



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA**  
**CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

**RAFAEL ILEUS MONTEIRO LIMA**

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE USUÁRIOS DA**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA DE ALTAMIRA - PA**

**ALTAMIRA**

**2021**

**RAFAEL ILEUS MONTEIRO LIMA**

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE USUÁRIOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE ALTAMIRA - PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da UFPA, Campus de Altamira, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharelado em Medicina.

**Orientador:** Prof. Me. Osvaldo Correia Damasceno

**ALTAMIRA**

**2021**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

M772l Monteiro Lima, Rafael Ileus.  
Letramento Funcional em Saúde de Usuários da Atenção  
Primária de Altamira-PA / Rafael Ileus Monteiro Lima. — 2021.  
47 f. : il.

Orientador(a): Prof. Me. Osvaldo Correia Damasceno  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade  
Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de  
Medicina, Altamira, 2021.

1. Letramento em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.  
Determinantes Sociais da Saúde. 4. Educação em Saúde. I.  
Título.

CDD 614.440981

---

**RAFAEL ILEUS MONTEIRO LIMA**

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE USUÁRIOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE ALTAMIRA – PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da UFPA, Campus de Altamira, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharelado em Medicina.

**Orientador:** Prof. Me. Osvaldo Correia Damasceno

**APROVADO EM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONCEITO:** \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Me. Osvaldo Correia Damasceno

Orientador – UFPA

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Daniele Regina da Silva Fernandes

Examinadora Interna – UFPA

---

Prof.<sup>a</sup>. Esp. Daniela Batista Ferro

Examinadora Interna – UFPA

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso.

Aos meus avós, pais, tios, primos, irmãos e amigos que apoiaram o meu sonho e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à concretização desta jornada.

Ao meu namorado, William Silva de Araújo, que me incentivou nos momentos difíceis, me dando confiança e força para seguir em frente, dia após dia, e por ter sido parceiro e compreensivo.

Ao Prof. Me. Bruno Francisco Teixeira por compartilhar tantos conhecimentos e acreditar no potencial desta pesquisa científica e pela oportunidade de trabalharmos juntos.

Ao meu orientador Prof. Me. Osvaldo Correa Damasceno pelas contribuições e orientações.

Aos colegas Apolo, Evelyn, Mariellen, Talita, Taynara, e Sasha por fazerem parte das etapas de coleta dos dados e escrita do artigo científico.

Aos pacientes que participaram desta pesquisa tendo papel essencial para consolidação do produto final deste projeto.

Aos membros da banca avaliadora, Profa Me. Daniele Fernandes e Profa Esp. Daniela Ferro, que contribuíram com boas ideias e melhorias.

Por fim, sou grato a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

O Letramento Funcional em Saúde (LFS) refere-se ao conhecimento, motivação e competência dos pacientes em acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a realizar julgamentos e tomar decisões cotidianas. Diante deste cenário, mensurar o letramento em saúde (LS) é necessário por viabilizar a possibilidade de construir propostas de intervenções adequadas e sensíveis às condicionantes específicas das populações e logo melhorar os resultados em saúde. Este trabalho buscou analisar o nível de letramento funcional em saúde (LFS) de usuários da atenção primária na área urbana de Altamira-PA. Métodos: Estudo transversal no qual a coleta de dados ocorreu entre agosto de 2018 e dezembro de 2019 em 12 USF da área urbana. O cálculo amostral foi realizado a partir da população urbana de Altamira registrada pelo Censo de 2010. Utilizou-se intervalo de confiança de 95% com margem de erro de 5% e prevalência de achados de 50% em uma população semelhante, encontrando assim o valor de 382. Os participantes foram entrevistados a fim de coletar informações sobre dados sociodemográficos, sendo posteriormente aplicado um questionário baseado na versão brasileira do Short Test of Functional Health Literacy (S-TOFHLA), sendo este um instrumento utilizado para mensuração do LFS. O coeficiente de correlação de Pearson, o teste Qui-Quadrado, o teste G e o odds ratio foram utilizados para verificar a relação entre a pontuação do S-TOFHLA e os dados sociodemográficos. Além disso, uma análise de regressão múltipla foi realizada para prever os fatores que interferem no LFS. Por fim, o teste ANOVA buscou diferenças entre o nível de LFS dos usuários nas USF analisadas. Resultados: 400 participantes foram incluídos no estudo, desses, 59% apresentaram LFS adequado, 16.5% limítrofe e 24.5% inadequado. As variáveis grau de escolaridade, idade e renda foram associadas ao LFS na população estudada, sendo que predizem, respectivamente em 46%, 26% e 17% do desempenho no teste S-TOFHLA. Baixa escolaridade e baixa renda aumentam o risco de indivíduos possuírem LFS insatisfatório em 5 e 4 vezes, nessa ordem. Enfim, foram encontradas diferenças entre os níveis de LFS dos usuários das USF analisadas. Conclusões: A população da área urbana de Altamira apresentou alta prevalência de LFS insatisfatório. Então, no intuito de aumentar os resultados satisfatórios em saúde, os profissionais da região devem adequar as suas formas de comunicação e linguagem às necessidades dos usuários das USF, observando que a adequação da equipe pode trazer melhorias para o entendimento das informações e oportunizar melhores condições de recuperação e autocuidado em saúde.

**Descritores:** Letramento em saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública, Determinantes Sociais da Saúde, Educação em Saúde.

## ABSTRACT

Functional Health Literacy (LFS) refers to the knowledge, motivation and competence of patients to access, understand, evaluate and apply health information, in order to make judgments and make everyday decisions. In view of this scenario, measuring this health literacy (LS) is necessary because it makes possible the possibility of constructing proposals for calls and the specific conditions of populations and improving health results. This project seeks to analyze the functional health literacy level (FHL) of primary care users in the urban area of Altamira-PA. Method: Cross-sectional study which the data collections occurred between August 2018 and December 2019 in 12 FHU of urban area. The participants were interviewed to collect sociodemographic data's information, was later applied a questionnaire based on Brazilian version of Short Test of Functional Health Literacy (S-TOFHLA), which is used as an instrument to FHL measurement. The Pearson's correlation coefficient, the Qui-Square test, the G test, and the odds ratio were used to verify the correlation between S-TOFHLA punctuation and the sociodemographic data. Furthermore, a multiple regression analysis was made to predict the factors which affect in FHL. Finally, the ANOVA test has sought differences between the FHL users' level in the family healthcare units analyzed.

Results: 400 participants were included in the study, 50% presented adequate FHL, 16.5% bordering and 24.5% inadequate. The variable level of schooling, age and income were associated to FHL in the population who was studied, they predict, respectively in 46%, 26% and 17% of the performance in the S-TOFHLA test. The individuals low schooling and low income increase the risk of having unsatisfactory FHL in 5 and 4 times, in this order. Finally, differences between the users' FHL level of the FHU were found. Conclusion: The urban area population of Altamira presented high unsatisfactory FHL prevalence. Therefore, with the aim to increase the positive health results, the region healthcare professionals must adapt their ways of communication and language to the FHU users' needs, observing that the group adequacy can bring improvements to understanding information and give best conditions of cure and self-care.

**Keywords:** Health Literacy, Primary Health Care, Public Health, Social Health Determinants, Health Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de variância
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais em Saúde
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
INAF	Indicador de Alfabetismo Funcional
LFS	Letramento Funcional em Saúde
LS	Letramento em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pará
S-TOFHLA	Short Test of Functional Health Literacy
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde de Altamira
SUS	Sistema Único de Saúde
UHE	Usina Hidrelétrica
USF	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
1.1	O CONCEITO DE LETRAMENTO EM SAÚDE	8
1.2	SITUAÇÃO-PROBLEMA	9
1.3	JUSTIFICATIVA	10
1.4	HIPOTÉSES	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
3.1	TIPO DE PESQUISA	14
3.2	LOCAL DO ESTUDO	14
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO	14
3.4	ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS	15
3.5	COLETA DE DADOS	16
3.6	DESCRIÇÃO DO TESTE ADOTADO	16
3.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	18
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>28</b>
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE</b>	<b>32</b>
	<b>APÊNDICE B – TESTE DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE</b>	<b>34</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>40</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA</b>	<b>44</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O CONCEITO DE LETRAMENTO EM SAÚDE

Letramento em Saúde (LS) refere-se ao conhecimento, motivação e competência dos pacientes em acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de forma a realizar julgamentos e tomar decisões cotidianas, no que tange ao autocuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde, buscando manter ou melhorar a qualidade de vida (SORENSEN *et al.*, 2012). Nesta perspectiva de letramento em saúde, as pessoas não são receptoras passivas das informações, mas são protagonistas das mesmas em todos os espaços de interação social (CUTILLI, 2007; ROOTMAN *et al.* 2006; PASKULIN *et al.*, 2011).

Em 1974 foi mencionado pela primeira vez a expressão *health literacy*, na perspectiva do ensino de padrões básicos de educação em saúde, em todos os níveis escolares (SORENSEN *et al.*, 2012). Desde então, nas últimas décadas, estudiosos da área de educação em saúde começaram a questionar qual seria a abrangência do fenômeno do letramento no contexto em saúde. A partir disso, vários modelos conceituais foram construídos a fim de estabelecer a principal razão do LS.

Entre os modelos conceituais encontrados na literatura, o modelo integrado de Letramento Funcional em Saúde (LFS) proposto por SORENSEN *et al.* (2012) é o mais recente. Esse modelo compreende o ser humano como agente aberto que está em constante interação com o meio em que está inserido, e que diversos acontecimentos da vida humana englobam o ambiente da saúde, não apenas o binômio saúde-doença. Nesse contexto, o indivíduo não é avaliado somente por a informação em si que ele possui, mas pelo o que a informação lhe permite fazer para a saúde própria e dos indivíduos que compunham a sua comunidade, permitindo assim sempre o relacionamento do seu saber ao exercício de uma prática social (SMITH *et al.*, 2009).

Para o Instituto de Medicina (IOM, 2004), a prática do letramento visa à realização de tarefas específicas, pertinentes a um contexto social e, por isso, considera que todo letramento é funcional. Com essa visão, SMITH *et al.* (2009) afirmam que o indivíduo pode ter diversos letramentos funcionais, incluindo o LFS. O LFS existe a partir da interação indivíduo e cenário de saúde. É um bem social em constante construção, por isso deve ser visto como “uma questão social, com implicações biomédicas” e não “como uma questão biomédica com raízes sociais”.

No Brasil, o termo letramento foi bastante confundido com a alfabetização. E embora estejam associados, o letramento compreende muito além da capacidade de aprender a ler e escrever, como também o exercício das práticas sociais que envolve a língua escrita (SOARES, 2004). Diversos referenciais sobre LS têm sido sugeridos. Entre estes, destacam-se as abordagens funcional, interativa e crítica (PASKULIN *et al*, 2011).

O LS de abordagem funcional refere-se ao domínio de informações sobre os riscos e utilização dos serviços de saúde. Já a abordagem interativa, compõe habilidades pessoais que permitem ampliar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para agir de forma independente (NUTBEAM, 2000; 2009). O letramento funcional crítico refere-se ao empoderamento das pessoas e da sociedade e envolve a avaliação de ações baseadas em informações sobre os determinantes sociais e econômicos de saúde e oportunidades para promover mudanças políticas e organizacionais (NUTBEAM, 2000; 2009).

Embora tenham sido elencadas diversas definições, é interessante observar que o LFS apresenta basicamente duas dimensões: a primeira, vinculada ao objetivismo do processo saúde-doença; diz respeito às habilidades e capacidades que o indivíduo tem ou deve desenvolver para “cumprir” metas comuns às pessoas, determinadas pelo modelo biomédico; a segunda, associada ao subjetivismo do referido processo, concebe o indivíduo para além da adaptação ao meio que o cerca, prevê a interação e a transformação com esse (SORENSEN *et al.*, 2012).

## 1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

As informações sociodemográficas são extremamente importantes no processo de planejamento e tomada de decisões pois está relacionada ao comportamento das necessidades e requerimento de serviços das comunidades (GUIMARÃES, 2005). Logo, a identificação das características de uma população, que representa o perfil sociodemográfico, constitui um instrumento de planejamento das ações em saúde. Outra avaliação primordial, que permite a garantia da continuidade do cuidado, é a dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), que por definição da Comissão Nacional sobre os DSS (CNDSS) são fatores sociais, econômicos e ambientais influenciadores da qualidade de vida da comunidade, o que possibilita uma organização das intervenções adequadas à realidade do território (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) identificou o letramento como um dos DSS. Logo, a avaliação desses fatores é essencial pois direciona a construção do

planejamento das intervenções em saúde e sua posse é um elemento importante das estratégias para redução das desigualdades (CDSS, 2010; KICKBUSCH, WAIT & MAAG, 2006).

O LS tem sido bastante discutido em países com alto nível de desenvolvimento socioeconômico e social, onde as necessidades básicas de vida já foram estabelecidas. Há vários conceitos e instrumentos que a avaliam (ABEL, 2008), tanto em uma perspectiva mais restrita como a capacidade em ler prescrições, até uma concepção ampliada, voltada à aptidão de tomar decisões em saúde (NUTBEAM, 2008). O LFS inadequado está associado a erros e baixa adesão ao tratamento (THURSTON *et al.*, 2015; MUELLERS *et al.*, 2019), à maior frequência de internações, ao controle desfavorável sobre doenças de maior risco de morbimortalidade (SAMPAIO *et al.*, 2015; RAFFERTY *et al.*, 2019; LINDAHL *et al.*, 2020) e à diminuição do rastreamento e da qualidade de vida em pacientes com câncer (NILSEN, *et al.*, 2019).

Diante deste cenário, mensurar o LS é necessário por viabilizar a possibilidade de construir propostas de intervenções adequadas e sensíveis aos DSS e às condicionantes específicas das populações, e logo melhorar os resultados em saúde. No Brasil há poucos estudos realizados sobre LS. Esforços devem ser dispendidos no sentido de diagnosticar o LS da população atendida nos serviços de saúde, direcionando intervenções apropriadas e que contemplem as especificidades contextuais.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Em atendimentos médicos ambulatoriais é comum que o usuário receba informações sobre a sua condição de saúde, repletas de terminologias médicas e desconhecidas como resultados laboratoriais e condutas clínicas a que serão submetidos. Essas informações requerem dele habilidades básicas de leitura e numeramento, para que de fato compreendam seu significado. Portanto, essas situações impõem a necessidade da compreensão do papel do LFS, para que as informações necessárias sobre o processo saúde-doença sejam repassadas na maneira e em tempo oportunos, viabilizando o conhecimento em relação à doença e consequente mudança de comportamentos. Avaliar o nível de LS dos pacientes é de suma importância, a fim de evitar desfechos clínicos negativos (MENDONÇA e BASTOS, 2016).

O acesso às informações em saúde é significativo e crucial para garantir que as pessoas alcancem seu potencial máximo de saúde. Nesse contexto, encontram-se os papéis da

educação e do adequado LFS (SORENSE, *et al.*, 2012; PARKER, *et al.*, 2019). Sabe-se que o LS pode ser influenciado negativamente tanto por fatores individuais (idade, gênero, habilidades pessoais e educação), quanto por sociais (língua, cultura, condições de vida e de trabalho) (ROOTMAN, 2008). Por isso, quando se pensa em equidade, faz-se necessário conhecer as limitações individuais e mesmo de um grupo em relação ao uso da informação em saúde que lhe são fornecidas, a fim de reduzir as disparidades sociais existentes.

Assim, para além da concepção do LS como ferramenta de reação frente ao processo saúde-doença, implicitamente ele também é mecanismo essencial para que se tenha efetivamente a participação social nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, conforme estabelecido pela Lei 8080/90 que o regulamenta, no capítulo dos princípios e diretrizes e incisos do artigo sétimo. Nele é assegurado ao usuário o direito à informação sobre a própria saúde e sobre os serviços de saúde, para que possa exercer o direito de participar das decisões que envolvam as políticas públicas de saúde e o seu papel de fiscalizador do sistema, ou seja, a participação social (Lei 80142/90). Ter letramento em saúde pode, inclusive, significar empoderamento do indivíduo e de um grupo para construção social (IOM, 2013).

Os estudos sobre LFS no Brasil ainda são aquém do ideal, sendo que nenhum possui base populacional (SAMPAIO *et al.*, 2015; APOLINÁRIO *et al.*, 2012). Em relação a região Norte, que possui peculiaridades em comparação às outras regiões do país, observamos apenas um estudo sobre a temática (SANTOS e PORTELLA, 2016).

Nesse cenário de particularidades regionais, encontra-se Altamira, município localizado na mesorregião do Xingu no estado do Pará (PA), que desde 2011 sofre os impactos relacionados à construção da Usina Hidrelétrica (UHE) Belo Monte, maior hidrelétrica inteiramente brasileira. O empreendimento aumentou o fluxo migratório no município, o que ocasionou uma explosão populacional não planejada que refletiu diretamente nos serviços de saúde e na economia local (CARVALHO *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2018). Portanto, mensurar o LFS nesse município é fundamental para identificar as limitações dos indivíduos e comunidades no acesso, compreensão e uso das informações em saúde, de maneira a viabilizar propostas de intervenções adequadas a essas limitações.

#### 1.4 HIPÓTESES

Em razão da problemática de compreender os níveis de LS visando reduzir as disparidades em saúde no contexto do serviço de atenção básica no SUS. As hipóteses deste trabalho são:

**H<sub>0</sub>** = O nível de LFS dos usuários da atenção primária em Altamira-PA não é influenciado por fatores sociais, econômicos, individuais e educacionais.

**H<sub>a</sub>**= O nível de LFS dos usuários da atenção primária Altamira-PA é influenciado por fatores sociais, econômicos, individuais e educacionais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o nível de Letramento Funcional em Saúde de usuários da atenção primária no município de Altamira - PA.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar a compreensão de leitura e numeramento em saúde de usuários de Unidades de Saúde da Família (USF).
- Determinar o nível de LFS e comparar os níveis entre os usuários que frequentam diferentes USF.
- Avaliar se as variáveis sociodemográficas se configuram como preditoras do nível LFS de usuários da atenção primária.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Tratou-se de um estudo de transversal de caráter quantitativo conduzido nas USF com maior fluxo de atendimento da região urbana de Altamira – PA.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi conduzido na atenção primária, especificamente nas USF do município de Altamira- PA. O município é referência para toda a região do Xingu e possui uma população estimada em 2019 de 114.594 habitantes, dos quais aproximadamente 75% habitam na área urbana segundo o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A escolha das USF se deu por amostra de conveniência, possuindo como critério o número de usuários que frequentam diariamente a unidade, totalizando 12 USF, excluindo 6 USF do município. Os critérios para as escolhas foram a partir de orientações da Secretaria Municipal de Saúde de Altamira (SESMA), que por sua vez, indicou as USF com maior fluxo de atendimento no período de coleta de dados do estudo. Para isso, houve análise das agendas médicas, no qual foi verificado o número de usuários que haviam consultado as unidades nos últimos três meses. Por questões éticas as USF foram enumeradas de 1 a 12 para identificação.

#### **3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO**

O cálculo amostral foi realizado a partir da população urbana de Altamira registrada pelo Censo de 2010 (IBGE, 2010). Utilizou-se intervalo de confiança de 95% com margem de erro de 5% e prevalência de achados de 50% em uma população semelhante. Verificou-se que a amostra dessa pesquisa, assumindo os critérios acima estabelecidos, deveria ser de no mínimo 383 indivíduos.

A população alvo da pesquisa foram os usuários da atenção primária frequentadores das USF selecionadas para local de estudo do município de Altamira- PA, sendo necessária para a seleção dos participantes a avaliação por critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir no Quadro 1.

**Quadro 1.** Critérios de seleção para participação (inclusão e exclusão) no estudo.

<b>Critérios de Inclusão</b>	Ser usuário de USF
	Possuir idade maior que 18 anos
	Ser alfabetizado
<b>Critérios de Exclusão</b>	Ser portador de doença neurodegenerativa ou distúrbio psiquiátrico
	Utilizar medicação que comprometa a cognição.

Fonte: CARTHERY-GOULART et al. 2009.

Para seleção dos participantes, foi convidado a participar o último usuário na fila de espera para o atendimento, e, caso ele não aceitasse, era convidado o imediatamente anterior. Esse critério possuiu como base o tempo necessário para que o participante pudesse preencher os questionários propostos sem interrupção, inviabilizando assim a análise.

No fim das coletas, participaram do estudo 400 indivíduos distribuídos entre as 12 USF. As USF com maior número de atendimentos repassados pela SESMA possuíram 40 participantes inclusos no estudo (USF 1, USF 3, USF 5 e USF 12), enquanto as demais contribuíram com 30 usuários cada.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, sob o número do parecer 2.890.597 (ANEXO A). Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, do caráter opcional em participar e da necessidade de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como preconizado pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE C). Além disso, foi obtida permissão dos autores que elaboraram a versão brasileira do teste adotado para avaliação do LFS.

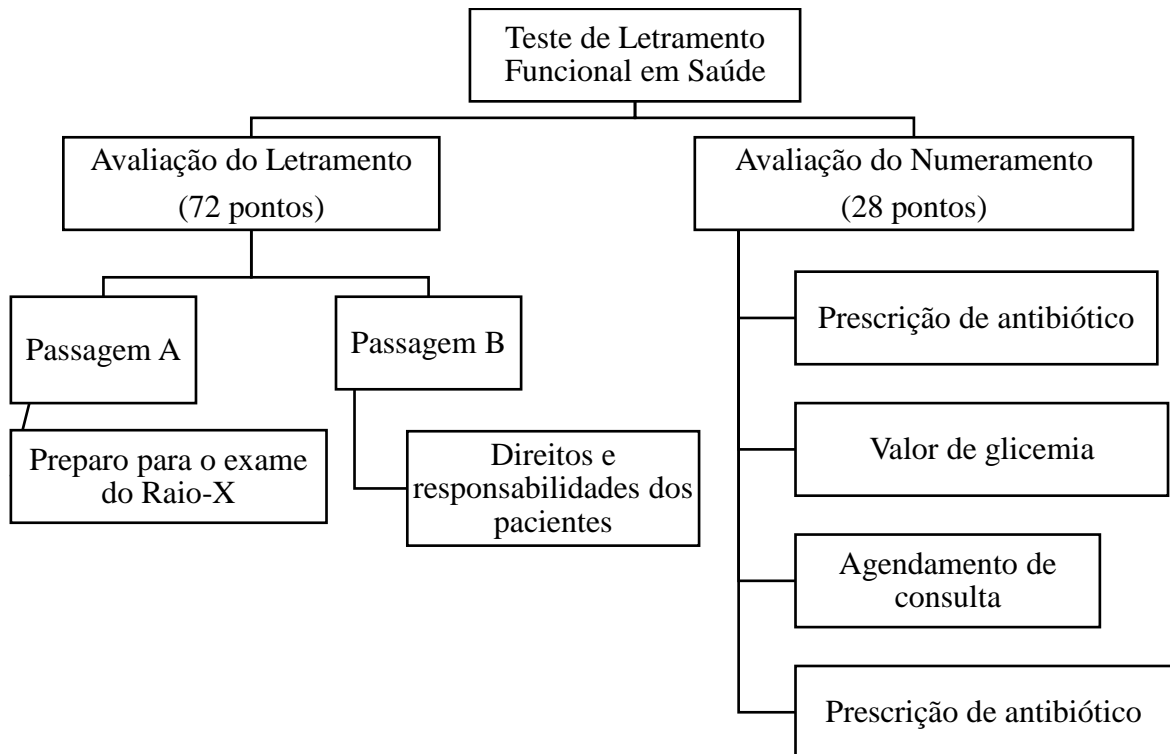
### 3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2018 e dezembro de 2019 por meio da aplicação de dois instrumentos (questionário e teste). O primeiro (questionário) foi aplicado após abordagem inicial dos participantes, a fim de coletar informações sobre dados sociodemográficos (APÊNDICE A) e foi aplicado para adquirir as variáveis sexo, etnia, idade, grau de escolaridade e renda familiar bruta dos participantes. O segundo (teste) foi utilizado para avaliação do LFS conforme descrito abaixo.

### 3.6 DESCRIÇÃO DO TESTE ADOTADO

Este trabalho adotou para avaliação do LFS a versão brasileira do Short Test of Functional Health Literacy (S-TOFHLA) que foi traduzida e adaptada culturalmente por CARTHERY-GOULART et al. (2009). O teste (APÊNDICE B) é composto por duas etapas sendo que a primeira analisa a compreensão textual e leitura (letramento) e a segunda avalia a capacidade de atuar com números (numeramento) conforme descrito abaixo e demonstrado pelo organograma na Figura 1.

**Figura 1.** Organograma de descrição do Teste de Letramento Funcional em Saúde S-TOFHLA.



Fonte: CARTHERY-GOULART et al. 2009.

O questionário de análise da compreensão de leitura (letramento) consistiu em duas passagens: passagem A que se refere ao preparo para exame de Raio X do trato gastrointestinal superior e passagem B que se relaciona com os direitos e responsabilidades dos pacientes em relação ao serviço de saúde. Cada passagem possui a cada sexto ou sétimo termo uma palavra apagada. Para cada espaço em branco, o entrevistado deveria selecionar de uma lista de quatro palavras a que melhor completasse a frase. Houve 36 lacunas e a pontuação total dos textos de compreensão de leitura foi de 72 pontos, no qual cada espaço em branco corretamente concluído marcou-se 2 pontos (CARTHERY-GOULART et al. 2009).

O teste para análise do letramento quantitativo em saúde (numeramento) compreendeu quatro itens contendo informações sobre ingestão de medicamentos, data de consultas e resultados de um teste laboratorial. Cada item foi realizado separadamente, no qual o pesquisador entregou ao participante um cartão contendo as informações em saúde e em seguida realizou uma pergunta relacionada ao que estava contido no item que foi entregue. Os itens numéricos totalizaram 28 pontos, onde cada resposta correta foi conferida sete pontos (CARTHERY-GOULART et al. 2009).

A pontuação total do teste foi de 100 pontos. A classificação do nível de LFS se deu conforme o escore obtido (CARTHERY-GOULART et al. 2009) e está descrita no Quadro 2 a seguir:

**Quadro 2.** Classificação do nível de Letramento Funcional em Saúde conforme score do S-TOFHLA.

<b>Score</b>	<b>Nível de LFS</b>
0-53 pontos	Inadequado
54-66 pontos	Marginal ou Limítrofe
67-100 pontos	Adequado

Fonte: CARTHERY-GOULART et al. 2009.

O tempo máximo permitido para a conclusão da tarefa de compreensão de leitura foi de sete minutos, enquanto para conclusão do teste de numeramento se deu em cinco minutos. Após o participante concluir a tarefa, os itens concluídos após esses períodos não foram analisados.

### 3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Estatísticas descritivas foram usadas para resumir informações quantitativas sobre a amostra geral. Inicialmente, foi realizado o teste do qui-quadrado ou o teste G de independência (quando os pré-requisitos do teste anterior não foram atendidos) para averiguar a associação entre as variáveis sociodemográficas categóricas ou ordinais e a classificação do nível de LFS. Para a variável sociodemográfica contínua (idade), o coeficiente de correlação de Pearson verificou a sua relação com a pontuação do S-TOFHLA. Em seguida, as variáveis que apresentaram associação na amostra geral foram submetidas ao teste de regressão linear múltipla possuindo como variável dependente o escore obtido no teste de letramento (0-100).

O *odds ratio* foi usado para averiguar o grau de risco entre as variáveis que apresentaram associação com o desempenho no S-TOFHLA. Nesta análise, devido aos pré-requisitos do teste estatístico, a variável dependente foi dicotomizada em (1) LFS satisfatório para os participantes que obtiveram a classificação “adequada” e (2) LFS insatisfatório para os participantes que possuíram a classificação “inadequada” ou “marginal”. As variáveis grau de escolaridade e renda também foram dicotomizadas, sendo classificadas como: (1) Escolaridade satisfatória – participantes com ensino médio concluído ou ensino superior completo ou incompleto e (2) Escolaridade insatisfatória – participantes que não concluíram o ensino médio e (1) Participantes com renda familiar superior a dois salários mínimos e (2) Participantes com renda familiar igual ou inferior a dois salários mínimos.

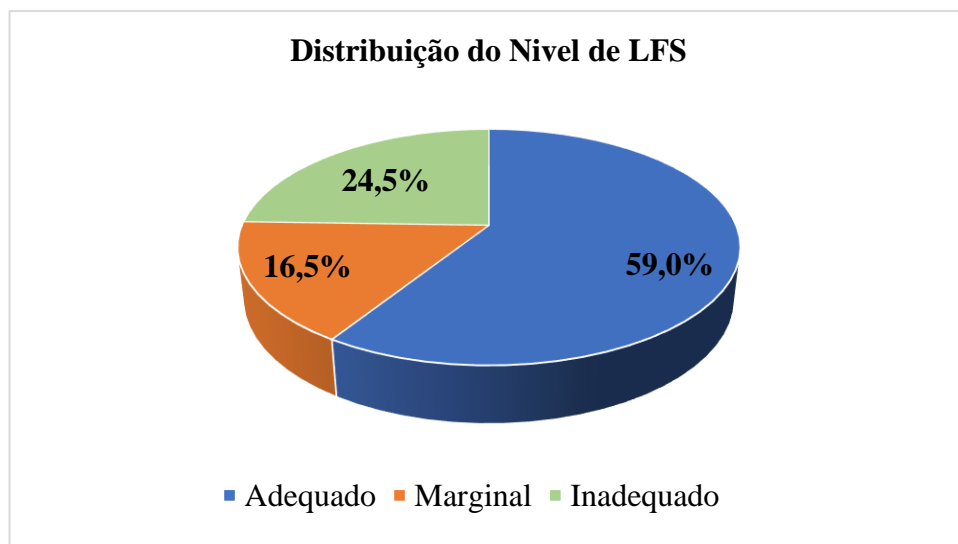
Por fim, buscando verificar diferença nos escores do S-TOFHLA entre as USF analisadas, os dados foram submetidos à análise de variância (ANOVA) de uma via seguida do pós-teste de Tukey, quando diferenças significativas foram detectadas. Os resultados de variáveis contínuas foram expressos em média  $\pm$  erro padrão e para todos os testes foi adotado um valor de  $p \leq 0,05$  como indicativo de diferença estatística significativa.

#### 4 RESULTADOS

O estudo obteve a participação de 400 indivíduos divididos em 12 USF da região urbana de Altamira, possuindo média de idade de 33.5 e desvio padrão de 11.85. A amostra foi composta, majoritariamente, por indivíduos do sexo feminino (79.5%), pardos (67.25%), com ensino médio completo (41.5%) e com renda familiar bruta declarada de 1 a 2 salários mínimos (45.5%). A análise sociodemográfica mostrou dados preocupantes com relação aos usuários das USF de Altamira. Constatou-se a pouca procura de atendimentos por parte do sexo masculino (20.5%), uma considerável parcela de indivíduos sem o ensino médio completo (44.75%) e percentual importante de entrevistados (35.35%) com renda familiar inferior a um salário mínimo (Tabela 1).

A pesquisa revelou a média do escore do S-TOFHLA de  $70.97 \pm 1.13$ , além disso, mais da metade dessa amostra apresentou adequado nível de LFS (59%). No entanto, ao considerar que 16.5% atingiu letramento limítrofe e 24.5% apresentou nível inadequado, certificou-se que a cada 10 pacientes atendidos por profissionais de saúde em uma USF de Altamira, 4 poderão sair da consulta com dúvidas ou equívocos em relação ao seu processo saúde-doença (Figura 2).

**Figura 2.** Nível de LFS dos usuários da atenção primária de Altamira-PA.



Fonte: Elaborado pelo autor do trabalho.

As associações entre as variáveis sociodemográficas categóricas ou ordinais com o nível de LFS foram avaliadas utilizando o teste do qui-quadrado para a variável sexo. Para as outras variáveis, utilizou-se o teste G de independência, pois apresentaram frequência esperada

inferior a 5 em um dos grupos e foram organizadas em tabelas de contingência ( $l \times c$ ), sendo pelo menos  $l$  ou  $c$  diferente de 2 (Tabela 1). Essa análise demonstrou que o grau de escolaridade ( $X^2=114.568$ ,  $p < 0.01$ ) e a renda familiar ( $X^2=38.349$ ,  $p < 0.01$ ) são associados com o LFS, no entanto, as variáveis sexo ( $X^2=5.045$ ,  $p = 0.08$ ) e etnia ( $X^2=14.4120$ ,  $p = 0.07$ ) não demonstram associação (Tabela 1).

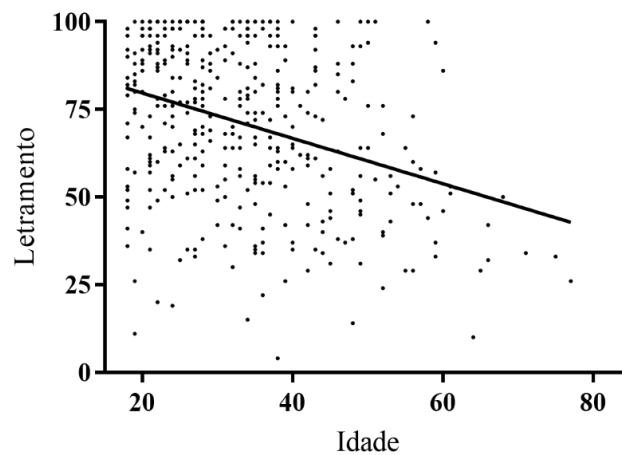
**Tabela 1:** Distribuição das características sociodemográficas dos participantes em associação com o nível do LFS.

Variáveis	Letramento Funcional em saúde $N$ (%)			Total $N$ (%)	Qui-Quadrado ou Teste G	Valor de p
	Inadequado	Marginal	Adequado			
Escore S-TOFHLA	98 (24.5)	66 (16.5)	236 (59)	400 (100)	-	-
Sexo						
Masculino	27 (6.75)	9 (2.25)	46 (11.5)	82 (20.5)	5.045	0.08
Feminino	71 (17.75)	57 (14.25)	190 (47.5)	318 (79.5)		
Etnia						
Parda	57 (14.25)	44 (11.0)	168 (42.0)	269 (67.25)	14.4120	0.07
Negra	20 (5.0)	13 (3.25)	33 (8.25)	66 (16.5)		
Branca	12 (3.0)	3 (0.75)	24 (6.0)	39 (9.75)		
Amarela	5 (1.25)	1 (0.25)	8 (2.0)	14 (3.5)		
Indígena	4 (1.0)	5 (1.25)	3 (0.75)	12 (3.0)		
Grau de Escolaridade						
Ensino Fundamental Incompleto	44 (11.0)	21 (5.25)	16 (4.0)	81 (20.25)	114.568	< 0.01
Ensino Fundamental Completo	17 (4.25)	13 (3.25)	19 (4.25)	49 (12.25)		
Ensino Médio Incompleto	11 (2.75)	7 (1.75)	31 (7.75)	49 (12.25)		
Ensino Médio Completo	25 (6.25)	22 (5.5)	119 (29.75)	166 (41.5)		
Ensino Superior Incompleto	0 (0.0)	3 (0.75)	27 (6.75)	30 (7.5)		
Ensino Superior Completo	1 (0.25)	0 (0.0)	24 (6.0)	25 (6.25)		
Renda Familiar Bruta						
Inferior ou Igual a 1 salário mínimo	47 (11.75)	30 (7.5)	64 (16.0)	141 (35.35)	38.349	< 0.01
De 1 a 2 salários mínimos	39 (9.75)	34 (8.5)	109 (27.25)	182 (45.5)		
De 2 a 3 salários mínimos	10 (2.5)	1 (0.25)	49 (12.25)	60 (15)		
De 3 a 4 salários mínimos	1 (0.25)	0 (0.0)	10 (2.5)	11 (2.75)		
Superior a 4 salários mínimos	1 (0.25)	1 (0.25)	4 (1.0)	6 (1.5)		

Fonte: Elaborado pelo autor

Para a variável idade, o coeficiente de correlação de Pearson demonstrou associação negativa com o escore do LFS ( $r=-0.33$ ;  $p < 0.01$ ) (Figura 3). Assim, as variáveis idade, grau de escolaridade e renda familiar bruta foram submetidas à análise de regressão<sup>17</sup>;  $t=4.037$ ;  $p < 0.01$ ) são preditoras do LFS, ou seja, 46%, 26% e 17% do desempenho dos usuários no teste S-TOFHLA são explicados pelas variáveis grau de escolaridade, idade e renda, respectivamente, devendo outros fatores não analisados neste estudo atuarem como preditores de 11% do desempenho.

**Figura 3.** Correlação negativa em relação ao nível de LFS e idade, análise realizada pela correlação de Pearson ( $r=-0.33$ ;  $p < 0.01$ ).



Fonte: Elaborado pelo autor

Diante desses resultados, o *odds ratio* avaliou o grau de risco entre as variáveis escolaridade e renda com a classificação de desempenho no S-TOFHLA. Nessa análise as variáveis foram dicotomizadas, conforme descrito na seção anterior. Assim, observou que a probabilidade de um indivíduo que concluiu o ensino médio possuir adequado LFS é cerca de cinco (5) vezes maior em relação aos que não concluíram. De modo semelhante, a probabilidade de indivíduos que têm renda familiar superior a dois salários mínimos possuir adequado LFS é quase de quatro (4) vezes maior em relação aos que têm renda inferior ou igual a 2 salários mínimos (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição das características sociodemográficas dos participantes e risco em relação com o nível do LFS.

Variáveis	Letramento Funcional em saúde N (%)		Odds Ratio	Intervalo de Confiança
	Letramento Satisfatório	Letramento Insatisfatório		
Grau de Escolaridade				
Escolaridade Adequada	170 (42.5)	51 (12.75)	5.707	$3.690 < \mu < 8.826$

Escolaridade Inadequada 66 (16.5) 113 (28.25)

**Tabela 2:** Distribuição das características sociodemográficas dos participantes e risco em relação com o nível do LFS (continuação).

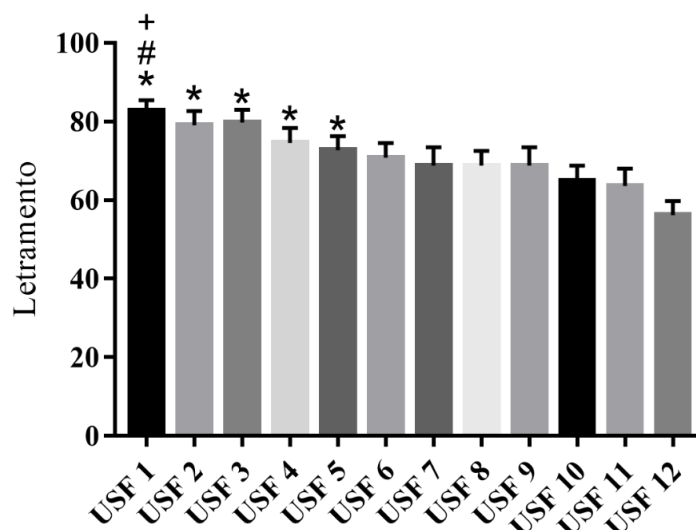
Variáveis	Letramento Funcional em saúde <i>N</i> (%)		<i>Odds Ratio</i>	Intervalo de Confiança
Renda Familiar Bruta	Letramento Satisfatório	Letramento Insatisfatório		
Renda superior a dois salários mínimos	63 (15.75)	14 (3.5)	3.902	2.101 < $\mu$ < 7.246
Renda inferior ou igual a dois salários mínimos	173 (43.25)	150 (37.5)		

Fonte: Elaborado pelo autor

A Figura 4 resume as informações quanto ao escore obtido pelo S-TOFHLA e a diferença entre as USF analisadas realizado pelo teste ANOVA ( $F=4.464$ ;  $p < 0.01$ ). O pós-teste de *Tukey* revelou que os usuários que frequentam a USF 12 possuem LFS inferior a quatro USF de Altamira. Além disso, verificou-se que os usuários que são adscritos na USF 1 apresentam o melhor nível de LFS, possuindo diferença estatística em relação a três USF.

**Figura 4:** Comparação dos escores do S-TOFHLA entre as USFs da área urbana de Altamira.

Observa-se (\*) diferença estatística em relação a USF 12, (#) diferença estatística em relação a USF 11 e (+) diferença estatística em relação a USF 10.



Fonte: Elaborado pelo autor

## 5 DISCUSSÃO

Este estudo mostra, pela primeira vez, uma análise sobre o LFS de uma população que utiliza serviços públicos de saúde em um município do interior da região Norte do Brasil. Altamira sofreu vários impactos sociais, econômicos e demográficos após a instalação da UHE Belo Monte, pois não estava preparada para o intenso fluxo migratório no período de implantação do empreendimento, assim, diversos problemas ficaram como herança (SOUZA *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2019). Nesse contexto, é essencial conhecer suas características populacionais para oferecer serviços e atividades de educação em saúde adequados aos seus habitantes. Além disso, essa pesquisa alerta que após grandes mudanças sociodemográficas em uma região, faz-se necessário, reconhecer o novo cenário implementado.

A fim de desenvolver instrumentos de avaliação do LFS, vários testes foram elaborados em diferentes países, com destaque para o Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLLA), que classifica o grau de LFS com base na avaliação da compreensão de leitura e da habilidade numérica (ALTIN *et al.*, 2014). Para reduzir o tempo de aplicação, desenvolveu-se uma versão abreviada do teste que foi adaptada para o português. Os autores classificaram o teste como ferramenta adequada de avaliação do LFS na população brasileira, por ser de fácil aplicação e adaptável ao contexto do SUS (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009).

Nossos resultados indicaram que 40% dos usuários de USF de Altamira apresentaram LFS insatisfatório (inadequado ou marginal), desfecho pouco superior aos encontrados em hospitais de São Paulo (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009). Em comparação com pesquisas de outros países, a prevalência de alfabetização limitada em saúde é 26% da população nos Estados Unidos (PAASCHE-ORLOW *et al.*, 2005) e entre 29% e 62% entre as populações de oito países europeus (SORENSE, *et al.*, 2015). Porém, estes estudos utilizaram instrumentos de pesquisa diferentes para mensuração do LFS. Diante disso, o município de Altamira exibe uma parcela considerável da população com baixo índice de LFS. Além disso, esta pesquisa revelou que idade, grau de escolaridade e renda são fatores preditivos para o LFS na população analisada, fato evidenciado pelas análises de associação/correlação e de regressão. Alguns estudos brasileiros corroboram com a relação do primeiro fator (SAMPAIO *et al.*, 2015; APOLINÁRIO *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2017). Essa constatação é justificada na literatura, pois os idosos são propícios a possuir baixo nível de LFS devido ao envelhecimento e vulnerabilidade social (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009; LIMA *et al.*, 2019).

A associação de LFS e grau de escolaridade foi observada nesse estudo, assim como ocorre em outros realizados em diferentes regiões do Brasil (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009; SAMPAIO *et al.*, 2015; APOLINÁRIO *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2016; MORAES; SANTOS, 2017). Nesse contexto, a escolaridade se configura como o principal fator preditivo para o nível de LFS. Entretanto, vale ressaltar que dados mostram que mais de 12% dos usuários possuem escolaridade adequada e também LFS insatisfatório. Esse fato destaca que somente os anos de escolaridade podem não ser um indicador confiável de habilidades de compreensão de leitura, pois o letramento exige contextos em saúde que são frequentemente mais complexos do que aqueles da vida cotidiana (NIELSEN-BOHLMAN *et al.*, 2004). Assim, é necessário também a identificação de outros fatores que possam prever esse baixo LFS, como fatores socioeconômicos, hábitos de leitura e escrita e a prevalência de analfabetismo funcional (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009).

A definição da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) de analfabetismo funcional inclui a pessoa que mesmo sabendo ler e escrever ou fazer cálculos básicos, é incapaz de interpretar a aplicação dessas habilidades no cotidiano (IPM/IBOPE, 2011). Embora pesquisas mostrem melhorias nos níveis de alfabetismo no Brasil ao longo dos últimos anos, em 2018 o índice de analfabetos funcionais ainda permanece elevado com 29% entre os indivíduos de 15 a 64 anos - de acordo com o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF) (IPM/IBOPE, 2018). Esse dado se assemelha à porcentagem de entrevistados em nosso estudo, considerando apenas os indivíduos com escolaridade adequada, 23% tiveram letramento insatisfatório.

No entanto, ressalta-se ainda a importância da conclusão do ensino médio, visto que a probabilidade de obter LFS adequado em um indivíduo que concluiu este grau é cerca de cinco (5) vezes maior em relação aos que não concluíram. Diante disso, medidas para elevação dos níveis do LFS devem ser direcionadas tanto para o incentivo à conclusão do ensino básico, quanto para a melhoria da capacidade de interpretação do contexto socioeconômico que esses indivíduos vivenciam.

Dados do INAF no ano de 2011 mostraram que 36% das pessoas pertencentes a famílias com renda entre um e dois salários-mínimos estão classificadas no nível de analfabetismo funcional (IPM/IBOPE, 2011). Comparado a nossa pesquisa, analisando apenas participantes com renda familiar bruta inferior ou igual a dois salários mínimos, verificou-se que esses indivíduos têm probabilidade de LFS inadequado com valor quatro (4) vezes maior em relação aos que possuem renda superior a essa faixa. Além disso, quase metade dos participantes com

renda baixa também possui LFS inadequado. Esse quadro remete à influência do nível socioeconômico no LFS, pois o letramento não depende exclusivamente de características e habilidades individuais, mas também do seu contexto sociocultural (ANCKER *et al.* 2019; SORENSEN *et al.* 2012). Logo, as características socioeconômicas refletirão nas condições de moradia, alimentação, trabalho, acesso à saúde e educação de qualidade (VAN DER HEIDE *et al.*, 2013). Portanto, para reduzir as desigualdades, é necessária a combinação de políticas sociais, investimentos em infraestrutura, melhoria na economia, no mercado de trabalho e na remuneração, principalmente dos mais pobres.

Assim, este estudo definiu que grau de escolaridade, idade e renda prognosticam o desempenho dos usuários de USF de Altamira no teste S-TOFHLA, em 46%, 26% e 17%, respectivamente (Tabela 2). A partir disso, o LFS pode ser aprimorado mediante acesso a melhores condições socioeconômicas, à educação e à estimulação da interpretação do cotidiano. Logo, melhorar o LFS envolve tanto a transmissão de informações em saúde quanto o estímulo ao protagonismo no processo saúde-doença, objetivo alcançado por meio de formas de comunicação eficientes e de ações educativas baseadas em cada comunidade (NUTBEAM, *et al.*, 2015).

Frente a esse contexto de ações individualizadas em diferentes localidades, faz-se possível a comparação dos escores do S-TOFHLA entre as USF da área urbana de Altamira (Figura 4). A figura indica que os usuários da USF 12 apresentaram menor nível de LFS entre as USF, sendo significativamente menor em comparação a quatro delas. Pode-se relacionar o seu menor escore com a situação socioeconômica e cultural da população assistida por essa unidade. A USF 12 se localiza em um dos Reassentamentos Urbanos Coletivos (RUC) do município, construídos para abrigarem as famílias das áreas alagadas pela construção da UHE Belo Monte, ou seja, é uma das populações mais pobres e marginalizadas do município (SOUZA *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2019) e que, portanto, têm menores oportunidades de estudo, refletindo diretamente no nível de LFS e nas condições de saúde dessa comunidade (VAN DER HEIDE *et al.*, 2013). Assim, o reconhecimento dessa fragilidade é extremamente útil para adequar os serviços e os atendimentos da USF 12, de acordo com as necessidades dessa população. Desse modo, é crucial reconhecer as características individuais dos usuários de diferentes USF dentro de um mesmo território, identificando suas fragilidades e particularidades, para que sejam realizadas intervenções adequadas (VAN DER HEIDE *et al.*, 2013).

O LFS, além de instrumento atuante no processo saúde-doença, também age como ferramenta essencial para a efetivação da participação social nas políticas públicas do SUS. Logo, propicia ao usuário o direito à informação sobre o autocuidado e os serviços de saúde, para que participe das decisões que envolvam as políticas públicas e exerça o seu papel de fiscalizador do sistema (SORENSE *et al.*, 2012; PARKER *et al.*, 2012; MORAES *et al.*, 2017)

Quando uma sociedade permite a criação e a acessibilidade de informações adequadas às necessidades informacionais das pessoas, a assimilação do conhecimento transmitido proporciona a compreensão e aplicação produtiva das decisões individuais e sociais (ANCKER *et al.*, 2019). Nessa circunstância, torna-se necessário um esforço crescente no ajuste dos sistemas de saúde de acordo com o LFS da população, de modo a identificar e adequar o acesso a serviços e informações para populações vulneráveis (ALTIN *et al.*, 2014).

## 6 CONCLUSÃO

Este trabalho mostrou que a população da área urbana de Altamira apresentou alta prevalência de LFS inadequado. Nossos resultados confirmaram a hipótese alternativa de que o nível de LFS dos usuários é influenciado por fatores sociais, econômicos, individuais e educacionais. Então, no intuito de aumentar os resultados positivos em saúde, os profissionais de saúde da região devem adequar as suas formas de comunicação e linguagem às necessidades dos usuários das USF, pois isso traz melhorias para o entendimento das informações e oportuniza melhores condições de recuperação e autocuidado. Nesse cenário, é importante a realização de pesquisas desse viés que possam diagnosticar os usuários de USF isoladamente no que se refere ao LFS.

Partindo desse pressuposto, este estudo possui a limitação de não conseguir abranger todas as USF urbanas do município, além de não realizar uma avaliação regionalizada em cada área adscrita. Esta análise poderia fornecer informações mais específicas dos territórios, como por exemplo, as variáveis que mais influenciam o LFS na população coberta por cada equipe da estratégia saúde da família (ESF). No entanto, é notória sua importância, visto que abre possibilidades sugerindo novas pesquisas na temática do LFS, tanto em pequenas áreas como em âmbito populacional no município e em outras localidades.

Assim, com os dados desse estudo e de outros que possam vir somar, poderá 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 LFS.

## REFERÊNCIAS

- ABEL T. **Measuring health literacy: moving towards a health – promotion perspective.** Int J Public Health. 2008; 53(4):169–70.
- ALTIN S.V., FINKE I, KAUTZ-FREIMUTH S, STOCK S. **The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review.** BMC Public Health. 2014, 14:1207. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1207>
- ANCKER JS, GROSSMAN LV, BENDA NC. **Health Literacy 2030: Is It Time to Redefine the Term?** J Gen Intern Med. 2019 Oct 28. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05472-y>
- APOLINÁRIO D, BRAGA RC, MAGALDI RM, BUSSE AL, CAMPORA F, BRUCKI S, et al. **Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults.** Rev Saúde Pública 2012;46(4):702-11. <https://doi.org/10.1590/S003489102012005000047>
- BAKER DW, WILLIAMS MV, PARKER RM, GAZMARARIAN JA, J N. **Development of a brief test to measure functional health literacy.** Patient Educ Couns. 1999;38:33-42.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** In *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.
- 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 Saude Publica [Internet]. 2009 [cited 2013 Feb 20]; 43: 631-8.
- CARVALHO GB, AMARAL MDB, HERRERA JA. **A Reprodução Urbana em Altamira - Pará: uma análise dos reassentamentos urbanos coletivos – 2016.** Geografia (Londrina). 2019;28(2),101–21. <https://doi.org/10.5433/2447-1747.2019v28n2p101>
- CDSS (2010). **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.** Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde, p. 201, 2010.
- COLLINS SA, CURRIE LM, BAKKEN S, VAWDREY DK, STONE PW. **Health literacy screening instruments for ehealth applications: a systematic review.** J Biomed Health Inform [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 20]; 45(3): 598-607.
- CUTILLI C. **Health literacy in geriatric patients: an integrative review of the literature.** Orthop Nurs. 2007; 26(1):43-8.
- GUIMARAES, J. R. S (2005). **A importância do uso das informações sociodemográficas no processo de planejamento.** In: 57ª Reunião Anual da SBPC, 2005, Fortaleza. Anais/Resumos da 57ª Reunião Anual da SBPC: publicação eletrônica. São Paulo: SBPC/UECE, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

IPM/IBOPE – Instituto Paulo Montenegro/IBOPE. INAF BRASIL-2018. **Indicador de alfabetismo funcional: resultados preliminares**. 2018 [citado 2020 29 fev.]. Disponível em: <https://ipm.org.br/relatorios>

IOM - Institute of Medicine. **Measures of health literacy: workshop summary**. Washington, DC: The National Academics Press; 2009.

KICKBUSCH I, WAIT S & MAAG D (2006). **Navigating health: the role of health literacy**. Londres, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK. Disponível em <[http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf\\_pdf\\_3.pdf](http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_3.pdf)>. Acesso em: 22 fev 2020.

LIMA, M.F.G; VASCONCELOS EMR; BORBA, AKOT. **Instruments used to evaluate functional health literacy in elderly persons with chronic kidney disease: Integrative review**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2019;22(3):e180198. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180198>

LINDAHL B; NORBERG M; JOHANSSON H, LINDVALL K, NG N, NORDIN M, et al. **Health literacy is independently and inversely associated with carotid artery plaques and cardiovascular risk**. Eur J Prev Cardiol. 2020;27(2):209-15. <https://doi.org/10.1177/2047487319882821>

MORAES KL, BRASIL VV, OLIVEIRA GF, CORDEIRO JABL, SILVA AMTC, BOAVENTURA RP, et al. **Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment**. Rev Bras Enferm. 2017;70(1):147-53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0169>

MENDONÇA SANTOS, L.T.; BASTOS, M.G. **Desenvolvimento de material educacional sobre doença renal crônica utilizando as melhores práticas em letramento em saúde**. J Bras Nefrol 2017;39(1):55-58

MUELLERS KA, CHEN L, O’CONOR R, WOLF MS, FEDERMAN AD, WISNIVESKY JP. **Health Literacy and Medication Adherence in COPD Patients: When Caregiver Presence Is Not Sufficient**, COPD. 2019;16:5-6,362-7. <https://doi.org/10.1080/15412555.2019.1665007>

NILSEN ML; MOSKOVITZ, J, LYU L, HARRISON C, RANDAZZA E, PEDDADA S, et al. **Health Literacy: Impact on Quality of Life in Head and Neck Cancer Survivors**. Laryngoscope. 2019; Dec,4:10.1002/lary.28360. <https://doi.org/10.1002/lary.28360>.

NURSS JR, PARKER RM, WILLIAMS MV, BAKER DW. **Test of functional health literacy in adults**.Hartfort: Peppercorn Books and Press; 1995.

NUTBEAM D. **Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?** Int Public Health J [Internet]. 2009 [cited 2014 Feb 20]; 54(5): 303-5.

NUTBEAM D. **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century**. Health Promot International.

2000;15(3):259-67..

PAASCHE-ORLOW MK, WOLF MS. **The causal pathways linking health literacy to health outcomes.** *Am J Health Behav.* 2006;31(1):S19–S26.

PAASCHE-ORLOW M.K., Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR: **The prevalence of limited health literacy.** *J Gen Intern Med.* 2005;20:175–84.  
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x>

PARKER RM, BAKER DW, WILLIAMS MV, NURSS JR. **The test of functional health literacy in adults.** *J Gen Intern Med.* 1995;10(10):537-41.

PARKER R., RATZAN S. **Re-enforce, Not Re-Define Health Literacy—Moving Forward with Health Literacy 2.0.** *J Health Commun.* 2019;24(12):923-5.  
<https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1691292>

PASKULIN LM, AIRES M, VALER DB, MORAIS EP, FREITAS IB. **Adaptation of an instrument to measure health literacy of older people.** *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(2): 271-7.

RAFFERTY AP, WINTERBAUER NL, LUO H; BELL RA; LITTLE NRG. **Diabetes Self-Care and Clinical Care Among Adults With Low Health Literacy.** *J Public Health Manag Pract.* 2019; Oct,4. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001050>.

RATZAN SC. **Health literacy: communication for the public good.** *Health Promotion International* [Internet]. 2001 [cited 2014 Feb 20]; 16(2): 207-14. Available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/2/207.abstract>

RODRIGUES R, ANDRADE SM, GONZÁLEZ AD, BIROLIM MM, MESAS AE. **Cross-cultural adaptation and validation of the Newest Vital Sign (NVS) health literacy instrument in general population and highly educated samples of Brazilian adults.** *Public Health Nutr.* 2017;Aug,20(11):1907-1913. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000787>.

ROOTMAN I, GORDON-EL-BIHBETY D. **A vision for a health literate Canada – report of the expert panel on health literacy.** Canadian Public Health Association, 2008

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Social determinants of health.** The solid facts. 2. ed. Geneva: WHO; 2004.

SAMPAIO, HAC, CARIOCA AAF, SABRY MOD, SANTOS PM, COELHO MAM, PASSAMAI MPB. **Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico.** *Ciênc. Saúde Colet.* 2015;20(3):865-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12392014>

SANTOS JEM, BRASIL VV, MORAES KL, CORDEIRO JABL, OLIVEIRA GF, BERNARDES CP, et al. **Comprehension of the education handout and health literacy of pacemaker users.** *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):633-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0336>

SANTOS M.I.P.O, 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>

SMITH SK, DIXON A, TREVENA L, NUTBEAM D, MCCAFFERY KJ. **Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups.** Soc Sci Med. 2009;69(12):1805-12.

SOARES, M. **Letramento e alfabetização: as muitas facetas.** *Revista Brasileira de Educação*, n. 25, p. 5–17, abr. 2004.

SORENSEN K, PELIKAN JM, RÖTHLIN F, GANAHL K, SLONSKA Z, DOYLE G, et al. **Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU).** Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-8. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

SORENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, FULLAM J, DOYLE G, PELIKAN J, SLONSKA Z et al. **Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models.** BMC Public Health. 2012;12(1):1-13.

SOUZA DP, SILVA WRS, CERVINSKI GC, SANTOS BD, COMARÚ FA, TRIGOSO FBM. **Desenvolvimento urbano e saúde pública: impactos da construção da UHE de Belo Monte.** *Desenvolv. Meio Ambiente*. 2018;46:154-73. <https://doi.org/10.5380/dma.v46i0.56040>

THURSTON MM, BOURG CA, PHILIPS BB, HUSTON SA. **Impact of health literacy level on aspects of medication nonadherence reported by underserved patients with type 2 diabetes.** *Diabetes Technol. Ther.* 2015;17(3):187-93. <https://doi.org/10.1089/dia.2014.0220>.

VAN DER HEIDE I, RADEMAKERS J, SCHIPPER M, DROOMERS M, SORENSEN K, UITERS E. **Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey.** BMC Public Health. 2013;13(1):179. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13179>. PMID:23445541

## **APÊNDICE A – Questionário de Identificação do Participante**

Encontra-se anexado o Questionário de Identificação do Participante utilizado durante a coleta de dados socioeconômicos, que permitiu a avaliação estatística da amostra em relação a idade, renda e escolaridade.



### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

**TÍTULO DA PESQUISA:** LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE USUÁRIOS DE UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTAMIRA-PA

**Orientadores:** Prof. Msc. Francisco Bruno Teixeira e Prof. Esp. Osvaldo Correia Damasceno

#### IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE E DADOS SOCIOECONÔMICOS

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Autodeclaração

étnico-racial:

( ) Parda ( ) Negra ( ) Branca ( ) Amarela ( ) Indígena

Idade: \_\_\_\_\_

USF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Grau de  
Escolaridade

( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino fundamental incompleto  
( ) Ensino médio completo ( ) Ensino médio incompleto  
( ) Ensino superior completo ( ) Ensino superior incompleto

Grau de  
Escolaridade  
dos Pais

( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino fundamental incompleto  
( ) Ensino médio completo ( ) Ensino médio incompleto  
( ) Ensino superior completo ( ) Ensino superior incompleto

Estado civil  
ou de fato

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) União estável  
( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Separado(a)

Número de filhos: ( ) nenhum ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais

Profissão: \_\_\_\_\_

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Renda  
Familiar  
Aproximada

( ) menos de um salário mínimo ( ) de 1 a 2 salários mínimos  
( ) de 2 a 3 de salários mínimos ( ) de 3 a 4 de salários mínimos  
( ) mais de 4 salários mínimos

Como é a sua assuidade nas campanhas e nos serviços da USF:

\_\_\_\_\_

Você toma algum medicamento: ( ) sim ( ) não.

Se sim qual(is)? \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B – Teste de Letramento Funcional em Saúde**

Encontra-se anexado o Teste de Letramento Funcional em Saúde que foi o instrumento adaptado por CARTHERY-GOULART (2009) utilizado em nossa pesquisa para avaliação do letramento em saúde, ele é composto pelas etapas de Avaliação do Letramento (questionário de compreensão textual) e Avaliação do Numeramento (cartões).



TESTE DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE (B-TOFHLA) (Carthery-Goulart et al., 2009)

**COMPREENSÃO DA LEITURA**

Seu médico encaminhou você para tirar um Raio-X de \_\_\_\_\_.

- a) estômago
- b) diabetes
- c) pontos
- d) germes

Quando vier para o \_\_\_\_\_ você deve estar com estômago \_\_\_\_\_.

- a) livro
- b) fiel
- c) raio-x
- d) dormir

- a) asma
- b) livro
- c) incesto
- d) anemia

O exame de raio X vai \_\_\_\_\_ de 1 a 3 \_\_\_\_\_.

- a) durar
- b) ver
- c) falar
- d) olhar

- a) camas
- b) cabeças
- c) horas
- d) dietas

**A VESPERA DO DIA DO RAIOS X**

No jantar, coma somente um pedaço \_\_\_\_\_ de fruta, torradas e geleia, com

- a) pequeno
- b) caldo
- c) ataque
- d) náusea

\_\_\_\_\_ ou chá

- a) lentes
- b) café
- c) cantar
- d) pensamento



Após \_\_\_\_\_, você não deve \_\_\_\_\_ nem beber \_\_\_\_\_

- a) o minuto
- b) a meia-hora
- c) durante
- d) antes

- a) conhecer
- b) vir
- c) pedir
- d) comer

- a) tudo
- b) nada
- c) cada
- d) algum

até \_\_\_\_\_ o raio x.

- a) ter
- b) ser
- c) fazer
- d) estar

---

### NO DIA DO RAIOS X

Não tome \_\_\_\_\_ . Não \_\_\_\_\_, nem mesmo \_\_\_\_\_

- a) consulta
- b) caminho
- c) café da manhã
- d) clínica

- a) dirija
- b) beba
- c) vista
- d) dose

- a) coração
- b) respiração
- c) água
- d) câncer

---

Se você tiver alguma \_\_\_\_\_, ligue para \_\_\_\_\_ de raio x.

- a) reposta
- b) tarefa
- c) região
- d) pergunta

- a) o departamento
- b) disque
- c) a farmácia
- d) o dental

---

Eu concordo em dar informações corretas para \_\_\_\_\_ receber atendimento

- a) cabelo
- b) salgar
- c) poder
- d) doer

adequado neste hospital.

---

Eu \_\_\_\_\_ que as informações que eu \_\_\_\_\_ ao médico serão muito

- a) compreendo
- b) provar
- c) proteínas
- d) agudo

- a) provar
- b) arriscar
- c) cumprir
- d) transmitir



\_\_\_\_\_ para permitir o correto \_\_\_\_\_.

- a) proteínas
- b) importantes
- c) superficiais
- d) numéricas

- a) agudo
- b) hospital
- c) mioma
- d) diagnóstico

Eu \_\_\_\_\_ que devo relatar para o médico qualquer \_\_\_\_\_

- a) investigo
- b) entretenho
- c) entendo
- d) estabeleço

- a) alteração
- b) hormônio
- c) antiácido
- d) custo

nas minhas condições dentro de \_\_\_\_\_ (10) dias, a partir do momento em que me

- a) três
- b) um
- c) cinco
- d) dez

tornar \_\_\_\_\_ da alteração.

- a) honrado
- b) ciente
- c) longe
- d) devedor

Eu entendo \_\_\_\_\_ se EU NÃO me \_\_\_\_\_ ao tratamento,

- a) assim
- b) isto
- c) que
- d) do que

- a) alimentar
- b) ocupar
- c) dispensar
- d) adaptar

tenho \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ uma nova consulta \_\_\_\_\_ para o hospital

- a) brilho
- b) esquerdo
- c) errar
- d) direito

- a) solicitar
- b) reciclar
- c) falhar
- d) reparar

- a) contando
- b) lendo
- c) telefonando
- d) observando



Se você \_\_\_\_\_ de ajuda para entender estas \_\_\_\_\_ você

- a) lavar
- b) precisar
- c) cobrir
- d) medir

- a) instruções
- b) taxas
- c) hipoglicemias
- d) datas

deverá \_\_\_\_\_ uma enfermeira ou funcionário do \_\_\_\_\_ social

- a) relaxar
- b) quebrar
- c) aspirar
- d) procurar

- a) tumor
- b) abdome
- c) serviço
- d) adulto

para \_\_\_\_\_ todas as suas \_\_\_\_\_.

- a) encobrir
- b) esclarecer
- c) desconhecer
- d) esperar

- a) pélvis
- b) dúvidas
- c) tomografias
- d) consoantes

**Paciente:** João da Silva  
**Médico:** Dr. Carlos Souza Filho  
**Data:** 08/01/2018

Uso Oral  
AMOXICILINA 250 mg \_\_\_\_\_ 28 cápsulas  
Tomar 1 cápsula a cada 6 horas

**Valor normal de glicemia:** 70-99.

Sua glicemia hoje é 110.

**USF:** PREMEM  
**Dia:** quinta - feira  
**Hora:** 10:20 horas

Você deve trazer seu cartão de atendimento

**Paciente:** João da Silva  
**Médico:** Dr. Carlos Souza Filho  
**Data:** 08/01/2018

Uso Oral  
DOXICICLINA 100mg \_\_\_\_\_ 20 cápsulas  
Tomar a medicação com o estômago vazio uma hora antes ou duas a três horas após a refeição, a menos que tenha recebido outra orientação do seu médico.

**APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre**

Encontra-se anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado durante a entrevista do participante que ressalta a justificativa, riscos, importância e o consentimento da utilização das informações cedidas em questionários, sendo este um termo utilizado em todos os participantes.



## **TÍTULO DA PESQUISA: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE USUÁRIOS DE UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTAMIRA-PA.**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA**

Em atendimentos médicos ambulatoriais é comum que o usuário receba informações sobre a sua condição de saúde, repletas de terminologias médicas e desconhecidas como resultados laboratoriais e condutas clínicas a que serão submetidos. Essas informações requerem dele habilidades básicas de leitura e numeramento, para que de fato compreendam seu significado. Portanto, essas situações requerem a necessidade da compreensão do papel do letramento funcional em saúde, para que as informações necessárias sobre o processo saúde-doença sejam repassadas na maneira e em tempo oportunos, viabilizando o conhecimento em relação à doença e conseqüente mudança de comportamentos. Avaliar o nível de letramento em saúde dos pacientes é de suma importância, a fim de evitar desfechos clínicos negativos.

#### **2. PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS**

Este estudo será desenvolvido em Unidades Saúde da Família de Altamira. O instrumento de pesquisa será um questionário. A aplicação do questionário não oferecerá qualquer risco para a sua integridade física e emocional. Por outro lado, para que você responda o questionário, será necessário dispor de um pequeno intervalo de tempo, de aproximadamente (15) quinze a (20) vinte minutos, constituindo o único desconforto de toda a sua participação.

#### **3. RISCOS**

Toda pesquisa em seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. Os danos previsíveis serão evitados. O constrangimento a partir da entrevista será evitada a partir da recusa do participante desistir em qualquer momento da pesquisa e permitir ao entrevistado não responder perguntas contidas no questionário socioeconômico no qual estará contida suas informações pessoais.

#### **4. BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Os resultados da pesquisa serão muito importantes para o conhecimento das limitações dos indivíduos e comunidades no acesso, compreensão e uso das informações em saúde, de maneira a viabilizar propostas de intervenções adequadas e sensíveis à essas limitações e, conseqüentemente melhorar os resultados em saúde.

#### **5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DESTES ESTUDO**

Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

#### **6. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

Esclarecemos que a sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias. Os voluntários têm a garantia de que receberão respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. As



informações obtidas no estudo serão arquivadas que ficarão sob responsabilidade do pesquisador responsável e mantidas em sigilo. Os entrevistados possuem total liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento ou se recusar a participar do estudo, sem que isto traga qualquer dano ou prejuízo.

#### **7. CONFIABILIDADE DO ESTUDO**

Os entrevistados terão suas identidades preservadas, não sendo divulgadas para outras pessoas ou entidades, além daquelas que participam efetivamente do estudo. Todas as informações obtidas e que estejam relacionadas com a privacidade do entrevistado serão mantidas em sigilo.

#### **8. ACESSO ÀS INFORMAÇÕES OBTIDAS**

Os pesquisadores comprometem-se a fornecer aos entrevistados todas as informações que venham a ser obtidas durante a pesquisa. Em caso de dúvida em relação a esse documento, você poderá procurar o pesquisador responsável, Prof. Msc. Francisco Bruno Teixeira pelo telefone (91)982025614 ou (91)988636717.

#### **10. GASTOS ADICIONAIS**

Não haverá gastos adicionais para os participantes dessa pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA  
FACULDADE DE MEDICINA

**Título da pesquisa:** LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE USUÁRIOS DE UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTAMIRA-PA.

### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Certifico que li as informações acima e suficientemente esclarecido (a) de todos os itens pelos pesquisadores deste estudo sob coordenação da Prof. MSc. Francisco Bruno Teixeira, estando plenamente de acordo com a realização do experimento. Assim, eu estou ciente de minha participação \_\_\_\_\_, no trabalho de pesquisa proposto acima.

Altamira, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_.

**Pesquisador Responsável**

MSc Francisco Bruno Teixeira  
CPF 009.407.432-13  
Faculdade de Medicina  
Campus Universitário de Altamira  
Universidade Federal do Pará (UFPA)

**ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa**

Encontra-se anexado o parecer do comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos submetido a Plataforma Brasil e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).



## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Letramento Funcional em Saúde de Usuários de Unidades Saúde da Família de Altamira-PA			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 300			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: FRANCISCO BRUNO TEIXEIRA			
6. CPF: 009.407.432-13	7. Endereço (Rua, n.º): Travessa Doutor Romão Amoedo IPASEP I CAPITAO POCO PARA 68650000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 91982025614	10. Outro Telefone:	11. Email: teixeira.f.bruno@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: _____ / _____ / _____		_____	
		Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Fundação Coordenação Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão: Universidade Federal do Pará	
15. Telefone: (91) 3201-0970	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: _____		CPF: _____	
Cargo/Função: _____			
Data: _____ / _____ / _____		_____	
		Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			