

Literacia em saúde: estudo com diabéticos de município do nordeste

Health literacy: study with diabetics in the municipality of northeast

Milena Nunes Alves de Sousa^{1,2*}, Kalina Lígia Alves de Medeiros Januário¹, Yoshara da Costa Anacleto Estrela¹, Joelly Holanda de Souza¹, Tarciane Rosa de Vasconcelos Silva Barreto³, Jorge Vitor Barreto Araújo⁴, Raquel Bezerra de Sá de Sousa Nogueira¹, André Luiz Dantas Bezerra^{1,2}

RESUMO

Objetivou-se avaliar o nível de literacia em saúde (LS) de pacientes diabéticos atendidos na Estratégia de Saúde da Família, correlacionando com o perfil social, demográfico e clínico e o risco de complicações decorrentes do diabetes. Foi realizada pesquisa de campo, transversal-quantitativa, que teve como cenário de estudo duas Unidades Básicas de Saúde localizadas em São José do Bonfim, Paraíba. A amostra foi composta por 52 pacientes e para a coleta de dados foi utilizado a versão abreviada do TOFHILA. A maioria de diabéticos eram do sexo feminino, entre 50 e 65 anos, casadas(os), de cor parda e com baixa renda. Verificou-se que os pacientes com menor idade e com maior nível de escolaridade foram os que mais acertaram os questionamentos do instrumento. Além disso, a maior parte da amostra está no tercil “adequado” de LS. A avaliação do nível de LS dos indivíduos com doenças crônicas não-transmissíveis pode contribuir para a compreensão das dificuldades existentes na comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, facilitando na autogestão da doença.

Palavras-chave: Literacia; Saúde; Doenças não Transmissíveis; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the level of health literacy (HL) of diabetic patients treated in the Family Health Strategy, correlating with the socio-demographic and clinical profile and the risk of complications resulting from diabetes. Field research was carried out, transversal-quantitative, which had as background study two Basic Health Units located in São José do Bonfim, Paraíba. The sample consisted of 52 patients and for data collection, the abbreviated version of TOFHILA was used. The sample was mainly composed by women, between 50 and 65 years of age, married and of brown skin color and low income. It was verified that the patients with the lowest age and with the highest level of schooling were the ones that most answered the questions of the instrument. In addition, most of the sample is in the "proper" HL tertile. The assessment of the level of HL in individuals with noncommunicable diseases can contribute to

¹ Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil.

*E-mail: milenanunes@fiponline.edu.br

² Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP), Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

³ Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCMPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, Brasil.

the understanding of the difficulties in the communication between the patient and the health professional, facilitating the self-management of the disease.

Keywords: Literacy; Health; Noncommunicable Diseases; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a sociedade além de ser confrontada com um grande volume de informações sobre saúde, que muitas vezes não são bem claras e compreendidas, enfrenta um sistema de saúde cada vez mais complexo. Ter conhecimento sobre o assunto tornou-se um desafio crescent (QUEMELO *et al.*, 2017). Aumentar a responsabilidade individual no cuidado da sua própria saúde requer uma garantia ao acesso e compreensão de informação, bem como um conhecimento dos direitos e da tomada de decisão baseada em evidência (PEDRO; AMARAL; ESCOVAL, 2016). Neste contexto, vários estudos têm destacado a importância da literacia em saúde (LS) e os seus fatores determinantes.

A LS traduz-se na capacidade que um indivíduo tem de buscar informação, tomar decisões fundamentadas e assumir responsabilidades, possibilitando o aumento do controle pessoal sobre sua própria saúde em todas as situações, em casa, na comunidade, no sistema de saúde e no contexto político (BLACK; BALATTI; FALK, 2013). Embora o conceito tenha surgido pela primeira vez nos anos 70, foi apenas no final da década de 90 que ganhou destaque e, desde então, vem sendo palco de novas abordagens (PLEASANT, 2014).

Além de ter impacto no estado de saúde, a LS influencia os fatores psicossociais, os sociopolíticos e os culturais. Nutbeam (2016) considera três tipos ou níveis de literacia, denominadas de: A) Funcional/básica – envolvendo competências suficientes de leitura e escrita para ser capaz de responder efetivamente a acontecimentos decorrentes de situações cotidianas; B) Comunicativa – referente às habilidades cognitivas e de alfabetização mais avançadas, que em conjunto com as capacidades sociais podem ser utilizadas para participar ativamente em atividades diárias, obtendo informações a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar esses novos conhecimentos; C) Crítica - relacionada com as competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser utilizadas na análise

crítica dos próprios conhecimentos e na melhoria do controle sobre as diversas situações da vida.

Nesse sentido, tendo em vista o aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos últimos anos, é fundamental que as pessoas tenham boa capacidade de compreensão de informações médicas, além de terem condições de aplicá-las, para assim auxiliá-las na preservação dos agravos e promoção da saúde (ALELUIA *et al.*, 2017).

As DCNT, entre elas podem-se mencionar as neoplasias, diabetes mellitus (DM), doenças pulmonares e cardiovasculares, têm um significado de extrema importância no contexto do perfil de saúde das populações. Elas estão relacionadas a uma diversidade de etiologias e fatores de risco, possuindo uma origem do tipo não infecciosa e apresentando um curso de extensa duração, podendo as mesmas acarretar para os indivíduos uma grande quantidade de sequelas representada, sobretudo, pelas deficiências e incapacidades funcionais (SAMPAIO *et al.*, 2015).

O DM é classificado como uma doença crônica e incurável. Seu tratamento tem como objetivo, o controle por meio de determinadas medidas fundamentais, entre elas, o tratamento medicamentoso e alterações comportamentais no que diz respeito ao padrão alimentar e realização de atividade física. É imprescindível que se desenvolvam estratégias educacionais para auxiliar e incentivar esses pacientes (LOPES, 2018).

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi avaliar o nível de literacia em saúde de pacientes diabéticos atendidos na Estratégia de Saúde da Família, correlacionando com o perfil social e demográfico.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa de campo, transversal e quantitativa, que teve como cenário de estudo duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas na cidade de São José do Bonfim, no sertão paraibano.

A população inicial do estudo seria composta de 62 pacientes diabéticos, cadastrados nas duas UBS, destinadas a prestar assistência a toda população do referido município, no entanto, ao final foi possível realizar a pesquisa com 52 pacientes (83,87% do universo de pesquisa) e os motivos da perda foram: recusa, presença concomitante de problemas psiquiátricos e não ter sido localizado em nenhum momento

durante a coleta. Foi adotada uma amostra probabilística determinada de acordo com os critérios de inclusão: pacientes que possuíam diagnóstico de DM tipo 2, idade maior ou igual a dezoito anos (adultos) e de ambos os sexos; e critérios de exclusão: pacientes que possuíam dificuldades de compreensão ou na fala.

Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento a versão abreviada do *Teste of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (BAKER *et al.*, 1999). É um dos testes mais citados na literatura quando se deseja avaliar o letramento funcional de adultos e constitui-se por dois subtestes: um avalia a compreensão textual, constituído por 36 questões o outro, a compreensão numérica por meio de 4 itens distribuídos em cartões. Essa ferramenta utilizada foi uma adaptação em português do instrumento original (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2007), validando-o para uso no Brasil. A pesquisa também incluiu outro questionário composto por questões objetivas de identificação do perfil social e demográfico dos diabéticos.

Logo, o subteste para compreensão textual foi composto por 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 continham 36 lacunas, em que o participante escolheu entre quatro palavras alternativas que dariam sentido à frase, existindo somente uma possibilidade de resposta. Esse subteste de compreensão textual foi 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 avisou sobre esse tempo ao examinado e, quando se atingiu o período determinado, o teste foi recolhido (BAKER *et al.*, 1999).

As questões relacionadas à matemática (numeramento) diziam respeito a situações vivenciadas em saúde, que envolviam 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 entregou um cartão ao examinado e fez a pergunta sobre o que constava no cartão, simulando o cartão de consulta, rótulos de medicamentos e receituários, comumente usados pelos usuários da atenção básica em saúde (Figura 1). Para pontuação geral do teste, cada resposta certa na compreensão textual correspondia a 2 pontos e, para o subteste de numeramento, a 7 pontos, obtendo-se um total de 100 pontos (BAKER *et al.*, 1999).

Figura 1 - Cartões utilizados para realização da Parte B do teste que corresponde a Compreensão numérica.

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7:00 horas 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 às 12 horas, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la? Exemplo:

Data Fabricação: 10/07/04 Data Validade: 10/07/06	Valor normal: 70-99
Paciente: JOÃO CARLOS SILVA	Valor da glicemia: 120
Dr.: André Marques	
Uso oral:	
AMPICILINA 250 mg 40 cápsulas.	
Posologia: Tomar uma cápsula a cada 6 horas	

CARTÃO DE CONSULTA CLÍNICA: Endocrinologia / Diabetes LOCAL: 3.º andar		
Dia: Quinta-feira	Data: 2 de abril	HORÁRIO: 10:20 horas.
Marcado por:		
NO DIA DA CONSULTA, TRAGA SUA CARTEIRINHA		

Data Fabric.: 08/07/04 Validade.: 2 meses
Paciente: JOÃO CARLOS SILVA
Dr. André Marques
Uso oral: DOXICICLINA 100 mg 20 cápsulas.
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.

Fonte: Baker *et al.* (1999).

A pontuação varia de 0 a 100, em que: 0 a 28 nos itens de numeramento (cada item vale 7 pontos) e 0 a 72 nos itens de compreensão de leitura (cada item vale 2 pontos). Foram considerados os seguintes níveis de letramento funcional em saúde: Inadequado (0-53 pontos), marginal (54-66 pontos) e adequado (67-100 pontos) (BAKER *et al.*, 1999).

Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25. Inicialmente, para caracterização geral da amostra em estudo, utilizou-se de estatísticas descritivas de frequência absoluta e relativa, assim como medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Posteriormente, o teste t de *Student* foi utilizado com o critério de significância estatística de $p \leq 0,05$.

Ressalta-se que a pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, conforme CAAE: 02933018.4.0000.5181 e Número do Parecer: 3.047.383/2018. A coleta de dados foi iniciada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pacientes.

RESULTADOS

Na tabela 1, evidencia-se que a amostra foi composta, em sua maioria, pelo sexo feminino, entre 50 e 65 anos, casadas (os) e de cor parda, com ensino fundamental incompleto, aposentados, com renda entre 1 e 2 salários mínimos.

Tabela 1 - Descrição dos dados demográficos e clínicos da amostra

Variáveis	N	%
Sexo		
(1) Masculino	19	36,5
(2) Feminino	33	63,5
Idade		
(1) Entre 19 e 33 anos	3	5,8
(2) Entre 34 e 50 anos	9	17,3
(3) Entre 51 e 65 anos	24	46,2
(4) Entre 66 e 81 anos	16	30,8
Estado conjugal atual		
(1) Solteiro (a)	5	9,6
(2) Casado (a)	27	51,9
(3) Vive com companheiro	8	15,4
(4) Separado (a)/divorciado (a)	4	7,7
(5) Viúvo (a)	8	15,4
Cor ou raça		
(1) Branca	21	40,4
(2) Preta	2	3,8
(3) Parda	28	53,8
(4) Amarela ou indígena	1	1,9
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	7	13,5
Alfabetizado	9	17,3
Ensino Fundamental incompleto	23	44,2
Ensino Fundamental completo	6	11,5
Ensino Médio incompleto	2	3,8
Ensino Médio completo	2	3,8
Ensino Superior completo	2	3,8
Pós- graduação completa	1	1,9
Profissão		
1 Aposentado	24	46,2
2 Estudante	1	1,9
3 Trabalhador da construção civil	1	1,9
4 Músico	1	1,9
5 Trabalhador rural	16	30,8
6 Policial	1	1,9
7 Professor	1	1,9
8 Médico veterinário	1	1,9
9 Do lar	5	9,6
10 Motorista	1	1,9
Renda		
Nenhuma	1	1,9
inferior a 1 salário	20	38,5
De 1 a 2 salários	31	59,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Com relação aos resultados do subteste de numeramento, a tabela 2 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre erros e acertos das perguntas contidas nos cartões com a idade e a escolaridade dos entrevistados.

Tabela 2 - Comparação entre erros e acertos dos cartões com idade e escolaridade.

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7:00 horas da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima		Idade	Escolaridade
Erro	Média	<u>61,53</u>	<u>2,71</u>
	Desvio padrão	12,890	1,863
	Mediana	66,00	3,00
Acerto	Média	<u>56,03</u>	<u>3,43</u>
	Desvio padrão	11,982	1,754
	Mediana	59,00	3,00
		0,14	0,18
Cartão 2: Se essa fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal?		Idade	Escolaridade
Erro	Média	56,00	3,13
	Desvio padrão	8,652	2,949
	Mediana	56,50	3,00
Acerto	Média	57,98	3,23
	Desvio padrão	13,154	1,571
	Mediana	60,00	3,00
		0,69	0,88
Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta?		Idade	Escolaridade
Erro	Média	63,15	1,95
	Desvio padrão	8,93	0,82
	Mediana	64,00	2,00
Acerto	Média	54,50	3,97
	Desvio padrão	13,25	1,82
	Mediana	56,00	3,00
		0,01	<0,01
Cartão 4: Se você fosse almoçar às 12 horas, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la?		Idade	Escolaridade
Erro	Média	71,50	2,25
	Desvio padrão	7,550	1,893
	Mediana	71,00	1,50
Acerto	Média	56,69	3,27
	Desvio padrão	12,120	1,795
	Mediana	59,50	3,00
		0,02	0,28

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na tabela 3, verificou-se uma correlação negativa entre idade e soma de acertos e uma correlação positiva entre escolaridade e soma de acertos, evidenciando que os pacientes com menor idade e com maior nível de escolaridade foram os que mais acertaram.

Tabela 3 - Correlação entre a soma dos acertos e variáveis demográficas

Variáveis	Soma de acertos	p-valor
Sexo	0,02	0,84
Idade	-0,40	< 0,01
Escolaridade	0,61	< 0,01
Renda	-0,16	0,24

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: Para o sexo, por ser uma variável categórica, adotou-se um caso específico de correlação de Pearson (correlação bisserial por ponto, com os homens = 1 e as mulheres = 2)

A tabela 4 mostra que a maior parte da amostra está no tercil “adequado” de literácia em saúde.

Tabela 4 - Descrição dos tercis de literácia em saúde

Score	F	%
Padrão Inadequado	10	19,2
Padrão Limítrofe	7	13,5
Padrão Adequado	35	67,3
Total	52	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

A importância da literácia em saúde (LS) para a saúde pública é justificada pela crescente quantidade de estudos (LOUREIRO, 2012; GUARIGUATA *et al.*, 2014; COUTINHO *et al.*, 2015; SØRENSEN *et al.*, 2015) que relacionam a baixa literácia com resultados desfavoráveis, dentre eles a alta taxa de mortalidade mediada por fatores como autocuidado, participação em programas de prevenção de agravos, promoção de saúde e adesão à terapêutica instituída.

Nesse contexto, observa-se a importância de um nível adequado de LS em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes mellitus tipo 2, possibilitando assim uma melhor abordagem desses pacientes e conseqüentemente uma boa adesão ao tratamento (LOUREIRO, 2012).

Considerando inicialmente os dados relativos ao perfil social e demográfico da amostra, a maioria foi composta pelo sexo feminino, divergindo dos dados nacionais apresentados em 2013, os quais apresentaram uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre os sexos, com mais de 14 milhões homens a mais do que mulheres (GUARIGUATA *et al.*, 2014; COUTINHO *et al.*, 2015). Esta situação pode ser justificada pelo fato de as mulheres apresentarem maior adesão à vigilância de saúde, com maior procura por consulta médica. Isso ocorre tanto para as

peessoas com bom estado de saúde, quanto para aquelas com saúde regular ou ruim (COUTINHO *et al.*, 2015).

No presente estudo, os dados demonstraram maior frequência de pacientes diabéticos em uma faixa etária que variou entre 50 e 65 anos. Tais achados corroboram com a literatura, em que se constatou um aumento significativo da prevalência de diabetes na população com o aumento da faixa etária (LOUREIRO, 2012; GUARIGUATA *et al.*, 2014).

Portanto, estudo indica que quase metade de todos os adultos com diabetes encontra-se na faixa etária de 40-59 anos, com predomínio de indivíduos com idades entre os 60 e 79 anos (GUARIGUATA *et al.*, 2014). Em outra pesquisa realizada em 2014 (LOUREIRO, 2012), os participantes apresentaram uma média de idade relativamente elevada (62,7 anos).

Ademais, nesta investigação na Paraíba, o nível de literácia foi menor em pacientes mais velhos, o que torna os idosos mais vulneráveis, pois se encontram limitados ao acesso à informação e aos serviços de saúde considerados essenciais para o seu autocuidado. A relação entre o nível de LS e as taxas de mortalidade foi relatada em estudos os quais evidenciaram que o risco de mortalidade em idosos é superior naqueles com uma baixa LS (SØRENSEN *et al.*, 2015; ESPANHA; ÁVILA, 2016; PEDRO; AMARAL; ESCOVAL, 2016).

Dentre os fatores que podem contribuir para essa relação citam-se: menor capacidade que tal grupo populacional tem para tomar os medicamentos adequadamente, dificuldade para interpretar os rótulos e as mensagens de saúde, além das condições de saúde que geralmente são mais frágeis nestes indivíduos (PEDRO; AMARAL; ESCOVAL, 2016).

Com relação à escolaridade, pesquisas demonstraram uma importante relação entre o nível de LS e o grau de escolaridade, evidenciando que quanto mais elevado o grau de escolaridade, maior a LS (LEE; LEE; KIM, 2015; VEIGA, 2015; ESPANHA; ÁVILA, 2016; SERRÃO; VEIGA, 2016). Tais resultados assemelham-se aos encontrados nesta pesquisa.

Quanto aos escores de LS, na presente pesquisa, a maioria da amostra (67,3%) apresentou níveis adequados de letramento funcional em saúde. Nesse sentido, esses pacientes parecem possuir um conhecimento mais amplo de saúde e encontram-se em condições de tomar decisões para manter uma boa saúde (BRASIL, 2017). Ainda, esses

níveis adequados indicam relação com o processo de comunicação e educação em saúde, significando também, em longo prazo, uma redução dos custos associados à saúde, menor procura das urgências hospitalares, maior adesão ao tratamento das diversas patologias, como diabetes, através principalmente da tomada adequada de medicações (CARNEIRO; SILVA; JOLLUSKIN, 2017).

No entanto, dados controversos foram encontrados em estudos realizados em 2011 (LEE; LEE; KIM, 2015; CARNEIRO; SILVA; JOLLUSKIN, 2017), que demonstraram uma baixa compreensão da leitura, sendo classificados como limítrofes. Segundo os critérios de classificação do 5-TOFHLA, esses pacientes não saberiam ou teriam dificuldades na abordagem de textos em saúde no cotidiano, tais como ler e compreender as orientações dadas pelos profissionais de saúde e necessárias para o autocuidado, tomar medicações corretamente, seguir dietas, dentre outras (VEIGA, 2015; SERRÃO; VEIGA, 2016).

Embora os achados sobre LS nesta abordagem paraibana tenham contrariado os demais estudos listados, um dos fatores importantes que justificaria a positividade no resultado pode relacionar-se com um vínculo forte e satisfatório entre os profissionais das equipes de saúde da família e seus usuários, assegurando uma das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CARNEIRO; SILVA; JOLLUSKIN, 2017).

O vínculo consiste no estabelecimento de uma relação de confiança e afetividade entre os trabalhadores de saúde e os usuários, permitindo dessa forma um trabalho com corresponsabilização pela saúde, e que com o decorrer do tempo tem a capacidade de se constituir em algo terapêutico (BRASIL, 2017).

Promove uma relação de respeito e confiança entre os mesmos, constituindo-se em uma ferramenta capaz de estimular uma adesão adequada do paciente ao tratamento farmacológico, bem como às orientações propostas pela ESF (CARNEIRO; SILVA; JOLLUSKIN, 2017). Portanto, o vínculo favorece uma maior troca de saberes entre a equipe de saúde e os usuários (BRASIL, 2017).

Soma-se o fato de o município contar com duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) para atender uma população de 3526 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019) constituindo, assim, um número não tão elevado de usuários a serem acompanhados por suas equipes de saúde, visto que o preconizado pelo Ministério da Saúde é que cada equipe seja responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área. Neste sentido, um número menor de

usuários aumenta a disponibilidade e contato dos profissionais com esses pacientes, favorecendo dessa forma maior criação de vínculo e maior familiaridade dos participantes da pesquisa com as questões relacionadas à saúde, contribuindo para um resultado positivo com relação à literacia (BRASIL, 2009). Afinal, esta se vincula a promoção da saúde, contribuiu com a capacidade de seguir os regimes terapêuticos prescritos (FIGUEIREDO *et al.*, 2018) e melhora os níveis de qualidade de vida (SOUSA *et al.*, 2020), fundamentais entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo do Diabetes.

Um dos princípios e diretrizes da Atenção Básica (AB) diz respeito à necessidade de estimular a participação dos usuários, constituindo-se numa importante forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (BRASIL, 2009). Desta forma, está apta a promover a capacidade de compreensão das pessoas.

Uma escuta qualificada e um vínculo adequado entre o profissional e o usuário faz diminuir a distância entre o que prescrito e indicado pelos profissionais e o que é realizado pelos pacientes, em relação a medicamentos, dietas e realização de exercícios etc. Muitas vezes no processo de cuidado não se leva em conta a vontade, o interesse e a capacidade de compreensão das pessoas (CENTER FOR HEALTH CARE STRATEGIES, 2013).

A viabilidade e o sucesso do Sistema Único de Saúde (SUS) dependem da capacidade de sua rede de ser resolutiva. A mesma tem que promover saúde por meio da prevenção de agravos, promoção de saúde, cuidado de doenças e reabilitação das pessoas. Constitui um dos objetivos da Política Nacional de Humanização do SUS a ampliação das ações da AB, por meio uma clínica e uma saúde coletiva compartilhada entre os sujeitos. Destarte, se faz necessário produzir profissionais, sujeitos e usuários com mais autonomia e capacidade para decidir sobre suas vidas (KAMRAN *et al.*, 2015).

Estudos realizados em países em desenvolvimento (COUTINHO *et al.*, 2015; SAMPAIO *et al.*, 2015) e desenvolvidos (CARNEIRO; SILVA; JOLLUSKIN, 2017) apontam que as pessoas apresentam limitações no que diz respeito à compreensão de leitura.

Um baixo nível de literacia pode trazer resultados bastante negativos para a saúde dos pacientes diabéticos, tanto no que diz respeito à falta de conhecimento da

própria patologia, como da importância do controle adequado da doença e dos objetivos do tratamento. Para um bom controle do diabetes é preciso que as metas estipuladas sejam alcançadas, e para isso é fundamental propiciar o conhecimento do paciente acerca de sua doença (CUNHA *et al.*, 2014).

Segundo dados do *Center for Health Care Strategies* (2013), estima-se que cerca de 90 milhões de americanos tenham baixa escolaridade em saúde e entre os fatores causais cita: baixo nível socioeconômico ou escolaridade, idosos, baixa proficiência em inglês, pessoas que recebem cobertura de saúde com financiamento público ou assistência socioeconômica. O estudo ainda enfatiza os impactos da baixa LS, entre eles contemplam-se: quatro vezes mais custos com cuidados de saúde, baixas taxas de adesão ao tratamento devido à má comunicação, gestão ineficaz de condições crônicas devido a habilidades inadequadas de autocuidado, permanência hospitalar prolongada e aumento de readmissões hospitalares, além de maior mortalidade.

Apesar dos achados, é importante citar algumas limitações inerentes ao estudo, as quais podem estar relacionadas à baixa acuidade visual de alguns idosos, o que impossibilitou a leitura das questões presentes no instrumento de coleta por eles, fazendo com que o pesquisador fizesse os questionamentos, o que pode ter influenciado na positividade das respostas. Soma-se a perda de parte da amostra (n=10) por recusa e por problemas mentais.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível constatar que a maioria dos pacientes diabéticos que participaram da pesquisa apresentou letramento em saúde com percentil adequado, o que foi bastante positivo, tendo em vista que o nível literacia tem impacto na saúde das populações, uma vez que se associa a maior capacidade de aquisição de informações e comportamento adequado em saúde. Ademais, é importante ressaltar que houve uma correlação com idade e nível de escolaridade, na parte de compreensão de leitura, mostrando que os indivíduos com menor idade e maior escolaridade tiveram um melhor desempenho.

A avaliação do nível de literacia em saúde dos indivíduos com doenças crônicas pode contribuir para a compreensão das dificuldades existentes na comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, facilitando assim na autogestão da doença.

No caso dos pacientes com diabetes mellitus, os cuidados com a saúde exigem o empenho de uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento contínuo do paciente, buscando o controle da doença e a prevenção de complicações. No entanto, o tratamento depende principalmente do paciente, que necessita tomar decisões diárias e mudar seus hábitos de vida, compreendendo assim uma autogestão considerada a mais complexa dentre as patologias crônicas.

O diabético encontra-se rotineiramente diante de situações que dificultam o autocontrole da doença, como a monitorização dos níveis de glicemia, a dieta e atividade física, o cuidado contínuo com os pés, em alguns casos, o uso da insulina ou de muitas medicações hipoglicemiantes, dentre outras. Sendo assim, é imprescindível a governabilidade do paciente no autocontrole da doença para efetivação de resultados positivos e redução de complicações.

Ademais, os profissionais de saúde das ESF devem atuar no sentido de aumentar o letramento funcional de seus usuários e de favorecer a sua autonomia a partir da concretização de estratégias direcionadas à adesão de comportamentos saudáveis ao longo da vida, como redução do tabagismo e etilismo, prática de atividade física, uma das opções seria o incentivo à utilização das academias ao ar livre, alimentação saudável, além do automonitoramento da glicemia e o autocuidado.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, Italo Ricardo Santos *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1845-1856, 2017.

BAKER, David W. *et al.* Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient education and counseling**, v. 38, n. 1, p. 33-42, 1999.

BLACK, Stephen; BALATTI, Jo; FALK, Ian. Health literacy and social capital: what role for adult literacy partnerships and pedagogy?. **Studies in Continuing Education**, v. 35, n. 2, p. 146-164, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/1a-PNAB-2017.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 14 abr. 2019.

CARNEIRO, Vânia Andreia Sousa; SILVA, Isabel.; JOLLUSKIN, Glória. Literacia em saúde: um retrato da população adulta portuguesa. **Rev Est Inv Psico y Educ.**, v. 1, n. 14, p. 14-9. 2017.

CARTHERY-GOULART, Maria Teresa *et al.* Versão brasileira da Escala Cornell de depressão em demência (Cornell depression scale in dementia). **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 65, p. 912-915, 2007.

CENTER FOR HEALTH CARE STRATEGIES. **What is health literacy?** Fact Sheet, n. 1, p. 1-12, out. 2013. Disponível em: http://www.chcs.org/media/CHCS_Health_Literacy_Fact_Sheets_2013.pdf. Acesso em: 21 maio 2019.

COUTINHO, Maria Luciene Nobre *et al.* Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. **Rev Rene**, v. 16, n. 6, p. 908-1005, 2015.

CUNHA, Madalena *et al.* Implications of literacy for health for body mass index. **Atencion primaria**, v. 46, p. 180-186, 2014.

ESPANHA, Rita; ÁVILA, Patrícia. Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. **Procedia Computer Science**, v. 100, p. 1033-1041, 2016.

FIGUEIREDO, Lorena Felix de *et al.* Literacia em saúde e doenças crônicas em pacientes da atenção primária: um estudo bibliométrico. **Temas em saúde**, v. 1, p. 962-81, 2018.

GUARIGUATA, Leonor *et al.* Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. **Diabetes research and clinical practice**, v. 103, n. 2, p. 137-149, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e estados**. IBGE, 2019. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 abr. 2019.

KAMRAN, Aziz *et al.* Associations between self-medication, health literacy, and self-perceived health status: A community-based study. **International journal of preventive medicine**, v. 6, 2015.

LEE, Hee Yun; LEE, Jiwoo; KIM, Nam Keol. Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men?. **American journal of men's health**, v. 9, n. 5, p. 370-379, 2015.

LOPES, Andreia Aparecida Ferreira. .Empoderamento, amizade e o cuidado do eu: novas formas de relações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 33, 2018.

LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus *et al.* Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 6, p. 157-166, 2012.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health promotion international**, v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000.

PEDRO, Ana Rita; AMARAL, Odete; ESCOVAL, Ana. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. **Revista portuguesa de saúde pública**, v. 34, n. 3, p. 259-275, 2016.

PLEASANT, Andrew. Advancing health literacy measurement: a pathway to better health and health system performance. **Journal of health communication**, v. 19, n. 12, p. 1481-1496, 2014.

QUEMELO, Paulo Roberto Veiga *et al.* Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00179715, 2017.

SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho *et al.* Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 865-874, 2015.

SERRÃO, Carla; VEIGA, Sofia. Health literacy of a sample of Portuguese elderly. **Applied Research In Health And Social Sciences: Interface And Interaction**, v. 13, n. 1, p. 14-26, 2016.

SØRENSEN, Kristine *et al.* 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.

SOUSA, Milena Nunes Alves de *et al.* Literacia em saúde e a qualidade de vida da população: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 51, p. e3880-e3880, 2020.

VEIGA, Sofia. Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, p. 33-37, 2015.

Recebido em: 01/11/2021

Aprovado em: 20/11/2021

Publicado em: 03/12/2021