-probabilística (Conveniência). Esta técnica é muito comum e consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível. Ou seja, os indivíduos empregados nessa pesquisa são selecionados porque eles estão prontamente disponíveis, não porque eles foram selecionados por meio de um critério estatístico (GIL, 2010).

Nesse tipo de amostragem são respondentes convenientes ou acessíveis ao pesquisador e pode representar um meio eficiente de se obter as informações necessárias para a pesquisa, geralmente essa conveniência representa uma maior facilidade operacional e baixo custo de amostragem (GIL, 2010).

4.5 Coleta de dados

A operacionalização dos objetivos propostos ocorreu a partir da aplicação do teste Short-TOFHLA (*short-test of functional health literacy in adult*) (ANEXO A), o qual foi desenvolvido para avaliar o nível de entendimento dos pacientes em relação à comunicação

escrita existente no serviço médico, como em receitas médicas, instruções para exames (PARKER et al. 1995).

Sobre o teste específico do letramento em saúde - S-TOFHLA - este é curto e de fácil administração, é dividido em duas partes: compreensão de texto e compreensão numérica. O teste possui 4 itens numéricos, 2 passagens de texto com 36 itens e o tempo máximo de duração é de 12 minutos. Para o S-TOFHLA foi estabelecido um sistema de pontos e de corte de pontos, para determinar quando um paciente era analfabeto funcional ou não. O subtteste para compreensão textual é constituído de frases sobre o preparo de um exame do trato gastrointestinal rotineiro de saúde (raio X de estômago), direitos e responsabilidades em relação ao sistema de saúde e tomada de decisões sobre a própria saúde. Essas frases contêm 36 lacunas, em que o participante deverá escolher entre quatro palavras alternativas que darão sentido à frase, existindo somente uma possibilidade de resposta. Esse subtteste de compreensão textual deverá ser executado em 7 minutos; ao passo que a parte de compreensão matemática, em 10 minutos, como recomenda o teste após validação no Brasil. Porém, o examinador não avisa sobre esse tempo ao examinado e, quando se atinge o período determinado, o teste é recolhido.

As questões relacionadas à matemática (numeramento) dizem respeito a situações vivenciadas em saúde, que envolvem marcação de uma consulta, atenção e cálculo, como horário de tomada de medicações, o resultado de um teste laboratorial para glicemia, bem como dosagem de medicação. O examinador entrega um cartão ao examinado e faz a pergunta sobre o que consta no cartão, simulando o cartão de consulta, rótulos de medicamentos e receituários, comumente usados pelos usuários da atenção básica em saúde. Para pontuação geral do teste, cada resposta certa na compreensão textual equivale a 2 pontos e, para o subtteste de numeramento, a 7 pontos, obtendo-se um total de 100 pontos. O corte de pontos estabelece níveis de letramento de acordo com a pontuação do teste que variam de 0-53 (inadequado), 54-66 (marginal) e 67-100 (adequado).

Um dos motivos por optar pela aplicação do teste S-TOFHLA, é que essa versão já foi aplicada e validada no Brasil. Neste estudo, serão seguidas as recomendações de estudos já realizados no Brasil, nos estados do Ceará (PASSAMAI, 2013) e São Paulo (CARTHERY-GOULART et al., 2009). Estes estudos concluíram que o instrumento é adequado para avaliar o letramento em saúde na população brasileira.

Rouquayrol e Gurgel (2017), trazem que no cenário atual, existe um vasto repertório de instrumentos desenvolvidos ou em desenvolvimento com o objetivo de medir saúde. Contudo, medir é aqui entendido como ato de atribuir características dimensionais

relacionadas ao letramento em saúde e pré-natal em gestantes, fato este cuja representação mensurada identifique com segurança o objeto analisado.

Para análise sociodemográfica dos participantes do estudo, utilizou-se um instrumento de pesquisa composto por condicionantes sociais e demográficos (idade, escolaridade, renda mensal e hábitos de leitura no cotidiano); saúde (idade gestacional, classificação do risco e complicações na gestação) (APÊNDICE B).

4.6 Análise de dados

Criou-se um banco de dados em planilha no *Microsoft Excel* com as variáveis organizadas em (i) características sócias demográficas (idade, escolaridade, renda mensal e hábitos de leitura no cotidiano); (ii) saúde (idade gestacional, classificação do risco e complicações na gestação) e (iii) nível de letramento em saúde (inadequado, limítrofe, adequado) e iv) dimensões do Letramento em Saúde (compreensão leitora e numeramento).

Para análise descritiva dos dados utilizou-se o programa estatístico R versão 4.0 e determinou-se a frequência das variáveis, a média e desvio padrão (DP) para cada nível do Letramento em Saúde. Para análise de associações entre o LS e a gestação utilizou-se o Teste qui-quadrado χ^2 de Pearson, Teste não-paramétrico de Mann-Whitney, Teste não paramétrico de Kruskal-wallis e Teste de Dunn. Para significância estatística adotou-se um p-valor $< 0,05$.

4.7 Aspectos éticos e legais

O projeto foi submetido para apreciação da Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral, por meio do Sistema Integrado da Comissão Científica (SICC) e, posteriormente, cadastrado na Plataforma Brasil obtendo parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob número: 4.433.414.

Registra-se, portanto, que este estudo seguiu a Resolução de 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os princípios fundamentais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho (BRASIL, 2012).

A **autonomia** do estudo se cumpre na medida em que se informam os objetivos e propósitos da pesquisa, assim como possíveis riscos e benefícios. É assegurada, também, a decisão voluntária de participar do estudo, além disso, a participante pode se retirar a qualquer momento deste, sem nenhum ônus ou

prejuízos, especificamente se encontrar dificuldades para continuar. A pesquisa utilizou o instrumento Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) short version - ANEXO A, e no caso de concordância da participante era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE A.

Quanto ao princípio da **não maleficência**, as participantes podem apresentar desconforto psicológico ou se sentirem constrangidos ao responder o instrumento, uma vez que podem não conseguir interpretar as questões, por exemplo. Mas, acredita-se que ao responder o instrumento até onde e como conseguir, pode trazer mais benefícios do que efeitos desagradáveis, especificamente pelas contribuições, uma vez que, trará subsídios de como cuidar melhor desse grupo.

Referente à **beneficência**, essa pesquisa contribuiu com a melhoria na atenção em saúde materno-infantil, ao produzir conhecimento sobre a educação em saúde no período gestacional, e a partir dos achados, os serviços e rede de saúde podem adotar posturas/cuidados a essa população. O pesquisador firma o compromisso de dar devolutiva aos participantes que tiverem interesse em obtê-lo.

E por fim, a pesquisa garantiu o princípio da **justiça** aos participantes, os quais terão direitos de igualdade ou, ainda, na perspectiva da equidade, relativa a tratamento desigual compatível com a desigualdade individual ou social, no sentido de superá-las.

5 RESULTADOS

Os dados da pesquisa foram organizados para apresentação em três tópicos: caracterização do grupo estudado; categorização do letramento em saúde segundo o S-TOFHILA e as variáveis sociodemográficas e medida do letramento em saúde segundo o S-TOFHILA.

5.1 Caracterização das Gestantes Estudadas

Participaram da pesquisa 363 gestantes, sendo 240 residentes na sede do município e 123 em distritos. O grupo entrevistado foi caracterizado quanto: i) condicionantes sociais e demográficos: idade, escolaridade, renda mensal e hábitos de leitura (Tabela 1) e ii) condicionantes de saúde: idade gestacional (IG), classificação de risco e complicações na/para a gestação (Tabela 2).

No que se refere a idade, a média do grupo foi 29,0 anos, a maioria possuía ensino médio completo e menos de 12 anos de estudo (220/60,60%), entretanto ao associar a escolaridade com a localidade, na sede esse percentual foi superior (150/62,50%) ao do distrito (70/57%). Em relação a renda mensal, 82,4% (299) das gestantes sobrevivem com até um salário-mínimo, 15,4% (56) de 2 a 3 salários-mínimos e apenas 2,20% (8) acima de 3 salários.

Um dos resultados destacáveis da pesquisa se refere aos hábitos de leitura com destaque para as informações disponibilizadas no formato online, especialmente nas redes sociais. Tem-se que 86% (311) das gestantes tem as redes sociais como principal fonte de leitura, diferindo da leitura por meio das informações impressas em que 19,55% (71) das gestantes afirmam ter esse hábito.

Quanto a idade gestacional (IG), a população de gestantes estudada encontrava-se, prioritariamente, entre os dois últimos trimestres, ou seja, 153 gestantes (42,15%) encontravam-se no segundo trimestre e 174 (47,93%) no terceiro trimestre. E, conseqüentemente, 36 gestantes (9,92%) encontravam-se no primeiro trimestre gestacional. Quanto a classificação de risco, 88,71%, (322) das gestantes estavam classificadas com risco clínico, 9,92% (36) como risco habitual e 1,38% (5) como risco social. A classificação de risco é um fator que está diretamente relacionado com as complicações na/para a gestação, e obteve-se que 68,04% (247) das gestantes tem apenas uma complicação, 19% (69) duas complicações, 3,03% (11) três ou mais complicações e 9,20% (36) nenhuma complicação.

Tabela 1. Descrição dos condicionantes sociais e demográficos das gestantes (N = 363) um estudo sobre Letramento em Saúde, com a escala S-TOFHLA, na cidade de Sobral, Ceará, 2022.

Variáveis	Frequência	
	N	%
Idade (anos)		
13 a 19	22	6,06%
20 a 29	178	49,03%
30 a 39	145	39,95%
40 a 45	18	4,95%
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	44	12,10%
Fundamental Completo	68	18,70%
Médio	220	60,60%
Superior	31	8,54%
Renda mensal		
até um salário mínimo	299	82,40%
2 a 3 salários mínimos	56	15,40%
acima de 3 salários	8	2,20%
Hábitos de leitura		
Informações online (redes sociais)		
Sim	311	86%
Não	52	14,32%
Informações impressas		
Sim	71	19,55%
Não	292	80,45%

Tabela 2. Descrição dos condicionantes de saúde das gestantes (N = 363) um estudo sobre Letramento em Saúde, com a escala S-TOFHLA, na cidade de Sobral, Ceará, 2022.

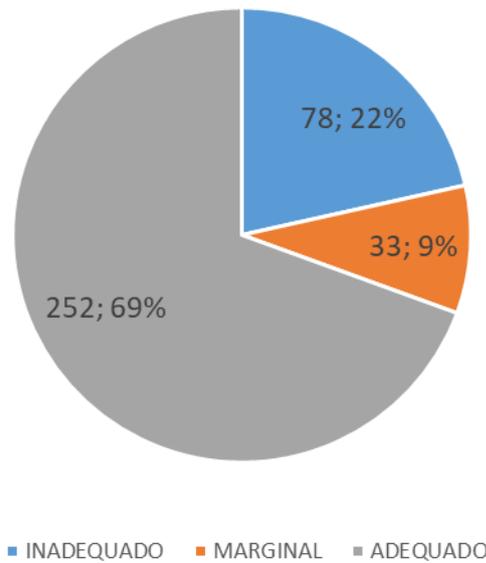
Variáveis	Frequência	
	N	%
Idade Gestacional (IG)		
Primeiro trimestre	36	9,92%
Segundo trimestre	153	42,15%
Terceiro trimestre	174	47,93%
Classificação de Risco		
Risco habitual	36	9,92%
Risco clínico	322	88,71%
Risco social	5	1,38%
Complicações na/para a gestação		
Uma complicação	247	68,04%
Duas complicações	69	19%
Três ou mais complicações	11	3,03%
Nenhuma complicação	36	9,20%

5.2 Categorização do Letramento em Saúde segundo o S-TOFHLA e as variáveis sociodemográficas

O S-TOFHLA é um instrumento que foi elaborado para atender à necessidade de uma medida menor e mais rápida para triagem de Letramento em Saúde (LS) e avalia o nível de LS das pessoas, independentemente do grau de escolaridade, de acordo com a pontuação obtida nas questões sobre compreensão leitora (Passagem A e B contendo 36 questões) e numeramento (habilidade para realização de cálculos matemáticos por meio de quatro cartões), envolvendo uma situação comum ao usuário que transita na área da saúde. Assim, o S-TOFHLA categoriza o letramento em saúde em três níveis: inadequado (0 a 53 pontos), marginal (54 a 66 pontos) e adequado (67 a 100 pontos) (PARKZ, 1995).

De acordo com o S-TOFHLA, foi avaliado o LS das gestantes participantes dessa pesquisa, categorizando o LS entre inadequado, marginal ou adequado, conforme expressa o Gráfico 1.

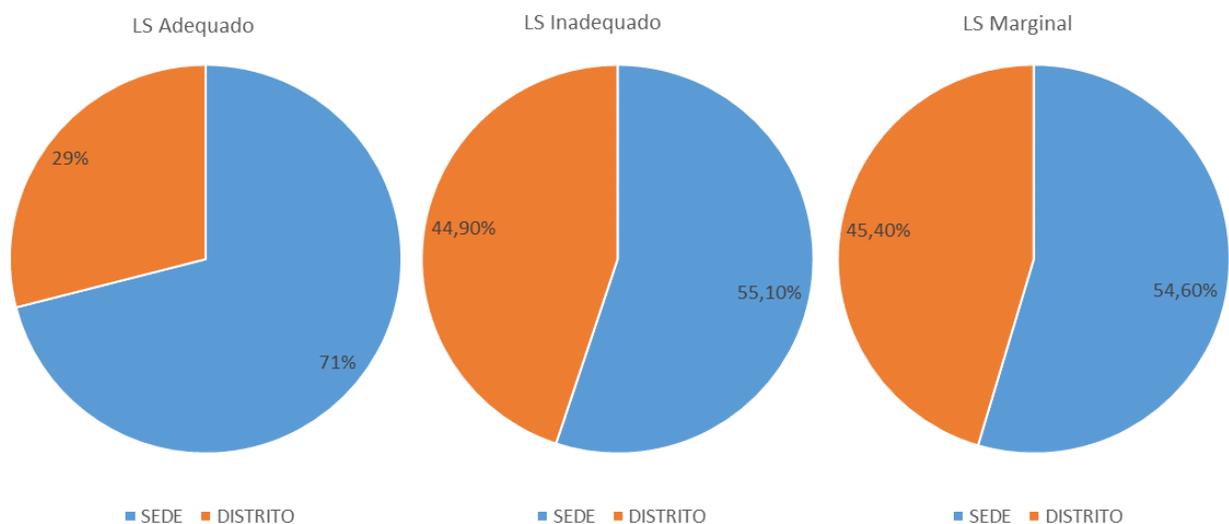
Gráfico 1: Categorização do Letramento em Saúde em gestantes, Sobral, Ceará, 2022.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Contudo, quando delineamos a categorização do Letramento em Saúde das gestantes pelo local de moradia, sede ou distrito, tem-se diferenças importantes, conforme revelam os dados expressos no Quadro 1.

Quadro 1: Quadro comparativo com três gráficos com a categorização do Letramento em Saúde das gestantes por local de moradia, Sobral, Ceará, 2022.

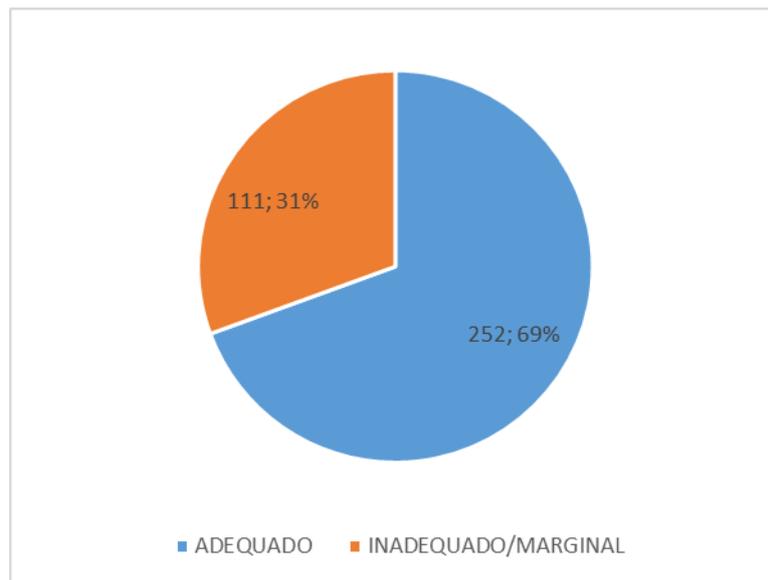


Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Considerando o Quadro 1 e avaliando as categorias inadequado e marginal, verifica-se

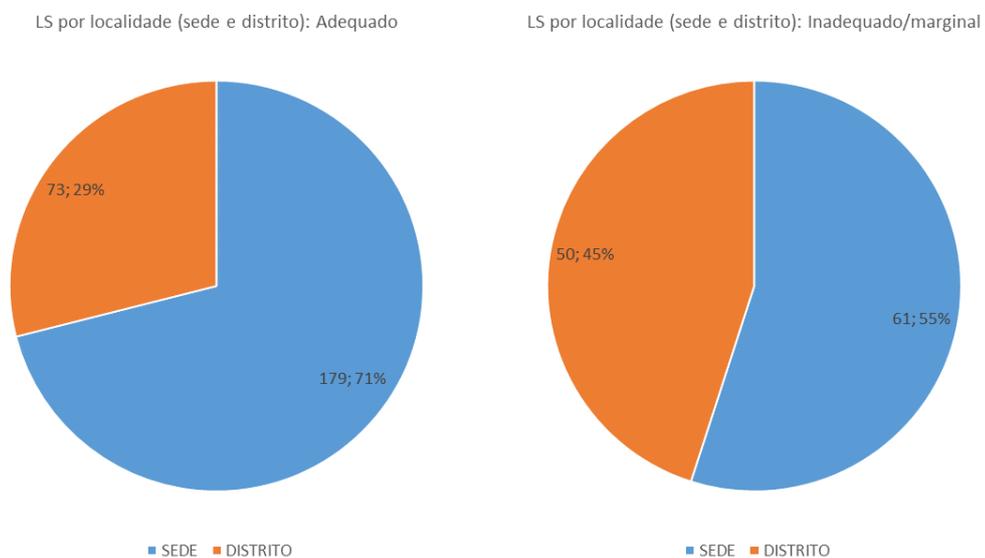
que o LS inadequado e LS marginal apresentam porcentagens semelhantes, 44,90% e 45,40% respectivamente, na sede e no distrito. Dessa forma se categorizarmos em duas classes: Adequado e Inadequado/marginal, teremos o seguinte resultado no Gráfico 2 com a classificação das gestantes em duas categorias e no Quadro 2 a classificação das gestantes em duas categorias por localidade:

Gráfico 2: Classificação das gestantes em duas categorias Adequado e Inadequado/marginal, Sobral, Ceará, 2022.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Quadro 2: Quadro comparativo com dois gráficos com a categorização do letramento em saúde das gestantes em duas categorias por localidade, Sobral, Ceará, 2022.

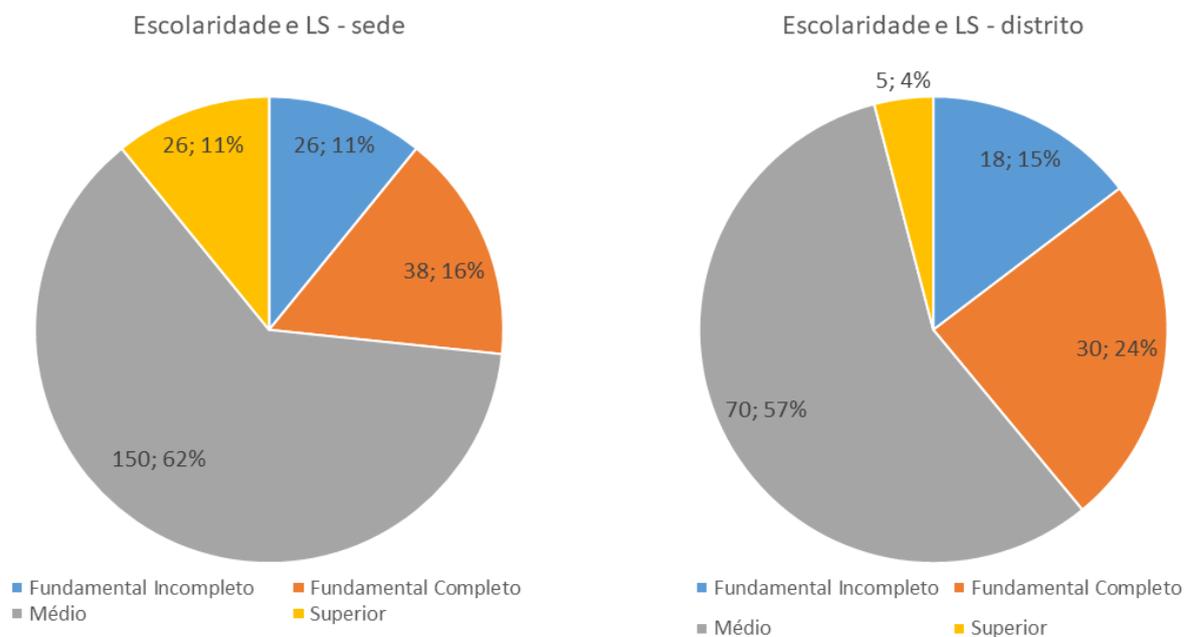


Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Ao analisar a escolaridade das gestantes, obteve-se que 12,10% tem fundamental incompleto, 18,70% fundamental completo, 60,60% com ensino médio e apenas 8,50% com ensino superior.

Quando se realiza a associação entre local de moradia, sede ou distrito, e escolaridade, tem-se que em independente do local de moradia, a maioria das gestantes apresentam Ensino Médio, conforme se apresenta no Quadro 3:

Quadro 3: Quadro comparativo com dois gráficos com a associação entre localidade sede e distrito e escolaridade das gestantes de Sobral, Ceará, 2022.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Desse modo, quando realizamos a associação entre local de moradia e o nível de letramento e aplicamos o cálculo Teste do qui-quadrado, obtemos o resultado apresentado na Tabela 3:

Tabela 3: Associação entre a categorização do letramento em saúde e localidade (sede e distrito) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.

Categorização do letramento em saúde	Sede	Distrito	Valor p*
Adequado n (%)	179 (71%)	73 (29%)	0.002867
Inadequado n (%)	43 (55,1%)	35 (44,9%)	0.020679
Marginal n (%)	18 (54,5%)	15 (45,5%)	0.140804

Nota: Teste estatístico qui-quadrado de Pearson

Conclui-se, então, que existe uma associação entre o local de moradia e o nível de letramento. O valor de referência é o valor z de 1,96 ($P=0.05$ em uma distribuição normal). Porém, com o ajuste dos resíduos considerando o número de linhas e colunas, os valores de referência passam a ser, um valor z de 2,64 ou -2,64 com novo alfa de 0,008. Então, olhando para os valores dos resíduos na Tabela 3, qualquer valor que se encontre maior que 2,64 e menor que -2,64 será considerado estatisticamente significativo.

Quando o lugar de moradia da gestante é a sede tem-se um nível de LS Adequado maior do que o esperado, e quando o local de moradia é um distrito, o nível de LS Adequado é menor do que o esperado, com um valor $p=0.002$. O tamanho do efeito apresentado é considerado como pequeno, de acordo com a classificação de Cohen (1988).

O Quadro 4, a seguir apresenta a associação entre letramento em saúde e hábito de leitura com ênfase em informações online disponíveis em redes sociais.

Quadro 4: Quadro comparativo com três gráficos associando categorização do letramento em saúde e hábito de leitura - informação online (redes sociais) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Após o cálculo de qui-quadrado percebeu-se que existe uma associação letramento em saúde e hábito de leitura - informação online (redes sociais), como se observa na Tabela 4:

Tabela 4: Associação entre a categorização do letramento em saúde e hábito de leitura - informação online (redes sociais) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.

Categorização do letramento em saúde do letramento em saúde	Hábitos de leitura	Total leitura	Percentual	Valor p*
Adequado	Sim	222	88,10%	0.047334
	Não	30	11,90%	0.047334
Inadequado	Sim	58	74,40%	0.001284
	Não	20	25,60%	0.001284
Marginal	Sim	31	93,90%	0.155223
	Não	2	6,06%	0.155223

Nota: Teste estatístico qui-quadrado de Pearson

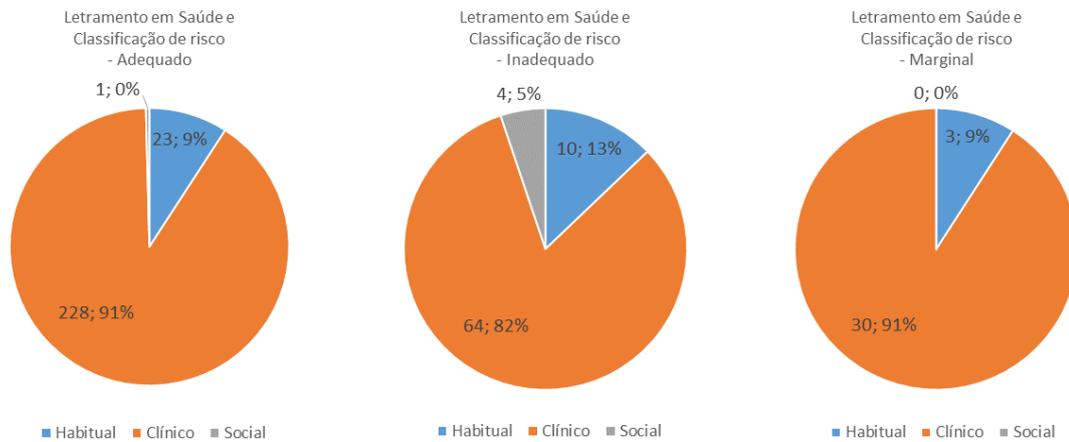
O valor de referência é o valor z de 1,96 ($p=0.05$ em uma distribuição normal). Porém, com o ajuste dos resíduos considerando o número de linhas e colunas, os valores de referência passam a ser, um valor z de 2,64 ou -2,64 com novo alfa de 0,008. Então, olhando para os valores da Tabela 4, qualquer valor que se encontre maior que 2,64 e menor que -2,64 será considerado estatisticamente significativo.

Nesse caso, o nível de letramento Inadequado com hábito de leitura ‘sim’ é menor do que o esperado e com hábito de leitura ‘não’ maior do que o esperado, com um valor $p=0.001$. O tamanho do efeito apresentado é considerado como pequeno, de acordo com a classificação de Cohen (1988).

Contudo, quando aplicamos o teste do qui-quadrado entre Letramento em saúde e hábito de leitura – informação impressa encontra-se Valor $p=0.4003$, conclui-se então que não existe associação entre essas variáveis.

Já a associação entre Letramento em saúde e Classificação de risco, se habitual, clínico ou social, o Quadro 5 revela que a maioria das gestantes se encontra em risco clínico e letramento em saúde adequado (228, 91%), e isso se observa nas demais categorizações (inadequado e marginal) onde o quantitativo de gestantes com risco clínico se destaca.

Quadro 5: Quadro comparativo com três gráficos com a associação da categorização do letramento em saúde e classificação de risco (habitual, clínico e social) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

Dessa forma, ao aplicar o cálculo do Teste do qui-quadrado ficou constatado que existe uma associação entre letramento em saúde e classificação de risco (habitual, clínico e social). O valor de referência é o valor z de 1,96 ($p=0.05$ em uma distribuição normal). Porém, com o ajuste dos resíduos considerando o número de linhas e colunas, os valores de referência passam a ser, um valor z de 2,77 ou -2,77 com novo alfa de 0,005. Então, olhando para os valores da Tabela 5, qualquer valor que se encontre maior que 2,77 e menor que -2,77 será considerado estatisticamente significativo.

Nesse caso, o nível de letramento Inadequado tem um risco social maior do que o esperado, com um valor $p=0.001$. O tamanho do efeito apresentado é considerado como pequeno, de acordo com a classificação de Cohen (1988).

Tabela 5: Associação entre a categorização do letramento em saúde e classificação de risco (habitual, clínico e social) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.

Nível do letramento em saúde	Classificação de risco	Total por risco	Percentual	Valor p*
Adequado	Habitual	23	9,13%	0.447787
	Clínico	228	90,50%	0.108240
	Social	1	0,40%	0.015726
Inadequado	Habitual	10	12,80%	0.332983
	Clínico	64	82%	0.036145
	Social	4	5,13%	0.001338
Marginal	Habitual	3	9,09%	0.867693
	Clínico	30	90,90%	0.419491
	Social	0	0%	0.476448

Nota: Teste estatístico qui-quadrado de Pearson

5.3 Medida do Letramento em Saúde segundo o S-TOFHLA

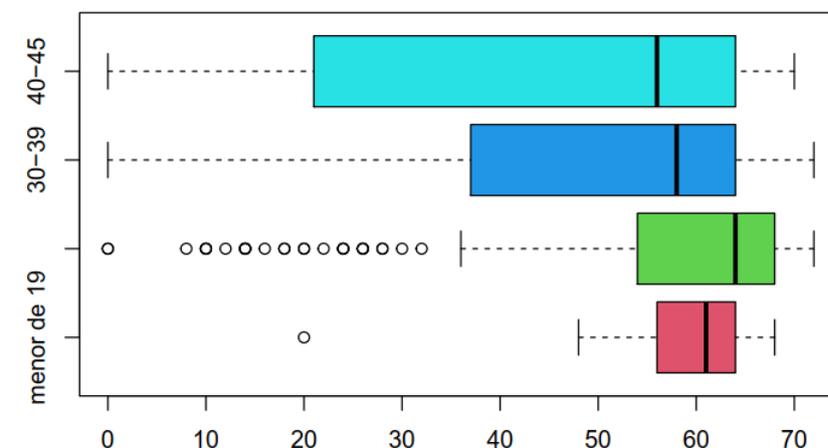
Para melhor entendimento, alguns dados serão apresentados de forma separada quanto às dimensões: compreensão leitora e numeramento. Considerando que a compreensão leitora corresponde ao instrumento S-TOFHLA, a pontuação específica para tal compreensão pode ser conferida e as participantes puderam ser categorizadas quanto ao LS específico para leitura. Já o numeramento não pode ser avaliado quanto a categorias de letramento, sendo apresentados apenas os escores obtidos.

5.3.1 Desempenho nas dimensões: compreensão leitora e numeramento do S-TOFHLA

O desempenho na compreensão leitora e numeramento das entrevistadas, levantadas pelo S-TOFHLA, em confronto com as variáveis local, faixa etária, anos de estudo, são exibidas nos gráficos com os respectivos achados da análise estatística.

No momento em que associamos a compreensão leitora com a faixa etária obteve-se o p-valor de 0.000138, revelando que existe uma diferença nas medianas nos escores da variável leitura, quando considerado os diferentes grupos de faixa etária. A faixa etária 19 a 29 anos, foi a que apresentou o melhor resultado quando comparado as outras faixas (Gráfico 3).

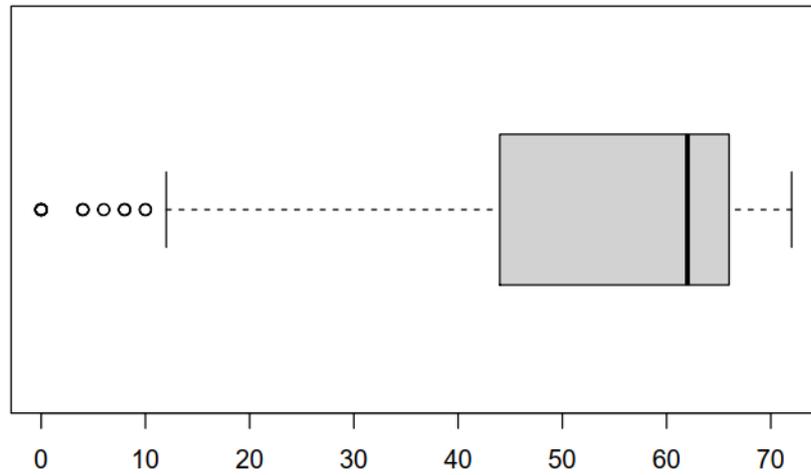
Gráfico 3: Associação da compreensão leitora (parte A e B) com a faixa etária das gestantes, Sobral, Ceará, 2022. Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022

Complementar a essa informação o Gráfico 4 demonstra a avaliação da compreensão leitora (parte A e B) do instrumento das gestantes do município resultando uma mediana de 62.

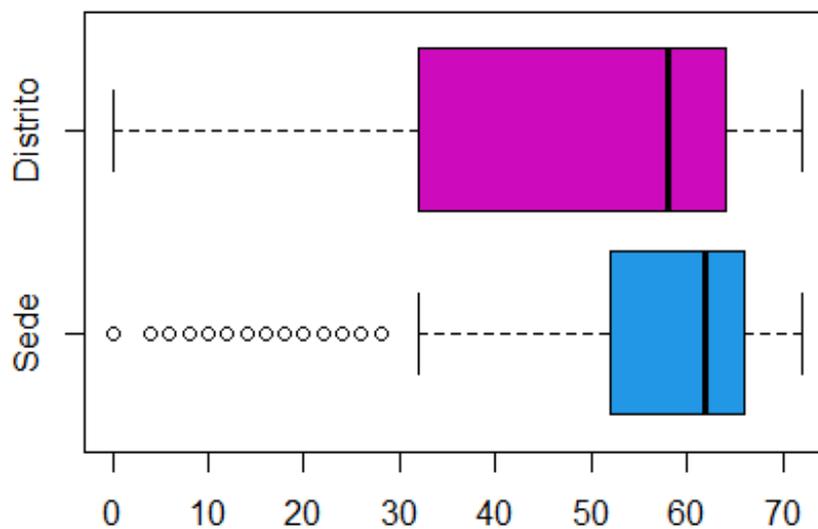
Gráfico 4: Avaliação da compreensão leitora (parte A e B) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022. Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022

Quando dissociamos o local de moradia das gestantes entre Sede e Distrito, obtém-se a média de escores obtidos na compreensão leitora de 62 para sede e 58 no distrito (Gráfico 5). Com a aplicação do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, podemos afirmar que existe uma diferença na mediana dos escores da variável leitura quando considerados os grupos sede (mediana: 62) e distrito (mediana: 58), com um p-valor de 0.004. O tamanho de efeito r obtida é considerada como *pequena*, de acordo com a classificação de Fritz (2012) z/\sqrt{N} .

Gráfico 5: Média de escores obtidos na dimensão compreensão leitora das gestantes, Sobral, Ceará, 2022. Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

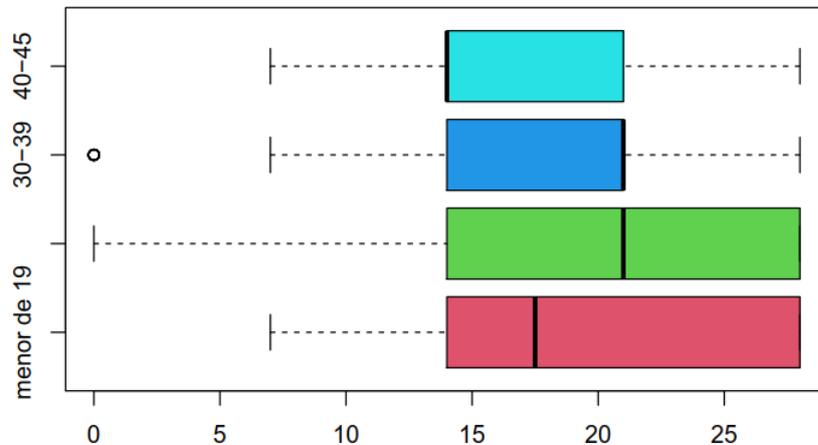


Fonte: elaborado pelo autor, 2022

Entretanto, ao associar a compreensão numérica com a faixa etária obteve-se o p-valor=0.06, revelando que não existe uma diferença nas medianas nos escores da variável

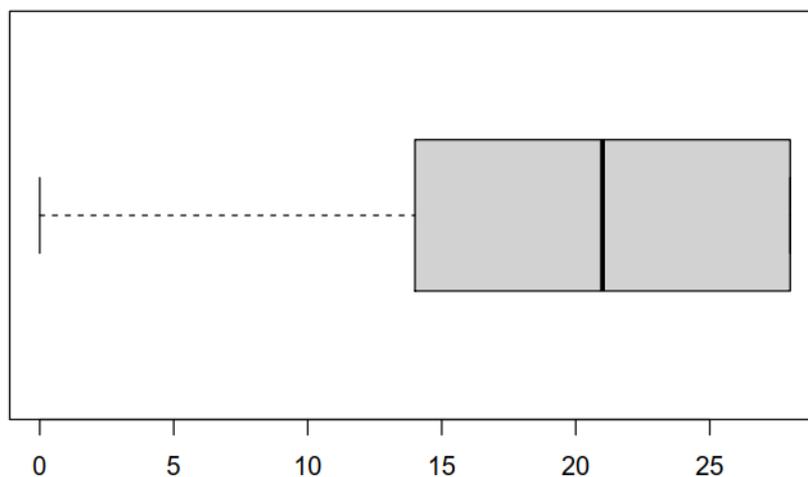
numeramento, quando considerado os diferentes grupos de faixa etária (Gráfico 6).

Gráfico 6: Associação da compreensão numérica com a faixa etária das gestantes, Sobral, Ceará, 2022. Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.



O Gráfico 7 descreve a avaliação da compreensão numérica do instrumento das gestantes do município resultando uma mediana de 21.

Gráfico 7: Avaliação da compreensão numérica das gestantes, Sobral, Ceará, 2022. Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

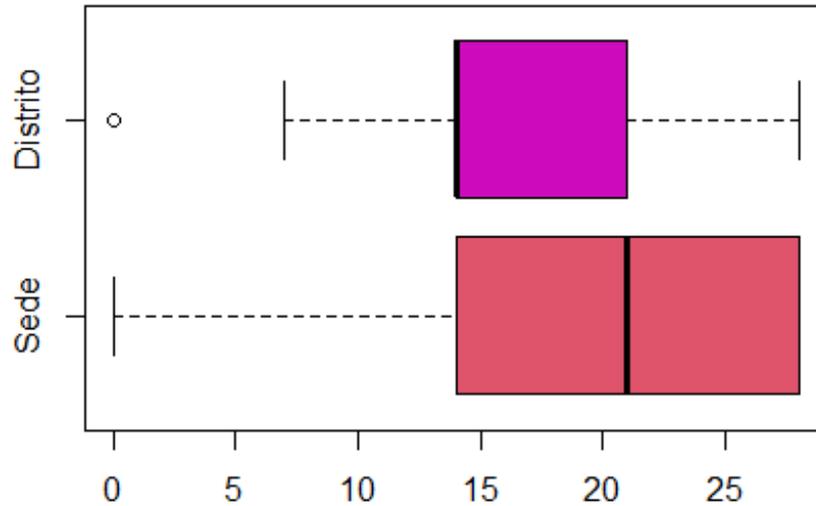


Fonte: elaborado pelo autor, 2022

Assim sendo, ao aplicar o teste não-paramétrico de Mann-Whitney na compreensão de numeramento, pode-se afirmar que existe uma diferença na mediana dos escores da variável numeramento quando considerados os grupos sede (mediana: 21) e distrito (mediana: 14), com um p -valor=0.004. O tamanho do efeito r obtida é considerada como pequena, de acordo

com a classificação de Fritz (2012) z/\sqrt{N} . Conforme observa-se no Gráfico 8:

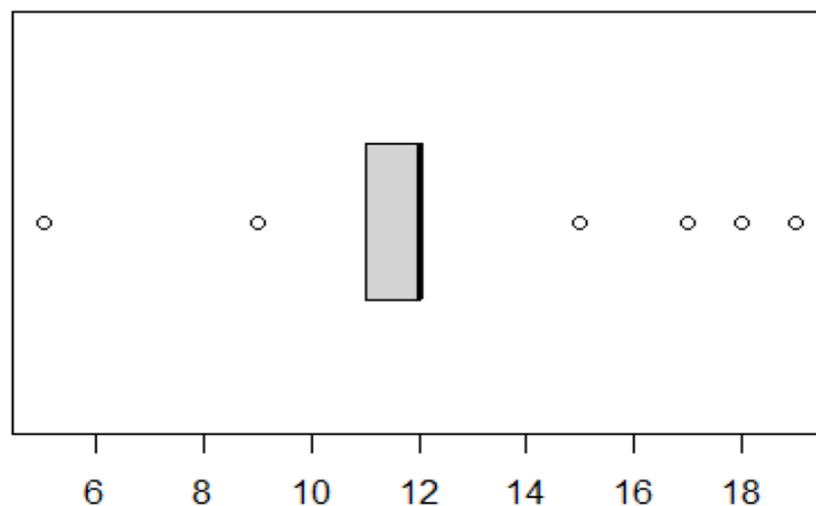
Gráfico 8: Média de escores obtidos na dimensão compreensão numeramento das gestantes, Sobral, Ceará, 2022. Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022

Quando associamos anos de estudo os níveis do letramento em duas categorias: adequado e inadequado/marginal, do grupo geral obtivemos uma média de doze anos de estudo, com no mínimo cinco anos e máximo de dezenove anos de estudo (Gráfico 9).

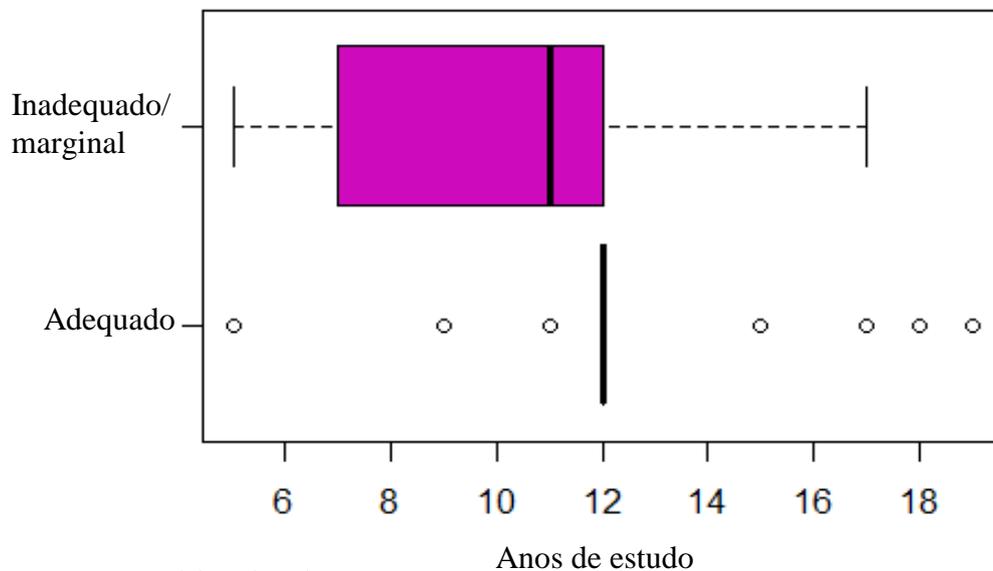
Gráfico 9: Média dos anos de estudo das gestantes, Sobral, Ceará, 2022. Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022

Ao colocarmos as duas categorias adequado e inadequado/marginal em um único gráfico e aplicar o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, pode-se afirmar que existe uma diferença na mediana dos anos de estudo quando considerados os grupos de letramento, adequado (mediana: 12) e inadequado/marginal (mediana: 11), com um p-valor menor que 0.001. O tamanho do efeito r obtida é considerada como média, de acordo com a classificação de Fritz (2012) z/\sqrt{N} . Conforme observa-se no Gráfico 10:

Gráfico 10: Mediana dos anos de estudo com categorização de letramento (adequado e marginal/inadequado) das gestantes, Sobral, Ceará, 2022.



Fonte: elaborado pelo autor, 2022

6 DISCUSSÃO

O conhecimento do nível de letramento em saúde da população é uma informação importante para ações estratégicas de promoção da saúde consoantes ao perfil do grupo estudado, diante disso essa pesquisa avaliou o letramento em saúde de gestantes, acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará, com a finalidade de verificar a compreensão das informações em saúde dessa população.

Letramento em Saúde (LS) ainda é temática pouco estudada e menos tomada em consideração na definição de estratégias de cuidado em saúde no Brasil, sendo escassos os estudos nacionais que versam sobre a influência desse fator no manejo à saúde das gestantes (BRASIL, 2022). Este estudo mostrou, pela primeira vez, uma análise sobre o letramento em saúde de uma população que utiliza serviços públicos de saúde em um município da

mesorregião do Noroeste cearense (CIDADE-BRASIL, 2022).

Assim, esta pesquisa apresenta significativa contribuição ao avaliar o LS para as gestantes, com ênfase no entendimento da condição gestação, prática do autocuidado e orientações para os profissionais da saúde. Como nesse estudo houve exclusividade do sexo feminino, destaca-se ainda mais a relevância dessa pesquisa, pois esse perfil está em consonância com a projeção brasileira da população de mulheres que, em 2030, corresponderá a 50,6% da população total (IBGE, 2018), além disso, destaca-se que são as mulheres que utilizam os serviços de saúde com mais frequência que os homens (ADARMOUCH, 2017). Ademais, o estado grávidico é de uma singularidade que requer cuidados cada vez personalizados para promoção da saúde do binômio mãe-filho (a).

Os condicionantes sociais e demográficos são considerados uma das dimensões para compreensão do LS (MANCUSO, 2009), neste estudo obteve-se a predominância de uma população jovem-adulta (88,98%), até pela peculiaridade da população estudada estar grávida. A média de anos de estudos é 12 anos de estudo com ensino médio completo (60,60%), hábitos de leitura nas informações online (86%), e renda de até um salário mínimo (82,40%) foram semelhantes a outras pesquisas realizadas no Brasil (CHEHUEN NETO, 2019; BORGES, 2019; MOURA, 2019).

Com a aplicação do S-TOFHLA, destacaram-se nesta pesquisa gestantes que apresentavam letramento em saúde adequado (69%). Esse perfil retrata a importância do estudo do letramento em saúde na população brasileira, uma vez que algumas habilidades são requeridas para o autocuidado e estão associadas a melhores resultados em saúde, tais como a compreensão das informações escritas ou faladas sobre saúde, como as prescrições médicas, o agendamento de consultas, a capacidade de realizar cálculos matemáticos simples para contagem de dosagens de medicamentos ou da quantidade de calorias de uma dieta (BORGES, 2019).

Além disso, esta pesquisa revelou que idade, grau de escolaridade, renda e local de moradia são fatores preditivos para o letramento em saúde na população analisada, fato evidenciado pelas análises de associação/correlação e de regressão, alguns estudos brasileiros corroboram a relação do primeiro fator (SAMPAIO, 2015; APOLINARIO, 2012; RODRIGUES, 2017). No Brasil, não se tem pesquisas de amplitude nacional que evidenciem o nível de letramento em saúde em gestantes, porém, já existem estudos que validaram instrumentos de medida desse constructo para o português (PASSAMAI, 2012), bem como classificaram os níveis do letramento em saúde de pessoas com agravos específicos à saúde.

O nível de letramento em saúde identificado nos estudos conduzidos no Brasil

apresentou extensa amplitude, variando de 31,7% a 73,7%, de forma que a menor prevalência foi encontrada em São Paulo e a maior em Belém, o que pode refletir a disparidade nacional de acesso à educação e a distribuição heterogênea da escolaridade no País (OECD, 2015).

Dentre os condicionantes avaliados nesta pesquisa, destaca-se o nível de escolaridade, uma vez que mais de 60% tinham o ensino médio completo e apenas 8,5% com nível superior, isso mostrou influência no desempenho do letramento em saúde alcançado pelas gestantes, dado que estas não apresentaram dificuldade quando precisavam ler toda a frase, compreendê-la dentro de seu contexto e identificar qual palavra completava seu sentido, bem como, ao mesmo tempo, ter o entendimento de qual a relação com a sequência do texto.

Já as gestantes que apresentaram ensino fundamental incompleto e completo (30,8%) apresentaram dificuldade quando precisavam ler e compreender uma frase. Sobre essa questão, vale salientar, segundo o inquérito brasileiro Indicador de Analfabetismo Funcional (INAF) e levantamentos internacionais, que as pessoas que não completaram até o quinto ano do ensino fundamental são consideradas analfabetas funcionais. E, de acordo com esse mesmo inquérito, esperava-se que os grupos que concluíssem o ensino fundamental tivessem domínio das habilidades básicas de alfabetismo e que nem sempre o grau de escolaridade garante o nível de habilidade de alfabetismo esperado (INAF, 2012).

No Brasil, o INAF classificou a população brasileira em duas categorias: Analfabetos Funcionais e os Alfabetizados Funcionalmente. Como Analfabetos Funcionais foram agrupados os analfabetos absolutos e rudimentares; e aqueles com nível básico e pleno de alfabetização, como Alfabetizados Funcionalmente. Isso significa dizer que a classificação no nível básico dá ao sujeito a capacidade de ler e compreender textos de média extensão; localizar informações, mesmo que seja necessário realizar pequenas inferências; ler números na casa dos milhões; resolver problemas envolvendo uma sequência simples de operações e ter noção de proporcionalidade. Porém, essas pessoas apresentam limitações quando têm de resolver operações envolvendo maior número de elementos, etapas ou relações. Em relação aos que possuem nível pleno de alfabetização, são aqueles com habilidades para compreensão/interpretação de situações usuais, porque conseguem ler textos mais longos; analisar/relacionar as partes dos textos; comparar e avaliar as informações; distinguir fatos de opiniões; realizar inferências/sínteses; resolver problemas de matemática que exigem maior planejamento/controlar; compreender percentuais/proporções/cálculo de área; interpretar tabelas de dupla entrada, mapas e gráficos (INAF, 2012).

Dessa forma, no presente estudo, as gestantes podem ser classificadas na categoria de Alfabetizados Funcionalmente, pois apresentaram letramento adequado (69%) e que referiram

ter hábito de leitura mesmo que online (88,10%), representando uma proporção maior em relação àqueles classificados com letramento inadequado (31%). A associação de letramento em saúde e grau de escolaridade foi observada neste estudo, assim como em outros realizados em diferentes regiões do Brasil (CARTHERY-GOULART, 2009; SAMPAIO, 2015; APOLINÁRIO, 2012; SANTOS, 2016; MORAES, 2017; SANTOS, 2017; RODRIGUES, 2017) demonstrando influência no desempenho no letramento alcançado pelas gestantes, de maneira que, conforme aumentam os anos de estudo, aumenta também o grau de letramento em saúde.

O nível de letramento que apresentou melhor desempenho foi na faixa etária de 19 a 29 anos quando comparado as outras faixas, dessa forma as mulheres com maior idade apresentaram probabilidade entre 20% e 40% maior para o baixo LS, associação também demonstrada em outros estudos (PASSAMAI, 2012; CASTRO, 2014; KOBAYASHI, 2016). À medida que a idade avança, diminui a capacidade de realizar tarefas cognitivas que exigem processamento de informações. Os adultos mais velhos tendem a ter mais dificuldade em completar tarefas que exigem raciocínio ou inferência das informações que lhes são apresentadas, o que sugere maior prevalência de baixo LS em faixas etárias elevadas (BAKER, 2000).

Por outro lado, as gestantes a partir de 35 anos apresentaram menor escolaridade, quando comparadas às mais jovens. Isso pode ser decorrente da transição educacional vivenciada no Brasil, cujos investimentos públicos progressivos nesse setor propiciaram um maior acesso à escola, melhorando o nível educacional da população nas últimas décadas (OECD, 2015).

Gestantes com grau de instrução inferior ao ensino médio completo apresentaram 25% maior probabilidade para o letramento em saúde inadequado, destaca-se também que na compreensão leitora, as gestantes da Sede obtiveram mais acertos (média 62) que as gestantes do Distrito (média 58). Comprova-se então que a escolaridade também é um determinante social com a qual o letramento em saúde mostra-se vinculado, o que percebido no estudo de Chehuen Neto (2019) onde os resultados demonstraram uma relação significativa entre menor escolaridade e baixa capacidade em compreender as instruções médicas. Essa associação pode ser explicada pelo fato de o letramento estar intimamente relacionado a competências que são trabalhadas e ensinadas em ambiente escolar, como habilidade de leitura, escrita e cálculos e compreensão de símbolos matemáticos (PASSAMAI, 2012; SANTOS, 2016).

Deste modo, apesar da associação entre escolaridade e letramento em saúde já ter sido constatada em outros estudos (CARTHERY-GOULART, 2009; OLIVEIRA, 2009; BRUCKI,

2011; MORRIS, 2013; REISI, 2014; APOLINARIO, 2012; CASTRO, 2014; OLIVEIRA, 2014; SAMPAIO, 2015; HEIJMANS, 2015; SANTOS, 2016) um estudo realizado por Campos (2020) com mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família, constatou que o indicador “anos completos de estudo” pode não refletir o grau de alfabetização, e faz uma alusão a Passamai (2012) pois o nível de LS traduz a capacidade do indivíduo para adquirir conhecimentos e lidar com as demandas sociais, principalmente no contexto da saúde. Além disso, Campos (2020) traz que o nível educacional não garante um LS adequado, uma vez que usuários com alta escolaridade podem exibir dificuldades com terminologias e procedimentos relativos ao contexto da saúde.

Em outro estudo, desta vez realizado com pessoas idosas em Curitiba-PR, os resultados demonstraram que, independentemente do nível de escolaridade, há utilização restrita das práticas relacionadas à linguagem escrita, uma vez que tanto aqueles que possuíam formação superior quanto os que não possuíam tiveram dificuldades em interpretar informações simples de textos. Dessa maneira, evidencia-se que o grau de escolaridade não garante o processo de letramento (SOUZA, 2014).

As gestantes deste estudo que têm até um salário mínimo como renda (82,4%) estão mais susceptíveis ao baixo LS, quando comparadas às de média e alta renda, corroborando com resultados de outros estudos (SOUZA, 2014; TOÇI, 2014; BECERRA, 2015). A renda é o indicador de *status* social que mede diretamente o nível de vida material, estando interligada com outros indicadores, como emprego, tipo de trabalho e acesso a serviços de promoção da saúde. Indivíduos em menor estrato socioeconômico usualmente têm maiores dificuldades para acessarem serviços e receberem informações de saúde, o que ocasiona piores níveis de letramento em saúde e os desfechos clínicos (TOÇI, 2014).

Em vista disso, em um estudo desenvolvido por Chehuen Neto (2019) com idosos e doenças cardiovasculares foi observada uma associação entre baixa renda com pontuações inferiores na dimensão numeramento do instrumento S-TOFHLA, isso fortalece nossos achados no que tange a vulnerabilidade das gestantes com menor nível socioeconômico. Esse achado corrobora os relatórios da OMS (2013), segundo os quais o limitado letramento em saúde segue um gradiente social e reforça ainda mais as desigualdades existentes em um país.

Com relação as complicações na/para a gestação, não houve associação com letramento em saúde. Contudo, a qualidade da atenção à saúde e o sucesso do seu manejo pelo paciente passam pelo seu nível de entendimento da doença (PASSAMAI, 2012). No entanto, o baixo letramento em saúde impossibilita a aquisição e apreensão de informações em saúde, fundamentais para plena compreensão da doença por seus portadores (PETERSON, 2011).

Uma pesquisa realizada com diabéticos (SAMPAIO, 2015) e outra com pacientes cardiovasculares (CHEHUEN NETO, 2019) revelou que o entendimento acerca das comorbidades estava intimamente associado ao grau de letramento em saúde e que mais da metade (64,1%) dos pacientes com letramento não adequado referiu não compreender sua doença plenamente e apresentaram dificuldade quanto aos horários de seus medicamentos. Embora esses estudos tenham sido realizados com outro público, infere-se que há similaridade no que concerne a avaliação do LS referente ao uso acertado dos medicamentos, pois verifica-se que na gestação o manejo adequado ou não de medicamentos advém, em grande parte, do entendimento dos horários de administração propostos pelo profissional da saúde e da aplicação de conceitos matemáticos básicos, não dominados, por vezes, por aqueles que contam com baixo letramento.

Outro entrave para as gestantes com baixo letramento é a habilidade de comunicação, pois muitas vezes mostram-se relutantes quanto ao esclarecimento de dúvidas, exposições de preocupações sobre a gravidez e participação/adesão ao tratamento clínico, essa tendência foi constatada nos pacientes do estudo de Chehuen Neto (2019), pois ao questionar se faziam perguntas sobre sua condição de saúde aos profissionais, uma porcentagem expressiva de pacientes (76,8%) com letramento insatisfatório admitiu não apresentar esse hábito. É válido ressaltar que o não entendimento pleno das doenças nos pacientes com um baixo letramento ocorre por dificuldades inerentes ao indivíduo.

Todavia, enfatiza-se aqui a inabilidade dos profissionais de saúde em reconhecer níveis de letramento inadequados e, por sua vez, comunicar-se com uma linguagem compreensível e adequada (PASSAMAI, 2012; SAMPAIO, 2015). A Sociedade Americana de Insuficiência Cardíaca sugere, inclusive, que o grau de letramento do paciente seja obtido e registrado no prontuário médico, tamanha a importância desse fator na relação profissional-paciente (EVANGELISTA, 2010).

Dessa forma, enfatiza-se a importância do uso de linguagem clara, acessível e adequada ao letramento pelos profissionais ao transmitir orientações aos pacientes, em especial para aqueles com menor escolaridade, fator este que preditivo a um letramento baixo. Em tal caso, os profissionais da saúde durante o pré-natal, caso desconheçam o grau de letramento das suas gestantes, por vezes, devem utilizar uma linguagem especializada, fornecer informações suficientes e se certificam se foram assimiladas.

Sabe-se que as práticas de saúde em geral também devem ser pautadas para permitir melhor entendimento e capacidade de autocuidado pela gestante, proporcionando melhor qualidade vida na gestação e no puerpério, seja no âmbito individual ou coletivo.

Mas, mesmo assim, fica visível pelos resultados dessa pesquisa que a compreensão textual se mostrou mais comprometida segundo o teste que foi aplicado, sugerindo que a forma como as informações escritas são entregues as gestantes serviço de saúde podem não ser bem compreendidas por elas, ou estarem escritas de uma maneira que exige escolaridade mais alta, ou também podem conter vocábulos que dificultem o entendimento.

Nesse âmbito, os profissionais de saúde devem ficar alertas em identificar o letramento em saúde em paciente que apresentem comportamentos inadequados no cotidiano da assistência quando: não preencherem os formulários corretamente; faltarem às consultas com frequência; não forem aderentes ao tratamento; não realizarem os exames quando solicitados ou quando se pede para levar as informações escritas para serem lidas em casa; apresentarem confusão com nome e horários de medicamentos, podendo estar essas situações associadas à dificuldade de compreensão das informações pelo baixo letramento e essa condição não se identificar somente pela auto declaração.

Além disso, devemos estar atentos a população que apresenta maiores chances de ter baixo letramento em saúde, destacam-se aqueles que recebem baixos salários, desempregados, pessoas com baixa escolaridade, déficit cognitivo, auditivo e visual (OSBORN, 2009; GAKUMO, 2013). Outros estudos também demonstram uma associação do baixo letramento em saúde com grupos étnicos minoritários e imigrantes, aspecto que não evidenciamos, mas cuja avaliação se mostra igualmente importante (SANTOS, 2016).

As associações verificadas entre o letramento e as variáveis faixa, grau de escolaridade, situação socioeconômica reforçam o princípio de que o letramento em saúde é composto por estruturas sociais mais complexas do que as descritas apenas pela educação (CARMO, 2014). As gestantes com faixa etária mais avançada, de baixa renda, que não concluíram o ensino médio têm maiores probabilidades de apresentarem baixo letramento em saúde (NUTBEAM, 2009).

Considera-se que as gestantes com letramento em saúde inadequado (44,90%) ou marginal (45,40%) terão dificuldade na leitura, na compreensão e na interpretação de orientações para o cuidado com a saúde, estando mais propícias não apenas ao uso incorreto de medicações prescritas, mas também ao abandono do plano de cuidados e resistência ao pré-natal. Por isso, torna-se emergente alertar os profissionais da saúde para a necessidade de se adequar os discursos utilizados nos atendimentos ao nível de compreensão das gestantes.

Tendo em vista que, para realizar as atividades de educação em saúde, os profissionais devem levar em consideração variáveis sociodemográficas e de saúde que estejam relacionadas ao letramento da população, uma vez que cada indivíduo busca, compreende e

utiliza as informações à sua maneira, o estudo mostra-se fundamental. Dessa forma, à medida que se consideram esses fatores intrínsecos a gestação e a singularidade das gestantes, o trabalho dos demais profissionais da saúde propicia que todos acessem e utilizem essas informações, minimizando, conseqüentemente, condições de agravos e vulnerabilidades em saúde dessa população.

Ainda que tenham sido tomados todos os cuidados no desenvolvimento metodológico do estudo, ainda se encontraram limitações quanto a generalização dos resultados por tratar-se de um estudo transversal.

Cabe mencionar que a prevalência do letramento em saúde adequado deste estudo, apesar de alta, deve ser interpretada com cautela, pois se trata de uma amostra previamente sensibilizada quanto à promoção da saúde e mudanças no estilo de vida. Ademais, a expansão de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde, que contribuam para diminuir as iniquidades, além do estímulo à alfabetização e incentivo a atividades de educação em saúde podem constituir caminhos institucionais para a melhora do nível de letramento da população.

Em vista disso, estudos brasileiros (PASKULIN, 2012; PASSAMAI, 2012) recomendam a avaliação do letramento em saúde na atenção primária à saúde e a possibilidade de sua inclusão na agenda das políticas públicas, para fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, similarmente ao que ocorre em países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Austrália, entre outros.

7 CONCLUSÃO

Este estudo, portanto, amplia o conhecimento acerca do nível de letramento em saúde em gestantes, almejando que as informações sejam úteis para despertar a atenção dos profissionais da saúde para o grau de letramento em saúde dos seus pacientes, de forma a garantir uma comunicação mais adequada e efetiva.

Entretanto, teve como limitações o fato de restringir-se a um município, não apresentando uma abordagem multicêntrica a nível regional ou estadual e de não conseguir abranger todos os Centros de Saúde da Família da sede e dos distritos do município, pois essa análise poderia fornecer informações mais específicas dos territórios, como por exemplo das variáveis que mais influenciam o letramento na população coberta por cada equipe da Estratégia Saúde da Família. No entanto, é notória sua importância, visto que abre possibilidades ao sugerir novas pesquisas na temática do letramento em saúde, tanto em pequenas áreas como em âmbito populacional no município e em outras localidades.

Observou-se associações estatisticamente significativa entre o letramento em saúde com escolaridade, localidade, hábito de leitura, classificação de risco (habitual, clínico e social). Além disso, a alta prevalência de letramento adequado pôde ser correlacionada com um conhecimento satisfatório sobre a gestação por meio dos hábitos de leitura nas redes sociais.

O letramento em saúde adequado avaliado neste estudo se manteve associado estatisticamente com o nível de escolaridade. Segundo os indicadores nacionais de alfabetização, esta amostra foi considerada alfabetizada funcionalmente, e este pode ter sido um dos principais fatores condicionantes da habilidade de ler e compreender as informações em saúde, tanto textuais como numéricas.

Em relação ao instrumento utilizado, S-TOFHLA, foram observadas limitações por restringirem-se a termos médicos e não medirem outras habilidades necessárias para o letramento como conhecimento conceitual e cultural, fala, escuta e escrita.

Assim, considerando-se a alta significância estatística quanto aos resultados do letramento em saúde com gestantes na Estratégia Saúde da Família, sugere-se a introdução de metodologias que otimizem a comunicação profissional-paciente, especialmente nos grupos com baixa renda e escolaridade diminuída. É necessário que se desenvolvam medidas educativas para que os profissionais de saúde possam adaptar sua linguagem, moldar os receituários e adequar as prescrições, criar instrumentos de comunicação às necessidades e competências das gestantes mais susceptíveis a déficits no letramento.

Sugere-se estimular a conscientização sobre o tema, que ainda é pouco discutido entre os profissionais da saúde, como medida para o enfrentamento dessa realidade, reduzindo os impactos negativos nas condições de saúde das gestantes não só durante a gestação, mas também parto, puerpério e nascimento.

Assim, com os dados deste estudo e de outros que possam a vir somar informações, será possível aperfeiçoar a atenção primária no âmbito do SUS e de outros sistemas de saúde, mediante estratégias que ofereçam subsídios e ferramentas adequadas para diminuir as disparidades em saúde atribuídas ao baixo nível de letramento em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA KMV de et al . Assessment of functional health literacy in Brazilian carers of older people. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 180-186, June 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642019000200180&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Dec. 2020. Epub June 18, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-020006>
- ALMEIDA, BFRV; PAIVA, ALD; DE ALENCAR, OM; FRANCO, MFJ. Pré-Natal Realizado Por Equipe Multiprofissional da Atenção Primária À Saúde: Prenatal care performed by a multiprofessional team of primary health care. *Cadernos ESP*, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 63–70, 2020. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/247](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/247). Acesso em: 15 nov. 2022.
- ALMEIDA FILHO, N; ROQUAYROL, MZ. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ANTUNES JLF. Um dicionário na dinâmica da epidemiologia. *Rev. bras. epidemiol.* , São Paulo, v. 19, n. 1, 219-223, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100219&lng=en&nrm=iso>. acesso em 09 de setembro de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010020>
- ARAÚJO JP, SILVA RMM, COLLET N, TATSCH NEVES E, TOSO BRGO, SILVEIRA VIERA C. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>
- DARMOUCH L, ELYACOUBI A, DAHMASH L, EL ANSARI N, SEBBANI M, AMINE M. Short-term effectiveness of a culturally tailored educational intervention on foot self-care among type 2 diabetes patients in morocco. *J Clin Transl Endocrinol* [Internet]. 2017 [Accessed 1 October 2022];7:54- 9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcte.2017.01.002>
- APOLINARIO, D et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2012, v. 46, n. 4 [Accessed 2 October 2022] , pp. 702-711. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>>. Epub 10 July 2012. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>.
- APOLINÁRIO D, BRAGA RCOP, MAGALDI RM, BUSSE AL, CAMPORA F, BRUCKI S, et al. Short assessment of health literacy for portuguese-speaking adults. *Rev Saude Publica*. 2012;46(4):702-11. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2012, v. 46, n. 4 [Accessed 2 October 2022] , pp. 702-711. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>>. Epub 10 July 2012. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S003489102012005000047>
- BERBERIAN AP, MORI-DE ANGELIS CC, MASSI G. Letramento: referências em saúde e educação. São Paulo: Plexus; 2006.
- BEZERRA JNM et al. ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE INDIVÍDUOS EM DIÁLISE TERAPÊUTICA. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 28, e20170418, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100304&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 de setembro de 2020. Epub em 14 de fevereiro de 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0418>

BITTENCOURT, SDA et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 3 [Acessado 22 Outubro 2022], pp. 801-821. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>.

BORGES FM, SILVA ARV, LIMA LHO, ALMEIDA PC, VIEIRA NFC, MACHADO ALG. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2019, v. 72, n. 3 [Accessed 1 October 2022], pp. 646-653. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366>>. Epub 27 June 2019. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366>.

BRUCKI SMD, MANSUR LL, CARTHERY-GOULART MT, NITRINI R. Formal education, health literacy and minimal state examination. *Dement Neuropsychol*. 2011;5(1):26-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05010005>. PMID:29213716

BECERRA MB, BECERRA BJ, DAUS GP, MARTIN LR. Determinants of low health literacy among Asian-American and Pacific Islanders in California. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2015;2(2):267-73. <http://dx.doi.org/10.1007/s40615-015-0092-0>. PMID:26863342.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. UNA-SUS, UNIFESP, Brasília, 2017. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9) Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos 2ª edição. Brasília: MS; 2012. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 27 jun.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2022 jan 17]. Disponível em:

<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do--ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>

CAMPOS CEA. Humanização do cuidado de enfermagem à saúde da mulher, criança e adolescente. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 529-534, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400529&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July

2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150070>

CAMPOS AAL et al. Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 66-76, Mar. 2020. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000100066&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2020. Epub Apr 09, 2020. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202000280295>

CARTHERY-GOULART MT, ANGHINAH R, AREZA-FEGYVERES R, BAHIA VS, BRUCKI SMD, DAMIN A. *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. Health literacy in adults –TOFHLA. Rev Saúde Pública 2009;43(4):631-8. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400009

CARVALHO BAS et al. Tendência temporal do near miss materno no Brasil entre 2000 e 2012. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 19, n. 1, p. 115-124, Mar. 2019 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000100115&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July

2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100007>.

CARMO RJ, BUSTAMANTE TMT, AZEVEDO E SILVA G, CASTRO DK, SALIM MDML. Prevalence of prehypertension and associated factors in women. Invest Educ Enferm. 2014;32(3):471-9.

<http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v32n3a12>. PMID:25504413.

CASTRO SH, BRITO GN, GOMES MB. Health literacy skills in type 2 diabetes mellitus outpatients from a university-affiliated hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Diabetol Metab Syndr. 2014;6(1):126. <http://dx.doi.org>

org/10.1186/1758-5996-6-126. PMID:25960771

CIDADE-BRASIL. Mapas do Brasil. 2022. [cited 2022 Oct 01]. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-sobral.html>

CUNHA JP. Alfabetização em saúde de cuidadores informais de idosos com alzheimer. Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017. Disponível em: [Alfabetização em saúde de cuidadores informais de idosos com Alzheimer | Fortaleza; s.n; nov. 2017. 95 p. | LILACS | BDEFN \(bvsalud.org\)](#)

CUNHA GH et al . Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 70, n. 1, p. 180-188, Feb. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000100180&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0052>.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de estabelecimento. 2022. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

CHAVES IS, RODRIGUES IDCV, FREITAS CKAC, BARREIRO MSC. Consulta de Pré-Natal de enfermagem: satisfação das gestantes. 2020 jan/dez; 12:814-819. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7555>

CHEHUEN NETO JA et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 3 [Acessado 16 Outubro 2022] , pp. 1121-1132. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>.

CEARÁ. Secretaria da Educação. Coordenadoria de Avaliação e Acompanhamento da Educação. Mapa do Analfabetismo no Ceará. Ceará, Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.seduc.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/37/2014/07/mapa_do_analfabetismo_cear%C3%A1.pdf

COELHO MAM, SAMPAIO HAC, PASSAMAI MPB, CABRAL LA, PASSOS TU, LIMA GP, *et al.* Functional health literacy and healthy eating: Understanding the brazilian food guide recommendations. Rev. Nutr., Campinas, 27(6):715-723, nov./dez., 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732014000600715

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. [Internet]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

COHEN, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª ed.). New York: Lawrence Erlbaum Pub

DEWALT DA, BERKMAN ND, SHERIDAN S, LOHR KN, PIGNONE MP. Alfabetização e desfechos de saúde: uma revisão sistemática da literatura. J Gen Intern Med. 2004 Dez;19(12):1228-39. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x. PMID: 15610334; PMCID: PMC1492599

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Eds.) The SAGE handbook of qualitative research. 4. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2011.

E-SUS. Portal do Sistema e-SUS Atenção Primária. Ministério da Saúde. Sobral, 2019. Disponível em: <http://esus.sobral.ce.gov.br/esus/#/pec>

EVANGELISTA LS, RASMUSSEN KD, LARAMEE AS, BARR J, AMMON SE, DUNBAR S, ZIESCHE S, PATTERSON JH, YANCY CW. Health literacy and the patient

- with heart failure--implications for patient care and research: a consensus statement of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail.* 2010 Jan;16(1):9-16. doi: 10.1016/j.cardfail.2009.10.026. Epub 2009 Dec 11. PMID: 20123313; PMCID: PMC2909843
- FORTALEZA. Diretrizes clínicas da atenção a gestante: assistência pré-natal. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016.
- FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* São Paulo: Paz e Terra; Coleção Leitura; 1996
- FREITAS FV, REZENDE FILHO LA. [Communication models and use of printed materials in healthcare education: a bibliographic survey]. *Interface [Internet].* 2011; 15:243-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4510>
- FRITZ, C. O., MORRIS, P. E., & RICHLER, J. J. (2012). Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *Journal of experimental psychology: General*, 141(1), 2.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GAZMARARIAN JA, KRIPALANI S, MILLER MJ, ECHT KV, REN J, RASK K., Factors Associated with Medication Refill Adherence in Cardiovascular-related Diseases: A Focus on Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21: 1215-1221. (2006). Available from <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00591.x>
- GAKUMO CA, VANCE DE, MONEYHAM L, DEUPREE JP, ESTRADA C. Aritmética em saúde e alfabetização em saúde no contexto do manejo de pacientes com vírus da imunodeficiência humana. *Enfermagem: Pesquisa e Revisões.* 2013;3:23-31. Available from <https://doi.org/10.2147/NRR.S37548>
- HEIJMANS M, WAVERIJN G, RADEMAKERS J, VAN DER VAART R, RIJKEN M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns.* 2015;98(1):41-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>. PMID:25455794.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2312908>
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE: 2018 [cited 2022 Oct 01]. *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação.* Available from: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
- INAF. Instituto Paulo Montenegro. INAF Brasil: Indicador de Alfabetismo Funcional: principais resultados. IPM/ IBOPE [Internet]. 2012[cited 2022 Oct 02]; 18 p. Available from: <https://alfabetismofuncional.org.br/nivel-analfabeto/>
- ISHIKAWA H, YANO E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect.*, v.11, n.2, p.113-22, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18494956/>
- IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion.* Washington, DC: National Academies Press; 2004. 367 p. Disponível em: <www.nap.edu>.
- IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. *Measures of health literacy: workshop summary.* Washington (DC): The National Academies Press, 2009. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog>
- IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. *Improving Adult Literacy Instruction: Options for Practice and Research*, 2012. 505 p. Disponível em: [Improving Adult Literacy Instruction: Options for Practice and Research | The National Academies Press \(nap.edu\)](https://www.nap.edu/catalog/11471.html)

- JOVIC-VRANES A, BJEGOVIC-MIKANOVIC V, MARINKOVIC V. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *J. Public Health*, v.31, n.4, p.490-5, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19454605/>
- KOBAYASHI LC, WARDLE J, WOLF MS, VON WAGNER C. Aging and functional health literacy: a systematic review and meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(3):445-57. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbu161>. PMID:25504637.
- LARA, MLG; SMIT, JW. Temas de pesquisa em Ciência da Informação no Brasil. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.repositoriobib.ufc.br/000005/00000588.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2012.
- LEMOS A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200244&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July 2020. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>.
- LIMA VKS, HOLLANDA GSE, OLIVEIRA BMM, OLIVEIRA IG, SANTOS LVF, CARVALHO CML. Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. *Rev Fun Care Online*. 2019 jul/set; 11(4):968-975. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>
- LUZ GOA et al . Associação entre o letramento funcional em saúde e o autocuidado com o diabetes mellitus. *Cogitare enferm.*, Curitiba , v. 24, e66452, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100379&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 set. 2020. Epub 17-Fev-2020. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.66452>.
- LIMA JP et al. LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM PESSOAS IDOSAS. *Cogitare enferm.*, Curitiba , v. 24, e63964, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100371&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 set. 2020. Epub 17-Fev-2020. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.63964>
- MACINKO J, HARRIS MJ. Brazil's Family Health Strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 372, n. 23, p. 2.177-2.181, 2015. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>
- MACDONALD, P. L., & GARDNER, R. C. (2000). Type I error rate comparisons of post hoc procedures for I j Chi-Square tables. *Educational and psychological measurement*, 60(5), 735-754.
- MANOLA CCV, MELO EBM, LAU YKC, BEDIN LP, OLIVEIRA MV, ALMEIDA MAI, CASTRO MR, MACHADO PS. Letramento funcional em saúde: sífilis em gestantes. *Nursing (São Paulo)*; 23(265): 4193-4198, jun.2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118152>
- MANCUSO JM. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nurs Health Sci [Internet]*. 2009 [Accessed 1 October 2022];11(1):77-89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00408>.
- MARAGNO CAD. Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Setor de Ciências

da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/18582>

MARQUES SRL, LEMOS SMA. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. *Audiol Commun Res.* 2017;22:e1757. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-64312017000100501&script=sci_abstract&tlng=pt

MARQUES SRL, LEMOS SMA. Health literacy and associated factors in adults primary care users. *Trabalho, Educação e Saúde*, vol. 16, núm. 2, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462018000200535&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

MARTINS NFF, ABREU DPG, SILVA BT, et al. Letramento Funcional em Saúde de Pessoas Idosas em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.* 2019;9: e2937; Available in: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2937/2070> DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2937>

MOURA NS et al. Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 72, n. 3, p. 700-706, jun. 2019. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000400700&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 set. 2020. Epub 27-Jun-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0291>.

MORAES KL et al. Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 70, n. 1, p. 155-162, Feb. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100155&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0169>

MORRIS, NS; MACLEAN, CD; LITTENBERG, B. Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. *Diabetes Educ.* 2013;39(5):638-46. <http://dx.doi.org/10.1177/0145721713496871>. PMID:23963099.

MUELLER, SPM; PERUCCHI, V. Universidades e a produção de patentes: tópicos de interesse para o estudioso da informação tecnológica. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 15-36, 2014.

NUTBEAM, D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health.* 2009;54(5):303-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>. PMID:19641847.

NUNES, AL et al. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2022, v. 38, n. 4 [Acessado 22 Outubro 2022], PT228921. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT228921>>. Epub 25 Maio 2022. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT228921>.

OLIVEIRA, MO; PORTO, CS; BRUCKI, SMD. S-TOFHLA in mild alzheimer's disease and mild cognitive impairment patients as a measure of functional literacy. *Dement Neuropsychol.*, v.3, n.4, p.291-8, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312027/>

OLIVEIRA, M; NITRINI, R; BRUCKI, SM. The S-TOFHLA as a measure of functional literacy in patients with mild Alzheimer's disease or mild cognitive impairment. *Arch Clin*

Neuropsychol. 2014;29(3):269-77. <http://dx.doi.org/10.1093/arclin/act120>. PMID:24503948.

OMS, Organização Mundial de Saúde, Health Promotion Glossary. Division of health Promotion, education and Communications, Suíça, 1998. Available from <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>

OMS, Organização Mundial de Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=34C1A1FB577C6392BE15C99CF1520805?sequence=2>. Acesso em: 16 jun. 2022.

OSBORN CY, CAVANAUGH K, WALLSTON KA, WHITE RO, ROTHMAN RL. Diabetes numeracy: an overlooked factor in understanding racial disparities in glycemic control. *Diabetes Care* [Internet]. 2009[cited 2022 Oct 02];32(9):1614-9. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc09-0425>

OECD Organisation for Economic Co-Operation and Development. Education at a glance: OECD indicators [Internet]. Paris: OECD; 2015 [citado em 2017 Apr 21]. Disponível em: <https://www.oecd.org/brazil/Education-at-a-glance-2015-Brazil-in-Portuguese.pdf>

PAIVA, CHA; TEIXEIRA, LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PARKER RM. *et al.* The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J. Gen. Intern. Med.*, v.10, n.10, p.537-41, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8576769/>

PASSAMAI, MPB; SAMPAIO, HAC; DIAS, AML; CABRAL, LA. *et al.* Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.41, p.301-14, abr./jun. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012005000027&script=sci_abstract&lng=pt

PASSAMAI, MPB; SAMPAIO, HAC; LIMA, JWO. Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do sistema único de saúde. Fortaleza: EdUECE; 2013. Disponível em: <https://portal-archipelagus.azurewebsites.net/farol/eduece/ebook/letramento-funcional-em-saude-de-adultos-no-contexto-do-sistema-unico-de-saude/33989/>

PASKULIN, LMG *et al.* Health literacy of older people in primary care. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2012, v. 25, n. spe1 [Acessado 2 Outubro 2022], pp. 129-135. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800020>>. Epub 27 Feb 2013. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800020>.

PRUDÊNCIO, OS; MAMEDE, FV. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20180077. DOI: <https://doi.org/10.1590/19831447.2018.20180077>

QUEMELO PRV, MILANI D, BENTO VF, VIEIRA ER, & ZAIA JE. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2), 2017, 1–15. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00179715>

- RASELLA D, HARHAY MO, PAMPONET MG, AQUINO R, BARRETO MG. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *British Medical Journal*, Londres, v. 349, p. 4.014-4.024, 2014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>
- RAWSON KA, GUNSTAD J, HUGHES J. The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. *J. Gen. Intern. Med.*, v.25, n.1, p.67-71, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811598/>
- REISI M, JAVADZADE SH, HEYDARABADI AB, MOSTAFAVI F, TAVASSOLI E, SHARIFIRAD G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *J Educ Health Promot.* 2014;3(1):119. <http://dx.doi.org/10.4103/2277-9531.145925>. PMID:25540792.
- ROUQUAYROL MZ, GURGEL M. *Epidemiologia e Saúde*. 8. ed. Medbook: Artmed, 2018.
- ROCHA PC, ROCHA DC, LEMOS SMA. Letramento funcional em saúde na adolescência: associação com determinantes sociais e percepção de contextos de violência. *CoDAS*, São Paulo, v. 29, n. 4, e20160208, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000400307&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2020. Epub Aug 10, 2017. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016208>
- RODRIGUES, R., DE ANDRADE, S., GONZÁLEZ, A., BIROLIM, M., & MESAS, A.. Cross-cultural adaptation and validation of the Newest Vital Sign (NVS) health literacy instrument in general population and highly educated samples of Brazilian adults. *2017 Public Health Nutrition*, 20(11), 1907-1913. doi:10.1017/S1368980017000787
- ROMERO SS, SCORTEGAGNA HM, DORING M. NÍVEL DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E COMPORTAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 27, n. 4, e5230017, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400328&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2020. Epub Jan 31, 2019. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005230017>
- ROSAS, AJC. *Sustentabilidade da atividade produtora de água envasada em Fortaleza, CE*. 2008. 186 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- ROSA, CQ; SILVEIRA, DN; COSTA, JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Revista de Saúde Pública*, 2014;48(6):977-984. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600977&lng=e
- RUDD, R.E. et al. Literacy demands in health care settings: the patient perspective. In: SCHWARTZBERG, J.G.; VENGEEST, J.B.; WANG, C.C. (Orgs.). *Understanding health literacy: implications for medicine and public health*. United States: AMA, 2005. p.69-85
- RUSCHI, GEC; ZANDONADE, E; MIRANDA, AE; ANTÔNIO, FF. Determinantes da qualidade do pré-natalna Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2018;26(2):131-139. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000200131&lng=pt
- SAMPAIO HAC et al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 3 [Acessado 2 Outubro 2022], pp. 865-874. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12392014>>.

ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12392014>

SANTOS LTM, MANSUR HNT, SOUZA PAIVA FP, COLUGNATI FAB, BASTOS MG. Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Nefrol* 2012;34(3):293-302. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002012000300014&script=sci_abstract&tlng=pt

SANTOS MIPO, PORTELLA MR, SCORTEGAGNA HM, SANTOS PCS. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 651-664, Sept. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000300651&script=sci_abstract&tlng=pt

SANTOS MIPO, PORTELLA MR. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 69, n. 1, p. 156-164, Feb. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100156&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690121i>

SANTOS JEM et al. Legibilidade de prospecto facilitador e letramento em saúde de indivíduos com marcapasso. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 70, n. 3, p. 633-639, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300633&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 14 set. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0336>

SCHILLINGER, D; BINDMAN, A.; STEWART, A *et al.* Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, Bethesda, v. 52, n.3, p. 315-323, 2003. Disponível em: [doi:10.1016/S0738-3991\(03\)00107-1](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00107-1) (cahealthliteracy.org)

SILVA, NN. Amostragem Probabilística: Um Curso Introdutório. 3ª Edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

SISS, A. Afro-brasileiros e Educação Superior: notas para debates. *In: COSTA, Hilton; PINHEL, André; SILVEIRA, Marcos Silva da (org.)*. Uma década de políticas afirmativas: panorama, argumentos e resultados. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2012. p. 18-26.

SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Educação na Saúde – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Plano Municipal de Saúde de Sobral 2018 a 2021. Sobral – CE, 2017. 84p. Disponível em: <http://biblioteca.esf.sobral.ce.gov.br:8080/Bibliivre5/>

SØRENSEN K, PELIKAN JM, RÖTHLIN F, GANAHL K, SLONSKA Z, DOYLE G, FULLAM J, KONDILIS B, AGRAFIOTIS D, UITERS E, FALCON M, MENSING M, TCHAMOV K, BROUCKE S, BRAND H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, v. 25, n. 6, p. 1053-1058, 2015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25843827/>

SORENSEN, K; VAN DEN BROUCKE, S; FULLAM, J. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

SOUZA AC, COLOMÉ IC, COSTA LE, OLIVEIRA DL. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2005;26(2):147-53. Available from:

http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/A_e_educacao_em_saude_com_grupos_na_comunidade.pdf

SOUZA JG, APOLINARIO D, MAGALDI RM, BUSSE AL, CAMPORA F, JACOB-FILHO W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2014;4(2):1-8.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004180>. PMID:24525392.

SOUZA FILHO PP, MASSI GA DE A, RIBAS A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2014 [acesso em 15 ago 2018]; 17(3):589-600. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13117>.

SANTOS, JEM et al. Comprehension of the education handout and health literacy of pacemaker users. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2017, v. 70, n. 3 [Accessed 2 October 2022], pp. 633-639. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0336>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0336>.

SANTOS MIPO, PORTELLA MR. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):144-52. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690121i>

SILVA JRR, LUZ GOA, SILVA SMB, MEDEIROS LKA, SANTOS JL JR, SANTOS ICRV. Letramento funcional em saúde e o conhecimento dos doentes renais crônicos em tratamento conservador. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019;32:9470.

DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9470>

SHARPE, D. (2015). Chi-Square Test is Statistically Significant: Now What?. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 20(1), 8.

TARAPANOFF, K. Educação corporativa. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO E INTELIGÊNCIA COMPETITIVA, 1., 2006, Curitiba. Anais [...]. Curitiba: CIETEP, 2006. Disponível em: <http://www.gecic.com.br>. Acesso em: 22 out. 2006. p. 59-70.

TRISTÃO, Ana Maria Delazari; FACHIN, Gleisy Regina Bóries; ALARCON, Orestes Estevam. Sistema de classificação facetada e tesouros: instrumentos para organização do conhecimento. *Ciências da Informação*, Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 172-178, 2004. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/265/233>. Acesso em: 2 out. 2014.

TIRONI S. Enfrentando as causas exógenas da evasão e abandono escolar: considerações sobre o sistema brasileiro de proteção à criança e ao adolescente. *Direito à educação e direitos na educação em perspectiva interdisciplinar*. São Paulo: Cátedra UNESCO de Direito à Educação/Universidade de São Paulo (USP), 2018. Available from:

http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Direito_a_educacao_e_direitos_na_educacao.pdf

TOÇI E, BURAZERI G, KAMBERI H, JERLIU N, SORENSEN K, BRAND H. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Public Health*. 2014;128(9):842-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2014.06.009>. PMID:25129227.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). *America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information*. Washington, D.C, 2008. 11 p. Disponível em: [America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information \(ahrq.gov\)](http://www.ahrq.gov/health-literacy)

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Cátedra UNESCO de Leitura, 2006. [online]. Disponível em:

<https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil>

VOLPATO LF, MARTINS LC, MIALHE FL. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? Rev. Cienc. Farm. Basica Apl., v.30, n.3, p.309-14, 2009. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/49599545_Bulas_de_medicamentos_e_profissionais_de_saude_ajudam_ou_complicam_a_compreensao_dos_usuarios

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Closing the gap in a generation: healthy equity through action on the social determinants of health. Commission Social Determinants of Health (CSDH). Geneve, 2008. Disponível em: WHO - Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (2008) | End FGM

WHO World Health Organization. World Health Statistics. Geneva: WHO; 2013.

WHO World Health Organization. Declaration of Astana: global conference on primary health care, Astana, 25 and 26 October 2018. Kazakhstan: WHO; 2018.

WHCA -WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES. Health literacy: part 2 evidence and case studies, 2010. Disponível em:

<http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy28.3.2010.pdf>

WOLF MS, GAZMARARIAN JA, BAKER DW. Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. Arch Intern Med. [Internet]. 2005 [acesso em 11 nov 2018]; 165(17): 1946-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946>

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: REPERCUSSÕES NA COMUNICAÇÃO COM GESTANTES NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo

Prezada Colaboradora,

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa que irá avaliar o Letramento Funcional em Saúde em gestantes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. A sua participação pode contribuir para compreendermos sobre letramento funcional em saúde e gestantes.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você responderá a um questionário: S-Tophla. As perguntas do questionário serão interpretativas e para completar a frase. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a qualquer uma destas intervenções, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O(s) procedimento(s) utilizado(s) como o questionário/aplicação do S-Tophla poderá trazer algum desconforto como o tempo gasto. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela interrupção da entrevista/aplicação do S-Tophla e somente será retomada posteriormente, se assim a Senhora desejar.

3. BENEFÍCIOS: possibilidade de uma assistência humana e qualificada durante o pré-natal, parto e puerpério, assim como irá contribuir para transformação da sua visão quanto ao pré-natal, entendendo este, agora, como um espaço de troca de saberes.

4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhada para o serviço de saúde especializado em que a senhora necessitar.

5. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que a Senhora nos fornecer, serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados pessoais e respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum das gravações ou fichas nem quando os resultados forem apresentados.

6. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo

Endereço: Rua Cel Diogo Gomes, 1032, Bairro Centro, Sobral/CE

Telefone para contato: (88) 9.9672.3956

Horário de atendimento: Segunda a sexta feira: 7:00 às 11:00 h

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

Nome: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UVA
 Endereço: Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, nº 150 – Derby – CEP: 62.041.040 – Sobral – CE.
 Fone/Fax: (88) 3677-4255
 Cidade/Estado Sobral- Ceará.

1. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso a Sra aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.
2. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se a Sra estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sra

portadora do registro de identidade ou CPF ou CNS _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Sobral/CE, _____ de _____ de 2021.

APÊNDICE B
ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA E SAÚDE

1. Condicionantes sociais e demográficos

1.1 Iniciais do nome: _____ Idade: _____

- 1.2 Escolaridade: Fundamental Incompleto
 Fundamental Completo
 Médio Incompleto
 Médio Completo
 Superior Incompleto
 Superior Completo
 Pós-graduação Incompleto
 Pós-graduação Completo

- 1.3 Renda mensal: até um salário mínimo: 1.045,00 reais.
 2 a 3 salários mínimos: 2.090,00 a 3.135,00.
 acima de 3 salários: mais que 3.135,00.

1.4 Hábitos de leitura no cotidiano:

- apenas redes sociais (Facebook, Whatsapp, Instagram ou outro)
 jornal, revista (impresos ou online)
 livros

2. Condicionantes de saúde

- 2.1 Idade gestacional: 1º trimestre
 2º trimestre
 3º trimestre

- 2.2 Risco: habitual
 clínico
 social

2.3 Complicações na/para a gestação:

- hipertensão arterial sistêmica
 diabetes
 obesidade
 cardiopatia
 uso de álcool e outras drogas
 outros: _____

ANEXO A

S-TOFHLA (Parker et al., 1995)

Teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde (versão breve)

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (short version)

Instruções:

Compreensão de leitura:

“Aqui estão algumas instruções médicas que você ou qualquer pessoa pode encontrar aqui nessa unidade. Em cada frase faltam algumas palavras. Onde falta a palavra, há um espaço em branco e há quatro palavras para escolher. Quero que você escolha qual destas palavras é a palavra que falta na frase, a que mais faz sentido na frase. Quando você decidir qual é a palavra correta para aquele espaço, circule a letra correspondente a ela e passe para a próxima frase. Quando você terminar a página, vire-a e continue na página seguinte até terminar.”

(INTERROMPER APÓS 7 MINUTOS)

Item numérico:

Dar ao paciente um cartão para cada questão.

Ler cada questão e registrar a resposta.

Antes de apresentar o cartão 1: “estas são instruções que podem ser dadas a você na Unidade de Saúde. Leia bem cada instrução dada. Farei perguntas sobre elas.”

Antes de apresentar cada cartão, dizer: “Olhe aqui, por favor!”

(INTERROMPER APÓS 10 MINUTOS)

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula as 7h da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima?

Cartão 2: Se essa fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal?

Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta?

Cartão 4: Se você fosse almoçar as 12h, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria toma-la?

Escores

Passagens A e B: 2 pontos para cada lacuna correta (36 lacunas = 72 pontos)

Itens numéricos: 7 pontos para cada resposta correta (4 questões = 28 pontos)

Score total: 100 pontos.

Classificação:

0 – 53: inadequado

54 – 66: limítrofe

67 – 100: adequado

GABARITO:

1 – A	19 – D
2 – C	20 – B
3 – B	21 – D
4 – A	22 – C
5 – C	23 – A
6 – A	24 – D
7 – B	25 – B
8 – B	26 – C
9 – D	27 – D
10 – B	28 – D
11 – C	29 – A
12 – C	30 – C
13 – B	31 – B
14 – C	32 – A
15 – D	33 – D
16 – A	34 – C
17 – C	35 – B
18 – A	36 – B

TOFHLA (compreensão de leitura)

PASSAGEM A

Seu médico pediu para você fazer um raio X de _____.

- a) Estômago
- b) Diabetes
- c) Pontos
- d) Germes

Você deve estar com o estômago _____ quando for fazer _____.

- | | |
|------------|---------|
| a) Asma | a) É |
| b) Vazio | b) Está |
| c) Incesto | c) Se |
| d) Anemia | d) Isso |

O Raio X vai _____ de 1 a 3 _____ para ser feito.

- | | |
|---------------|-------------|
| a) Levar | a) Camas |
| b) Visualizar | b) Cérebros |
| c) Falar | c) Horas |
| d) Olhar | d) Dietas |

UM DIA ANTES DO RAIOS X

Para o jantar tenha apenas um _____ lanche de frutas, _____ e geleia com café ou chá.

- | | |
|------------|----------------------|
| a) Pequeno | a) Dedos |
| b) Caldo | b) Torrada |
| c) Ataque | c) Garganta |
| d) Náusea | d) Coxinha de frango |

Depois da _____, você não deve _____ ou beber _____

- | | | |
|---------------|-------------|----------|
| a) O minuto | a) Conhecer | a) Tudo |
| b) Meia noite | b) Vir | b) Nada |
| c) Durante | c) Pedir | c) Cada |
| d) Antes | d) Comer | d) Algum |

até depois que você tiver _____ o Raio X.

- a) Estão
- b) Ter
- c) Feito
- d) Estava

NO DIA DO RAIOS X:

Não tome _____.

- a) Consulta
- b) Caminho
- c) Café da manhã
- d) Clínica

Não _____, nem mesmo _____.

- | | |
|-----------|---------------|
| a) Dirija | a) Coração |
| b) Beba | b) Respiração |
| c) Vista | c) Água |
| d) Dose | d) Câncer |

Se você tiver alguma _____ ligue para _____ de Raio X no número 222-2821

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Resposta | a) Departamento |
| b) Exercício | b) Distensão |
| c) Folheto | c) Farmácia |
| d) Pergunta | d) Dor de dente |

PASSAGEM B

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber atendimento adequado do Sistema Único de Saúde (SUS).

- a) Cabelo
- b) Sal
- c) Poder
- d) Doer

Eu _____ em fornecer informações para o município _____ que todas

- | | |
|-------------|-------------|
| a) Concordo | a) Esconder |
| b) Examino | b) Arriscar |
| c) Envio | c) Libertar |
| d) Ganho | d) Provar |

as declarações fornecidas neste _____ e dou permissão ao _____ obter tal prova.

- | | |
|--------------------|---------------|
| a) Enfisema | a) Inflamação |
| b) Questionário | b) Religião |
| c) Visícula biliar | c) Ferro |
| d) Relação | d) Município |

Eu _____ que para o SUS devo relatar qualquer _____

- | | |
|---------------|--------------|
| a) Investigo | a) Alteração |
| b) Entretenho | b) Hormônio |
| c) Entendo | c) Antiácido |
| d) Estabeleço | d) Custo |

nas minhas circunstâncias dentro de _____ (10) dias, após tomar _____ da alteração.

- | | |
|----------|-----------------|
| a) Três | a) Prêmio |
| b) Um | b) Conhecimento |
| c) Cinco | c) Longe |
| d) Dez | d) Aguardam |

Eu entendo _____ SE NAO GOSTAR da _____ feita no meu caso,

- | | |
|-------------|-------------|
| a) Portanto | a) Conjugal |
| b) Esta | b) Ocupação |
| c) Este | c) Adulto |
| d) Do que | d) Decisão |

eu tenho o _____ de uma audiência justa. Eu posso _____ uma

- | | |
|--------------|--------------|
| a) Brilhante | a) Solicitar |
| b) Esquerda | b) Recusar |
| c) Errado | c) Falhar |
| d) Direito | d) Emendar |

Audiência por escrito ou _____ para o município onde me inscrevi.

- a) Contando
- b) Lendo
- c) Ligando
- d) Cheirando

Se você _____ o Raio X para algum _____ da sua família,

- | | |
|-----------|-----------------------|
| a) Lavar | a) Membro |
| b) Quiser | b) História |
| c) Cobrir | c) Peso |
| d) Fita | d) Cinto de segurança |

você terá que _____ um formulário de inscrição diferente.

- a) Relaxar
- b) Quebrar
- c) Inalar
- d) Assinar

_____, nós usaremos a _____ neste formulário para determinar sua _____.

- | | | |
|------------|-------------|------------------|
| a) Desde a | a) Pulmão | a) Hipoglicemia |
| b) Se | b) Data | b) Elegibilidade |
| c) Contudo | c) Refeição | c) Osteoporose |
| d) Porque | d) Pélvico | d) Esquizofrenia |

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7 horas da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima?

Data de fabric: 10/07/17	Data validade: 10/07/18	
Pac.: JOÃO CARLOS SILVA		
Dr.: André Marques		
Uso Oral:		
AMPICILINA	250mg	40 cáps.
Posologia: Tomar uma cápsula a cada 6 horas.		

Cartão 2: Se essa fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal?

Glicemia normal: 70 – 99
Sua glicemia hoje é de 120

Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta?

CARTÃO DE CONSULTA		
CLÍNICA: ENDOCRINOLOGIA/DIABETES	LOCAL: 3º ANDAR	
DIA: quinta-feira 10:20H	DATA: 2 DE ABRIL	HORÁRIO:
MARCADO POR:		
NO DIA DA CONSULTA, TRAGA SUA CARTEIRINHA.		

Cartão 4: Se você fosse almoçar às 12h, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la?

Data de fabric: 10/07/17	Data validade: 2 meses	
Pac.: JOÃO CARLOS SILVA		
Dr.: André Marques		
Uso Oral:		
DOXICILINA	100mg	20 cáps.
Posologia: Tomar a medicação com o estômago vazio uma hora antes ou 2 a 3 horas depois da refeição, a menos que tenha recebido outra orientação do seu médico.		