



FATORES ASSOCIADOS AO LETRAMENTO EM SAÚDE EM PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Luana dos Santos Dotta Pereira*

Letícia Waldomiro Nogueira**

Rita de Cassia Gengo e Silva Butcher***

Bianca Silva de Moraes Freire****

Isabelle Cristinne Pinto Costa*****

Cristiane Giffoni Braga*****

Ana Caroline da Costa*****

RESUMO

Objetivo: verificar a associação do Letramento em Saúde com características sociodemográficas e clínicas em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária. **Métodos:** estudo transversal com 326 participantes (70,86% do sexo feminino; 63,42±14,80 anos); o letramento em saúde foi avaliado pelo *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA) entre janeiro e maio de 2022, com base na população de 10 equipes de saúde da família. Fatores associados ao letramento em saúde foram determinados por modelo de regressão linear e o nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** o escore total médio do S-TOFHLA foi 65,30±25,66 e as variáveis do modelo de regressão explicaram 34,46% do letramento em saúde. Houve redução significativa do S-TOFHLA com a idade ($\beta=-0,67$; IC95%=-0,87;-0,47), em pessoas declaradas de cor amarela, comparadas às de cor preta ($\beta=-16,99$; IC95%=-31,35;-2,61) e para aquelas que não receberam orientações em saúde ($\beta=-3,32$; IC95%=-6,43;-0,21). Houve aumento significativo do S-TOFHLA em pessoas declaradas brancas ($\beta=6,07$; IC95%=0,452;11,69) e pardas ($\beta=6,84$; IC95%=0,36; 13,32) em comparação às pretas, com maior tempo de escolaridade ($\beta=1,68$; IC95%=1,07; 2,27). **Conclusões:** pessoas com doenças crônicas, de cor amarela e menor escolaridade, podem apresentar níveis mais baixos de letramento em saúde.

Palavras-chave: Letramento em saúde. Doença crônica. Enfermagem. Fatores socioeconômicos. Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

O Letramento em Saúde (LS) é um conceito multidimensional que abrange uma gama de habilidades cognitivas, afetivas, sociais e pessoais que determinam, tanto a motivação, quanto a capacidade em acessar, compreender e aplicar as informações de saúde para a tomada de decisões diárias e melhoria da qualidade de vida^(1,2). Em particular em doenças crônicas, o LS figura como um determinante do empoderamento do paciente e do sucesso no gerenciamento dos cuidados de saúde^(3,4).

No entanto, a prevalência de baixo LS é

recorrente em pessoas com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, variando, respectivamente, entre 57,2% e 95%^(5,6). Estudos sugerem que o baixo LS está associado a piores resultados em saúde, como impacto negativo no estilo de vida, aumento de reinternações hospitalares, custos ao sistema de saúde e aumento do risco de mortalidade^(7,8). Ademais, o baixo LS pode levar a prejuízos na comunicação com a equipe de saúde e manejo da doença crônica na vida diária⁽¹⁾.

Especificamente, pessoas com baixo LS tendem a ter dificuldades para executar tarefas mais complexas, bem como buscar e compreender informações relacionadas à saúde e aceitar cuidados

*Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/FAPEMIG. Graduada de Enfermagem na Faculdade Wenceslau Braz (FWB). Itajubá, Minas Gerais. E-mail: luana.dotta.315@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-8574-4401.

**Graduada de Enfermagem na FWB. Itajubá, Minas Gerais. E-mail: leticia.jele2912@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-3986-5736.

***Enfermeira. Pós-Doutorado. Professora assistente na Florida Atlantic University Christine E Lynn College of Nursing, Boca Raton, FL, Estados Unidos da América. E-mail: rrgengosilva2021@health.fau.edu ORCID ID: 0000-0002-7307-2203.

****Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). E-mail: bianca.morais10@hotmail.com ORCID ID: 0000-0002-3600-7648.

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da graduação e pós-graduação em Enfermagem na UNIFAL. Alfenas, Minas Gerais. E-mail: isabelle.costa@unifal-mg.edu.br ORCID ID: 0000-0002-2611-8643.

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da graduação em Enfermagem na FWB. Coordenadora PIBIC/FAPEMIG. Itajubá, Minas Gerais. E-mail: cristianegbraga@uol.com.br ORCID ID: 0000-0003-2168-191X.

*****Enfermeira. Mestra em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora da graduação em Enfermagem na FWB. Orientadora PIBIC/FAPEMIG. Itajubá, Minas Gerais. E-mail: carolinea16@yahoo.com.br ORCID ID: 0000-0002-6936-6137.

preventivos. Como consequência, há aumento do risco de exacerbação das doenças crônicas e de mortalidade⁽⁵⁾. Em contrapartida, pacientes com níveis mais altos de LS parecem ter maior confiança em suas habilidades de gerenciar informações, melhor autocuidado e controle do tratamento, ótima frequência a consultas, levando a menores taxas de complicações, uso dos serviços de emergência e de hospitalizações⁽⁹⁾.

Com respeito aos fatores que influenciam o LS, características sociodemográficas e clínicas, como idade, escolaridade, renda, número de internações e tempo de doença instalada, bem como fatores culturais e sociais podem influenciar o nível de LS em pessoas com hipertensão e doença coronariana^(4,5,10). Neste contexto, a identificação de tais fatores pode ser o ponto de partida para o planejamento de intervenções personalizadas e compartilhadas conforme a necessidade e entendimento do indivíduo, visando melhorar as habilidades de compreensão e o processamento das informações, assim como promover melhor autogerenciamento da doença crônica⁽¹¹⁾. Apesar dessa importância, pesquisas que avaliam o LS em pessoas com doenças crônicas na atenção primária em saúde ainda são limitadas⁽¹²⁾.

Neste sentido, avaliar o nível de LS no âmbito da atenção primária, em diferentes localidades, pode contribuir para que políticas de saúde pública sejam reorganizadas a fim de acolher os usuários, estabelecer vínculos e implementar estratégias de comunicação que envolvam melhor a pessoa no sistema de saúde. Além das melhorias destacadas, a avaliação do nível de LS no âmbito da atenção primária pode propiciar melhorias na comunicação efetiva da equipe na assistência integral ao indivíduo, aproximando-se das necessidades e realidades da comunidade, considerando os diversos níveis de LS⁽¹³⁾.

Assim, de acordo com o exposto, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre o nível de LS e as características sociodemográficas e clínicas de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, atendidas na atenção primária à saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa. A pesquisa faz parte do projeto “Processo de Enfermagem como preditor

para prática avançada”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG). O relatório desta pesquisa foi norteado pelo checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁴⁾.

O estudo foi realizado nas Equipes de Estratégias de Saúde da Família (EESF) do município de Itajubá, sul de Minas Gerais, Brasil, distribuídas tanto em área urbana como rural. No período em que os dados foram coletados, o município contava com 17 EESF, cada qual com um enfermeiro responsável. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e maio de 2022.

Estima-se que haja cerca de 17 mil usuários com doenças crônicas não transmissíveis, incluindo diabetes, hipertensão, câncer e doenças cerebrovasculares, renal, respiratória e cardíaca, em todas as EESF do município de Itajubá, conforme dados extraídos do Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾. Para o presente estudo, foram coletados dados de dez EESF, selecionadas por apresentarem um maior número de usuários cadastrados com doenças crônicas não transmissíveis.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado por profissional estatístico utilizando o *software* Dimam 1.0, considerando população finita, erro padrão de 0,5, nível de confiança de 95% e prevalência de letramento em saúde inadequado em pessoas com doenças crônicas não transmissíveis quando menor ou igual a 33,3%^(6,16). O tamanho da amostra foi calculado em, no mínimo, 318 participantes.

Foram incluídas no estudo, pessoas com uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis cadastradas nas EESFs selecionadas, com idade igual ou superior a 18 anos, que sabiam ler e com capacidade cognitiva preservada, determinada por escore maior que 20 no Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁷⁾. Este critério foi adotado uma vez que o prejuízo de funções cognitivas poderia implicar em mau desempenho nos testes utilizados para a coleta de dados, ocasionando dificuldades de compreensão da tarefa⁽¹⁶⁾. Foram excluídas pessoas que relataram ter capacidade visual ou auditiva prejudicada que impossibilitariam a coleta de dados. Pessoas com dificuldade de comunicação, identificadas por meio da observação das pesquisadoras, também foram excluídas.

Os potenciais participantes do estudo foram identificados a partir do cadastro nas EESFs e foram convidados pessoalmente pela pesquisadora

principal para participar do estudo. Aqueles que aceitaram o convite, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam ao MEEM. Para os participantes incluídos no estudo, foram realizados encontros individuais para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, descritos a seguir.

Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados a partir do prontuário ou relato dos participantes, por meio de entrevista. As variáveis independentes para este estudo foram idade (em anos), sexo, cor da pele autorreferida, estado civil, número de anos que o participante frequentou ensino formal, situação trabalhista, renda mensal, doenças crônicas, antecedentes familiares, número de internações anteriores e de visita ao serviço de emergência ou unidade de saúde em decorrência da exacerbação da doença crônica, número de comprimidos de medicamentos/dia, tabagismo, Índice de Massa Corporal (IMC) e educação em saúde previamente recebida. Estas variáveis independentes foram selecionadas pelos pesquisadores com base na literatura^(1,4,5,10).

A variável dependente foi o nível de LS, avaliado por meio do *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA), validado para uso no Brasil⁽¹⁸⁾. Este instrumento foi utilizado por avaliar tanto a compreensão de leitura, como o numeramento. Além disto, o S-TOFHLA é amplamente utilizado em outros estudos com pessoas com doenças crônicas. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento que contém 36 itens de compreensão de leitura, organizados em duas passagens, A e B.

A passagem A contempla informações relacionadas a um exame gastrointestinal e a passagem B se refere a um termo de direitos e responsabilidades do paciente internado em um hospital. Cada passagem tem uma lacuna (cada lacuna corresponde a um item) e abaixo de cada lacuna, há cinco ou seis opções de palavras, das quais uma deve ser selecionada pelo participante para completar a sentença e dar sentido à frase. Para cada palavra selecionada corretamente, são atribuídos dois pontos, de modo que o escore total é de 72 pontos^(10,16).

A avaliação do numeramento consiste na apresentação de quatro cartões para o participante fazer a interpretação das informações. Os cartões têm perguntas relacionadas à interpretação de horário para tomar o medicamento, horário e data de

consulta agendada, valor do teste de glicemia e cálculo do intervalo de tomada de um medicamento, sendo que o primeiro cartão é um rótulo de um medicamento. Para cada resposta certa, são atribuídos sete pontos, de modo que a parte de numeramento tem escore total de 28 pontos⁽¹⁸⁾.

O teste é cronometrado pelo pesquisador, sem que o participante saiba, recomenda-se que a parte de compreensão de leitura seja concluída em sete minutos e a parte de numeramento em cinco minutos. A pontuação total do S-TOFHLA varia de 0 a 100 pontos, com base na pontuação obtida, o nível de LS é classificado em inadequado (0 a 53), marginal ou limítrofe (54 a 66) ou adequado (67 a 100). A consistência interna do instrumento original foi de 0,68 para os quatro itens de numeramento e de 0,97 para os 36 itens do teste de compreensão de leitura⁽¹⁸⁾.

Os dados foram analisados por meio do software Minitab® Statistical⁽¹⁹⁾. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as frequências absolutas e relativas; para as quantitativas, foram calculadas a média, o desvio padrão, a mediana e os valores mínimo e máximo. Para determinar a associação destas características sociodemográficas e clínicas (variáveis independentes) com o escore total do LS (variável dependente) foi utilizado o modelo de regressão linear múltipla. Com base na literatura sobre letramento em saúde^(1,4,5,10), os pesquisadores selecionaram as variáveis independentes para entrada no modelo. Todas as variáveis sociodemográficas e clínicas entraram no modelo de regressão, exceto aquelas que apresentaram fator de inflação de variância (VIF) acima de 5,0⁽²⁰⁾ (situação trabalhista e antecedentes familiares) e as comorbidades que apresentaram baixa frequência de ocorrência e, portanto, pouca variabilidade na amostra (cardiopatia, doença respiratória, câncer, doença renal e as classificadas como outras). Destaca-se que os participantes com dados faltantes (n=6) não foram incluídos nesta análise e o nível de significância adotado para todos os testes foi de 5%, com intervalos de confiança de 95%.

Vale ressaltar que a pesquisa obteve Parecer Consubstanciado de número 5.136.913 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Wenceslau Braz e que os pesquisadores aderiram a todos os procedimentos éticos determinados pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A amostra final do estudo consistiu em 326 participantes, a maioria pessoas do sexo feminino (70,9%), com idade média de 63,4 anos, com mais de oito anos de estudo e majoritariamente eram

pessoas brancas e casadas. Observou-se que 47,85% dos participantes tinham apenas uma condição crônica e 39,88% duas, as doenças crônicas mais recorrentes foram hipertensão arterial e diabetes mellitus (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes. Itajubá, Minas Gerais, Brasil, 2022. (n=326)

Variáveis	
Idade (anos)	
Média	63,4
Desvio padrão	14,8
Escolaridade (anos)	
Média	8,7
Desvio padrão	4,8
Renda mensal* (em Reais)	
Média	1.362,10
Desvio padrão	1.121,52
Internações anteriores (número de vezes)	
Média	1,76
Desvio padrão	2,18
Visitas ao serviço de emergência ou unidade de saúde (número de vezes)	
Média	1,40
Desvio padrão	2,55
Medicamentos (número de comprimidos ao dia)	
Média	4,17
Desvio padrão	2,88
IMC[§]	
Média	28,01
Desvio padrão	5,13
Sexo	
Feminino	231 (70,86%)
Masculino	95 (29,14%)
Cor da pele	
Branca	225 (69,02%)
Parda	62 (19,02%)
Preta	30 (9,20%)
Amarela	5 (1,53%)
Não respondeu	4 (1,23%)
Estado civil	
Casado/amasiado	146 (44,79%)
Viúvo	81 (24,85%)
Solteiro	56 (17,18%)
Divorciado/separado	41 (12,58%)
Não respondeu	2 (0,61%)
Situação Trabalhista	
Não trabalha e recebe proventos	181 (55,52%)
Trabalha e recebe proventos	73 (22,39%)
Desempregado	44 (13,50%)
Trabalha e não recebe proventos	24 (7,36%)
Estudante	4 (1,23%)
Doenças crônicas	
Hipertensão arterial	222 (68,10%)
Diabetes	155 (47,55%)
Outros**	83 (25,46%)
Cardiopatia	45 (13,80%)
Doença respiratória	23 (7,06%)
Câncer	7 (2,15%)
Doença renal	1 (0,31%)

Antecedentes familiares de doença crônica

Sim	256 (78,53%)
Não	69 (21,17%)
Não respondeu	1 (0,31%)

Tabagismo

Não Fumante	167 (51,23%)
Ex Fumante	125 (38,34%)
Fumante	34 (10,43%)

Orientações sobre saúde[‡]

Sim	267 (81,90%)
Não	54 (16,56%)
Não respondeu	5 (1,53%)

*Salário vigente na época da coleta de dados: R\$ 1.212,00; [§]IMC - índice de Massa Corporal; **Outros - dislipidemia, gastrite, doenças cerebrovasculares (como acidente vascular encefálico, trombose venosa), hipotireoidismo, distúrbios neuropsiquiátricos (como depressão), doenças osteomusculares e articulares (como fibromialgia, artrite). [‡]Orientação sobre saúde - refere-se a qualquer orientação ou informação recebida sobre saúde, exames e tratamentos em geral e não especificamente sobre a doença crônica;

No que se refere ao LS, o escore total médio do S-TOFHLA foi $65,30 \pm 25,66$, enquanto o escore médio da parte de compreensão de leitura foi $41,38 \pm 23,22$ e do numeramento foi $23,92 \pm 6,03$. Identificou-se que 24% dos participantes tinham LS adequado, 39,57% tinham LS limítrofe e 13,19% tinham o LS inadequado.

Cada ano adicional de idade diminuiu a pontuação em -0,67 (IC 95% = -0,87; -0,47). Aqueles de cor amarela tiveram diminuição em -

16,98 pontos (IC 95% = -31,35; -2,61) e os de cor da pele branca e parda obtiveram um aumento na pontuação de 6,07 (IC 95% = 0,45; 11,69) e 6,84 (IC 95% = 0,36; 13,32), respectivamente. Dos que não receberam orientação sobre saúde tiveram redução na pontuação -3,32 (IC 95% = -6,43; -0,21). Cada ano adicional de escolaridade aumentou a pontuação em 1,67 (IC 95% = 1,07; 2,27). As variáveis do modelo de regressão explicaram 34,46% da variabilidade do escore de LS (Tabela 2).

Tabela 2. Fatores associados ao letramento em saúde. Itajubá, Minas Gerais, Brasil, 2022. (n = 326)

Variáveis	Coefficiente de regressão	Erro padrão	IC* 95% 95% [§] min - IC* 95% [§] máx	Valor p [†]
Idade (anos)	-0,670	0,101	(-0,870; -0,471)	<0,001
Escolaridade (anos)	1,676	0,303	(1,079; 2,272)	<0,001
Renda mensal (em Reais)	0,002	0,001	(0,000; 0,004)	0,046
Internações anteriores (número de vezes)	-0,166	0,357	(-0,869; 0,536)	0,642
Visitas ao serviço de emergência ou unidade de saúde (número de vezes)	-0,627	0,402	(-1,418; 0,164)	0,120
Medicamentos (número de comprimidos ao dia)	-0,014	0,234	(-0,476; 0,447)	0,951
IMC[§]	0,291	0,211	(-0,123; 0,707)	0,168
Sexo (referência[‡]: feminino)	1,557	1,358	(-1,115; 4,230)	0,253
Cor da pele (referência[‡]: cor preta)				
Amarela	-16,986	7,303	(-31,359; -2,613)	0,021
Branca	6,073	2,856	(0,451; 11,694)	0,034
Parda	6,845	3,291	(0,369; 13,321)	0,038
Estado civil				
Casado/amasiado	2,676	1,877	(-1,019; 6,371)	0,155
Divorciado/separado	-1,122	2,765	(-6,563; 4,319)	0,685
Solteiro	-3,376	2,534	(-8,364; 1,611)	0,184
Hipertensão arterial (referência[‡]: não)	0,181	1,410	(-2,595; 2,957)	0,898
Diabetes Mellitus (referência[‡]: não)	-0,067	1,261	(-2,549; 2,414)	0,957
Tabagismo				
Ex Fumante	1,354	1,942	(-2,469; 5,177)	0,486
Fumante	-4,785	2,687	(-10,074; 0,504)	0,076
Orientação sobre saúde[‡], (referência[‡]: sim)	-3,324	1,580	(-6,434; -0,214)	0,036

*IC 95% - Intervalo Confiança; [§]Min. - Mínimo; [§]Max.- Máximo; [†]p - Nível de significância; [§]IMC - índice de Massa Corporal; [‡]Orientação sobre saúde - refere-se a qualquer orientação ou informação recebida sobre saúde, exames e tratamentos em geral e não especificamente sobre a doença crônica; [‡]Referência - a variável que é comparada.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa aponta que o LS está associado às características como idade, escolaridade, cor da pele, renda e ao recebimento de orientações sobre saúde. O escore médio do LS neste estudo foi de 65.30 ± 25.66 , sendo que cerca de metade dos participantes do estudo apresentaram LS adequado. Nossos achados diferem do observado na literatura que demonstra menor frequência de LS adequado em indivíduos com doenças crônicas em geral^(1,4,21-22).

Verificou-se redução do nível de LS em indivíduos com idade mais avançada, que se declaram com cor da pele amarela e que não reconhecem ter recebido orientações sobre saúde, por outro lado, indivíduos brancos e pardos, com maior escolaridade e melhor rendimento per capita apresentaram maiores níveis de LS. De modo similar, um estudo transversal evidenciou que o sexo masculino, idade avançada, escolaridade igual ou inferior a quatro anos, baixo nível socioeconômico e que relataram dificuldade em compreender as orientações em saúde, associaram-se ao baixo LS⁽¹⁶⁾.

A literatura é consensual em evidenciar que indivíduos mais velhos tendem a apresentar um desempenho marginal ou inadequado no S-TOFHLA, associando-se as habilidades cognitivas reduzidas que podem limitar a capacidade de acessar e compreender as informações de saúde⁽²³⁻²⁴⁾. Nesse sentido, uma pesquisa transversal que objetivou avaliar o LS e suas dimensões em 384 idosos constatou que baixos níveis de LS encontram-se associados a redução da capacidade cognitiva. Os autores direcionam que fatores relacionados ao envelhecimento, como perda auditiva e visual podem afetar negativamente o LS⁽²⁵⁾.

Uma investigação conduzida no contexto da atenção primária à saúde, junto à 439 mulheres assistidas pela EESF, constatou que as mulheres pardas ou pretas tiveram probabilidade 8% maior de apresentar baixo LS em comparação às autodeclaradas brancas⁽²⁶⁾. Em conjunto, esses resultados sugerem que determinantes sociais e estruturais afetam o LS de pessoas de diferentes raças, a despeito de o sistema de saúde brasileiro preconizar a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Embora os baixos níveis de LS afetem pessoas

de todos os grupos sociais, eles impactam de forma desproporcional populações vulneráveis, como as minorias raciais/étnicas que, devido às forças sociais, políticas, estruturais e históricas, encontram-se em desvantagem em relação à saúde e à assistência, refletindo em altos índices de doenças crônicas, complicações, uso dos serviços de saúde, piores resultados em saúde, maior morbidade e mortalidades prematuras⁽²⁸⁾.

No que diz respeito à escolaridade, os achados deste estudo convergem com a literatura em que indivíduos com níveis mais altos de educação apresentam menor chance de ter LS limitado, quando comparado aos indivíduos com poucos anos de ensino. Além disso, é evidenciado que indivíduos com maiores níveis educacionais mostram-se aptos em gerenciar seus cuidados de saúde com autonomia e tomar decisões adequadas ao navegar pelo sistema de saúde, visto que, se comunicam com maior facilidade e compreendem as informações transmitidas pelos profissionais de saúde^(6, 11, 24).

Do mesmo modo, um estudo que avaliou o LS de 264 idosos com hipertensão arterial atendidos na EESF, expôs que a escolaridade associou-se ao LS, de modo que os indivíduos com até quatro anos de ensino formal obtiveram menores pontuações no S-TOFHLA. Os autores do referido estudo, destacam que isso pode ocorrer, devido ao LS estar intimamente ligado às competências desenvolvidas no ambiente escolar, como leitura, interpretação e operações numéricas⁽⁴⁾.

Em contrapartida, observa-se que alguns pesquisadores expõem que a escolaridade não deve ser analisada por si só como critério para inferir os níveis de LS, tendo em vista que usuários com maiores níveis educacionais podem ter dificuldades com terminologias e procedimentos referentes ao contexto da saúde^(24,26). Isto pode estar relacionado ao fato de que o LS vai além das habilidades de leitura e escrita, pois abrange uma série de fatores individuais e sociais, como conhecimento cultural e conceitual que são essenciais para que o indivíduo com doença crônica participe do manejo terapêutico. Além disso, o alto nível de complexidade da doença e de autocuidado dependem não só da capacidade individual, mas também das exigências impostas pela sociedade e pelo sistema de saúde⁽²²⁾.

Os dados apontam que os resultados referentes à per capita merecem atenção, bem como o valor

do intervalo de confiança ao ser arredondado se aproxima de zero, embora o valor seja inferior a 0,05. Diante deste resultado, sugere-se que pesquisas futuras sejam delineadas para investigar a relação entre renda e LS em países emergentes, como o Brasil. No contexto internacional, renda ou situação financeira têm sido relacionadas à baixa procura por serviços de saúde e ao baixo LS⁽²⁸⁾.

No que tange às orientações em saúde, os resultados mostram-se consistentes com a literatura científica, na qual observa-se que indivíduos que recebem algum tipo de orientação, sejam de médicos, de enfermeiros, de técnicos de enfermagem ou de agentes comunitários de saúde, obtiveram melhores níveis de LS, ao passo que aqueles que relataram ausência de orientações em saúde alcançaram baixos níveis de LS^(3,4).

Outro artigo também mostra que pacientes diagnosticados com doenças cardiovasculares crônicas que possuem baixo LS têm dificuldades em compreender e assimilar as orientações médicas, associando-se à dificuldade dos pacientes em se comunicar, não conseguindo assim esclarecer dúvidas, expor preocupações e participar da decisão do tratamento clínico a ser aderido⁽¹⁶⁾. Ademais, a falta de habilidades dos profissionais da saúde em identificar os indivíduos com baixo LS e adaptar sua comunicação para atender às necessidades específicas dos pacientes, pode ser uma barreira para um processo de autogerenciamento da doença^(16, 22).

Atualmente, há uma ampla discussão na literatura sobre o uso de aplicativos, ferramentas digitais, mídias sociais, telemonitoramento como estratégias de monitoramento e gestão de saúde em pacientes com doenças crônicas, pois facilita o acesso às informações⁽²⁹⁾. Um estudo de intervenção prática com pacientes hipertensos mostrou que intervenções educativas remotas podem contribuir para melhorar os níveis de LS nos pacientes, facilitando o conhecimento da doença, a adesão medicamentosa, a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e mudanças no estilo de vida. No entanto, os profissionais que utilizam essas ferramentas precisam de um preparo

e de desenvolver habilidades para tal ação, outro fator importante é que essas ferramentas devem fornecer orientações adequadas e que sejam condizentes com a realidade de cada indivíduo⁽³⁾.

Este estudo tem limitações que precisam ser consideradas, pois o delineamento transversal não permite estabelecer relações causais entre os fatores sociodemográficos e clínicos e o LS. Outra limitação foi a inclusão apenas de pessoas que sabiam ler, pois os instrumentos utilizados eram auto aplicados. Este fato pode limitar a generalização dos nossos resultados, pois pessoas que não sabem ler podem apresentar maior vulnerabilidade social e menor letramento em saúde. Além disso, neste estudo foram incluídas pessoas com diferentes doenças crônicas, embora hipertensão arterial e diabetes tenham sido os diagnósticos mais frequentes, a inclusão de condições menos comuns pode ter influenciado os resultados acerca do LS e a percepção de acesso às orientações em saúde. Por outro lado, foram coletados dados de pessoas atendidas por dez EESF, o que pode contribuir para a validade externa dos nossos resultados.

CONCLUSÃO

No âmbito deste estudo, conclui-se que a idade, a cor da pele, o ensino formal, a renda per capita e as orientações em saúde se associaram ao LS, sugerindo que os fatores sociodemográficos podem interferir no nível de compreensão das informações de saúde. Assim, é importante reconhecer que pessoas com doenças crônicas, de cor amarela, com menor escolaridade e renda, podem apresentar níveis mais baixos de LS e possível agravamento da sua condição crônica, desencadeados por dificuldades para dar continuidade aos planos de cuidados. Posto isso, a utilização de informações claras e acessíveis é fundamental para se assegurar o cuidado de qualidade e facilitar a compreensão, utilização e a tomada de decisão em saúde de pessoas com doenças crônicas atendidas na atenção primária.

FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH LITERACY IN PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES

ABSTRACT

Objective: to verify the association of health literacy with sociodemographic and clinical characteristics in people with chronic noncommunicable diseases in primary care. **Methods:** a cross-sectional study with 326 participants (70.86% female; 63.42±14.80 years). Health literacy was assessed by the Short Test of Functional Health

Literacy in Adults (S-TOFHLA) between January and May 2022, based on the population of ten Family Health teams. Factors associated with health literacy were determined by a linear regression model, and the significance level adopted was 5%. **Results:** the mean total S-TOFHLA score was 65.30 ± 25.66 , and the regression model variables explained 34.46% of health literacy. There was a significant reduction in S-TOFHLA with age ($\beta = -0.67$; 95% CI = -0.87 ; -0.47) in people declared to be of yellow skin color, compared to those of black skin color ($\beta = -16.99$; 95% CI = -31.35 ; -2.61) and for those who did not receive health guidance ($\beta = -3.32$; 95% CI = -6.43 ; -0.21). There was a significant increase in S-TOFHLA in people who declared themselves white ($\beta = 6.07$; 95% CI = 0.452 ; 11.69) and brown ($\beta = 6.84$; 95% CI = 0.36 ; 13.32) compared to black people, with longer years of education ($\beta = 1.68$; 95% CI = 1.07 ; 2.27). **Conclusions:** people with chronic diseases, who are yellow and have lower levels of education may have lower levels of health literacy.

Keywords: Health Literacy. Chronic Disease. Nursing. Socioeconomic Factors. Primary Healthcare.

FACTORES ASOCIADOS CON LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

RESUMEN

Objetivo: verificar la asociación de la Alfabetización en Salud con características sociodemográficas y clínicas en personas con enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria. **Métodos:** estudio transversal con 326 participantes (70.86% del sexo femenino; 63.42 ± 14.80 años); la alfabetización en salud fue evaluada por el *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA) entre enero y mayo de 2022, basado en la población de 10 equipos de salud familiar. Los factores asociados con la alfabetización en salud fueron determinados por el modelo de regresión lineal y el nivel de significancia adoptado fue el 5%. **Resultados:** el puntaje medio total del S-TOFHLA fue 65.30 ± 25.66 y las variables del modelo de regresión explicaron 34,46% de la alfabetización en salud. Hubo reducción significativa de S-TOFHLA con la edad ($\beta = -0,67$; IC95% = $-0,87$; $-0,47$), en personas declaradas de color amarillo, comparadas a las de color negro ($\beta = -16,99$; IC95% = $-31,35$; $-2,61$) y para aquellas que no recibieron orientación en salud ($\beta = -3,32$; IC95% = $-6,43$; $-0,21$). Hubo aumento significativo del S-TOFHLA en personas declaradas blancas ($\beta = 6,07$; IC95% = $0,452$; $11,69$) y pardas ($\beta = 6,84$; IC95% = $0,36$; $13,32$) en comparación con las negras, con mayor tiempo de escolaridad ($\beta = 1,68$; IC95% = $1,07$; $2,27$). **Conclusiones:** personas con enfermedades crónicas, de color amarillo y menor escolaridad, pueden presentar niveles más bajos de alfabetización en salud.

Palabras clave: Alfabetización en salud. Enfermedad crónica. Enfermería. Factores socioeconómicos. Atención Primaria de Salud.

REFERÊNCIAS

- Lu J, Sun S, Gu Y, Li H, Fang L, Zhu X, et al. Health literacy and health outcomes among older patients suffering from chronic diseases: a moderated mediation model. *Front Public Health*. 2023; 10:1069174. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1069174>
- Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. NANDA International Nursing Diagnoses: definition and classification. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.
- Küchler ML, Mantovani MF, Paes RG, Paz VP, Gribner FC, Silva ECS. Remote educational interventions for the literacy of adults with arterial hypertension in primary care. *Cienc. Cuid. Saude*. 2022; 21: e61813. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.61813>
- Lima JPD, Abreu DPG, Bandeira EO, Brum AN, Garlet BB, Martins NFF. Functional health literacy in older adults with hypertension in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 3):e20190848. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0848>
- Cangussú LR, Sartori Alho EA, Silva AL, Fonsêca DV, Lopes JM, Almeida Barbosa RH, et al. Low health literacy and quality of life in patients with systemic arterial hypertension. *Dialogues Health*. 2022; 1:100036. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2022.100036>
- Pavão ALB, Wernick GL, Saboga-Nunes L, Sousa RA. Assessment of health literacy in diabetic patients followed at a public outpatient clinic. *Cad Saude Publica*. 2021;37(10):e00084819. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00084819>
- Roshan AG, Hosseinkhani SN, Norouzadeh R. Health literacy and self-efficacy of the elderly with diabetes. *J Diabetes Metab Disord*. 2023; 22(1):611-617. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40200-023-01181-w>
- Beauchamp A, Talevski J, Niebauer J, Gutenberg J, Kefalianos E, Mayr B, et al. Health literacy interventions for secondary prevention of coronary artery disease: a scoping review. *Open Heart*. 2022; 9(1):e001895. DOI: <https://doi.org/10.1136/openhrt-2021-001895>
- Cavalcanti EO, Figueiredo PS, Santos LC, Moreira MAJ, Paulino RG, Paranaçuá TTB. Contributions of health literacy for patient safety in primary care: A scoping review. *Aquichan*. 2024;24(1):e2414. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2024.24.1.4>
- Costa AC, Conceição AP, Butcher HK, Butcher RCGS. Factores que influyen en la alfabetización en salud de los pacientes con enfermedad arterial coronaria. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2023;31:e3878. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6211.3878>
- Sun S, Lu J, Wang Y, Wang Y, Wu L, Zhu S, et al. Gender differences in factors associated with the health literacy of hospitalized older patients with chronic diseases: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2022; 10:944103. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.944103>
- Soares AKF, Sá CHC, Lima RS, Barros MS, Coriolano-Marinus MWL. Communication in health care from the experiences of Nursing students and teachers: contributions to health literacy. *Cien Saude Colet*. 2022; 27(5):1753-1762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.21462021>
- Martins NFF, Silveira RS, Abreu DPG. Undergraduate Health: relationship between Health Literacy and care from the SUS perspective. *Saúde Pesqui*. 2022; 15(4):e11080. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n4.e11080>
- Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement:

Guidelines for Reporting Observational Studies. PLoS Med. 2007; 4(10): e296. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>

15. sisab.saude.gov.br [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2023 [citado em 15 de novembro de 2024]. Available from: <https://sisab.saude.gov.br>

16. Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, et al. Functional health literacy in chronic cardiovascular patients. Cienc Saude Colet. 2019; 24(3): 1121-1132. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>

17. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. Arq Neuro-Psiquiatr. 2003; 61(3B): 777-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2003000500014>

18. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. Rev Saúde Pública. 2009; 43(4):631-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000031>

19. Minitab Statistical. Version 16.1.1 [software]. 2010 May 19 [cited 2022 Nov 12]. Available from: <https://www.minitab.com/en-us/>

20. Fávero LP, Belfiore P. Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel®, SPSS® e Stata®. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.

21. Lu M, Xia H, Ma J, Lin Y, Zhang X, Shen Y, et al. Relationship between patient's health literacy and adherence to coronary heart disease secondary prevention measures. J Clin Nurs. 2019; 28(15-16):2833-2843. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14865>

22. Scortegagna HM, Santos PCS, Santos MIPO, Portella MR. Functional health literacy among hypertensive and diabetic elderly assisted by the Family Health Strategy. Esc Anna Nery. 2021; 25(4):e20200199. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0199>

23. Ganguli M, Hughes TF, Jia Y, Lingler J, Jacobsen E, Chang CCH. Aging and functional health literacy: a population-based study. Am J Geriatr Psychiatry. 2021; 29(9):972-981. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.12.007>

24. Abd-Rahim SNH, Mohamed-Yassin MS, Abdul-Razak S, Isa MR, Baharudin N. The prevalence of limited health literacy and its associated factors among elderly patients attending an Urban Academic Primary Care Clinic in Malaysia. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(17):9044. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18179044>

25. Mahmoodi R, Hassanzadeh A, Rahimi M. Health literacy and its dimensions in elderly people in Farsan city, Iran. J Educ Health Promot. 2021; 10(1):362. DOI: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_149_21

26. Campos AAL, Neves FS, Saldanha RF, Duque KCD, Guerra MR, Leite ICG, et al. Factors associated with the functional health literacy in women served by the Family Health Strategy. Cad Saude Colet. 2020; 28(1):66-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000280295>

27. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

28. Schillinger D. Social Determinants, Health Literacy, and Disparities: Intersections and Controversies. Health Lit Res Pract. 2021; 5(3):e234–e243. DOI: <https://doi.org/10.3928/24748307-20210712-01>

29. Neves ACL, David HMSL, Silva TF, Ramos TCS, Miranda RB, Faria MGA, et al. Social networks and coordination of Health care for users with hypertension and diabetes mellitus. Cienc. Cuid. Saude. 2024; 23:e6835. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.68357>

Endereço para correspondência: Luana dos Santos Dotta Pereira. Rua José Maria Silveira Campos 91 – Piranguçu, Minas Gerais. CEP: 37511-000. Telefone (35) 99713-2387. E-mail: luana.dotta.315@gmail.com

Data de recebimento: 16/04/2024

Data de aprovação: 05/03/2025

Apoio financeiro:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)