Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
Fernanda de Morais Ferreira
(Orgs.)

Letramento em SAÚDE BUCAL

Aspectos teóricos e práticos

EDITORA Unimontes

Letramento em SAÚDE BUCAL

Aspectos teóricos e práticos

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Wagner de Paulo Santiago
Reitor

Dalton Caldeira Rocha
Vice-Reitor

Ivana Ferrante Rebello
Pró-Reitora de Ensino

Rogério Othon Teixeira Alves
Pró-Reitor de Extensão

Maria das Dores Magalhães Veloso
Pró-Reitora de Pesquisa

Cláudia Luciana Tolentino Santos
Pró-Reitora de Planejamento, Gestão e Finanças

Marlon Cristian Toledo Pereira
Pró-Reitor de Pós-Graduação

©Editora Unimontes

Maria Clara Maciel de Araújo Ribeiro
Editora-Chefe

Conselho Editorial
Maria Clara Maciel de Araújo Ribeiro
Gustavo Henrique Cepolini Ferreira
Ivana Ferrante Rebello
Leandro Luciano Silva Ravnjak
Luiz Henrique Carvalho Penido
Patrícia Takaki Neves
Tânia Marta Maia Fialho
Vanessa de Andrade Royo

Apoio:

FAPEMIG CAPES CNPq

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
Fernanda de Morais Ferreira
(Orgs.)

Letramento em SAÚDE BUCAL

Aspectos teóricos e práticos

EDITORA Unimontes

Lucas Carvalho Rôla Santos
Capa

Bernardino Aparecido Mota
Diagramação

Ângela Heloiza Benedito Buxton
Ana Juliana da Silva Alcântara Ferreira
Revisão linguística

Maria Clara Maciel de Araújo Ribeiro
Editora-Chefe

Maria Clara Maciel de Araújo Ribeiro
Maria Gabriela de Souza
Luana Pereira Santos
Equipe editorial

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Letramento em saúde bucal [livro eletrônico] : aspectos teóricos e práticos / Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins, Fernanda de Morais Ferreira (orgs.). -- 1. ed. -- Montes Claros, MG : Editora Unimontes, 2025.
PDF

Bibliografia
ISBN 978-85-7739-773-0

1. Assistência à saúde 2. Políticas públicas 3. Promoção da saúde 4. Saúde bucal I. Martins, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima. II. Ferreira, Fernanda de Morais.

25-314158.0 CDD-617.6
NLM-WU 100

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde bucal : Odontologia 617.6

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

©Editora Unimontes

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro
Montes Claros - Minas Gerais - Brasil
CEP 39401-089 - CAIXA POSTAL 126
www.editora.unimontes.br
editora@unimontes.br

Filiada à

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

EDITORA Unimontes

Unimontes
Universidade Estadual de Montes Claros

Agradecemos o apoio logístico e financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

PREFÁCIO

Esta obra está sendo disponibilizada em um momento peculiar, em que muito se discute sobre a necessidade de se aprender a comunicar, como se fosse uma grande descoberta. Isso ocorre porque vivenciamos um momento decisivo de transformação cultural, tecnológica ou social na história. Afinal, de forma geral, o ser humano sempre acreditou ser capaz de se fazer entender, simplesmente por ter aprendido a falar com seus pais e a utilizar adequadamente as letras e números após ter frequentado a escola.

Quando alguém se torna profissional da área da saúde, aprende também que deve usar a "linguagem" das pessoas com quem irá se comunicar e conviver. Esse foi um refrão repetido, inúmeras vezes, e internalizado por todos nós: "Use uma linguagem simples para que as pessoas compreendam." O que, muitas vezes, não é abordado é o "como" isso poderia ser feito, resultando que por causa da falta de habilidade na comunicação interpessoal, as pessoas acabam falhando na construção de relações e no alcance de objetivos pessoais e profissionais. Embora todos falem o mesmo idioma, não conseguem realmente "compartilhar", isto é, "tornar comum", "fazer com que algo seja comum", como sugere o significado do termo em latim *communicare*. Consequências disso são observadas diariamente, e bons resultados não são alcançados. No entanto, nós, profissionais, insistimos em repetir as mesmas ações e contar as mesmas histórias, sem refletir sobre nossa responsabilidade individual no ambiente de trabalho quando o resultado é inadequado. Continuamos a oferecer materiais escritos sobre saúde, que ultrapassam a capacidade das pessoas de lê-los e compreendê-los. Em outras palavras, é necessário reduzir a complexidade das informações em saúde que são disponibilizadas, tanto individualmente quanto

pelas instituições e políticas públicas de saúde. Além disso, o profissional deve garantir que o que foi dito foi, de fato, compreendido. Chegar a essa conclusão pode parecer óbvio, mas a solução não é tão simples. É preciso aprender a ser simples: falar e escrever de forma clara e simples, criar cartazes e orientações acessíveis e simples. As pessoas são assim – simples. Nós, profissionais e sistemas organizacionais, é que somos complexos. Afinal, o sucesso delas deve ser nosso objetivo primeiro e final. E é justamente isso que esta obra se propõe a fazer: trazer aspectos teóricos e práticos para que os profissionais da odontologia e da saúde, em geral, percebam que não estão sozinhos na jornada de aprender a se comunicar de maneira eficaz.

Esta é uma obra letrada em saúde, pois busca facilitar o acesso e a compreensão dos profissionais sobre "como" proceder. Seu maior valor está na contribuição que pode oferecer para a tomada de decisões profissionais que resultem em ações diferentes, alcançando desfechos melhores e proporcionando satisfação tanto ao usuário quanto ao próprio profissional. Tudo isso está em sintonia com a missão da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS), que busca difundir a importância do letramento em saúde no Brasil. Além disso, está alinhado com as propostas internacionais de transformar qualquer espaço em que se fala sobre saúde em um momento de aprendizado!

Desejo a você uma excelente leitura e também aguardo ansiosamente ler seus registros sobre as possibilidades letradas que surgirão!

Recebam meu abraço letrado.

Profª. Drª. Virginia Visconde Brasil
Coordenadora da Rede Brasileira de
Letramento em Saúde - REBRALS
Professora Titular Sênior da Universidade Federal de Goiás

APRESENTAÇÃO

Este livro tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde no campo da saúde pública, com ênfase no Letramento em Saúde (LS), especialmente na saúde bucal. Ele oferece uma base teórica e prática sobre como o LS pode ser utilizado para melhorar as condições de saúde, considerando o contexto das iniquidades sociais. Os capítulos foram organizados para integrar conceitos fundamentais proporcionando uma visão crítica sobre o desenvolvimento de políticas, intervenções e tecnologias educativas, todas baseadas na construção e disseminação do conhecimento em saúde. O livro aborda temas essenciais para a compreensão da evolução dessa área do conhecimento, começando com a terminologia da saúde, em que são apresentados os conceitos essenciais para os estudos sobre LS.

O conceito de LS vai além da habilidade de ler e compreender informações, envolvendo a capacidade de acessar, processar e utilizar informações para tomar decisões informadas sobre a saúde pessoal e coletiva. Trata dos aspectos históricos do LS, explorando sua trajetória e contribuições para a saúde pública. A seguir, são discutidos os conceitos e modelos teóricos do LS, com uma abordagem integrada à saúde bucal, com foco na eficácia dessas abordagens para empoderar indivíduos em relação à sua saúde.

A Organização Letrada em Saúde no contexto é outro tema relevante, apresentando como as instituições de saúde podem estruturar suas práticas para serem inclusivas e acessíveis e, assim, promover a disseminação de informações claras e compreensíveis. O livro também explora o LS no contexto dos determinantes das iniquidades em saúde, com base na compreensão de que fatores sociais, econômicos e ambientais influenciam as disparidades em saúde. O LS, nesse

contexto, surge como ferramenta para reduzir desigualdades, promovendo o acesso a informações de qualidade e capacitando os indivíduos a tomarem decisões informadas sobre sua saúde bucal e geral.

O Letramento em Saúde na obtenção do consentimento informado na assistência e na pesquisa é abordado, com ênfase nos aspectos jurídicos e éticos. O livro dedica um capítulo à mensuração do letramento em saúde bucal, apresentando ferramentas e metodologias para avaliar o nível de letramento em diferentes populações. Isso é fundamental para o desenvolvimento de intervenções personalizadas, com maior eficácia nas ações educativas.

A entrevista motivacional é discutida como uma técnica eficaz para promover mudanças de comportamento, especialmente em indivíduos com baixo LS. O letramento alimentar é abordado, destacando sua relação com as práticas de cuidado com a alimentação e, consequentemente, com a saúde, visto que escolhas alimentares saudáveis impactam diretamente na saúde das pessoas. O capítulo sobre letramento em saúde digital aborda a importância dessa habilidade, sendo seguido de uma discussão sobre conceitos e classificações das tecnologias em saúde.

As tecnologias utilizadas em intervenções baseadas nos princípios do LS são exploradas, com ênfase na avaliação da qualidade das tecnologias educativas, destacando-se a necessidade de criar materiais acessíveis e claros, respeitando a diversidade cultural e educacional da população. O livro finaliza com a apresentação das tendências para o letramento em saúde bucal, oferecendo uma visão abrangente sobre as mudanças e inovações que podem transformar a assistência à saúde na prática. Este livro serve como uma referência valiosa para profissionais e estudantes interessados em aprofundar seus conhecimentos sobre como o LS, especialmente em saúde bucal, sendo ferramenta de transformação social e melhoria dos resultados em relação à saúde.

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
Doutora em Saúde Pública (UFMG)
Líder do Grupo de Pesquisa Vigilância e
Letramento em Saúde (Unimontes/CNPq)

SUMÁRIO

1. Terminologia da Saúde: definições e conceitos essenciais para estudos sobre Letramento em Saúde 12
2. Aspectos históricos do Letramento em Saúde 56
3. Conceitos e modelos teóricos do Letramento em Saúde: uma abordagem integrada em saúde bucal 200
4. Organizações Letradas em Saúde 220
5. O Letramento em Saúde no contexto dos determinantes das iniquidades em saúde 245
6. Letramento em Saúde na obtenção do consentimento informado na assistência e na pesquisa: aspectos jurídicos e éticos 259
7. Como mensurar o Letramento em Saúde bucal? 289
8. A entrevista motivacional no contexto da odontologia 313
9. Letramento Alimentar no contexto da odontologia 328
10. Letramento em saúde digital: um requisito indispensável para a odontologia moderna 361
11. Conceitos e classificações das tecnologias e tecnologias em saúde 372
12. Tecnologias utilizadas em intervenções odontológicas baseadas nos princípios do letramento em Saúde 431
13. Avaliação da qualidade de tecnologias educativas baseadas nos princípios do Letramento em Saúde 463
14. Tendências para o Letramento em Saúde Bucal 498

Organizadoras 518

Autores 520

CAPÍTULO 1

Terminologia da Saúde: definições e conceitos essenciais para estudos sobre Letramento em Saúde

Luci Ana Santos da Cunha
Raquel Ajub Moyses
Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins

Introdução

A terminologia desempenha um papel essencial na comunicação científica e profissional, garantindo clareza e precisão na transmissão do conhecimento. No campo da saúde, onde múltiplas disciplinas interagem e conceitos são constantemente revisados e ampliados, a padronização da terminologia é fundamental para evitar ambiguidades e assegurar um entendimento comum entre pesquisadores, profissionais e a sociedade em geral.

Este capítulo explora os principais conceitos e definições que estruturam a terminologia da saúde, destacando-se sua evolução e relevância para estudos sobre Letramento em Saúde (LS). A compreensão desses termos é indispensável para o desenvolvimento de políticas

públicas, a formulação de estratégias de promoção da saúde e a construção de materiais educativos acessíveis e eficazes. Inicialmente, abordaremos a origem e a importância da terminologia na área da saúde, enfatizando sua relação com o desenvolvimento do conhecimento científico. Em seguida, discutiremos os desafios na padronização e atualização dos conceitos, considerando as diferentes abordagens e interpretações adotadas por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), bem como as particularidades do contexto brasileiro.

Também, serão apresentados exemplos de termos frequentemente utilizados no âmbito da saúde, destacando suas aplicações e implicações no campo do LS. Além disso, a distinção entre conceitos similares, mas distintos, será esclarecida para facilitar a compreensão e o uso adequado dos termos em diferentes contextos.

Por fim, este capítulo fornece uma base conceitual sólida para os leitores, promovendo um olhar crítico sobre a importância da terminologia na comunicação em saúde e seu impacto na formulação de políticas, na prática clínica e na disseminação do conhecimento científico haja vista queo objetivo deste capítulo é contribuir para a construção de um vocabulário compartilhado que favoreça a equidade no acesso à informação e a melhoria das práticas em saúde.

Terminologia da Saúde

Os conceitos carregam significados históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais, atribuídos pelos grupos sociais que os criam e os empregam. Para assegurar uma análise coerente do objeto de estudo, torna-se essencial explicitar os conceitos em uso. Assim, iniciamos com a apresentação de conceitos que se encontram interligados, enquanto reconhecemos a singularidade de cada um. Posteriormente, procederemos ao entrelaçamento desses conceitos, levando em conta outras dimensões que podem emergir no

processo de estudo. Nesse contexto, destaca-se a importância da **Terminologia da Saúde**,[1] que tem como objetivo a padronização e o aperfeiçoamento de termos, conceitos e siglas, favorecendo a recuperação, o acesso e a divulgação de conhecimento e informações relacionadas à saúde. Visa, ainda, proporcionar a adequação conceitual, definindo a atuação de cada termo em seus diferentes contextos, tentando eliminar ambiguidades para facilitar a comunicação entre os pesquisadores da área (Brasil, 2004).

Os conceitos delineados neste capítulo representam sínteses de ideias e práticas amplas, organizadas de maneira a facilitar a compreensão dos temas e princípios fundamentais que serão abordados. Para alguns termos, serão apresentados mais de um conceito, os quais não são distintos, mas complementares, permitindo uma análise sob diferentes perspectivas. A proposta é de compreender como aquela fonte (organização ou grupo) interpreta e divulga o mesmo conceito. Esses conceitos não são definitivos, pois precisam ser atualizados para acompanhar a dinâmica própria da construção do conhecimento e da sociedade. São preliminares, mas essenciais para a compreensão da abrangência, importância e profundidade do conceito de LS.

Iniciamos com o conceito de saúde, fundamental para qualquer análise no campo das ciências da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), a saúde é definida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade". Essa definição de saúde, proposta em 1948, ainda é amplamente aceita e adotada. Embora haja discussões sobre a evolução do conceito de saúde, a definição original da OMS permanece como um marco importante na compreensão global da saúde. A razão pela qual esse mesmo conceito continua sendo usado, reside na sua abrangência e relevância contínua (Scliar, 2007).

1 O Projeto de Terminologia em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil desenvolve e atualiza glossários para padronizar termos e conceitos na área da saúde. Para acessar as publicações, visite: https://bvsms.saude.gov.br/terminologia/

A definição da OMS vai além da mera ausência de doença e serve como base para políticas de saúde pública, programas de prevenção e estratégias de promoção da saúde em todo o mundo. A OMS (2021) reconhece a saúde como um direito humano inalienável e que todas as pessoas devem ter acesso aos recursos essenciais para sua manutenção. **A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde** (OMS, 1986) é uma declaração de consenso internacional, originada da Primeira Conferência Internacional da OMS sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa, no Canadá. Esse documento se propôs a mudar a maneira como as pessoas pensam sobre saúde pública. A Carta de Ottawa (OMS, 2021) explica que a saúde é mais do que apenas viver; é um recurso que nos ajuda na vida diária, destacando que elementos como apoio da comunidade, educação e uma boa casa são tão importantes para a nossa saúde quanto estar fisicamente bem,e sugerindo que devemos olhar para a saúde de um jeito novo, pensando em tudo que pode influenciar se uma pessoa é saudável ou não, como as condições de vida e o acesso a serviços de saúde (OMS, 1986).

A Carta, também, diz que para as pessoas serem saudáveis, elas precisam de paz, uma economia justa, e um meio ambiente cuidado. Ela nos lembra que a saúde está ligada a muitos contextos, como onde vivemos, o que fazemos e como nos sentimos. Para cuidar bem da saúde, precisamos pensar em tudo isso junto. Além disso, a Carta de Otawa nos faz pensar sobre como nossas ações afetam a saúde de todos. Isso significa que devemos cuidar não só das pessoas, mas também do nosso planeta, porque a saúde do mundo e a nossa saúde estão conectadas.

A Carta de Otawa identifica três estratégias básicas para a promoção da saúde: a defesa das condições essenciais para a saúde; educar todas as pessoas para atingir todo o seu potencial de saúde e mediar os diferentes interesses da sociedade na busca da saúde. Ela propõe ainda cinco ações principais:

1) implementar leis que protejam a saúde;
2) garantir que os lugares onde vivemos e trabalhamos sejam saudáveis;
3) ajudar as comunidades a cuidar da própria saúde;
4) ensinar habilidades para as pessoas cuidarem de si mesmas; e
5) melhorar os serviços de saúde.

Esses fundamentos sociopolíticos são, também, encontrados na definição de saúde proposta por Sergio Arouca, em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se tornou marco importante na história do sistema de saúde do Brasil. Arouca argumentou que a saúde é um direito fundamental de todos e uma responsabilidade do Estado. Em seu argumento ele diz que saúde não é simplesmente ausência de doença, diz respeito ao bem-estar físico, social, afetivo. Para ele as pessoas não devem ter direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo e não simplesmente não estar doentes. Devem direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não estejamtambém submetidosao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (Arouca, 2013).

O discurso (a militância) de Arouca contribuiu para a reformulação das políticas de saúde no Brasil, influenciando a criação de um sistema de saúde mais inclusivo e equitativo. Esse momento é considerado um divisor de águas na saúde pública brasileira, marcando o início de uma nova era de compreensão e abordagem da saúde no país. Arouca, expressando a reivindicação dos movimentos populares, defendeu um conceito ampliado de saúde, que foi adotado como princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988

durante a promulgação da Constituição Federal do Brasil. Essas ideias continuam sendo referências hoje em dia para ajudar na promoção da saúde de todos (Fiocruz, 2013).

O **Sistema Único de Saúde (SUS)** foi estabelecido como um sistema que garante acesso integral, universal e gratuito à saúde a todos os cidadãos que estiverem em território brasileiro, incluindo estrangeiros, sem qualquer forma de discriminação (Brasil, 2024). A inclusão da gratuidade reforça o compromisso do SUS em oferecer um atendimento na saúde acessível a todos, independentemente da condição socioeconômica. Desde sua criação, o SUS tem sido um pilar na garantia do acesso universal ao sistema público de saúde. A atenção integral à saúde, que abrange muito mais que cuidados assistenciais, é um direito assegurado a todos, desde a gestação e por toda a vida.

O Brasil, com sua vasta extensão territorial, enfrenta desafios significativos em termos de desigualdade, evidentes também na operação do Sistema Único de Saúde (SUS), que não funciona de maneira uniforme em todo o país. Infelizmente, interferências políticas e econômicas, muitas vezes sob a forma de *lobby*[2], impactam a qualidade do atendimento prestado pelo SUS nas diferentes regiões. A qualidade do serviço está, em muitos casos, atrelada aos princípios ético-políticos de governantes. Diante dessa realidade, torna-se ainda mais imperativo que profissionais da saúde e a população em geral se mobilizem em defesa do SUS. É essencial reivindicar e sustentar os princípios de igualdade, universalidade e gratuidade que fundamentam o sistema. A saúde deve ser vista e defendida como um direito fundamental de todos os seres humanos.

A Defesa da saúde é uma combinação de ações individuais e coletivas que visam alcançar comprometimento, apoio político, aceitação social e apoio de sistemas para um determinado objetivo ou

2 O lobby na saúde refere-se à prática de influenciar legisladores, reguladores e tomadores de decisão para promover interesses específicos no setor de saúde,buscando moldar políticas públicas, regulamentações e decisões de financiamento que afetam a área da saúde. Isso pode incluir grupos de pressão que representam indústrias farmacêuticas e operadoras de planos de saúde, O lobby também pode ser realizado por meio do apoio a candidatos políticos, ligados a esses grupos (The Intercept Brasil, 2023).

programa de saúde (OMS, 2021). Os termos advocacia e a*dvocacy* aparecem frequentemente em contextos da defesa da saúde e embora estejam relacionados, possuem significados próprios, como veremos a seguir. A advocacia em saúde refere-se à prática jurídica de defender interesses específicos no campo da saúde, envolvendo a representação legal de indivíduos ou grupos em questões relacionadas ao acesso a cuidados de saúde e direitos dos pacientes (Duarte; Nassar; Maia,2020; ITTC, 2023). Exemplo: um advogado representa um paciente em um processo judicial contra um hospital por negligência médica.

Já a **Advocacy em saúde**, envolve a mobilização social para influenciar políticas e práticas de saúde, visando melhorar o acesso, a qualidade e a equidade dos serviços de saúde. É popularmente conhecido como o "lobby do bem" (Duarte; Nassar; Maia, 2020; ITTC, 2023). Exemplo: ONGs lideram campanhas para pressionar o governo a implementar políticas públicas que garantam o acesso universal a medicamentos essenciais.

Relacionamos algumas diferenças no sentido de explicar melhor os conceitos: Advocacia usa ferramentas jurídicas; *advocacy* usa mobilização social e campanhas. Advocacia foca na defesa individual ou coletiva via sistema judiciário; *advocacy* foca na mobilização de comunidades e organizações. Advocacia é reativa; *advocacy* é proativa (Duarte; Nassar; Maia, 2020; ITTC, 2023). Advocacia em saúde abrange a defesa do direito à saúde, enquanto o termo *advocacy* envolve ativismo e reivindicação por mudanças. Ambos são essenciais para promover a equidade e melhorar a saúde da população (Duarte; Nassar; Maia, 2020; ITTC, 2023). A defesa da saúde pode assumir várias formas, incluindo o uso de meios digitais e de massa, comunicação política direta e mobilização comunitária. Um exemplo é a construção de alianças (advocacia e *advocacy*) em torno de temas como o direito à vacinação contra a COVID-19 (SARS-CoV-2), coronavírus da síndrome

respiratória aguda grave, especialmente no contexto de necropolítica[3] do governo federal, no Brasil, durante a pandemia.

Os profissionais de saúde podem ter um papel importante na atuação como defensores da saúde em todos os níveis da sociedade (OMS, 2021). Por exemplo, estudos têm demonstrado que a exposição a certos agrotóxicos está associada a um aumento no risco de desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo câncer. Para reduzir essa exposição e proteger a saúde pública, são necessárias evidências médicas para fundamentar ações de defesa sólidas, essenciais para a promoção da saúde. Originalmente, a **Promoção da Saúde** era considerada como uma das funções da Medicina. No entanto, a partir de 1974, tornou-se um movimento internacional que propõe o desenvolvimento de ações intersetoriais e a mobilização social (Czresnia, Freitas, 2003).

A Carta de Ottawa (1986) define a Promoção da Saúde (PS) como o processo de educar pessoas e comunidades para modificar os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Esse documento tornou-se referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) propôs uma definição em 1990, segundo a qual a Promoção da Saúde é "a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva" (OPAS, 1990; Salazar, 2004).

O Ministério da Saúde brasileiro define "promoção da saúde" como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo. Essas estratégias visam à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde

3 Necropolítica: refere-se ao uso generalizado da vida humana como ferramenta, levando à destruição material de corpos e populações. Vai além da gestão da vida e administração dos corpos, focando na decisão sobre quem vive e quem morre. A lógica da necropolítica está enraizada nas práticas coloniais e no racismo, exemplificado pelo nazismo e suas tecnologias de dominação. Cria uma divisão entre sujeitos reconhecidos como "pessoas" e aqueles degradados a "coisas", resultando em diferentes tratamentos e significados da morte (Safatle,2020).

decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2015). A promoção da saúde, conforme definido pelo SUS (Brasil,2023b), envolve um conjunto de ações integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que visam o desenvolvimento de padrões saudáveis de qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física e lazer, entre outros.

Por fim, para a OMS, a **Promoção da Saúde** é a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades médicas e de outros setores sociais, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva, e, em síntese, inclui a educação das pessoas e envolve um conjunto de ações médicas integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade (OMS, 2021). Busca o desenvolvimento de padrões saudáveis de qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer, entre outros, que compõem os determinantes da saúde (Brasil, 2015; Brasil,2023b; Salazar, 2004).

Os **Determinantes da Saúde** (OMS, 2019b) referem-se aos fatores que influenciam a duração e a qualidade da vida das pessoas. Noção que abrange um conjunto de elementos estruturais e históricos que determinam e condicionam a ocorrência e distribuição de fenômenos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado em indivíduos, grupos e populações. Alguns determinantes da saúde, como idade, local de nascimento e atributos genético-hereditários (determinação biológica), não são modificáveis.

No entanto, outros determinantes da saúde são potencialmente modificáveis, não se limitando apenas àqueles relacionados às ações individuais, mas, também, incluindo fatores que estão em grande parte fora do controle de alguns indivíduos e grupos. Incluem fatores ambientais (determinação ambiental/ecológica), econômicos (determinação econômica), comportamentais (determinação cultural) e os sócio

medicinais,que são relacionados ao acesso a serviços de saúde, em quantidade e qualidade compatíveis com a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva (Teixeira, 2010).

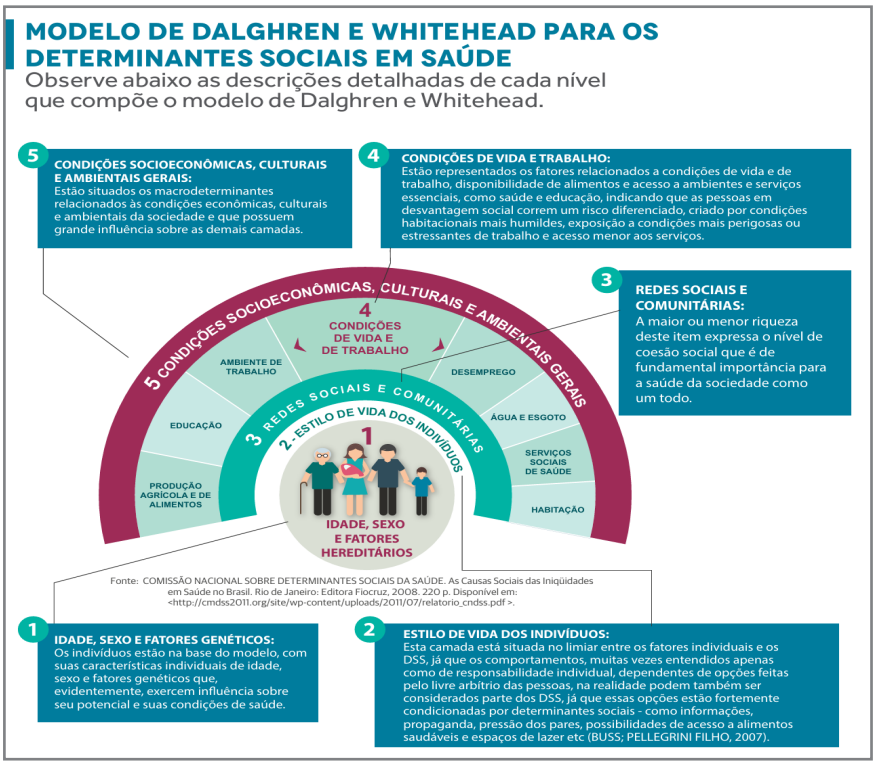
Esses incluem, por exemplo, o rendimento e o acesso aos recursos, à educação, ao emprego e às condições de trabalho (frequentemente referidos como os determinantes sociais da saúde), a serviços de saúde adequados e aos determinantes ambientais da saúde. A promoção da saúde trabalha com todos esses fatores, não só ajudando as pessoas a cuidarem de si mesmas, mas fazendo mudanças significativas na sociedade para que todos tenham uma chance justa de serem saudáveis. Isso significa pensar em políticas públicas de saúde, criar lugares melhores para viver e trabalhar, tornando o mundo mais justo para todos.

Em termos de classificação, os determinantes da saúde podem ser categorizados como sociais, comerciais e ambientais. Os **Determinantes Sociais da Saúde (DSS)** são fatores que influenciam a saúde das pessoas, incluindo condições sociais, culturais, políticas, econômicas e ambientais. Eles afetam a oportunidade de uma pessoa ser saudável, o risco de doença, os comportamentos de saúde e a expectativa de vida saudável (OMS, 2019a). As iniquidades em saúde resultam da distribuição desigual desses determinantes, como o acesso à água e saneamento básico em regiões de baixa renda ao redor do mundo. A limitação no acesso à água potável e a inadequação dos serviços de saneamento básico contribuem para a propagação de doenças transmitidas pela água, afetando desproporcionalmente a saúde das comunidades mais pobres.

As intervenções sobre os DSS devem promover a equidade em saúde e ser baseadas em evidências, sendo a intersetorialidade e a participação social os pilares da intervenção (Brasil, 2021). No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, trabalhar com os DSS significa educar, pessoas e comunidades, para identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis (Almeida, 2021).

Segundo a OMS, os DSS estão relacionados às circunstâncias em que os indivíduos se encontram em seus ambientes de vida e trabalho. Esses, abrangem uma variedade de fatores, incluindo aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e na presença de fatores de risco na população (Teixeira, 2017). A Figura 1, do modelo para os determinantes sociais de saúde, ajudará a compreender esses conceitos.

Figura 1: Modelo Determinantes Sociais de Saúde sobre as Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil - Dahlgren and Whitehead



Fonte: Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008.

Os **Determinantes Comerciais da Saúde** são as atividades do setor privado – incluindo ações e abordagens usadas para promover produtos e escolhas – que afetam a saúde das populações

(Kickbusch *et. al*., 2013; OPAS, 2022). O setor privado é um dos elementos propulsores por trás das mudanças ambientais, econômicas e sociais globais. Os determinantes comerciais causam impactos na equidade em saúde, bem como nos ambientes sociais, culturais e físicos, nas estruturas de poder e na distribuição de recursos. As ações do setor privado moldam os ambientes de consumo e determinam a disponibilidade, promoção e o valor a ser cobrado de consumíveis e serviços, estratégias de promoção e venda de produtos ou serviços e práticas de responsabilidade social corporativa.

Os determinantes comerciais da saúde são as maneiras pelas quais as empresas afetam a saúde das pessoas. Elas fazem isso influenciando o governo, a sociedade e os consumidores, seja através de ações políticas (*lobby*), controlando a informação que as pessoas recebem, ou afetando as leis e situações que não são cobertas por elas. Os determinantes comerciais têm sido mais comumente associados à formação de ambientes políticos e de consumo prejudiciais à saúde. Isso inclui não só o tabaco, o álcool e os produtos alimentares altamente calóricos, processados, industrializados, mas, também, a produção e utilização de produtos, serviços e materiais perigosos às pessoas e ao meio ambiente.

Os **Determinantes Ambientais da Saúde** (OMS, 2019a; 2019b; 2021) vão desde o acesso à água potável, serviços de saneamento básico e qualidade do ar, passando pelo ambiente construído, incluindo condições de moradia e de vida, e o ambiente de trabalho, que podem ter grande impacto na carga de doenças. Um conjunto mais amplo de determinantes ambientais, os determinantes ecológicos da saúde, está emergindo rapidamente. Esses dizem respeito ao papel fundamental que os sistemas terrestres – como os ciclos naturais da água, carbono e nitrogênio – têm na sustentação da vida humana e da vida de todas as outras espécies. Interrupções nesses sistemas naturais sustentam ameaças à saúde planetária.

As desigualdades na exposição aos determinantes ambientais da saúde são uma das principais causas de iniquidade em saúde. Na

promoção da saúde, diferentes cenários para a saúde, como cidades, escolas, locais de trabalho, moradias e unidades de saúde, fornecem estrutura para ações práticas. A regulação do meio ambiente para otimizar os resultados de saúde pode desempenhar um papel importante na realização de uma ampla gama de objetivos de desenvolvimento sustentável, componentes importantes da Agenda 2030.

A **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável** (ONU, 2015) representa um acordo global que surgiu de um consenso alcançado em 2015 pelos 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), que se comprometeram a adotar as diretrizes estabelecidas no documento "Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável", com o intuito de orientar ações e políticas públicas, no período de 2016 a 2030. Essa agenda reúne 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas específicas, a serem atingidos até 2030, criados com a finalidade de erradicar a pobreza e assegurar uma existência digna para todos, respeitando os limites ecológicos do nosso planeta. Os objetivos e metas propostos são interdependentes e cobrem as três esferas do desenvolvimento sustentável: social, ambiental e econômica. Os ODS são projetados para serem implementados por governos, organizações da sociedade civil, setor privado e pessoas engajadas, todos unidos pelo compromisso com o bem-estar das gerações presentes e futuras.

Os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)** (ONU,2015) são um chamado à ação de todos os países, em uma parceria global. Eliminar a miséria e outras privações deve ocorrer simultaneamente às iniciativas que melhorem a saúde e a educação, diminuam a desigualdade, impulsionem o desenvolvimento econômico e contribuam para o combate das alterações climáticas com esforço para preservar nosso planeta. Os ODS estão interconectados e, juntos, refletem os determinantes da saúde, incluindo aqueles relacionados à pobreza, desigualdade, mudanças climáticas, degradação ambiental, paz e justiça, apresentando propostas para melhorar a vida de todos, em todos os lugares (ONU, 2015). As ações de promoção da saúde fornecem uma

resposta prática e transformadora a esses desafios, educando as pessoas a aumentar o controle sobre a sua saúde e garantindo sistemas de saúde centrados nelas. Mesmo assim, não podemos negligenciar a necessidade de os governos implementarem políticas públicas nesse sentido. Os ODS foram organizados em 17 temáticas diversificadas, segundo a Figura 2.

Figura 2: Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: ONU Brasil. Disponível em: https://www.gov.br/cdtn/pt-br/assuntos/noticias/cdtn-comprometido-com-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel. Acesso em: 6 mai. 2025.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), cada país pode adequar os ODS à sua realidade. Por isso, diante das particularidades sociais e culturais do Brasil, foram propostos três novos ODS nacionais: Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 18 - Igualdade Racial, ODS 19 - Arte, Cultura e Comunicação e ODS 20 - Povos Originários e Comunidades Tradicionais. Essa ampliação foi anunciada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, durante a 78ª Assembleia Geral da ONU, realizada em setembro de 2023, em Nova York (Cabral; Gehre, 2024).

A inclusão desses objetivos visa corrigir lacunas nos ODS globais, dando visibilidade a temas historicamente marginalizados nas agendas internacionais. Assim, busca-se ampliar a representatividade e fortalecer a atuação política em favor da equidade e do respeito à diversidade, consolidando um modelo de desenvolvimento que contemple as especificidades do Brasil e de outros países latino-americanos (Cabral; Gehre, 2024).

O ODS 18 - Igualdade Racial, busca enfrentar o racismo e promover a igualdade racial de forma transversal aos demais ODS, reconhecendo a necessidade de políticas afirmativas e ações para combater a discriminação racial **(Figura 3).**

Figura 3: Objetivo de Desenvolvimento Sustentável ODS 18



Fonte: ONU Brasil[4]. Disponível em: https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/cnods/noticias/conheca-a-logo-escolhida-para-ser-a-marca-oficial-do-ods-18. Acesso em: 6 mai. 2025.

4 Não houve oficialmente, ainda, a divulgação das logomarcas dos ODSs 19 e 20.

O ODS 19 - Arte, Cultura e Comunicação, visa garantir a liberdade cultural, a democratização da arte e a comunicação inclusiva, ressaltando o papel da arte na transformação social e na construção de um mundo mais sustentável e plural (Cabral; Gehre, 2024).

O ODS 20 - Povos Originários e Comunidades Tradicionais, enfatiza a valorização dos direitos, culturas e territórios dos povos originários e comunidades tradicionais, apoiando-se em tratados internacionais e destacando a necessidade de proteção e reconhecimento desses grupos (Cabral; Gehre, 2024).

A inclusão desses novos objetivos reforça o compromisso do Brasil com a diversidade, a justiça social e a sustentabilidade, ampliando as perspectivas da Agenda 2030 para um contexto mais representativo da realidade nacional.

A **Declaração de Xangai** (OMS, 2021), adotada em 2016 durante a 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde, organizada pela OMS em Xangai, China, alinha-se diretamente à Agenda 2030 e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), reforçando o compromisso global com a promoção da saúde como um elemento central para o desenvolvimento sustentável. A declaração enfatiza a importância de integrar a promoção da saúde em todas as políticas governamentais, destacando-a como uma ferramenta essencial para capacitar indivíduos e comunidades a tomar decisões informadas, contribuindo para alcançar os ODS, especialmente aqueles relacionados à saúde, bem-estar, educação de qualidade e redução das desigualdades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), como parte das Nações Unidas, apoia a implementação dos ODS, com especial atenção ao ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Além disso, outros ODS estão fortemente relacionados à saúde por meio das respectivas metas e indicadores, tais como: nutrição (ODS 1), água e saneamento (ODS

6), qualidade do ar (ODS 15) e contra a violência (ODS 16), bem como para os principais determinantes da saúde, como a educação (ODS 4) e a pobreza (ODS 1).

A Agenda 2030 e os ODS reconhecem a importância dos DSS e visam abordá-los por meio de seus objetivos. A educação, por sua vez, é fundamental para alcançar muitos dos ODS. A educação de qualidade (ODS 4) não só habilita as pessoas a viverem vidas saudáveis e produtivas, mas é um determinante social da saúde (Almeida, 2021).

No âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), educação e formação são parte dos eixos operacionais, representando o incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos (Almeida, 2021). Numa perspectiva mais abrangente, a **educação** é o meio pelo qual as tradições, os costumes, práticas e princípios de uma sociedade são passados de uma geração para a seguinte. O desenvolvimento educativo acontece por meio de circunstâncias presenciadas e vivências experimentadas por cada pessoa, ao longo de sua existência. Não se limita a transmitir tradições e costumes, mas promove a formação crítica e a resiliência às mudanças ao longo da vida (Brasil, 2023).

A educação no Brasil, conforme a Lei nº 9.394/1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, engloba os processos formativos que ocorrem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. Portanto, a educação não se restringe à escola, sendo um direito universal que visa ao desenvolvimento integral e contínuo dos indivíduos por meio do processo de ensino-aprendizagem (Brasil, 1996).

Em um mundo cada vez mais digital e tecnológico, a educação contemporânea representa a transição da educação convencional para atender às demandas e mudanças atuais. Com foco em

tecnologia, inovação e aprendizagem digital, ela visa formar pessoas para lidar com as complexidades e a velocidade das transformações na sociedade atual. No entanto, essa educação ainda não é democrática e reproduz as iniquidades sociais, refletindo o acesso desigual a recursos, oportunidades e determinantes sociais da vida, inclusive no campo da saúde (Unesco, 2023).

A importância do diálogo entre as áreas da saúde e da educação é inegável, especialmente ao considerar a formação de sujeitos comprometidos com o bem-estar comum. A colaboração entre essas áreas pode promover a integralidade da vida humana ao reunir conhecimentos e práticas que abordem tanto as necessidades individuais quanto coletivas, melhorando a saúde e a qualidade de vida (Freire, 1987). Saúde e educação se complementam e se agregam em práticas e definições, como veremos a seguir.

Os termos Educação para a Saúde, Educação em Saúde e Educação na Saúde representam diferentes domínios de conhecimento e práticas nas esferas da saúde e da educação. É comum a utilização indistinta desses termos, o que pode gerar confusão. Portanto, é essencial compreender as diferenças entre esses conceitos para aplicá-los, adequadamente, no contexto dos campos da saúde e da educação.

Os termos "Educação em Saúde", "Educação para a Saúde" e "Educação na Saúde" diferem entre si, embora possam parecer sinônimos à primeira vista. Cada um deles possui uma aplicação e um propósito específico. Dos três, **Educação na Saúde** é o que menos causa ambiguidade, pois é usado para se referir à educação dos profissionais da saúde (Brasil, 2013). As variantes desse conceito incluem a formação inicial, a educação permanente em saúde e a educação continuada para profissionais de saúde, já praticantes. Envolve a geração e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a prática em saúde, abrangendo métodos de ensino, instruções pedagógicas e orientação curricular, com maior ênfase na

instrução dos especialistas em saúde. A importância da educação permanente, continuada, é ressaltada por Falkenberg (2014), que aponta a necessidade de identificar e preencher as lacunas de conhecimento dos profissionais da saúde, promovendo ações que aprimorem os processos de trabalho, levando em consideração as particularidades locais e as demandas específicas da prática profissional (Falkenberg, 2014).

Frequentemente, as expressões 'Educação em Saúde' e 'Educação para a Saúde' são usadas como sinônimas. Em um único documento, é possível encontrar essas referências alternadas, referindo-setanto à 'Educação em Saúde' comoà 'Educação para a Saúde', sem manter uma terminologia consistente, o que pode causar confusão ao sugerir que ambos os termos são iguais. Mas não são.

A **Educação para a Saúde** envolve a transmissão de conhecimentos sobre como prevenir doenças e como utilizar os serviços de saúde disponíveis. Nesse caso, a preposição "para" indica a finalidade (Cegalla, 2020), propósito específico de adquirir conhecimento para ter saúde. Essa abordagem pressupõe uma perspectiva técnica e verticalizada da educação. Sob essa ótica, acredita-se que os profissionais da saúde têm o dever de instruir uma população ignorante sobre as medidas necessárias para a alteração de comportamentos cotidianos, visando a instrução para se ter saúde (Falkenberg, 2014). A educação para a saúde segue princípios semelhantes àqueles da educação bancária, pois se baseia em uma visão tradicional de ensino, como um ato de depositar conhecimento em mentes vazias, como se fossem bancos a serem preenchidos pelos professores. A educação bancária, concepção desenvolvida pelo educador brasileiro Paulo Freire, não é emancipatória, pois não empodera as pessoas. É limitante e não promove o pensamento crítico, reforçando desigualdades sociais e econômicas. Ela não leva em conta a realidade, histórias, culturas e condições materiais de vida das pessoas. É uma pedagogia do opressor, que divide entre os que sabem (educadores) e os que

não sabem (educandos) (Freire, 1987).

Já a **Educação em Saúde** é definida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) como o processo educativo focado na construção e apropriação de conhecimentos em saúde pela população, distinto da formação profissional na área da saúde. Esse processo envolve ações que aumentam a autonomia das pessoas em relação ao autocuidado e estimulam o diálogo entre a comunidade, profissionais e gestores da saúde. Além disso, a Educação em Saúde promove o controle social e a gestão participativa, garantindo que as políticas e serviços de saúde atendam às necessidades da população (Mandelbaum, 2023).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998; OMS, 2021), a Educação em Saúde é um conjunto de experiências de aprendizagem destinadas a ajudar indivíduos e comunidades a melhorarem sua saúde, aumentando seu conhecimento, influenciando a motivação e aprimorando o LS. Em síntese, a Educação em Saúde ajuda as pessoas a entenderem mais sobre saúde, aumenta a autonomia no cuidado com a saúde individual e coletiva e incentiva o debate com profissionais para atender às necessidades das pessoas. Além disso, fortalece o controle popular sobre as políticas e serviços de saúde.

A Educação em Saúde deve ser desenvolvida, inclusive na vida escolar, com profissionais preparados para isso, e com currículos e programas educacionais voltados para esse fim. A escola é uma instituição que deve ser centrada na construção e na democratização do conhecimento, tendo um potencial único para estabelecer comportamentos saudáveis já na primeira infância, os quais permanecem ao longo da vida (OPAS, 2022). A escola deve ser promovida a protagonista como espaço de Educação em Saúde, engendrando LS, produção de saúde e participação ativa e popular nas políticas públicas de educação e saúde (Cunha; Toporcov; Moyses, 2024).

A **educação popular em saúde** é constituída por um conjunto de práticas e saberes populares, tradicionais e ancestrais, que se

apresentam como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS (Brasil, 2014). Ela tem suas raízes nas ações e nas obras de Paulo Freire e outros estudiosos da pedagogia crítica, originando um movimento acadêmico e político chamado Medicina Social Latino-Americana. Esse movimento, que ocorreu entre os anos 1970 e 1980, questionou o modelo biomédico tradicional e fortaleceu um pensamento crítico sobre a saúde na América Latina. Ele apoiou reformas progressistas nos sistemas de saúde durante a redemocratização dos governos (Brasil, 2014). O movimento promoveu práticas de "saúde comunitária", onde profissionais de saúde, líderes comunitários e cuidadores trabalhavam juntos de forma participativa e colaborativa. Essas experiências foram reunidas em eventos como o Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (ENEMEC), que mais tarde ajudou a criar o Movimento Popular de Saúde (MOPS) (Akerman *et al.,* 2024).

No Brasil, a abertura política na década de 1970 levou a população a buscar novas formas de organização, já que partidos e sindicatos estavam sob repressão. A Igreja Católica, influenciada pela teologia da libertação, foi um espaço importante para reuniões e trocas de experiências entre diferentes grupos da sociedade. Profissionais de saúde se engajaram em movimentos inspirados na educação popular de Paulo Freire,que buscavam uma relação menos hierárquica com a sociedade (Akerman *et al.,* 2024).

A educação popular em saúde valoriza os saberes que as pessoas já possuem e busca ampliar a análise crítica da realidade por meio da participação popular. Ela promove o compartilhamento entre o saber popular e o científico, fortalecendo a organização comunitária e ampliando as práticas das equipes de saúde. Esse enfoque é visto como uma forma de promover a saúde de maneira mais democrática e inclusiva (Akerman *et al.,* 2024; Brasil, 2014).

A Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde

(SUS) em 1990 fortaleceram a luta por políticas de saúde mais progressistas. Nesse contexto, surgiram redes como a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (1991), que depois se tornou a Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP) em 1998, e o Grupo de Trabalho em Educação Popular em Saúde (GT-EPS/ABRASCO) em 2000, representando espaços importantes de articulação política, partilha de experiências e formulação de teorias e propostas alternativas para o funcionamento dos serviços de saúde (Akerman *et al.,* 2024; Brasil, 2014).

A Educação Popular em Saúde (EPS) é uma política institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). A **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS** (PNEP-SUS) foi estabelecida para integrar as práticas de educação popular nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ela enfatiza o diálogo entre os diferentes saberes, reconhecendo e valorizando os saberes populares e a ancestralidade e incentivando a produção individual e coletiva de conhecimentos. Além disso, a EPS no SUS visa fortalecer a participação social e a construção de processos sociais participativos na saúde pública, promovendo espaços de diálogos nos territórios, oficinas e atividades educativas (Brasil, 2014).

Esse **conjunto de iniciativas** de promoção da saúde, educação popular em saúde, educação na saúde, juntamente com a educação em saúde, tem como resultado o LS. Ou seja, o LS é o resultado direto de práticas educativas emancipatórias e críticas em saúde. Segundo a OMS (OMS, 2021), o LS representa as competências pessoais e as estruturas organizacionais, os recursos e o comprometimento que permitem que as pessoas acessem, entendam, avaliem e usem informações e serviços de maneiras que promovam e mantenham uma boa saúde.

A responsabilidade pelo LS não recai somente sobre os indivíduos, mas também sobre os provedores de informação, incluindo governos, organizações civis e serviços de saúde, que devem assegurar o acesso a informações confiáveis e compreensíveis (Peres, Rodrigues, Silva; 2021). O LS transcende o mero acesso a informações *online* ou impressas; ele engloba a análise crítica e a expressão de necessidades

de saúde. Facilitar o acesso e o uso eficaz de informações é essencial para empoderar as pessoas nas decisões de saúde pessoais e na participação em ações coletivas para a promoção da saúde.

A evolução do conceito de LS é marcada por uma variedade de termos e definições (Martins, 2022; Zanchetta; Moraes, 2023). Sua gênese é no termo "*literacy*". No final do século XIX, o termo "*literate*", derivado do latim "*literatus*", que designa a condição de ter adquirido conhecimento, de ser instruído ou erudito, transformou-se em "*literacy*", integrando o sufixo "-cy", que expressa uma condição ou estado. De acordo com o *Oxford Advanced Learner's Dictionary online*, "*literate*" tem origem na palavra "*littera*" (letra do alfabeto). Já o *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary online* descreve "*literacy*" como a qualidade ou estado de ser letrado (Martins, 2022).

Inicialmente, vamos abordar os conceitos em português, no contexto do Brasil[5] para, em seguida, explorar outras concepções e reflexões relevantes para a área da saúde (Martins, 2022). Mary Kato, uma renomada linguista e pesquisadora brasileira, desempenhou um papel fundamental na introdução e adaptação do termo "*literacy*" para o contexto brasileiro, traduzindo-o como "letramento" (Kato, 1886). Essa tradução não foi meramente uma transposição linguística, mas envolveu uma profunda compreensão e adaptação cultural e conceitual do termo original. No contexto anglo-saxão, "*literacy*" refere-se à capacidade de ler e escrever, mas também inclui a habilidade de compreender e usar informações para alcançar objetivos pessoais e sociais (Kato, 1886). Kato, ao traduzir "*literacy*" para "letramento", ampliou o alcance do conceito no Brasil, incorporando dimensões adicionais de compreensão crítica e uso funcional do conhecimento, além da mera alfabetização.

Em 1986, Mary Kato publicou o livro *No Mundo da Escrita*: *Uma Perspectiva Psicolinguística*, no qual ela afirmava que a língua falada culta era uma "consequência do letramento", marcando

5 No Brasil, a língua portuguesa, herdada dos colonizadores, é a língua oficial, enquanto as línguas indígenas, maternas dos povos originários, constituem uma importante herança cultural e linguística.

uma das primeiras vezes em que o termo foi utilizado no discurso especializado. Em 1988, no capítulo introdutório do livro intitulado *Adultos não alfabetizados*: *o avesso do avesso*, Leda Verdiani Tfouni distingue alfabetização de letramento. Em 1995, Ângela Kleiman organizou o livro *Os Significados do Letramento*: *Uma Nova Perspectiva sobre a Prática Social da Escrita,* destacando que Mary Kato foi quem primeiro utilizou o termo "letramento". Magda Soares, em seu livro *Letramento*: *Um Tema em Três Gêneros* (1999), aprofundou a discussão sobre o conceito, explorando diferentes abordagens e gêneros textuais relacionados ao letramento.

Este capítulo, ao discorrer sobre letramento, apoia-se em pesquisas de Magda Soares, que explorou profundamente as concepções psicológicas, linguísticas e psicolinguísticas de leitura e escrita. Soares dialoga com estudiosos como Emília Ferreiro e Ana Teberosky (1986), Jean Piaget (1973) e Lev Vygotsky (1991), enriquecendo a análise com perspectivas teóricas fundamentais. Magda Soares realiza estudos sobre alfabetização e letramento e, ao abordar as múltiplas dimensões da alfabetização, propõe as seguintes definições (Soares, 2004; Soares, 2009):

> **Alfabetização:** levar à aquisição do alfabeto, ou seja, ensinar o código da língua escrita, ensinar a ler e escrever, ensinar o sistema alfabético da escrita (Soares, 2004, p. 7,11,16; Soares, 2009, p.16, 23, 31).
>
> **Analfabetismo:** "estado ou condição de analfabeto". Analfabeto é o "que não sabe ler e escrever", ou seja, é o que vive no estado ou condição de quem não sabe ler e escrever (Soares, 2004, p. 8; Soares, 2009, p. 17, 24, 30).
>
> **Alfabetismo:** o "estado" ou a "condição" que assume aquele que aprende a ler e a escrever (alfabetizado). É o contrário do termo analfabeto (Soares, 2009, p. 17, 31).
>
> **Letrado:** pessoa que, além de saber ler e escrever, faz uso

frequente e competente da leitura e da escrita. Será usado iletrado como seu antônimo (Soares, 2009, p. 16, 32, 36, 71, 76).

Iletrado ou analfabeto funcional: pessoa que não faz uso frequente e competente da leitura e da escrita ou pessoa quase analfabeta (Soares, 2009, pp. 16, 32, 71,87).

Letramento: resultado da ação de "letrar-se" (tornar-se letrado), como resultado da ação de ensinar e aprender as práticas sociais de leitura e escrita. Portanto, letramento é o estado ou condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de se ter apropriado do sistema de escrita e de suas práticas sociais (Soares, 2004, p. 7, 14, 16; 2009, p. 18, 33, 38, 47, 74).

Magda Soares esclarece, ainda, a diferença entre alfabetização e letramento, entre alfabetizado e letrado: um indivíduo alfabetizado não é necessariamente um indivíduo letrado (Soares, 2004; Soares, 2009).

> Alfabetizado é aquele indivíduo que sabe ler e escrever; já o indivíduo letrado, o indivíduo que vive em estado de letramento, é não só aquele que sabe ler e escrever, mas aquele que usa socialmente a leitura e a escrita, pratica a leitura e a escrita e responde adequadamente às demandas sociais de leitura e de escrita (Soares, 2009, p.40).

Magda Soares explica que é possível ser letrado sem ser formalmente alfabetizado. Segundo Soares, letramento é um conceito mais amplo que envolve não apenas a capacidade de ler e escrever, mas a habilidade de usar a leitura e a escrita de maneira crítica e significativa em diferentes contextos sociais. Isso significa que, uma pessoa pode ser considerada letrada (tem certo grau de letramento) se ela é capaz de participar ativamente de práticas sociais que envolvem a linguagem escrita, mesmo que não tenha tido uma educação formal que a ensinasse a ler e escrever de maneira convencional (Ferreiro; Teberosky, 1984; Soares, 2009). Por exemplo, um indivíduo que não foi formalmente alfabetizado pode, no entanto, desenvolver habilidades de letramento

por meio da interação com textos em seu ambiente, como sinais, instruções, ou mesmo através da narrativa oral que acompanha a leitura de textos por outros. Essa pessoa pode ser capaz de interpretar e fazer uso de informações escritas em seu cotidiano, demonstrando, assim, práticas de letramento (Ferreiro; Teberosky, 1984; Soares, 2009).

Essa compreensão de letramento, mesmo sem a alfabetização formal, nos leva a refletir sobre a relação entre alfabetização e letramento. Alfabetização e letramento são dois processos diferentes, porém, indissociáveis. O ideal seria alfabetizar letrando, ou seja, ensinar a ler e a escrever no contexto das práticas sociais da leitura e da escrita, de modo que o indivíduo se tornasse, ao mesmo tempo, alfabetizado e letrado (Ferreiro, Teberosky, 1984; Soares, 2004; Soares, 2009). Dissociar alfabetização e letramento é um equívoco porque, no quadro das atuais concepções psicológicas, linguísticas e psicolinguísticas de leitura e escrita, a entrada da criança (e do adulto analfabeto) no mundo da escrita ocorre simultaneamente por dois processos: pela aquisição do sistema convencional de escrita – a alfabetização – e pelo desenvolvimento de habilidades de uso desse sistema em atividades de leitura e de escrita, nas práticas sociais que envolvem a língua escrita – o letramento (Ferreiro; Teberosky, 1984; Soares, 2004; Soares, 2009).E não é somente a língua portuguesa. Cada área de conhecimento pressupõe um processo de alfabetização e letramento, não como saberes separados, mas um conjunto, compondo-se em um processo interdependente e indissociável. A alfabetização seria a etapa em que se dominam os conceitos básicos, fundamentais e o letramento corresponde à apropriação e ao uso social desses saberes (Soares, 2004; Mendonça, 2007; Soares, 2009).

O período de alfabetização não deve ser alongado, lento, prorrogando-se a apropriação dos saberes fundamentais de determinada área do conhecimento. Mas é de extrema importância e precisa ser eficaz, pois é a base sobre a qual os demais saberes se apoiarão (Cunha *et al*., 2024). Como referência, na língua portuguesa, conforme

as políticas públicas de alfabetização no Brasil (Brasil, 2023), é estabelecido que uma criança deve ser alfabetizada até o final do 2º ano do ensino fundamental, correspondendo a um período de dois anos. O letramento acontece antes, durante e depois desses dois anos de alfabetização (Soares, 2009).

Tomando o campo da odontologia como exemplo de alfabetização e letramento, teremos:

> **Alfabetização:** Refere-se à compreensão dos conceitos básicos no curso de odontologia, como a anatomia dental e a higiene oral. Isso envolve conhecer a estrutura e função dos diferentes tipos de dentes e aprender técnicas corretas de escovação e uso do fio dental. Saberes aprendidos no início do curso, os fundamentos, mas que os estudantes já tinham conhecimentos sobre isso (estado de letramento).
>
> **Letramento:** Representa a apropriação do conhecimento e a habilidade de aplicar o conhecimento adquirido na prática clínica. Inclui diagnosticar condições orais baseando-se nos sintomas do paciente e elaborar um plano de tratamento apropriado. Também abrange a capacidade de instruir os pacientes sobre a importância da saúde oral e como mantê-la, promovendo assim o letramento em saúde bucal. Saberes aprendidos ao longo do curso e em formação permanente, durante a carreira (letramento permanente), ou seja, o processo de letramento ocorre antes, durante e depois da "alfabetização" em odontologia.

Nessa lógica, todos os saberes são construídos a partir dos conhecimentos básicos e edificam-se em sua complexidade, de forma mais democrática ou não, dependendo do contexto histórico, cultural, social, político e econômico em que os aprendentes se encontram. Assim, em matemática, história, geografia, ciências e demais áreas de conhecimento, o processo de ensino-aprendizagem inicia-se com os

saberes básicos (fundamentais) e vão aumentando sua complexidade, cuja estruturação denominamos de letramento (Cunha; Toporcov; Moyses, 2024). O letramento envolve a apropriação do conhecimento. Vai além do simples acúmulo de informações, representando um processo de emancipação e empoderamento. Letradas, as pessoas se tornam ativas na construção de seu próprio destino e transformam a realidade à sua volta (Freire, 1987; Freire, 1996).

Na literatura, encontramos estudos sobre diferentes letramentos: científico, matemático, linguístico, acadêmico, literário, midiático, crítico, intercultural, cultural, indígena, racial / étnico-racial, familiar, emocional, ético, estético, ecológico /ambiental, nutricional, epidemiológico, climático digital, digital em saúde, informacional, visual, tecnológico, financeiro, econômico, jurídico, político, em saúde planetária, entre outros, agregados no 'Multiletramento' (Silva; Gonçalves, 2021).O termo 'Multiletramento', introduzido em 1996, inicialmente destacava a multiplicidade cultural das populações e a multiplicidade semiótica[6] dos textos. Ao longo dos anos, passou a abranger um coletivo de letramentos múltiplos (Rojo, 2012).

Um desses é o LS, e retomaremos a discussão sobre o seu conceito, que evoluiu para abordar tanto os papéis individuais quanto coletivos na disseminação e compreensão das informações de saúde. O novo foco inclui o uso das informações de saúde, o papel das organizações (Organizações Letradas em Saúde – OLS)[7] e a perspectiva de saúde pública (OMS, 2021).Os conceitos anteriores de LS se concentravam, principalmente, na capacidade individual de entender as informações de saúde, e recebiam múltiplas denominações. Na revisão sistemática realizada por Pavão e Werneck (2021), em países de renda baixa ou média, e por Sørensen e colaboradores (Sørensen *et al*., 2012), na Europa e nos Estados Unidos, quanto à nomenclatura, aparecem

6 A semiótica é o estudo dos sinais e símbolos e de como eles são usados para comunicar mensagens. Ela analisa tudo que pode ser visto como um sinal, como palavras, imagens, sons e gestos, e como esses sinais criam significados no dia a dia. Por exemplo, um sinal de trânsito é um objeto físico, mas o significado que ele transmite (como "pare" ou "atenção") é o que a semiótica explora (Wikipédia, s.d.).

7 Sobre esse tema, ver capítulo 5 sobre Organização Letrada em Saúde.

termos como alfabetização em saúde, alfabetismo em saúde, letramento funcional em saúde, literacia em saúde e literacia funcional em saúde. No Brasil, pode-se encontrar, ainda, em documentos oficiais, o uso do termo "alfabetização sanitária" (Mendes, 2012). Entende-se que embora a nomenclatura varie, o conceito que compreende toda essa complexidade de conhecimento é o de LS.

Fazendo a transposição da concepção de que cada área de conhecimento deve conduzir ao letramento e que uma etapa do letramento é a alfabetização (Soares, 2004; Soares, 2009; Chartier, 2017), o LS pode ser entendido como a apropriação e o uso social dos saberes relacionados à saúde. Esses conhecimentos se ampliam e se aprofundam ao longo da vida de uma pessoa, que vive em um contexto que exerce e cultiva em seu cotidiano o hábito de aprimorar e atualizar esses saberes. O indivíduo letrado em saúde compreende e realiza análises críticas em relação à saúde e seus desfechos, considerando a qualidade de sua vida individual e coletiva (Nutbeam; Kickbusch, 2000; Nutbeam, 2008; Sørensen; Brand, 2013).

Outra transposição das concepções de Magda (Soares, 2009), sobre letramento, pode ser aplicada ao LS ao reconhecer que as pessoas podem desenvolver habilidades para gerenciar sua saúde e bem-estar mesmo sem terem recebido educação formal em saúde. Isso significa que o LS não se limita apenas à capacidade de ler e compreender informações médicas ou de saúde; ele envolve a habilidade de acessar, interpretar e usar essas informações de maneira crítica e eficaz em diferentes contextos da vida (Cunha; Toporcov; Moyses, 2024). Por exemplo, uma pessoa pode aprender sobre práticas de saúde saudáveis através da observação e participação em sua comunidade, ou pode adquirir conhecimento sobre nutrição e exercícios por meio de conversas com amigos e familiares, sem necessariamente ter lido materiais educativos sobre esses tópicos. Essa pessoa está aplicando práticas de LS ao tomar decisões informadas sobre sua saúde, com base em sua experiência e conhecimento adquiridos informalmente.

Povos originários e ancestrais possuem uma riqueza de saberes tradicionais para cuidar da saúde, que se baseiam na relação profunda com a natureza, na espiritualidade e na comunidade. No Brasil, as comunidades indígenas possuem uma tradição ancestral de medicina e práticas terapêuticas, constituindo um valioso acervo de saberes que deve ser reconhecido e incorporado às políticas e práticas de saúde. Os conhecimentos e práticas tradicionais referem-se a saberes culturais, históricos e empíricos, transmitidos de geração em geração dentro de uma determinada comunidade ou cultura. Esses saberes abrangem aspectos relacionados à saúde, ao bem-estar e ao meio ambiente, além de envolverem práticas e tradições sociais e culturais específicas (Patwardhan *et al*.,2005).

Historicamente, a desvalorização desses conhecimentos resulta de processos contínuos de marginalização, muitas vezes vinculados a legados coloniais, os quais distanciam a sociedade do patrimônio intelectual e cultural dos povos originários (Abimbola; Pai, 2021). O reconhecimento e a valorização do conhecimento indígena representam, portanto, um passo fundamental para a reparação dos danos causados pelo colonialismo, além de contribuírem para o fortalecimento do respeito e da compreensão intercultural, especialmente quanto à promoção da saúde e à ampliação do LS. A interseção entre o conhecimento ancestral e o LS, enquanto apropriação e uso social do conhecimento, pode enriquecer nossas práticas e promover o bem-estar de todos.

LS envolve apropriação dos saberes, com essa apropriação empoderando pessoas e comunidades. Dessa forma, com base nessa compreensão conceitual, não é apropriado equiparar o LS a termos como alfabetismo em saúde, alfabetização em saúde, educação sanitária ou alfabetização funcional em saúde. No entanto, segundo Don Nutbeam (Nutbeam, 2008), o LS pode ser classificado em três níveis: básico/funcional, comunicativo/interativo e crítico. O básico/funcional refere-se à capacidade de ler e compreender informações básicas de saúde para tomar decisões adequadas em contextos cotidianos. O

comunicativo/interativo vai além da leitura e escrita básicas, envolvendo habilidades sociais e cognitivas que permitem uma participação mais ativa na saúde. Isso inclui a capacidade de extrair informações, interpretar mensagens e aplicar novos conhecimentos em situações variadas. O crítico é o nível mais avançado de LS, onde as pessoas analisam, criticamente, as informações e usam esse conhecimento para exercer maior controle sobre sua saúde e as condições sociais que influenciam a saúde.

Ainda sobre as denominações do LS, outro termo que merece ser problematizado é "Literacia em Saúde" (Peres, 2022). Para abordar essa questão, é necessário compreender a origem do termo "literacia", usado em Portugal. Segundo Gomes (2002), a origem do termo "literacia" em Portugal está associada ao primeiro estudo sobre literacia adulta no país. Esse estudo, intitulado *A Literacia em Portugal*, foi conduzido por Benavente em 1996, indicando que o termo literacia deriva da palavra inglesa *literacy*, cuja origem é a palavra latina *literate*[8]. Portanto, os termos "Literacia em Saúde" e "Letramento em Saúde" possuem o mesmo significado, sendo o primeiro utilizado em Portugal e no Brasil, e o segundo no Brasil. No entanto, no Brasil, conforme já relatado anteriormente, a tradução adotada para "*literacy*" foi "letramento" (Kato, 1986). Sendo assim, se defendemos a descolonização do conhecimento, o termo mais apropriado para ser utilizado no Brasil é "Letramento em Saúde"[9].

O LS "é um fenômeno complexo" e diante da falta de consenso internacional sobre a definição de LS, novas propostas sugerem que ele seja visto sob uma perspectiva mais ampla (Zanchetta; Moraes, 2023). O LS é um conceito multifacetado que abrange a trajetória de aprendizagem dos sujeitos, os objetos de estudo e os meios pelos quais as informações de saúde são inscritas, produzidas e transmitidas. Inclui

8 Para compreender melhor: Literate: Este termo deriva de literatus e é usado em inglês com o mesmo significado, para descrever alguém que é instruído, erudito, letrado. Literati: É o plural de literatus e refere-se a um grupo de pessoas instruídas, geralmente escritores e acadêmicos. Littera: em latim, é a palavra para "letra" (Martins, 2022).

9 Neste material, há um capítulo específico sobre a História do Letramento em Saúde (uso do termo e ações) no Brasil e no mundo.

as diversas formas que o LS pode assumir, as instâncias e plataformas que veiculam essas informações, e o significado e importância do conhecimento sobre saúde em diferentes contextos temporais e espaciais. O LS considera o impacto desse conhecimento na vida material e simbólica de indivíduos e grupos sociais e interage com tecnologias emergentes, como inteligência artificial, robótica, internet das coisas, nanotecnologia, biotecnologia e computação quântica. Além disso, o LS integra novas tecnologias digitais de informação e comunicação, bem como redes sociais, que são essenciais para a disseminação e compreensão das informações sobre saúde, englobando a linguagem e a comunicação (Cunha; Toporcov; Moyses, 2024).

A **Comunicação em Saúde** é definida pela OMS (2021) como o uso de estratégias de comunicação (interpessoal, digital e outros meios de comunicação) para informar e influenciar decisões e ações para melhorar a saúde das pessoas e populações. Uma comunicação em saúde eficaz fornece informações relevantes e confiáveis que são acessíveis e compreensíveis. Atua como mediadora dos encontros entre trabalhadores da saúde e usuários, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desempenhando papel essencial na qualidade do atendimento e na promoção da saúde. Está integrada às rotinas das equipes de saúde, desde o planejamento até a execução de ações, em consultas, salas de espera, grupos de discussão ou visitas domiciliares (Pimentel; Sousa; Mendonça, 2022).

A Comunicação em Saúde busca não apenas a transmissão de informações, mas a interação com o público, considerando aspectos culturais, sociais e comportamentais que influenciam a recepção e a resposta às mensagens de saúde. Isso inclui a educação em saúde, campanhas de saúde pública, *marketing* social, entre outros métodos, com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar das populações (Brasil, 2008). A comunicação, quando realizada por meio de diálogo e escuta qualificada, pode aumentar a consciência crítica das pessoas e das coletividades em relação ao seu contexto de vida, promovendo a emancipação e o empoderamento desses sujeitos na

busca pela transformação da realidade (Freire, 1987; Freire, 1996), intervindo nas iniquidades e nos determinantes sociais que afetam a saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar comum.

A Comunicação em Saúde é essencial para o LS, pois é através dela que os conceitos de saúde são explicados e compreendidos (Osborne, 2022). Profissionais de saúde devem ser capazes de descomplicar a linguagem médica complexa e apresentar as informações de modo que os pacientes possam compreender facilmente, independentemente de seu nível de educação ou conhecimento prévio e do seu nível de LS[10]. É necessário que a comunicação seja clara e efetiva e a linguagem simples e direta, entre profissionais de saúde e pacientes (Vaz de Almeida, 2023).

A Comunicação em Saúde se completa com a relação entre comunicação e educação, que tem sido, historicamente, estruturada a partir da necessidade de articular a disseminação de informações com processos formativos. Nesse contexto, a educomunicação emerge como um campo interdisciplinar que integra práticas comunicacionais e educativas, visando ao desenvolvimento do protagonismo social e da autonomia crítica dos indivíduos (Almeida, 2024). Esse conceito tem sido explorado em diversas áreas do conhecimento, sendo a saúde um dos campos de aplicação que mais se beneficiam de sua abordagem.

A educomunicação pode ser compreendida como um conjunto de conhecimentos e práticas que buscam estabelecer ecossistemas comunicativos abertos, democráticos e interativos em diferentes espaços formais, não formais e informais. Seu objetivo central é fomentar a participação ativa dos sujeitos na construção do conhecimento, promovendo a liberdade de expressão e o pensamento crítico sobre os processos comunicativos e suas implicações

10 Considerando a importância do LS, muitos pesquisadores desenvolveram e continuam a pesquisar recursos para mensurá-lo. Os testes validados até o momento permitem mensurar o nível de LS de indivíduos e populações, norteando intervenções mais apropriadas nos domínios deficientes. Tal processo é fundamental para que, na saúde, os desfechos clínicos sejam mais positivos e os danos e prejuízos, reduzidos (Lemos; Marques, 2017). Neste material, há um capítulo específico sobre Instrumentos de Mensuração do Letramento em Saúde.

sociais. No Brasil, o conceito foi consolidado a partir de estudos realizados pelo Núcleo de Comunicação e Educação (NCE) da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (USP) na década de 1990, sendo, continuamente, aprimorado desde então (Akerman *et al.,* 2024; Almeida, 2024).

No campo da saúde, a educomunicação assume um papel estratégico ao integrar práticas comunicacionais e educativas para potencializar o acesso à informação e fortalecer a autonomia dos indivíduos na tomada de decisões sobre sua saúde. A Educomunicação em Saúde baseia-se na comunicação dialógica de Paulo Freire e na educação popular em saúde, afastando-se de modelos verticais de transmissão de informação. Seu objetivo é estimular o pensamento crítico e a reflexividade, contribuindo para a promoção da equidade em saúde (Akerman *et al.*, 2024).

Em um contexto de intensa circulação de informações, a Educomunicação em Saúde torna-se uma ferramenta essencial para enfrentar desafios como a desinformação e a infodemia. Por meio de abordagens interativas e inclusivas, essa perspectiva promove a democratização do conhecimento em saúde e favorece a autonomia dos sujeitos no gerenciamento de sua própria saúde. Seu potencial transformador reside na capacidade de articular diferentes linguagens e meios de comunicação para garantir um acesso mais equitativo ao conhecimento e promover a construção coletiva do saber em saúde (Akerman *et al.*, 2024). Enfim, o fortalecimento do LS através de práticas educomunicativas permite que as pessoas se engajem mais ativamente em debates sobre políticas públicas e na transformação social voltada à melhoria da qualidade de vida.

Considerações finais

Como vimos, LS é um campo multifacetado e dinâmico. À medida que avançamos para um futuro cada vez mais digital e globalizado, a importância do LS só aumentará. Assim, é essencial que se continue a estudar e a implementar ações que resultem no LS, pois representa a apropriação de um processo de emancipação e empoderamento da pessoa, da sua comunidade, do seu território, em busca do bem comum, de uma vida e uma sociedade saudável. E, como anunciamos no início do texto, procedemos ao entrelaçamento dos conceitos apresentados, finalizando com o enredamento deles, tendo como referência o LS.

A Carta de Ottawa, o Discurso de Arouca, a Agenda 30 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a Declaração de Xangai, são marcos fundamentais que subsidiam o LS. São conteúdos, documentos a serem estudados e implementados pelos que reconhecem a importância do LS. Todos enfatizam a importância da educação como meio de empoderar as pessoas para conhecer e transformar o mundo.

A promoção da saúde, a educação na saúde, a educação para a saúde, a educação em saúde, a educação popular em saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde e a educomunicação em saúde são recursos que organizam, de forma pedagógica, os saberes e práticas que se engendram e possibilitam que pessoas e comunidades se apropriem dos conhecimentos e competências para acessar, compreender, avaliar e usar informações e serviços de saúde. Pessoas e comunidades que se empoderem para promover e manter uma boa saúde e bem-estar, pessoal e comunitário, ou seja, letradas em saúde.

O nível de LS que pessoas e comunidades possuem, configura a forma como vivem e agem no mundo, influenciando a adoção de uma postura crítica ou alienada em relação aos determinantes sociais, econômicos (comerciais) e ambientais de saúde. Portanto,

eliminar as iniquidades sociais, implementar políticas públicas equitativas e investir no LS são ações fundamentais para tornar a saúde e a vida mais justas para todos.

Finalizando, as definições e conceitos trabalhados neste capítulo são “um retrato, uma fotografia” sob um determinado ponto de vista, em um certo tempo e contexto histórico. Precisam ser compreendidos nessa ótica e, portanto, revisados, atualizados e contextualizados. Não pretendem ser absolutos ou padronizados, mas buscam apresentar similaridades e coerências para aqueles que estudam e trabalham com LS. As suas contribuições são bem-vindas.

Agradecemos especialmente à Profa. Dra. Tatiana Natasha Toporcov, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelo apoio e incentivo durante a realização deste estudo.

Referências

ABIMBOLA, Seye; PAI, Madhukar. Undoing supremacy in global health will require more than decolonisation – Authors' reply. *The Lancet*, v. 397, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00373-1 . Acesso em: 17 mar. 2025.

AKERMAN, Marco; CASTRO, Adriana Miranda, Santos, Cristina Almeida, CRUZ, Pedro José Santos Carneiro; REGO, Noelia Rodrigues Pereira; PERES, Frederico. Aproximações entre promoção da saúde, educação popular em saúde, educomunicação e literacia em saúde: costurando linhas do tempo. *Cien Saúde Colet* [periódico na internet], 2024. Está disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/aproximacoes-entre-promocao-da-saude-educacao-popular-em-saude-educomunicacao-e-literacia-em-saude-costurando-linhas-do-tempo/19425?id=19425&id=1-9425 . Acesso em: 06 fev. 2025.

ALMEIDA, Lourdes. *Glossário da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, PRODISA/FIOCRUZ, 2021. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/glossario-lourdes-almeida-consolidacao-normas-sistema-unico-saude/ . Acesso em: 14 maio 2024.

ALMEIDA, Lourdes. *Projetos de intervenção em educomunicação*. Campina Grande: EDUFCG, 2024.Disponível em: https://livros.editora.ufcg.edu.br/index.php/edufcg/catalog/book/229 . Acesso em: 06 fev. 2025.

AROUCA, Sergio. Pronunciamento durante a 8ª Conferência Nacional em Saúde Democracia é saúde: discurso de Sergio Arouca. Departamento de Comunicação e Saúde (DCS). Brasília, DF: Fiocruz/CICT, 1986. 1 arquivo MP4 (42min 33s), son., color. Produção: Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (CICT). Plataforma YouTube, 6 set. 2013. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 2024. 496 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as Diretrizes e Bases daEducação Nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/lei%209394.pdf. Acesso em: 22 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde*: projeto de terminologia em saúde / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 142 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf Acesso em: 17 maio 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do SUS*. Sistema Único de Saúde (SUS),2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus/glossario-do-sus. Acesso em: 17 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*, 2021.Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *IICaderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/ii_caderno_de_educacao_popular_em_saude.pdf. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 13 maio 2024.

CABRAL, Raquel; GEHRE, Thiago(org.). *Guia Agenda 2030*: integrando ODS, educação e sociedade. São Paulo: Lucas Fúrio Melara, 2024. Disponível em: https://www.guiaagenda2030.org/_files/ugd/7d2da8_d642781190ea40d0a49b982d20cde36f.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

CEGALLA, Domingos Paschoal. *Novíssima Gramática da Língua Portuguesa*. 49ª ed. São Paulo:Companhia Editora Nacional, 2020. Disponível em:https://pt.scribd.com/document/414506118/Cegalla-Novissima-gramatica-da-lingua-portuguesa-pdf. Acesso em: 08 jul. 2024.

CHARTIER, Roger. *A ordem dos livros:* leitores, autores e bibliotecas na Europa entre os séculos XIV e XVIII. Brasília: UnB, 2017.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 220. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio_cndss.pdf.Acesso em: 22 jul. 2022.

CUNHA, Luci Ana Santosda; TOPORCOV, Tatiana Natasha; MOYSES, Raquel Ajub. Letramento em saúde: métrica para apoiar a educação escolar a se tornar base para uma vida saudável. *In*: PERES, Frederico; CASTRO, Adriana; Leão, Nicole. (org*.). I Mostra brasileira de literacia em saúde: Pistas para o SUS e as políticas públicas*.1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Livro-1a-Mostra-brasileira.pdf . Acesso em: 6 mai. 2025.

CZRESNIA, Dina.; FREITAS, Carlos Machado. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003

DUARTE, Jorge Antônio Menna; NASSAR, Paulo; MAIA, Lincoln Macário (Orgs.). *Glossário de Comunicação Pública*. São Paulo: Aberje Editorial/ABCPública, 2020. Disponível em: https://abcpublica.org.br/biblioteca/glossario-de-comunicacao-publica/. Acesso em: 24 maio 2024.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thaisde Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozode; SOUZA, Elza Mariade. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos eimplicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/. Acesso em: 18 jun. 2024.

FERREIRO, Emília; TEBEROSKY, Ana. *Psicogênese da língua escrita*. Porto Alegre: ArtesMédicas, 1986.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia*: Saberes Necessários à Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Disponível em: http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4-%20Freire_P_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em:https://drive.google.com/file/d/1clTN2W1U1VX8GRmp9rxegVVQuA2p0_0s/view. Acesso em: 6 maio 2025.

INSTITUTO TERRA, TRABALHO E CIDADANIA (ITTC). *ITTC Explica*: O que é '*advocacy*'?. São Paulo: ITTC, 2023. Disponível em: https://ittc.org.br/o-que-e-advocacy/. Acesso em: 24 maio 2024.

KATO, Mary A. *No mundo da escrita*: uma perspectiva psicolinguística. São Paulo: Ática, 1986. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/delta/article/view/43850. Acesso em: 20 maio 2024.

KICKBUSCH; Ilona; PELIKAN; Jürgen; APFEL, Franklin; TSOUROS, Agis (Eds.). *Health literacy:* the solid facts. Geneva: World Health Organization, 2013.Regional Office for Europe. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/326432. Acesso em: 20 maio 2024.

MANDELBAUM, Maria Helena Santana; MARTINS, Thaynara Maria Santos; PORFÍRIO, Regiane; Melaragno, Ana Lygia Pires; VISENTIN, Aparecida; FRANCISCONI, Rosângela. Glossário Educação em Saúde. In: MELARAGNO, A. L. P.et al. (Org.). *Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Editora ABEN, 2023. p. 6-18. Disponível em: https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2023/12/e25-ed-permanente-cap1.pdf. Acesso em: 18 jun. 2024.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; SAMPAIO, Helena Alvesde Carvalho; DIOGO, AnaTereza Silva; LIMA, Pablo Xavier VERSIANI; MESQUITA, Letícia Gomes Monteiro; SOUTO, Cláudiade Andrade; BARRETO, Nair Amélia Prates. História do letramento em saúde: uma revisão narrativa.*Unimontes Científica*, Montes Claros, v. 24, n. 2, p. 1-23, jul./dez. 2022. Disponívelem: https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/5735. Acesso em: 25 jun. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde*: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 20 maio 2024.

NUTBEAM, Don. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, v. 67, n. 12, p. 2072-2078, 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18952344/. Acesso em: 24 maio 2024.

NUTBEAM, Don; KICKBUSCH, Ilona. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, v. 15, n. 3, p. 183-184, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/31229122_Advancing_health_literacy_A_global_challenge_for_the_21st_century_Health_Promotion_International_153_183-184. Acesso em: 24 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Transformando nosso mundo*: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU, 2015. Disponível em:https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel. Acesso em: 07 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Ambientes saudáveis para populaçõesmais saudáveis*: por que eles importam e o que podemos fazer? Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019a. Disponível em: https://health-inequalities.eu/pt/jwddb/healthy-environments-for-healthier-populations-why-do-they-matter-and-what-can-we-do/. Acesso em: 16 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Genebra: OMS, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 16 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Determinantes Sociais da Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019b. Disponívelem: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/os-dss-na-oms/. Acesso em: 03 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Educação em saúde*. Genebra: OMS,1998. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/362/36237156002.pdf. Acesso em: 18 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Glossário de termos de promoção da saúde 2021*. Genebra: Organização Mundial deSaúde; 2021.. Disponível em:https://health-inequalities.eu/pt/jwddb/who-health-promotion-glossary-of-terms-2021/. Acesso em: 28 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Transformar cada escola emuma escola promotora de saúde*: Padrões e indicadores globais. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Disponível em:https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55710/9789275725122_por.pdf. Acesso em: 07 jun. 2024.

OSBORNE, Helen. *Health Literacy from A to Z*: Practical Ways to Communicate Your HealthMessage.2nded. Burlington: 2022. Disponível em:https://archive.org/details/healthliteracyfr0000osbo_n7w5. Acesso em: 28 maio 2024.

PATWARDHAN, Bhushan; WARUDE, Dnyaneshar; PUSHPANGADAN, P.; BHATT, Narendra. Ayurveda and traditional Chinese medicine: a comparative overview. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2, n. 4, p. 465-473, dez. 2005. DOI: 10.1093/ecam/neh140. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16322803/. Acesso em: Acesso em: 17 mar. 25.

PAVÃO, Ana Luiza Braz; WERNECK, Guilherme Loureiro*Literacia para a saúde em países de renda baixa oumédia*: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 4101-4114, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/Mv5VvPM58ryKMwzX6KDBypQ/. Acesso em: 08 jun. 2024.

PERES, Frederico. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando oconceito de Health Literacy no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5,2022. Disponível em: https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/alfabetizacao-letramento-ou-literacia-em-saude-traduzindo-e-aplicando-o-conceito-de-health-literacy-no-brasil/18567?id=18567. Acesso em: 28 jun. 2024.

PERES, Frederico; RODRIGUES, Karla Menezes; SILVA, Thais Lacerda*Literacia em Saúde*. Editora FIOCRUZ, 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/livro/literacia-em-saude

PIAGET, J. *Problemas de psicolinguística*. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Mestre Jou,1973.

ROJO, Roxane H. R. Pedagogia dos multiletramentos. In: ROJO, Roxane H. R.; MOURA, Eduardo (org.) *Multiletramentos na escola*. São Paulo: Parábola, 2012. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/638751217/Pedagogia-dos-Multiletramentos-ROXANE-ROJO Acesso em: 22 jul. 2022.

PIMENTEL, Viviane Rangelde Muros; SOUSA, Maria Fatima; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, 2022. DOI: 10.1590/s0103-73312022320316. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/364710337_Comunicacao_em_saude_e_promocao_da_saude_contribuicoes_e_desafios_sob_o_olhar_dos_profissionais_da_Estrategia_Saude_da_Familia. Acesso em: 08 jun. 2024.

SAFATLE, Vladimir. Para além da necropolítica: considerações sobre a gênese e os efeitos do Estado suicidário. *A terra é redonda: eppur si muove..*, 23 out. 2020. Disponível em: https://aterraeredonda.com.br/para-alem-da-necropolitica/. Acesso em: 20 maio 2024.

SALAZAR, Ligiade. *Evaluación de efectividad en promoción de la Salud, Guia de Evaluación Rápida*. Colômbia: CEDETES, Universidad del Valle, Cali, 2004. Disponível em: https://encurtador.com.br/tnmjz. Acesso em: 27 maio 2024.

SCLIAR, Moacir. História do conceito de saúde. Physis: *Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*,17(1), p. 29-41, 2007 Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/physis/2007.v17n1/29-41/pt. Acesso em: 22 jul. 2022.

SILVA, Cíceroda Silva; Gonçalves, Adair Vieira. V. Principais vertentes dos estudos do letramento no Brasil. *Texto Livre: Linguagem e Tecnologia*, Belo Horizonte, v.14, n.1,2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350640085_Principais_vertentes_dos_estudos_do_letramento_no_Brasil Acesso em: 23 maio 2024.

SOARES, Magda. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. *Revista Brasileira de Educação*, n. 25, p. 5-17, 2004. Disponível em https://www.scielo.br/j/rbedu/a/89tX3SGw5G4dNWdHRkRxrZk/ Acesso em: 20 maio 2024.

SOARES, Magda. *Letramento: um tema em três gêneros*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. Disponível em: https://encurtador.com.br/cfJ02.

SØRENSEN, Kristine; BRAND, Helmut. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International*, v. 29, n. 4, p. 634-644, 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23479322/ Acesso em: 29 maio 2024.

TEIXEIRA, Carmen F. Glossário. In: TEIXEIRA, Carmen F. (org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 129. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf Acesso em: 25 mai. 2024.

UNESCO. Resumo do Relatório de Monitoramento Global da Educação 2023: Tecnologia na educação: Uma ferramenta a serviço de quem? Paris, UNESCO, 2023. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000386147_por. Acesso em: 23 jun. 2024.

VAZ DE ALMEIDA, Cristina. Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. *In*: LOPES, Carlos;

VAZ DE ALMEIDA, Cristina.(coord.).*Literacia em saúde na prática*. Lisboa: Edições ISPA, 2019. P. 43-52. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7662/1/Literacia%20em%20sa%c3%bade%20na%20pr%c3%a1tica_43.pdf. Acesso em: 08 jul. 2024.

VAZ DE ALMEIDA, Cristina. Linguagem clara na Literacia em Saúde. *In*: *Manual de literacia em saúde: princípios e práticas*.Coord. Cristina Vaz de Almeida, Isabel Fragoeiro. 1. ed. - Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 2023. Disponível em: https://m.pactor.pt/pt/catalogo/educacao-ciencias-da-educacao/educacao/manual-de-literacia-em-saude/. Acesso em: 22 jul. 2022.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

ZANCHETTA Margareth Santos; MORAES Katarinne Lima. Letramento em saúde: determinante social da saúde desafiador para a pesquisa e prática da enfermagem. *Rev baiana enferm*, 37:e56724, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/56724/32037 Acesso em: 14 de julho de 2024.

CAPÍTULO 2

Aspectos históricos do Letramento em Saúde

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
Ana Tereza Silva e Diogo
Ana Paula Xavier Oliveira Santos
Luci Ana Santos da Cunha

Introdução

As duas primeiras décadas do século XXI constitui-se em uma era definida pela superabundância de informações, onde dados fluem, incessantemente, através de múltiplas plataformas de mídia e redes sociais. No entanto, essa facilidade de disseminação de informações também possibilitou a proliferação de notícias falsas, conhecidas como *Fake News*. Na área da saúde, a disseminação de informações falsas pelas redes sociais compromete o bem-estar das pessoas, situação que se tornou bastante evidente durante o período da pandemia de COVID-19, nos anos de 2020 e 2021 (Moyses *et al*., 2024).

Essa falta de conhecimento crítico e o precário nível de Letramento em Saúde (LS) podem levar à aceitação de informações incorretas como verdadeiras, resultando em decisões prejudiciais à saúde (Sørensen *et al.,* 2012; WHO, 2013). E a saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos, sendo essencial para que se possa usufruir de tantos outros direitos (OMS, 2024). Portanto, a promoção

da saúde é uma necessidade imperativa (Carta de Otawa, 1986) e pode ocorrer, principalmente, por meio de uma educação em saúde eficaz.

A educação em saúde desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, propiciando o empoderamento das pessoas e ampliando seus conhecimentos sobre LS (Finbråten, 2020). O LS envolve a apropriação, pelos indivíduos e comunidades, das habilidades necessárias para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde, bem como ao funcionamento dos serviços de saúde, visando a manutenção ou a melhoria de sua condição de saúde (Sørensen *et al*., 2012; WHO, 2013; Sørensen, K. *et al.,* 2021; Brach, 2024).

Pessoas e comunidades letradas em saúde são mais capazes de reivindicar e usufruir de boas condições de saúde, posicionando-se de forma crítica diante de informações falsas e dos determinantes de saúde. Esses determinantes são responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde, exercendo influência nos indivíduos e comunidades que podem apresentar distintos níveis de LS que, por sua vez, exercem influência sobre o bem-estar e qualidade de vida das pessoas.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) referem-se às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como aos sistemas de poder mais amplos que moldam essas condições de vida. Esses determinantes incluem fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e ambientais que afetam a saúde das populações (Nutbeam; Lloyd, 2021). Essa correlação pode ser melhor evidenciada pelo modelo teórico conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde, a ser apresentado em outra sessão deste capítulo (Solar; Irwin, 2010). Nesse contexto,a qualidade de intervenções, efetivas ou ineficazes, são decorrentes do nível de LS, individual e coletivo, bem como de outros determinantes sociais da saúde.

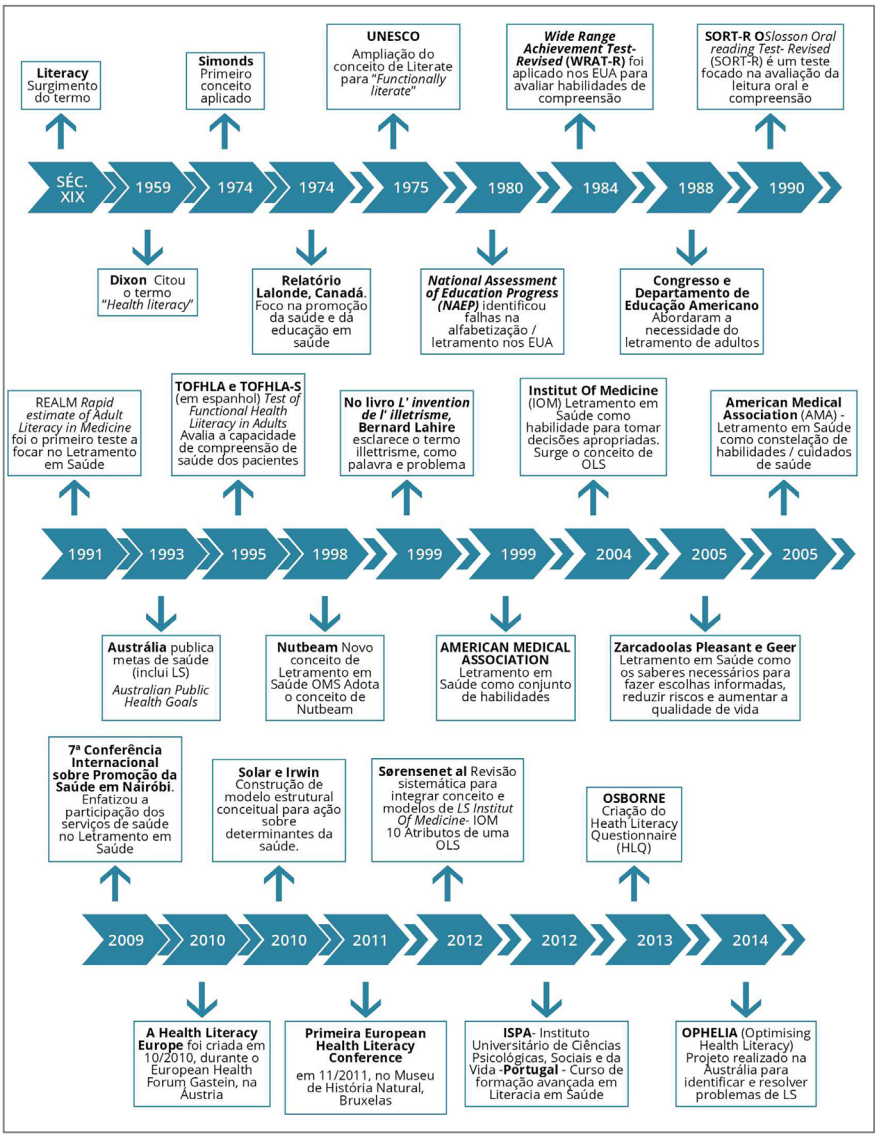
A Organização Mundial de Saúde reconhece o LS como um dos determinantes intermediários da saúde (WHO, 2008), enfatizando que o nível de LS tem um impacto direto na qualidade de vida das pessoas

e comunidades. E dada a sua amplitude, com o tempo, o conceito de LS, que, inicialmente, referia-se apenas ao conhecimento individual, expandiu-se para incluir uma definição mais abrangente, refletindo sua relevância tanto para indivíduos quanto para grupos sociais (Sørensen, K. *et al*., 2012; WHO, 2013; Farmanova; Bonneville; Bouchard, 2018; Sørensen, K. *et al.,* 2021; Brach, 2024). Para uma compreensão mais abrangente das evoluções no campo do LS, serão exploradas suas origens e como elas contribuem para a história desse construto.

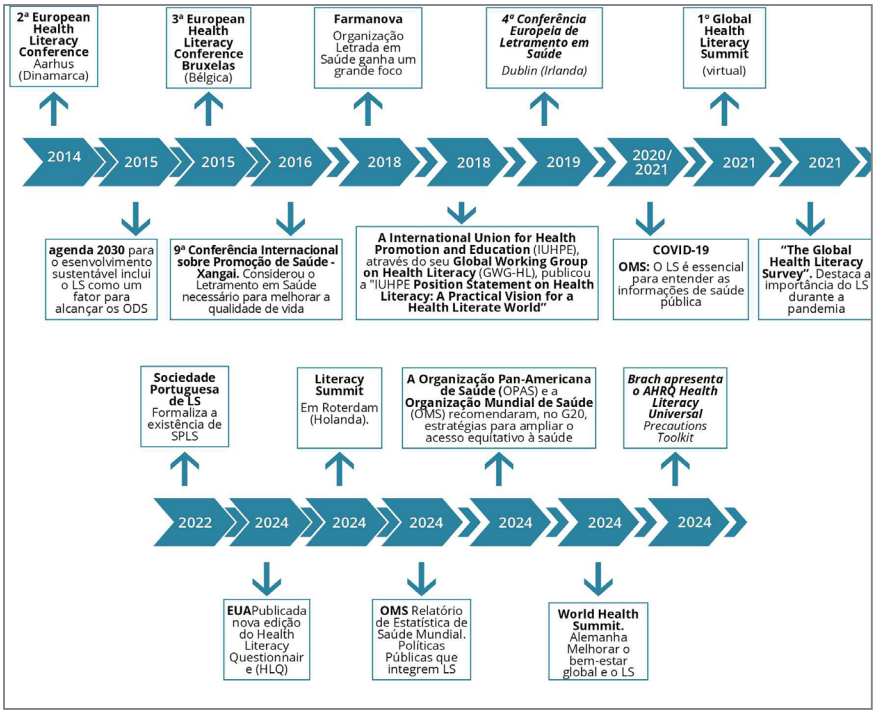
Marcos históricos do Letramento em Saúde: uma síntese temporal

As linhas do tempo apresentadas a seguir oferecem uma visão abrangente dos marcos históricos do LS em nível mundial e brasileiro, destacando os marcos importantes que estruturaram o campo do LS. Essa abordagem permite uma compreensão profunda da evolução do LS e de seu impacto tanto global quanto brasileiro. O fluxograma1 apresentada a seguir ilustra essa trajetória, apresentando os principais eventos e avanços que marcaram a consolidação do LS a nível mundial ao longo do tempo.

Fluxograma 1: Linha da história do letramento em saúde a nível mundial:do surgimento do termo até a década de 2020



Continuação Filuxograma 1: Linha da história do letramento em saúde a nível mundial. Do surgimento do termo até a década de 2020



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Marcos históricos do Letramento em Saúde

O LS tem uma história rica e diversificada, com origens em diferentes contextos e evolução ao longo do tempo. Foram destacados alguns marcos importantes relacionados ao LS no mundo, que serão reapresentados a seguir.

Marcos históricos do letramento em Saúde em nível mundial

Século XIX

Final do século XIX - O termo "*literacy*" foi introduzido.

No final do século XIX, o termo *literate*, originário do latim *literatus*, que denota o estado de ter aprendido ou de ser instruído, evoluiu para *literac*y, incorporando o morfema '-cy', que indica uma condição ou estado.

Segundo o *Oxford Advanced Learner's Dictionary online*[1], *literacy*,*the ability to read and write*, ou seja, habilidade de ler e escrever.*Literate* deriva do latim *literatus*, que significa "aprendido" ou "letrado", com origem na palavra *littera*, que se refere à letra do alfabeto.

Segundo o **Merriam-Webster's Collegiate Dictionary** *online*[2], "literacy" é definida como *the quality or state of being literate*, ou seja, a qualidade ou o estado de ser letrado (Rosa, 2019)[3].

1959

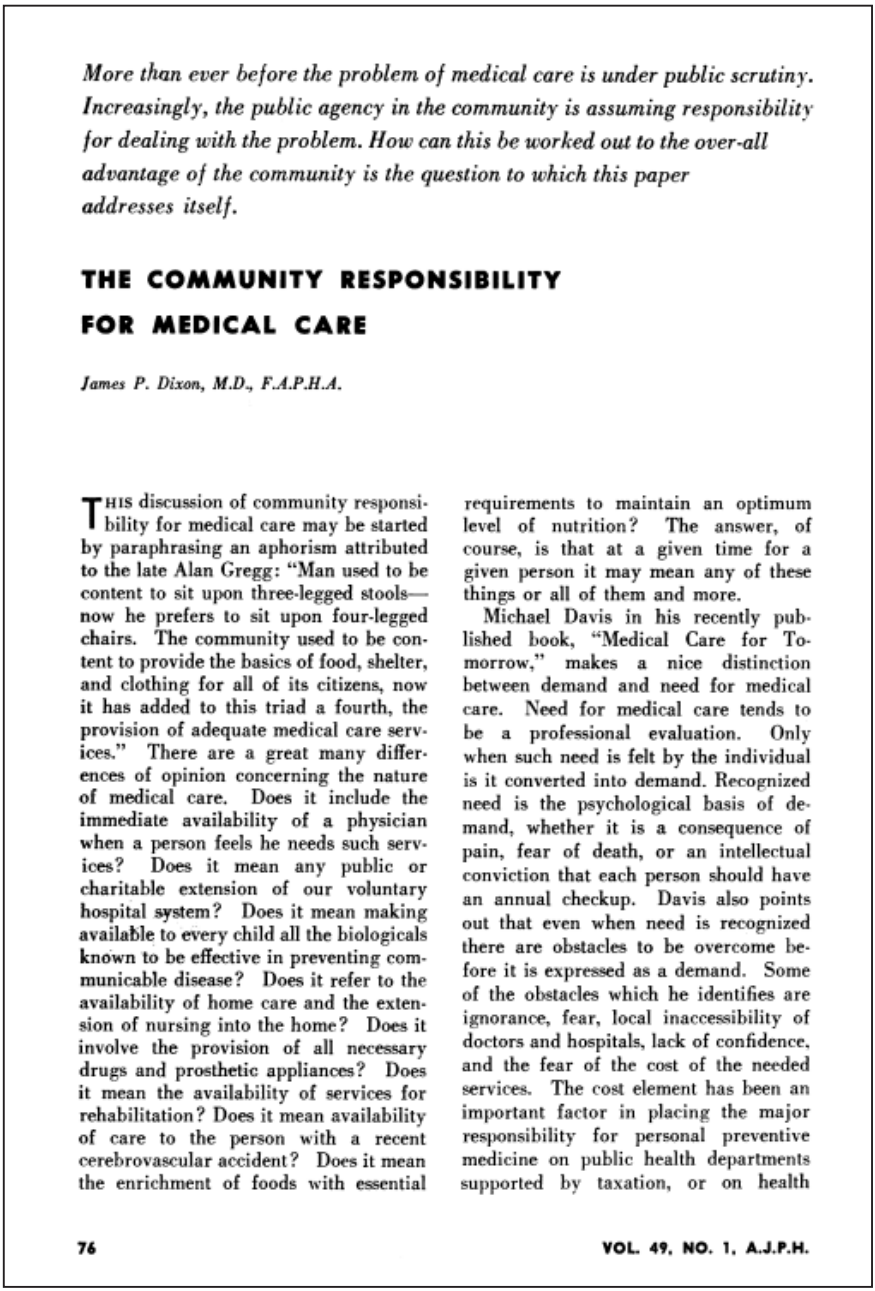
1959: O termo "*Health literacy*" (Letramento em Saúde) foi introduzido por Dixon. O termo *Health literacy* (Letramento em Saúde) foi introduzido por Dixon, em seu artigo sobre a responsabilidade comunitária na assistência médica, em 1959, que o mencionou como uma estratégia da comunidade para melhorar os cuidados médicos disponibilizados à população (Dixon, 1959) (Figura 2).

1 Disponível em: https://www.oxfordlearnersdictionaries.com. Acesso em: 21 fev. 2025.

2 Disponível em: https://www.merriam-webster.com/dictionary/literacy Acesso em: 21 fev. 2025.

3 Para compreender melhor: *Literate:* Este termo deriva de *literatus* e é usado em inglês com o mesmo significado, para descrever alguém que é instruído, erudito, letrado.
Literati: É o plural de literatus e refere-se a um grupo de pessoas instruídas, geralmente escritores e acadêmicos.
Littera: em latim, é a palavra para "letra" (Rosa, 2019).

Figura 2: *The Community Responsibility for Medical Care*



More than ever before the problem of medical care is under public scrutiny. Increasingly, the public agency in the community is assuming responsibility for dealing with the problem. How can this be worked out to the over-all advantage of the community is the question to which this paper addresses itself.

THE COMMUNITY RESPONSIBILITY FOR MEDICAL CARE

James P. Dixon, M.D., F.A.P.H.A.

THIS discussion of community responsibility for medical care may be started by paraphrasing an aphorism attributed to the late Alan Gregg: "Man used to be content to sit upon three-legged stools—now he prefers to sit upon four-legged chairs. The community used to be content to provide the basics of food, shelter, and clothing for all of its citizens, now it has added to this triad a fourth, the provision of adequate medical care services." There are a great many differences of opinion concerning the nature of medical care. Does it include the immediate availability of a physician when a person feels he needs such services? Does it mean any public or charitable extension of our voluntary hospital system? Does it mean making available to every child all the biologicals known to be effective in preventing communicable disease? Does it refer to the availability of home care and the extension of nursing into the home? Does it involve the provision of all necessary drugs and prosthetic appliances? Does it mean the availability of services for rehabilitation? Does it mean availability of care to the person with a recent cerebrovascular accident? Does it mean the enrichment of foods with essential requirements to maintain an optimum level of nutrition? The answer, of course, is that at a given time for a given person it may mean any of these things or all of them and more.

Michael Davis in his recently published book, "Medical Care for Tomorrow," makes a nice distinction between demand and need for medical care. Need for medical care tends to be a professional evaluation. Only when such need is felt by the individual is it converted into demand. Recognized need is the psychological basis of demand, whether it is a consequence of pain, fear of death, or an intellectual conviction that each person should have an annual checkup. Davis also points out that even when need is recognized there are obstacles to be overcome before it is expressed as a demand. Some of the obstacles which he identifies are ignorance, fear, local inaccessibility of doctors and hospitals, lack of confidence, and the fear of the cost of the needed services. The cost element has been an important factor in placing the major responsibility for personal preventive medicine on public health departments supported by taxation, or on health

Fonte: Dixon *et al.* (1959).

Continuação Figura 2: *The Community Responsibility for Medical Care*

It should be clear from the foregoing discussion that there are no categorical answers as to what role in the provision of health services government should have in any community at any given point of time.

Certain trends are obvious: an increasing concern on the part of government for economically disadvantaged groups such as the needy, the medically needy, and retirees; a continuing tendency on the part of people to continue to use the organizational devices of government to secure a more equitable availability of such services; and the continuing concern of the use of government to insure against the possibility of health disasters such as epidemics.

Against this we have arrayed the personal force of individual responsibility, the tremendous growth of voluntary insurance, and the increasing health literacy on the part of all our people. We have pointed out that one characteristic of government is its characteristic middle class response to lower class pressures. I suspect that this is equally a characteristic of much of our voluntary health movement.

These facts suggest that there is another emerging role of government that should be thoroughly explored in these times. It is the role of government taking the responsibility to assure that proper planning, counseling, and leadership are incorporated into our community efforts for better medical care.

It is probably at the local level of government where government and voluntary agencies can join together to extract out of their total community resources a reasonable system of meeting medical care needs. To insure success of such planning, government on the one hand must learn to be less supercilious about the ultimate worth of the voluntary health movement, and the voluntary health movement on the other hand must accept the fact that government does have a large sanction from the people for planning and provision of services.

Government is deeply involved in the provision of community medical care services. We have examined some of the services now provided in the light of community needs and demands. Trends indicate perhaps that the role of government in this matter may be increasing rather than decreasing. Altogether, there is a need for better community planning for medical care with recognition in the planning process of the role of government.

Dr. Dixon is the health commissioner, Department of Public Health, Philadelphia, Pa.

This paper was presented at the Eighty-Fifth Annual National Conference on Social Welfare, Section on Services to Agencies and Communities, on May 14, 1958, in Chicago, Ill.

Fonte: Dixon *et al*. (1959).

Década de 1970

1974

1974: Simonds apresentou o termo "*health literacy*" como um objetivo político para a educação em saúde (Simonds, 1974).

O conceito de *health literacy* ressurgiu na literatura em 1974, quando Simonds, em seu artigo *Health education associal policy*, apresentou-o como um objetivo político para a educação em saúde, recomendando sua implementação em todos os níveis educacionais (Simonds, 1974). Simonds também ressalta a importância de combater a desinformação e as informações enganosas relacionadas à saúde (Vaz de Almeida, 2023) (Figura 3).

Figura 3: *Health Education as Social Policy*

Health Education as Social Policy
Scott K. Simonds, Dr. P.H.

Professor of Health Education
University of Michigan, School of Public Health

I would like to discuss health education within the context of social policy, and hopefully establish a common "frame of appreciation" regarding health education as a policy question. I will try to outline some of the essential areas in social policy that are needed to provide a new sense of direction for health education.

DIMENSIONS OF SOCIAL POLICY

Most of us will agree that social policy involves the provision of social services. Titmuss argues that all social service activities that serve a common purpose can be grouped together, so that all forms of collective intervention that contribute to the general welfare are acts of social policy. He extends this concept to include not only the provision of social services, but also the social purposes for which these services are provided in the areas of agriculture, economics, manpower development, natural resources development, and social welfare. In effect, Titmuss' concept suggests that any institutional activities intended for the social well-being of the population are matters of social policy.[1] The Joint Economic Committee has similarly stated that any activities that contribute to human resources development are the concerns of social policy.[2]

Boulding has taken the approach that "by and large it is the objective of social policy to build the identity of a person around some community with which he is associated." He notes that "the institutions with which social policy is especially concerned, such as the school, family, or church; or at the other end, the public assistance office, court or prison, all reflect degrees of integration of persons and community." Thus, Boulding's ideas suggest that any activities that decrease the gaps between human needs and the institutional providers of society are matters of social policy.[3]

Dror has proposed several criteria for selecting subjects for policy studies that give us yet another view of the dimensions of social policy and its relevance for health education. According to Dror, to be considered for study as social policy, the subject must be relevant to important problems and issues faced by the country; it must be useful, in the sense of having some possible beneficial impacts on the actual

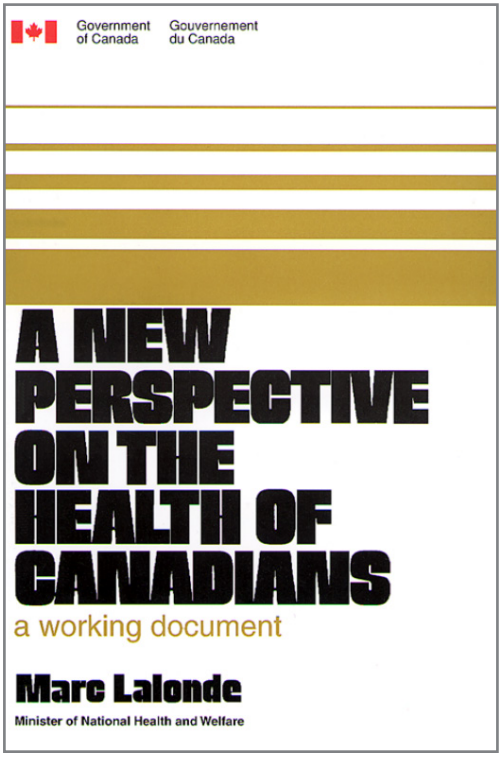
Fonte: Simonds (1974).

1974

1974: Relatório Lalonde, marco do foco na Promoção da Saúde (Lalonde, 1974).

No ano de 1974, foi produzido, no Canadá, o 'Relatório Lalonde', sob o nome de *A New Perspective on the Health of Canadians* (Uma Nova Perspectiva da Saúde dos Canadenses), que teve um impacto significativo na abordagem à saúde pública e na identificação de desigualdades sanitárias. O relatório também destacou a necessidade de ações de promoção da saúde, focadas na educação das pessoas e nos segmentos da população de maior risco (Vaz de Almeida, 2023).

Figura 4: Relatório Lalonde

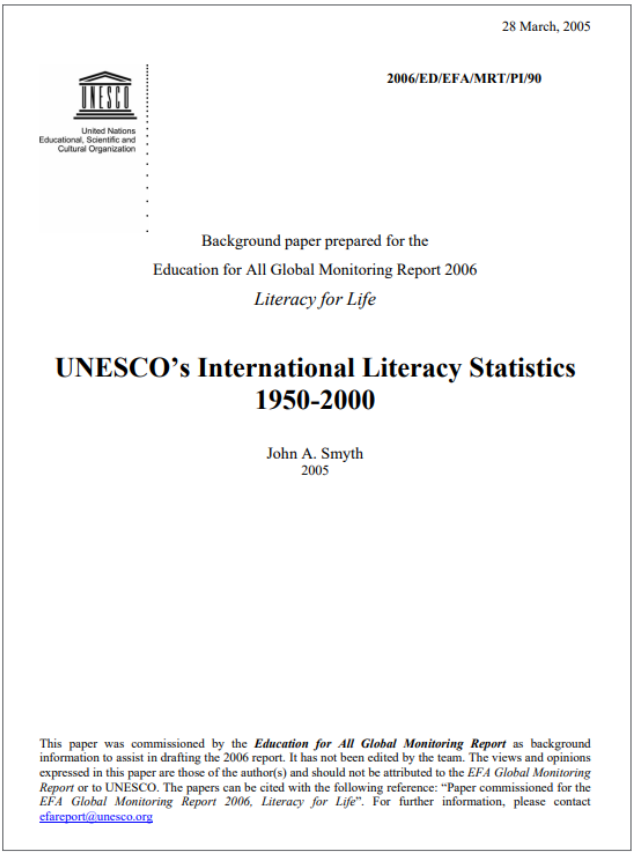


Fonte: Lalonde (1974).

1975: UNESCO apresentou a distinção entre os termos "letramento" e "alfabetização".

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) propuseram expandir o conceito de *literat*e. Os membros da UNESCO em 1975propuseram expandir o conceito de *literat*e para *functionally literate*, sugerindo que a avaliação das competências de leitura e escrita deveria transcender a mera capacidade de ler e escrever (Smyth, 2005) (Figura 5).

Figura 5: *UNESCO's International Literacy Statistics* 1950-2000



28 March, 2005

2006/ED/EFA/MRT/PI/90

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

Background paper prepared for the
Education for All Global Monitoring Report 2006
Literacy for Life

UNESCO's International Literacy Statistics 1950-2000

John A. Smyth
2005

This paper was commissioned by the ***Education for All Global Monitoring Report*** as background information to assist in drafting the 2006 report. It has not been edited by the team. The views and opinions expressed in this paper are those of the author(s) and should not be attributed to the *EFA Global Monitoring Report* or to UNESCO. The papers can be cited with the following reference: "Paper commissioned for the *EFA Global Monitoring Report 2006, Literacy for Life*". For further information, please contact efareport@unesco.org

Fonte: Smyth (2005).

Continuação Figura 5: *UNESCO's International Literacy Statistics* 1950-2000

what was then called 'cutting off illiteracy at its base' through the development of the formal education system was not denied but was regarded as a long term solution.[8] A number of countries initiated mass campaigns for the eradication of illiteracy among adults.[9] Other countries, more cautious, stressed the difficulties of organizing such campaigns and the likelihood that if they were not organized properly then they would only result in the acquisition of superficial levels of literacy. Still others advocated a selective approach focused on functional literacy for adults especially in key economic sectors. International action eventually coalesced (in 1966) in the inauguration of the joint UNESCO-UNDP Experimental World Literacy Programme, which was conceived as a kind of 'world campaign', though largely one with a focus on functional literacy.

One consequence of all the activity and debate during the 1960s and early 1970s concerning the eradication of illiteracy was the emergence of an international consensus around the concept of 'functional illiteracy', as evidenced for example at the International Symposium for Literacy that met in Persepolis, Iran, in 1975, in order to take stock of the situation of adult literacy in the world in the light of developments that had occurred in the decade following the 1965 Teheran World Congress (Bataille 1976). The consensus came to be formalized later that year when UNESCO's General Conference adopted a Revised Recommendation Concerning the International Standardization of Educational Statistics that included definitions of 'functional literacy' and 'functional illiteracy' (UNESCO 1975):

A person is functionally literate who can engage in all those activities in which literacy is required for effective functioning of his (her) group and community and also for enabling him (her) to continue to use reading, writing and calculation for his (her) own and the community's development.

A person is functionally illiterate who cannot engage in all those activities in which literacy is required for effective functioning of his (her) group and community and also for enabling him (her) to continue to use reading, writing and calculation for his (her) own and the community's development.

---

[7] Other definitions and classifications included in the Recommendation concerned statistics of educational attainment, educational institutions, and educational finance (UNESCO 1958).

[8] This debate is broadly summarized in UNESCO (2000b). See also the reports on worldwide adult literacy activity given in UNESCO (1968, 1970, 1972, 1980).

[9] For example, see Bhola (1984).

Fonte: Smyth (2005).

Década de 1980

1980

1980: Nos Estados Unidos, o *National Assessment of Education Progress* (NAEP)[4] identificou baixo letramento em concluintes do ensino médio. Essa constatação emergiu como uma questão de política nacional.

Nos Estados Unidos, o NAEP identificou, no início dos anos 1980, que muitos jovens concluintes do ensino médio não possuíam as habilidades de leitura necessárias para práticas sociais e profissionais que requerem escrita. Foi observado que as dificuldades no uso da língua escrita não estavam atreladas à alfabetização do sistema de escrita, indicando que o desafio residia na *literacy* e não na *illiteracy* (Kirsch, 1986).

1984

1984: A ferramenta *Wide Range Achievement Test- Revised* (WRAT-R) foi aplicada nos EUA para avaliar habilidades de compreensão. Constatou-se níveis de compreensão indesejáveis.

Em 1984, nos EUA, o *Wide Range Achievement Test-Revised* (WRAT-R) foi aplicado para avaliar habilidades de compreensão de uma pessoa e foi utilizado para identificar possíveis dificuldades ao longo do tempo (Reynolds, 1986).

Há que se considerar, no entanto, que o WRAT-R apresenta enigma desconcertante para os usuários. Claramente, não é um teste de desempenho aceito, mas sim uma medida única com possíveis aplicações clínicas e de pesquisa. Apesar dos esforços de seus autores para tornar o WRAT-R "um instrumento

4 https://nces.ed.gov/

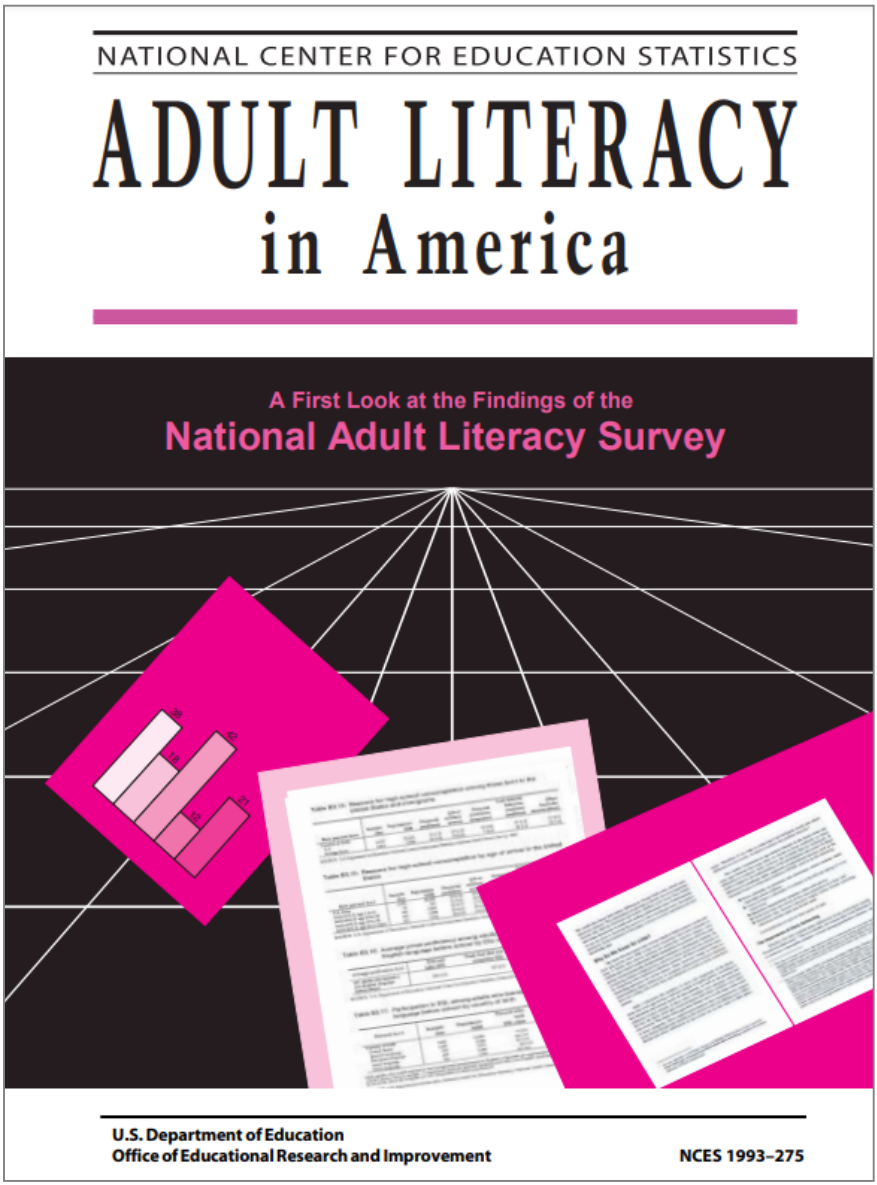
psicométrico ainda mais sólido", o teste reivindica muito mais do que oferece, na estimativa desse avaliador. Principalmente devido a questões não resolvidas de validade e falhas nos procedimentos de padronização, em sua forma atual, o WRAT-R deve ser considerado inadequado para uso geral (Reynolds, 1986).

1988

1988: O baixo letramento emergiu como uma questão de política nacional nos EUA. O Congresso Americano solicitou ao Departamento de Educação a definição de letramento e a formulação de estratégias para promover o letramento adulto (Kirsch *et al.*, 1993).

Em 1988, o baixo letramento emergiu como uma questão de política nacional nos EUA, visto que poderia restringir a competitividade econômica, social e de defesa do país. Em resposta, o Congresso Americano solicitou ao Departamento de Educação a definição de letramento e a formulação de estratégias para promover o letramento adulto (Berkman; Davis; Mccormack, 2010). E para avaliar os seus cidadãos, nos EUA foi lançado o *Slosson Oral Reading Test-Revised* (SORT-R), um teste utilizado para avaliar o grau de proficiência de uma pessoa em ler e escrever, identificando dificuldades específicas e acompanhando seu desenvolvimento ao longo do tempo (Slosson, Nicholson, 2002) (Figura 6).

Figura 6: *Adult Literacy in America*



Fonte: Kirsch *et al.*, 1993.

Década de 1990

1990

1990: Avaliação do letramento com instrumentos genéricos - o Wide Range Achievement Test-Revised (WRAT-R) e o Slosson Oral Reading Test-Revised (SORT-R).

O SORT-R foi criado por Arnold J. Slosson. Ele é um instrumento de avaliação utilizado para medir a habilidade de leitura oral de indivíduos, especialmente para avaliar o nível de leitura de crianças e adultos com dificuldades. O SORT-R é uma versão revisada do original, o que significa que passou por ajustes e modificações para melhorar sua precisão e aplicabilidade[5].

1991

1991: Foi criado um teste para avaliar o LS - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM). Em 1991, foi criado o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), por Davis e colaboradores. Ele foi o primeiro a focar em LS, com 125 termos de saúde, utilizado com pacientes ambulatoriais, limitado ao inglês (EUA) e sem avaliar habilidades numéricas (Davis *et al.*, 1991; Murphy *et al*., 1993; Parker *et al*., 1995).

O **Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)** foi criado por Davis e colaboradores, com o objetivo de avaliar rapidamente o LS de adultos, particularmente em contextos médicos. Ele foi desenvolvido para identificar rapidamente as dificuldades de leitura de palavras comuns relacionadas à saúde. A validação do REALM foi realizada por Davis e sua equipe, que conduziram vários estudos para avaliar a precisão e a confiabilidade do teste (Davis *et al*., 1993).

5 https://www.slossonnews.com/slossonCatalog2024Pricing.pdf

1993

Austrália publica metas de saúde (inclui LS) Australian Public Health Goals.

Em 1993, a Austrália divulga o relatório australiano National Health Goals and Targets que contém o conjunto completo de metas e objetivos para a saúde pública do país. O relatório agrupa as metas e objetivos em quatro áreas: mortalidade e morbidade evitáveis, estilos de vida saudáveis e fatores de risco, LS e ambientes saudáveis (Queensland Health, 1993).

1995

1991: Foi criado um teste para avaliar o LS - *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) que foi traduzido para o espanhol TOFHLA-S (Spanish).

Para superar as limitações do REALM, Parker e colaboradores desenvolveram TOFHLA e sua versão em espanhol, o TOFHLA-S, em 1995, com itens de leitura e numéricos, validados com pacientes das línguas inglesa e espanhola, provando ser um indicador confiável da capacidade de compreensão de saúde dos pacientes (Parker *et al*., 1995).

O TOFHLA é um teste de letramento funcional em saúde, composto por 50 itens de compreensão de leitura e 17 de habilidade numérica, com aplicação de aproximadamente 22 minutos. Ele foi desenvolvido com materiais hospitalares reais e aplicado em dois hospitais públicos de ensino, comparando-se com o WRAT-R e o REALM.

O TOFHLA mostrou boa correlação com os outros testes (0,74 e 0,84, respectivamente). Os resultados indicaram que 52%

dos falantes de inglês acertaram mais de 80% das questões, mas 15% não conseguiram interpretar uma bula de medicamento e 37% não entenderam instruções sobre jejum para medicação. O TOFHLA foi considerado válido e confiável para medir a capacidade de leitura de materiais de saúde (Parker *et al*., 1995).

1998

1998: O LS foi conceituado por Don Nutbeam.

Essa definição foi posteriormente adotada pela **Organização Mundial da Saúde (OMS)**.

Em 1998, o LS foi conceituado por Don Nutbeam como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que impulsionam a capacidade de acessar, entender e aplicar informações para promover a saúde, uma definição posteriormente adotada pela OMS (Nutbeam, 1998).

O conceito foi apresentado por Don Nutbeam, no *Heath promotion glossary* (Figura 7).

Figura 7: *Heath promotion glossary*

HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL
© Oxford University Press 1998

Vol. 13, No. 4
Printed in Great Britain

Health promotion glossary[1]

DON NUTBEAM
WHO Collaborating Centre for Health Promotion, Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney, Sydney, Australia

FOREWORD: MOVING TOWARDS A NEW PUBLIC HEALTH

The first edition of this health promotion glossary of terms was published by the World Health Organization (WHO) in 1986 as a guide to readers of WHO documents and publications. It met a useful purpose in clarifying the meaning and relationship between the many terms which were not in common usage at that time. This first edition of the glossary has been translated into several languages (French, Spanish, Russian, Japanese and Italian), and the terms defined have been widely used both within and outside WHO. The glossary was adapted and republished in German in 1990.

Much has happened since the publication of the glossary a decade ago. Most notably, in October 1986 the First International Conference on Health Promotion was held in Ottawa, Canada, producing what is now widely known as the *Ottawa Charter for Health Promotion*. This conference was followed by others which explored the major themes of the *Ottawa Charter* on healthy public policy (in Adelaide, 1988), and on supportive environments for health (in Sundsvall, 1991). These conferences have added greatly to our understanding of health promotion strategies and their practical application, as well as more fully accounting for issues of relevance to developing countries. This was taken a step further at the 4th International Conference on Health Promotion—*New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century*, which was held in Jakarta, Indonesia in July 1997.

Several WHO programmes and projects have been developed and implemented which have sought to translate health promotion concepts and strategies into practical action. These include: the 'Healthy Cities, Villages, Municipalities' and 'Healthy Islands' projects; the networks of 'Health Promoting Schools' and 'Health Promoting Hospitals'; the 'Healthy Marketplaces and 'Health Promoting Workplaces' projects; as well as WHO action plans on alcohol and tobacco, active living and healthy ageing.

Recent developments in health systems around the world have given new prominence to health promotion approaches. The increasing focus on health outcomes reconfirms the priority placed on investment in the determinants of health through health promotion. Continually asking the question 'where is health created?' links health promotion to two major reform debates: the formulation of new public health strategies, and the need to re-orient health services. The foresight shown in the *Ottawa Charter* has been adopted by many countries and organizations around the world—a process which was taken one step further through the 4th International Conference on Health Promotion in Jakarta, July 1997. This Conference adopted the *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. A number of terms that are

[1] This paper was originally prepared as a resource document for the 4th International Conference on Health Promotion—New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta, Indonesia, 21–25 July 1997. It was subsequently revised to account for the outcomes from that conference, specifically the *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*.

Fonte: Nutbeam (1998).

Continuação Figura 7: *Heath promotion glossary*

measure the social and economic conditions and the physical environment as it relates to health, measures of **health literacy** and **healthy public policy**. This latter group of indicators may be used to measure **intermediate health outcomes** and health promotion outcomes.

Health literacy

Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.

Reference: new definition.

Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and **living conditions**. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to **empowerment**. Health literacy is itself dependent upon more general levels of literacy. Poor literacy can affect people's health directly by limiting their personal, social and cultural development, as well as hindering the development of health literacy.

Health outcomes

A change in the **health status** of an individual, group or population which is attributable to a planned intervention or series of interventions, regardless of whether such an intervention was intended to change **health status**.

Reference: new definition.

Such a definition emphasizes the outcome of planned interventions (as opposed, for example, to incidental exposure to risk), and that outcomes may be for individuals, groups or whole populations. Interventions may include government policies and consequent programmes, laws and regulations, or health services and programmes, including health promotion programmes. They may also include the intended or unintended health outcomes of government policies in sectors other than health. Health outcomes will normally be assessed using **health indicators**. (See also **intermediate health outcomes**, and **health promotion outcomes**.)

Health policy

A formal statement or procedure within institutions (notably government) which defines priorities and the parameters for action in response to health needs, available resources and other political pressures.

Reference: modified definition.

Health policy is often enacted through legislation or other forms of rule-making which define regulations and incentives that enable the provision of health services and programmes, and access to those services and programmes. Health policy is currently distinguished from **healthy public policy** by its primary concern with health services and programmes. Future progress in health policies may be observed through the extent to which they may also be defined as **healthy public policies**.

As with most policies, health policies arise from a systematic process of building support for public health action that draws upon available evidence, integrated with community preferences, political realities and resource availability.

Health Promoting Hospitals

A health promoting hospital does not only provide high quality comprehensive medical and nursing services, but also develops a corporate identity that embraces the aims of health promotion, develops a health promoting organizational structure and culture, including active, participatory roles for patients and all members of staff, develops itself into a health promoting physical environment and actively cooperates with its community.

Reference: adapted from WHO (1991) *Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*.

Health promoting hospitals take action to promote the health of their patients, their staff, and the population in the community they are located in. Health promoting hospitals are actively attempting to become 'healthy organizations'. The Health Promoting Hospital is a concept in development since 1988. An international network has developed to promote the wider adoption of this concept in hospitals and other health care settings.

Health Promoting Schools

A health promoting school can be characterized as a school constantly strengthening its capacity as a healthy setting for living, learning and working.

Reference: WHO (1997) *Promoting Health through Schools: Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. WHO Technical Report Series.

Towards this goal, a health promoting school engages health and education officials, teachers,

Fonte: Nutbeam (1998).

Como consequência, foi proposto um modelo que classifica o LS em três níveis:

1) Letramento funcional (*Functional health literacy*) – Habilidades básicas de leitura e escrita necessárias para lidar com informações de saúde.

2) Letramento interativo (*Interactive health literacy*) – Capacidade de aplicar e interpretar informações de saúde em diferentes contextos, permitindo maior autonomia na tomada de decisões.

3) Letramento crítico (*Critical health literacy*) – Habilidade de analisar e utilizar criticamente informações de saúde para promover mudanças individuais e coletivas.

Esse modelo ajudou a estruturar políticas públicas e pesquisas na área, enfatizando que o LS não se limita à leitura de textos médicos, mas envolve também a capacidade de utilizar essas informações de forma eficaz.

1999

1999: No livro *L' invention de l' illetrisme*, Bernard Lahire esclarece o termo *illettrisme*, como palavra e problema.

O livro *L'Invention de l'Illettrisme* (A Invenção do Analfabetismo Funcional), de Bernard Lahire, publicado em 1999, analisa como a noção de "analfabetismo funcional" (*illettrisme*) foi construída na França. Lahire argumenta que o conceito não é apenas uma constatação objetiva de dificuldades na leitura e escrita, mas também uma construção social e política que emergiu em determinado contexto histórico. Lahire examina como as políticas educacionais, os discursos midiáticos e as pesquisas acadêmicas contribuíram para definir e propagar a ideia do *illettrisme*, transformando-o em um problema social.

O autor desafia a visão de que o analfabetismo funcional seria simplesmente uma falha do sistema educacional ou dos indivíduos,

mostrando como diferentes agentes (Estado, instituições e mídia) influenciam a percepção do fenômeno. A obra se alinha a outras pesquisas críticas sobre educação e desigualdade social, explorando como certos grupos são estigmatizados sob a ótica do *illettrisme* e como isso se relaciona com desigualdades mais amplas (Figura 8).

Figura 8: *L'invetion de l'* << *illettrisme* >>(Bernard Lahire)



Fonte: Disponível em: https://www.editionsladecouverte.fr/l_invention_de_l___illettrisme_-9782707145925?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 8 maio 2025.

1999

1999: A *American Medical Association* (AMA) destacou competências básicas para compreender e atuar adequadamente no sistema de saúde.

Reconhecendo a necessidade de habilidades fundamentais para a compreensão do sistema de saúde, a AMA,em 1999, destacou a relevância das competências básicas de leitura e numéricas para compreender e atuar adequadamente no sistema de saúde (Parnell, 2015).

Em 1999, a AMA destacou também a importância do LS e definiu competências essenciais para que os indivíduos pudessem compreender e atuar adequadamente no sistema de saúde. Esse movimento foi um marco na conscientização sobre os impactos do LS na equidade, na adesão ao tratamento e nos desfechos clínicos. A AMA enfatizou que baixos níveis de LS podem resultar em dificuldades para interpretar informações médicas, seguir prescrições e tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde. A partir disso, começaram a surgir estratégias para melhorar a comunicação entre profissionais e pacientes, além do desenvolvimento de materiais e programas educativos mais acessíveis.

Década de 2000

2004

2004: Surge o conceito de OLS - *Institut Of Medicine* (IOM) - LS como habilidade para tomar decisões apropriadas.

Consoante ao conceito apresentado por Nutbeam em 1998, outros autores desenvolveram conceitos similares para o termo LS. Em 2004, o IOM definiu LS como o grau de capacidade que os indivíduos têm para obter, processar e compreender as informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões de saúde apropriadas (IOM, 2004).

2005

2005: Zarcadoolas, Pleasant e Greer definiram LS como os saberes necessários para fazer escolhas informadas, reduzir riscos e aumentar a qualidade de vida.

Em 2005, Zarcadoolas, Pleasant e Greer definiram LS como "uma ampla gama de habilidades que as pessoas desenvolvem para buscar, compreender, avaliar e usar informações e conceitos de saúde para fazer escolhas conscientes, reduzir riscos e aumentar a qualidade de vida" (Zarcadoolas; Pleasant; Greer, 2005).

Zarcadoolas, Pleasant e Greer ampliaram a definição de LS, considerando-o um conjunto de saberes necessários para que os indivíduos possam fazer escolhas informadas, reduzir riscos e melhorar sua qualidade de vida. Eles propuseram um modelo de LS baseado em quatro dimensões principais:

1) Letramento fundamental (*Fundamental literacy*) – Habilidades básicas de leitura, escrita e numeracia.

2) Letramento científico (*Scientific literacy*) – Capacidade de compreender e aplicar conceitos científicos à saúde.

3) Letramento cívico (*Civic literacy*) – Conhecimento sobre direitos, responsabilidades e acesso ao sistema de saúde.

Essa visão amplia a compreensão do LS para além da simples leitura de textos médicos, destacando a importância do contexto social, cultural e científico na promoção da saúde.

2005

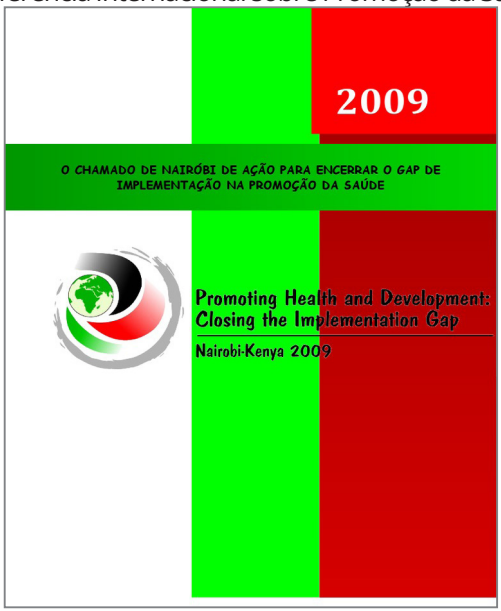
Ainda em 2005, a *American Medical Association* definiu LS como "a constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar leituras básicas e tarefas numéricas necessárias para funcionar no ambiente de cuidados de saúde" (Parnell, 2015).

2009

2009: 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Nairóbi - necessidade das avaliações de LS serem adequadas às diferentes populações.

Em 2009, na 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Nairóbi, enfatizou-se a necessidade das avaliações do nível do LS serem acessíveis e adequadas, considerando-se a idade, o gênero, a cultura, a língua apropriada e os grupos marginalizados (Declaração de Nairóbi, 2009) (Figura 9).

Figura 9: 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Nairóbi



Fonte: Disponível em: https://pt.scribd.com/document/453801446/Carta-de-Nairobi. Acesso em: 8 maio 2025.

A 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Nairóbi, trouxe à tona diversas questões cruciais relacionadas à saúde global, com ênfase na necessidade de avaliações de *Life Satisfaction* (LS - Satisfação com a Vida) serem adequadas às diferentes populações.

Esse tema aborda a importância de compreender que a percepção da qualidade de vida e o conceito de satisfação podem variar, significativamente, entre diferentes grupos culturais, sociais e econômicos.

Razões para as avaliações de LS serem ajustadas às populações:

1) Diferenças culturais e sociais: A satisfação com a vida é influenciada por valores culturais, normas sociais e contextos econômicos. O que é considerado uma vida satisfatória em uma sociedade pode não ser o mesmo em outra. Por exemplo, em algumas culturas, o valor de se ter uma família grande pode ser um indicativo de bem-estar, enquanto em outras, a ênfase pode estar em conquistas individuais ou profissionais.

2) Diversidade socioeconômica: Grupos com diferentes níveis de renda e acesso a recursos enfrentam desafios distintos. A percepção de bem-estar para uma pessoa em situação de vulnerabilidade social pode ser muito diferente da percepção de alguém com acesso a cuidados médicos, educação e recursos financeiros. Avaliar a LS de maneira uniforme para todos pode não capturar as particularidades de cada situação.

3) Acesso a serviços de saúde: O acesso a cuidados médicos de qualidade também impacta a percepção da satisfação com a vida. Em países com sistemas de saúde mais robustos, a satisfação pode ser fortemente associada ao bem-estar físico e mental, enquanto em regiões com sistemas de saúde limitados, a LS pode estar mais ligada a questões de sobrevivência e segurança.

4) Estilos de vida e padrões de desenvolvimento: O modo como diferentes populações definem sucesso, felicidade e bem-estar varia conforme o contexto. Por exemplo, em sociedades urbanizadas, a LS pode ser associada ao sucesso profissional e à mobilidade social, enquanto em comunidades rurais pode estar relacionada a questões como estabilidade familiar e conexão com a terra.

A importância de avaliações contextuais: para que as avaliações de LS sejam mais precisas e representativas, é fundamental que considerem as especificidades de cada grupo. Isso pode incluir a

adaptação de instrumentos de medição, como questionários, que devem ser sensíveis ao contexto cultural, econômico e social dos participantes.

Além disso, a compreensão das diferenças nas percepções de bem-estar pode contribuir para políticas públicas mais eficazes, que atendam melhor as necessidades de diferentes populações, promovendo a saúde de maneira mais inclusiva e contextualizada.





2010: Solar e Irwin, na obra *A Conceptual Framework For Action On The Social Determinants Of Health*, indicaram que os determinantes sociais interferem na saúde.

Em 2010, Solar e Irwin, na obra *A Conceptual Framework For Action On The Social Determinants Of Health*, indicaram que, conforme proposto pela OMS em 2008, os determinantes intermediários da saúde, como renda, educação, ocupação, gênero, raça/etnia, entre outros fatores, afetam a exposição e a vulnerabilidade às condições de saúde (Solar; Irwin, 2010). O LS se caracteriza, portanto, como um determinante intermediário essencial para melhorar a qualidade de vida e promover a equidade em saúde (Kickbusch; Wait; Maag, 2006; WHO, 2008; Solar; Irwin, 2010).

A obra de Solar e Irwin (Solar; Irwin, 2010) discute, de forma aprofundada, como os determinantes sociais influenciam, diretamente, a saúde das populações. Eles propõem um modelo conceitual que destaca as múltiplas formas pelas quais fatores sociais e econômicos afetam as condições de saúde.

Os principais pontos abordados por Solar e Irwin sobre os determinantes sociais da saúde:

1) Determinantes Sociais da Saúde: Solar e Irwin definem os determinantes sociais da saúde como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Esses fatores incluem o acesso a recursos como educação, habitação, trabalho, segurança social, transporte e, até mesmo, as relações sociais. Eles afirmam que as desigualdades nessas condições podem criar disparidades na saúde, impactando a qualidade de vida e a expectativa de vida das pessoas.

2) Estruturas de Determinantes Sociais: Solar e Irwin estruturam os determinantes sociais em dois níveis: os *determinantes estruturais* e os *determinantes intermediários*.

Determinantes estruturais: Referem-se a fatores de longo prazo, como políticas públicas, sistemas econômicos e normas sociais que moldam as condições de vida. Esses fatores incluem, por exemplo, a distribuição de recursos e o poder político, que determinam as oportunidades de saúde em uma sociedade. **Determinantes intermediários**: São mais imediatos e incluem condições de vida, acesso a serviços de saúde, condições de trabalho, e outros fatores, diretamente, relacionados ao cotidiano das pessoas.

Solar e Irwin argumentam que as **desigualdades sociais em saúde** não são causadas apenas por fatores individuais, mas são amplamente moldadas por condições sociais, econômicas e políticas. Eles afirmam que as populações mais vulneráveis enfrentam maiores desafios em termos de acesso a cuidados de saúde, educação e emprego, o que resulta em piores resultados de saúde (Solar; Irwin, 2010).

Um ponto central na obra é a necessidade de **ações intersetoriais** para abordar essas desigualdades. Solar e Irwin destacam que, para melhorar a saúde das populações, é necessário trabalhar com diferentes setores (saúde, educação, trabalho, habitação etc.) e garantir que as políticas públicas sejam integradas e direcionadas para a redução das desigualdades sociais.

Caminhos para a Equidade em Saúde: O modelo proposto por Solar e Irwin enfatiza que a busca pela equidade em saúde exige a promoção de condições sociais que permitam que todas as pessoas, independentemente de sua origem social ou econômica, tenham acesso a recursos que garantam uma vida saudável. Isso inclui o aumento do acesso a serviços de saúde de qualidade, educação, emprego digno, e condições de vida adequadas.

A obra de Solar e Irwin tem **implicações para as políticas públicas**, pois sugere que a saúde não é apenas uma questão de cuidados médicos, mas também está profundamente ligada ao contexto social e econômico das pessoas. Para reduzir as desigualdades em saúde, as políticas devem ir além da medicina curativa, adotando abordagens mais amplas, que considerem fatores como:

1) Promoção de condições de vida mais saudáveis para todas as camadas sociais.

2) Acesso igualitário a serviços públicos essenciais, como saúde, educação e segurança social.

3)Criação de um ambiente que favoreça a inclusão social e a participação ativa da comunidade.

Essa obra sublinha a importância de se considerar os determinantes sociais para promover uma saúde mais equitativa. A implementação de políticas públicas que abordem esses fatores sociais pode ser uma ferramenta poderosa para reduzir desigualdades em saúde. Portanto, entender esses determinantes é fundamental para agir de maneira eficaz na promoção da saúde e redução das disparidades sociais.

A Conceptual Framework For Action On The Social Determinants Of Health e omodelo teórico conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin e, posteriormente, adotado pela OMS serão apresentados nas figuras 10 e 11. Na Figura 10, foi apresentada a capa da publicação intitulada "*A Conceptual Framework For Action On The Social Determinants Of Health*" (Figura 10).

Os determinantes estruturais são os fatores mais abrangentes e fundamentais que estabelecem o contexto socioeconômico e político de uma sociedade. Eles incluem a governança, políticas macroeconômicas, mercado de trabalho, políticas educacionais, sistema de saúde, valores culturais e sociais. Esses elementos estruturais são responsáveis pela configuração da posição socioeconômica dos indivíduos, que é influenciada por fatores como classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda. Essa posição, por sua vez, afeta os determinantes intermediários de saúde, que são os fatores mais imediatos e concretos que incidem sobre a saúde individual e coletiva, como as circunstâncias materiais, condições de moradia e trabalho, disponibilidade de alimentos, fatores comportamentais e biológicos, fatores psicossociais e o acesso ao sistema de saúde (Solar; Irwin, 2010).

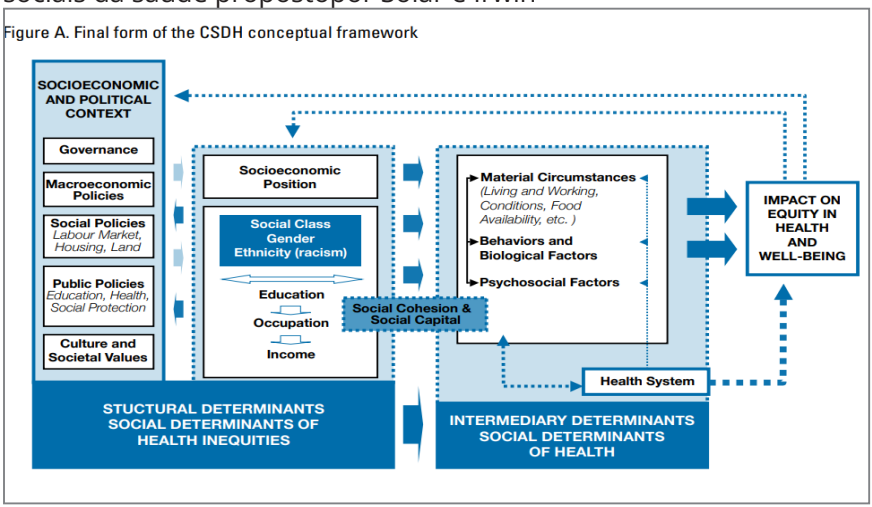
Na Figura 11, foi apresentado omodelo teórico conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin (Solar; Irwin, 2010) (Figura 11).

Figura 10: *A Conceptual Framework For Action On The Social Determinants Of Health*



Fonte: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

Figura 11: Modelo teórico conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde propostopor Solar e Irwin



Fonte: WHO, 2010. Disponível em:https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852 Acesso em: 10 jun. 2025.

As iniquidades em saúde surgem quando as desigualdades estruturais e intermediárias levam a diferenças injustas e evitáveis na saúde entre diferentes grupos populacionais. Portanto, as intervenções para melhorar a saúde pública devem considerar todos os níveis de determinantes, desde os estruturais até os intermediários, para alcançar uma mudança significativa e sustentável na equidade em saúde e no bem-estar geral da população (Solar; Irwin, 2010).

2010

A Health Literacy Europe (https://www.healthliteracyeurope.net/) foi criada em outubro de 2010, durante o *European Health Forum Gastein*, na Áustria, como uma plataforma sustentável para promover a literacia em saúde na Europa, por meio da troca de conhecimento e do estabelecimento de conexões em diferentes níveis. A rede surgiu como uma extensão do projeto *European Health Literacy*, realizado de 2009 a 2012.

2011

A primeira European Health Literacy Conference aconteceu nos dias 22 e 23 de novembro de 2011, no Museu de História Natural, em Bruxelas (Bélgica). Esse evento marcou o encerramento do *European Health Literacy Project (HLS-EU)* e teve como objetivo apresentar os resultados da *European Health Literacy Survey* e debater suas consequências para o futuro.

2012

2012: Kristine Sørensen e colaboradores realizaram uma revisão sistemática que unificou as definições de LS em um modelo inovador.

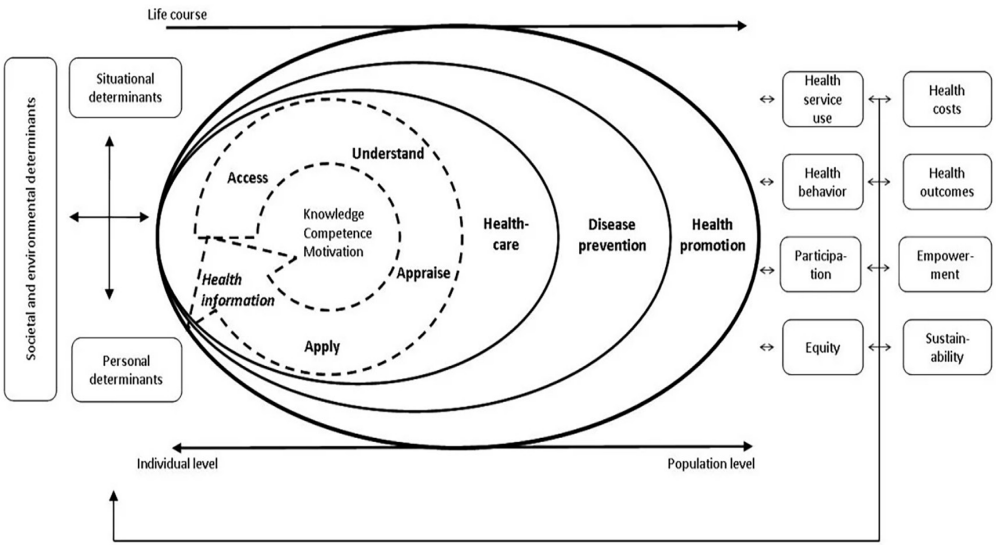
Em 2012, Kristine Sørensen e colaboradores realizaram uma revisão sistemática que unificou as definições e modelos de LS em um novo modelo. Foram identificadas 17 definições, sendo as da Associação Médica Americana, do IOM e da OMS as mais recorrentes, todas enfatizando a capacidade individual de acessar, processar e entender informações para decisões de saúde conscientes. O estudo também reconheceu a necessidade de considerar o LS além da esfera individual, avaliando a interação com os sistemas de saúde (Sørensen *et al.*, 2012).

A revisão sistemática teve como objetivo **unificar as definições de LS,** propondo um modelo inovador para a compreensão desse conceito. Essa revisão foi fundamental para consolidar diferentes abordagens de *health literacy* e trazer maior clareza sobre como esse conceito poderia ser aplicado e medido em diversas populações e contextos (Sørensen *et al.*, 2012).O principal objetivo da revisão sistemática conduzida por Sørensen e sua equipe foi **unificar as definições dispersas de LS**, uma vez que o conceito de LS estava sendo utilizado de forma ampla, mas com variações significativas nas suas interpretações e abordagens. Para alcançar esse objetivo, os pesquisadores

buscaram examinar e sintetizar as definições existentes e os modelos relacionados ao LS, oferecendo uma visão mais coerente e integrada.

O modelo integrado de LS proposto por Sørensen superou as limitações dos modelos anteriores, abrangendo as principais dimensões dos modelos conceituais existentes e adicionando um aspecto lógico que relaciona LS com resultados de saúde. O modelo destaca doze dimensões de competências em LS, abarcando acesso, compreensão, avaliação e uso de informações de saúde, cobrindo cuidados de saúde, prevenção e promoção da saúde (Sørensen *et al.*, 2012). O modelo teórico integrado de LS proposto por Sørensen e colaboradores está exposto na figura abaixo (Figura 12).

Figura 12: Modelo teórico de Letramento em saúde apresentado por Sørensen *et al.* em 2012



Fonte: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80. Acesso em: 8 mai. 2025.

Esse modelo foi traduzido para o português do Brasil, enriquecendo pesquisas futuras no país (Martins *et al*., 2014). O **modelo** teórico de Letramento em saúde apresentado por Sørensen foi considerado **inovador, pois** sugere uma visão mais **multidimensional e contextualizada** do LS. Alguns pontos-chave incluem:

1) Definição mais abrangente: O modelo de Sørensen e colaboradores reconhece que o **LS** não se limita apenas à capacidade de ler ou entender informações de saúde, mas envolve uma série de competências necessárias para lidar, efetivamente, com questões de saúde no cotidiano. Essas competências incluem:

a. Capacidade de acessar informações sobre saúde.

b. Compreender e avaliar essas informações.

c. Tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde.

d. Capacidade de navegar no sistema **de saúde** (por exemplo, saber onde procurar ajuda, como agendar consultas etc.).

2) A proposta de Sørensen enfatiza que o **LS é um conceito dinâmico econtextual**, que pode ser afetado por fatores individuais, como o nível educacional, habilidades cognitivas e linguísticas, mas também por fatores sociais, econômicos e culturais. Por exemplo, uma pessoa com baixo LS pode ser mais vulnerável a desinformação ou dificuldades ao tentar acessar serviços de saúde.

3) Multidimensionalidade: O modelo propõe que o LS envolve diferentes dimensões:

a. Cognitiva: a capacidade de processar informações e compreender materiais escritos relacionados à saúde, como folhetos, receitas médicas, ou instruções de tratamento.

b. Funcional: a capacidade de usar informações para tomar decisões informadas sobre a saúde, como escolher um tratamento adequado ou seguir orientações médicas.

c. Interacional: envolve a habilidade de comunicar e interagir com os profissionais de saúde de forma eficaz.

d. Crítica: a capacidade de analisar e avaliar criticamente as informações relacionadas à saúde, como identificar informações confiáveis e distinguir entre fontes de qualidade e aquelas que podem ser enganosas.

4) Impacto na saúde pública: A revisão também ressaltou a importância do **LSadequado** para a **promoção de comportamentos saudáveis** e a **prevenção de doenças**. Compreender as informações relacionadas à saúde permite que os indivíduos tomem decisões mais informadas, sigam recomendações médicas com mais precisão e ajam de forma mais autônoma no gerenciamento de sua saúde.

A unificação das definições e a proposta de um modelo mais abrangente de LS têm várias implicações importantes:

a) Políticas públicas mais eficazes: Um modelo de LS mais claro e bem definido pode ajudar os formuladores de políticas a **desenvolver estratégias mais eficazes** para melhorar o acesso à saúde e a qualidade do atendimento. Isso inclui a criação de materiais informativos mais acessíveis, bem como a formação de profissionais de saúde para melhor comunicar com os pacientes, levando em consideração suas habilidades de letramento.

b) Educação em saúde: As estratégias de educação em saúde podem ser mais eficazes se forem baseadas em um modelo que reconhece a complexidade do LS. Os programas de educação devem ser adaptados ao nível de letramento da população-alvo e considerar as diversas dimensões do conceito, indo além do simples ato de ler ou entender textos.

c) Redução das desigualdades em saúde: O LS desempenha um papel fundamental na **redução das desigualdades em saúde**. Pessoas com baixo LS têm mais dificuldades em acessar serviços médicos e seguir orientações de saúde. O modelo proposto por Sørensen pode ajudar a identificar essas lacunas e sugerir intervenções específicas para melhorar o acesso à saúde e a adesão ao tratamento.

d) Desenvolvimento de ferramentas de avaliação: Com uma definição unificada e multidimensional, torna-se possível **desenvolver melhores ferramentas de avaliação** do LS, que podem ser usadas tanto em pesquisas

quanto na prática clínica para medir as habilidades dos pacientes e oferecer apoio adequado.

A revisão de Kristine Sørensen e colaboradores foi um marco no campo do LS, pois consolidou diferentes abordagens e definições em um modelo mais abrangente e aplicável a diversos contextos. Esse modelo enfatiza a **multidimensionalidade do LS**, a importância da **comunicação eficaz** e a necessidade de políticas públicas e práticas de saúde mais inclusivas para garantir que todos tenham a capacidade de acessar e usar informações de saúde de forma adequada.



2012: Em Portugal, um curso de formação avançada em Literacia em Saúde (neste livro considerado como Letramento em Saúde) é oferecido no ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Impulsionando a formação sobre LS, em Portugal, desde 2012, no ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, no âmbito da Pós-Graduação, é oferecido um curso de formação avançada em LS. A Sociedade Portuguesa de Letramento em Saúde (SPLS) existe desde esta época e foi, formalmente, estabelecida em 19 de janeiro de 2022, sob a liderança de Cristina Vaz de Almeida (SPLS, 2022).Esse curso foi uma importante iniciativa para **formar profissionais** e promover o conhecimento na área de **LS**, um campo cada vez mais relevante para a melhoria da saúde pública e da qualidade do atendimento.O curso oferecido pelo ISPA teve como principais objetivos:

1) Capacitar profissionais de saúde: O curso visava **fortalecer a formação de profissionais** da área da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e outros, proporcionando uma compreensão mais profunda dos conceitos e práticas relacionadas ao LS. O objetivo era equipar esses profissionais com as habilidades necessárias para **avaliar e melhorar o LS**

de seus pacientes, garantindo uma melhor comunicação e mais eficácia no tratamento.

2) Desenvolver competências de comunicação: Os participantes do curso seriam treinados para **adaptar a comunicação** de forma que os pacientes, independentemente de seu nível de letramento, possam compreender e seguir as orientações de saúde. A ideia era ajudar os profissionais a **traduzir informações complexas** em linguagem simples e acessível, levando em consideração os diferentes contextos culturais e socioeconômicos.

3) Abordagem multidisciplinar: O LS envolve uma variedade de **aspectos cognitivos, culturais e sociais**. O curso do ISPA abordava esses fatores de forma **multidisciplinar**, integrando conceitos de psicologia, educação e comunicação. Isso permitia que os profissionais tivessem uma visão mais holística e integrada de como melhorar o LS em diferentes contextos.

4) Melhorar os resultados de saúde: O foco principal do curso estava em como o **melhor LS pode levar a melhores resultados de saúde**. Profissionais com maior entendimento sobre LS poderiam **ajudar os pacientes a tomar decisões mais informadas**, seguir tratamentos de forma mais eficaz e adotar hábitos de vida mais saudáveis.

O Curso de LS representava um esforço para enfrentar a **desigualdade em saúde** em Portugal e em outros países, uma vez que **a falta de LS** é um fator crítico que pode agravar as disparidades na saúde. O curso também era uma maneira de promover um maior **empoderamento dos pacientes**, permitindo que eles participassem de forma mais ativa nas decisões sobre sua saúde e no gerenciamento de suas condições.

O LS é um componente essencial para garantir que as pessoas possam acessar e utilizar as informações necessárias para **manter e melhorar sua saúde**. Com isso, o Instituto estava contribuindo para a construção de uma **sociedade mais informada e saudável**.

Impacto na prática profissional

Para os profissionais que participaram desse curso, a aplicação dos conhecimentos adquiridos se traduziria em uma **melhor qualidade de atendimento** e na redução de **erros médicos** que ocorrem devido à **falta de compreensão** por parte dos pacientes. Além disso, ao melhorar a **comunicação entre profissionais e pacientes**, seria possível alcançar melhores níveis de **adesão ao tratamento** e maior **satisfação dos pacientes**.

O curso de **formação avançada em LS** oferecido pelo ISPA foi uma importante iniciativa para formar profissionais qualificados que pudessem contribuir, significativamente, para melhorar a saúde pública e os cuidados prestados aos pacientes. Além disso, reforçou a necessidade de **capacitar os profissionais de saúde** para lidar com as diversas facetas do LS, promovendo a **equidade** e a **efetividade no sistema de saúde**.

2013

2013: Richard Osborne e colaboradores desenvolveram um novo questionário para avaliação do LS, o Health Literacy Questionnaire (HLQ).

Em 2013, na Austrália, Richard Osborne e sua equipe desenvolveram o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), visando uma avaliação mais abrangente do LS. O HLQ foi desenhado para refletir as visões de diversos grupos, incluindo a população em geral, pacientes e profissionais da saúde. O processo começou com 91 itens, derivados de consultas amplas, e culminou em um instrumento refinado com nove escalas e 44 itens, após rigorosos testes cognitivos e psicométricos (Osborne, 2013).

Richard Osborne e colaboradores desenvolveram o **Health Literacy Questionnaire (HLQ)**, um instrumento inovador para a

avaliação do LS (*Health Literacy* - HL). O HLQ foi criado para medir de forma abrangente e detalhada o nível de LS de indivíduos em diferentes contextos, levando em consideração a complexidade do conceito de letramento em saúde e a interação entre os indivíduos e o sistema de saúde.

Objetivos e características do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ)

O **HLQ** foi projetado com o objetivo de ir além das medições tradicionais de LS, que geralmente se concentravam apenas em aspectos relacionados à leitura e compreensão de textos. O questionário foi criado para medir **dimensões múltiplas** do LS, levando em conta os desafios e as habilidades necessárias para **navegar em sistemas de saúde complexos**, tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde e **interagir com profissionais de saúde**.

Dimensões do HLQ

O **Health Literacy Questionnaire (HLQ)** consiste em **9 escalas** que cobrem diferentes aspectos do LS. Cada uma dessas escalas mede uma dimensão distinta do letramento em saúde, refletindo a natureza multifacetada dessa competência. As dimensões do HLQ são as seguintes:

1) Sentir-se capaz de obter informações de saúde: Mede a confiança do indivíduo em sua capacidade de encontrar e acessar informações relevantes sobre saúde, seja em fontes formais (como médicos ou hospitais) ou informais (como familiares e amigos).

2) Sentir-se capaz de compreender informações de saúde: Avalia a capacidade de entender informações de saúde complexas, como explicações médicas e instruções de tratamento.

3) Sentir-se capaz de avaliar e entender informações de saúde: Mede a habilidade de avaliar a relevância e a

confiabilidade das informações sobre saúde recebidas de diversas fontes.

4) Acesso a cuidados de saúde adequados: Refere-se à capacidade de navegar no sistema de saúde e encontrar os serviços e profissionais de saúde necessários.

5) Tomada de decisões informadas sobre a saúde: Avalia a capacidade de tomar decisões sobre cuidados de saúde, com base nas informações disponíveis e considerando as opções de tratamento.

6) Capacidade de comunicar de forma eficaz com os profissionais de saúde: Mede a facilidade e a confiança com que os indivíduos conseguem se comunicar com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, expressando suas preocupações, fazendo perguntas e compreendendo as respostas.

7) Capacidade de gerenciar a própria saúde: Avalia a habilidade de lidar com problemas de saúde cotidianos, como tomar medicamentos corretamente, seguir planos de tratamento e adotar comportamentos saudáveis.

8) Capacidade de autogestão da saúde mental e emocional: Mede o letramento em saúde mental e emocional, como lidar com o estresse, procurar apoio emocional e gerenciar a saúde psicológica.

9) Acesso a apoio e recursos sociais relacionados à saúde: Mede a capacidade de buscar e usar recursos sociais, como apoio de familiares, grupos de apoio e serviços comunitários, que ajudam a gerenciar a saúde.

Vantagens do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ)

1) Abordagem multidimensional: O HLQ captura uma gama ampla de habilidades e competências, o que permite uma avaliação mais completa e precisa do letramento em saúde. Isso é importante, pois o letramento em saúde vai muito além da leitura e compreensão de materiais escritos, envolvendo também aspectos sociais, emocionais e práticos.

2) Aplicabilidade em diferentes contextos: O HLQ pode ser aplicado em diversas populações e contextos de saúde, incluindo **pessoas com diferentes níveis de educação**, **populações vulneráveis**, **pacientes com condições crônicas** e **indivíduos com barreiras linguísticas**. Ele permite que os pesquisadores e profissionais de saúde obtenham uma visão mais clara das **forças e fraquezas** no letramento em saúde de um indivíduo ou comunidade.

3) Avaliação mais precisa da comunicação entre paciente e profissional: Uma das dimensões-chave do HLQ é a **capacidade de se comunicar com os profissionais de saúde**, que é essencial para garantir que os pacientes compreendam as instruções médicas e sigam os tratamentos corretamente.

4) Possibilidade de informar políticas públicas: O HLQ também pode ser utilizado por formuladores de políticas de saúde para **identificar lacunas no letramento em saúde** de uma população, o que pode informar **estratégias de educação em saúde**, **desenvolvimento de materiais informativos acessíveis** e **treinamento de profissionais de saúde**.

Impacto e Utilização do HLQ

O **HLQ** tem sido amplamente utilizado em estudos de pesquisa e em **avaliações de políticas de saúde** para medir o letramento em saúde em diferentes contextos. Ele ajuda a identificar áreas específicas onde os pacientes podem precisar de **mais apoio** e oferece *insights* valiosos para melhorar a comunicação e a educação em saúde.A aplicação do HLQ também tem o potencial de melhorar os **resultados de saúde** ao permitir que os profissionais de saúde ajustem suas abordagens de comunicação e atendimento com base nas necessidades de letramento em saúde de cada paciente.

O **HLQ,** desenvolvido por **Richard Osborne e colaboradores** em 2013, representa um avanço significativo na **avaliação do letramento**

em saúde. Sua abordagem abrangente e multidimensional oferece uma compreensão mais profunda das habilidades necessárias para navegar no sistema de saúde, tomar decisões informadas e gerenciar a própria saúde. O HLQ tem se mostrado uma ferramenta valiosa para **profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas públicas**, com o objetivo de melhorar o acesso à saúde e os cuidados prestados aos pacientes.

2014

2014: Projeto colaborativo chamado *OPtimising HEalth LIterAcy* (OPHELIA), baseado em comunidades em Victoria, Austrália, que visa identificar e responder a problemas de letramento em saúde para pessoas com condições crônicas.

Em 2014, foi realizada pesquisa e desenvolvimento de projeto colaborativo baseado em comunidades em Victoria, Austrália, que visa identificar e responder a problemas de LS para pessoas com problemas de saúde crônicos. O projeto, chamado 'OPHELIA'. vem da sigla derivada do termo *O Ptimising HEalth LIterAcy* (OPHELIA). Esse projeto refere-se a uma parceria entre duas universidades, oito organizações de serviços e o governo de Victoria.

O **projeto OPHELIA** teve o objetivo de **identificar e responder a problemas LS** entre pessoas com **condições crônicas**. O projeto tem como foco a melhoria do LS dessas populações, por meio de uma abordagem colaborativa e comunitária, visando otimizar o gerenciamento da saúde e melhorar os resultados de saúde para indivíduos com doenças crônicas. O projeto **OPHELIA** foi desenvolvido com a intenção de melhorar a **capacidade das pessoas com condições crônicas** de **navegar no sistema de saúde**, compreender e utilizar as informações de saúde de forma eficaz e tomar decisões informadas para o gerenciamento da sua condição. Especificamente, os objetivos do projeto eram:

1) Identificar as necessidades de LS em populações com doenças crônicas. O projeto começou com a **avaliação do LS**

de pessoas em diferentes estágios de gestão de suas condições, utilizando o **Health Literacy Questionnaire (HLQ)** como uma ferramenta central.

2) Desenvolver respostas baseadas na comunidade para os problemas de LS. Isso significa **colaborar com as comunidades locais** para criar **estratégias e recursos de saúde acessíveis**, adaptados às necessidades específicas das populações com doenças crônicas.

3) Implementar intervenções direcionadas para melhorar o LS. O projeto procurou **educar os pacientes**, **fortalecer a comunicação** com os profissionais de saúde e melhorar a **autogestão** das condições crônicas, fornecendo às pessoas com essas condições as habilidades e conhecimentos necessários para tomarem decisões de saúde informadas.

4) Fomentar parcerias colaborativas entre profissionais de saúde, organizações comunitárias e pacientes. Uma das principais características do projeto OPHELIA foi seu enfoque colaborativo, envolvendo não apenas os profissionais de saúde, mas também os próprios **pacientes e membros das comunidades**, para que as soluções fossem personalizadas e eficazes.

Estrutura e metodologia

O **OPHELIA** seguiu uma metodologia colaborativa, onde diferentes **partes interessadas** – como **pacientes**, **profissionais de saúde**, **organizações comunitárias**, **governo local** e **pesquisadores** – se uniram para encontrar soluções práticas e eficazes para os desafios do LS em pessoas com doenças crônicas.As etapas principais do projeto incluíam:

a) Avaliação do LS: utilizar o **Health Literacy Questionnaire (HLQ)** para medir o nível de LS dos participantes, o que ajudava a identificar áreas específicas que precisavam de mais atenção.

b) Desenvolvimento de Intervenções Locais: A partir dos dados coletados, os grupos comunitários e os profissionais de saúde trabalharam juntos para criar intervenções **personalizadas**.

Essas intervenções poderiam incluir a criação de materiais educativos mais acessíveis, o treinamento de profissionais de saúde para melhorar a comunicação com os pacientes, e a implementação de programas de educação em saúde voltados para a autogestão das condições crônicas.

c) Implementação e Avaliação das Intervenções: As soluções propostas eram colocadas em prática nas comunidades participantes, com a constante **avaliação de sua eficácia,** e ajustes conforme necessário.

Impacto e resultados esperados

O projeto **OPHELIA** visava obter uma série de resultados positivos, incluindo:

1) Aumento da autogestão de condições crônicas: Pacientes com condições crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, poderiam aprender a gerenciar sua saúde de forma mais eficaz, compreendendo melhor as informações médicas, tomando decisões informadas e aderindo aos tratamentos prescritos.

2) Redução de hospitalizações: Ao melhorar o LS e a capacidade dos pacientes de gerenciar suas condições, o projeto visava reduzir as **hospitalizações e complicações** relacionadas a doenças crônicas, promovendo uma saúde mais estável.

3) Melhoria na comunicação paciente-profissional: Através de estratégias como o **treinamento de profissionais de saúde** para adaptar sua comunicação de acordo com o nível de LS dos pacientes, o projeto esperava **fortalecer as relações** entre pacientes e profissionais de saúde, levando a um atendimento mais eficaz.

4) Empoderamento dos pacientes: O OPHELIA buscava **empoderar os pacientes** para que pudessem tomar decisões informadas sobre sua saúde, promovendo maior **autonomia** e confiança nas interações com o sistema de saúde.

5) Promoção da equidade em saúde: Ao focar em populações vulneráveis com doenças crônicas e melhorar o acesso à

informação e apoio, o projeto visava reduzir as **desigualdades em saúde** entre diferentes grupos socioeconômicos.

O **projeto OPHELIA** é um exemplo de como uma abordagem colaborativa e baseada em comunidades pode ser eficaz na **melhoria do LS**, especialmente para indivíduos com **condições crônicas**. Ao envolver pacientes, profissionais de saúde e organizações comunitárias, o projeto ajudou a **identificar problemas de LS** e a **desenvolver soluções adaptadas** às necessidades específicas das comunidades, promovendo **melhores resultados de saúde** e **maior equidade no acesso à saúde**. Esse modelo colaborativo tem sido uma inspiração para outros projetos de **LS** ao redor do mundo, especialmente em áreas onde as condições crônicas são prevalentes.

2014

2ª Conferência Europeia de Literacia em Saúde.

O Departamento de Saúde Pública da Universidade de Aarhus e a *Health Literacy Europe* sediaram a bem-sucedida 2ª Conferência Europeia de Literacia em Saúde em Aarhus (Dinamarca), de 10 a 11 de abril de 2014. O tema foi Literacia em Saúde em populações e cenários - desenvolvendo a base de pesquisa. O objetivo da 2ª Conferência Europeia de Literacia em Saúde era promover populações e sociedades alfabetizadas em saúde, por meio de:

- Compartilhamento de pesquisas baseadas em evidências sobre medição, intervenções e políticas de alfabetização em saúde;
- Fornecimento de uma plataforma para troca de conhecimento para profissionais que trabalham na área de alfabetização em saúde na Europa, estimulando uma colaboração mais ampla;
- Fornecimento de uma abordagem intersetorial e interdisciplinar para a alfabetização em saúde, criando oportunidades para capacitação e profissionalização em políticas, pesquisas e práticas (https://www.healthliteracyeurope.net/).

2015

2015: Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável inclui o LS como um fator para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs).

Em 2015, a Agenda 2030, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), é um plano de ação global composto por 17 ODS. Esses objetivos visam erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir prosperidade para todos até 2030. A Agenda 30 inclui o LS como um fator importante para alcançar os ODS, especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) (ONU, 2015).

2015

2015: 3ª Conferência Europeia de Literacia em Saúde.

A *Health Literacy Europe*, o Consórcio IROHLA e o Centro Médico Universitário de Groningen (UMCG) organizaram a 3ª Conferência Europeia de LS no *Management Centre Europe* em Bruxelas, Bélgica, de 17 a 19 de novembro de 2015.

O tema da 3ª Conferência Europeia de Literacia em Saúde destacou o desenvolvimento da literacia em saúde ao longo do curso de vida. Durante a conferência, pesquisadores, profissionais e formuladores de políticas compartilharam ações, práticas e políticas baseadas em evidências na área de letramento em saúde e discutiram o letramento em saúde como um instrumento para lidar com as desigualdades na saúde em toda a Europa.

O Consórcio *Intervention Research On Health Literacy among Ageing population* (IROHLA) - "Pesquisa de Intervenção sobre Letramento em Saúde na População Envelhecida", foi um projeto financiado pela União Europeia que teve como objetivo melhorar o LS

entre idosos, ajudando-os a acessar, entender e usar informações de saúde para melhorar sua qualidade de vida. O projeto reuniu diversas organizações de pesquisa, universidades e especialistas da área da saúde e comunicação (https://www.healthliteracyeurope.net/).

2016

2016: Em Xangai, a 9ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde destacou três pilares essenciais para elevar a qualidade de vida: cidades saudáveis, gestão participativa e LS.

Realizada em 2016 em Xangai, a 9ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde destacou três pilares essenciais para elevar a qualidade de vida: 1) cidades saudáveis, 2) gestão participativa e 3) LS (OPAS, 2018). A conferência enfatizou que promover o LS entre a população, decisores políticos e investidores é essencial para fomentar a participação social em iniciativas de saúde pública e para um comprometimento contínuo com os impactos na saúde e ações direcionadas aos seus determinantes sociais. Foi enfatizado que a promoção de comportamentos saudáveis em níveis individual, familiar e comunitário pode empoderar o cidadão no que diz respeito à exigência de direitos e serviços de saúde de qualidade (OPAS, 2018). Os três pilares mencionados são apresentados a seguir:

1) CIDADES SAUDÁVEIS

A conferência enfatizou a importância de desenvolver **cidades que promovam a saúde** e o bem-estar de seus habitantes. Isso envolve a criação de ambientes urbanos que favoreçam estilos de vida saudáveis, com infraestrutura acessível, áreas verdes, segurança e oportunidades para atividades físicas, além de políticas públicas que melhorem o acesso aos cuidados de saúde e a educação.

2) GESTÃO PARTICIPATIVA

A gestão participativa foi apresentada como um meio de envolver **comunidades e cidadãos** na tomada de decisões sobre a saúde e o bem-estar coletivo. Esse modelo destaca a importância da **inclusão e do engajamento comunitário**, permitindo que as pessoas desempenhem um papel ativo na promoção da saúde e na gestão de suas próprias condições, influenciando as políticas locais de saúde e garantindo que as necessidades da população sejam atendidas.

3) LETRAMENTO EM SAÚDE

O LS foi apontado como um componente essencial para garantir que as pessoas possam **entender, acessar e utilizar informações de saúde** de forma eficaz. A conferência reconheceu que **um bom nível de LS** permite que os indivíduos tomem decisões informadas sobre sua saúde, sigam recomendações médicas, e adotem comportamentos mais saudáveis, contribuindo assim para a **redução de desigualdades em saúde**.

Letramento em Saúde como pilar fundamental

A inclusão do **LS** como um dos três pilares na conferência sublinha o papel crucial que ele desempenha na **promoção da saúde**. Com o aumento da complexidade do sistema de saúde e a quantidade de informações disponíveis, as pessoas precisam de habilidades para **navegar** e **entender** essas informações. A **falta de LS** pode resultar em uma **maior vulnerabilidade a doenças**, **uso inadequado dos serviços de saúde**, **menor adesão ao tratamento** e, consequentemente, **piores resultados de saúde**.

A relação entre os Três Pilares

A 9ª Conferência sobre Promoção da Saúde em **Xangai** reforçou a **interconexão** desses três pilares. A **promoção de cidades saudáveis** e a **gestão participativa** podem ser ferramentas poderosas para **melhorar o LS**, ao criar ambientes urbanos que **facilitam o acesso à informação de saúde**, e ao **engajar as comunidades** na criação de soluções locais para os desafios de saúde.

1) CIDADES SAUDÁVEIS

As **cidades saudáveis** são aquelas que oferecem acesso fácil a informações e serviços de saúde. Ao incorporar o **LS** nas iniciativas urbanas, as cidades podem melhorar a compreensão dos cidadãos sobre os cuidados de saúde disponíveis, bem como estimular comportamentos saudáveis. **Como as cidades saudáveis e a gestão participativa se relacionam diretamente com o LS em contextos locais específicos?**

a) Cidades Saudáveis e LS

Uma **cidade saudável** é uma que cria ambientes **físicos e sociais** que favorecem o **bem-estar** dos seus habitantes. Ela vai além da infraestrutura urbana (como áreas verdes e transporte acessível) e inclui a promoção de **informações e práticas de saúde** que ajudam a população a **tomar decisões informadas** e adotar comportamentos saudáveis.

Como as cidades saudáveis influenciam o LS por meio do:

a) Acesso à informação clara e acessível: Uma cidade saudável promove **informação de saúde clara e acessível**. Isso pode incluir **sinalização** e **materiais educativos** que ajudam as pessoas a entenderem os serviços de saúde

disponíveis, como marcar consultas, o que fazer em caso de emergências e como entender tratamentos e medicamentos.

b) Ambientes de aprendizagem: As **escolas**, **centros de saúde** e **organizações comunitárias** nas cidades podem oferecer programas contínuos de **educação em saúde** que ajudam a melhorar o **longo prazo** da compreensão de saúde da população. Programas de **educação em saúde pública**, **cursos de prevenção** e workshops podem aumentar as habilidades das pessoas em entender e agir com base nas informações relacionadas à sua saúde.

c) Apoio à mobilidade e ao bem-estar físico: **Áreas urbanas** bem planejadas podem incentivar o **exercício físico** (com mais **parques** e **caminhos para bicicletas**), além de facilitar a alimentação saudável (com **mercados locais** e acesso fácil a alimentos frescos). Isso melhora as condições gerais de saúde e, ao mesmo tempo, **capacita as pessoas** a tomarem decisões sobre a **prevenção** e o **bem-estar**.

Exemplos de cidades saudáveis:

Curitiba (Brasil), que é conhecida pelo **planejamento urbano** focado em **mobilidade sustentável**, tem programas comunitários de saúde, como a promoção de **caminhadas** e **corridas**, além de centros de saúde que promovem a **educação sobre doenças crônicas**.

Vancouver (Canadá) promove uma **alimentação saudável** com iniciativas como a **horta comunitária** e programas de **educação nutricional**.

2) GESTÃO PARTICIPATIVA

A gestão participativa é um caminho direto para **fortalecer o LS**, pois promove a **educação comunitária**, a **disseminação de informações** e o **empoderamento dos indivíduos**, permitindo que eles

adquiram as habilidades necessárias para tomar decisões de saúde mais informadas e fazer escolhas que melhorem sua qualidade de vida.

Gestão participativa e LS

A **gestão participativa** refere-se à **inclusão ativa da comunidade** nas decisões que afetam sua saúde e bem-estar. Ao serem **incluídos no processo de tomada de decisão**, **os cidadãos**podem moldar e adaptar os serviços de saúde às suas necessidades específicas.

A gestão participativa impacta o LS por meio:

1) do empoderamento dos cidadãos: Quando a população é envolvida na **gestão de políticas de saúde**, ela passa a **compreender melhor** os sistemas de saúde, as opções de tratamento e as **estratégias de prevenção**. Isso facilita o processo de tomada de decisão e contribui para o aumento do **LS**.

2) da **criação de programas locais**: A **gestão participativa** permite que as comunidades criem programas específicos de **educação em saúde** que atendam às **necessidades reais da população**. Por exemplo, uma comunidade pode identificar uma alta taxa de **diabetes** e organizar programas locais de **educação nutricional**, ou identificar barreiras linguísticas que dificultam o acesso a informações de saúde e desenvolver materiais educativos em diversos idiomas.

3) da **colaboração com profissionais de saúde**: Em uma **gestão participativa**, os profissionais de saúde podem ser mais acessíveis à comunidade, garantindo que as **informações médicas sejam compartilhadas de maneira compreensível**, que as pessoas possam **tirar dúvidas** e sentir-se mais seguras em relação ao **tratamento de doenças** ou à **prevenção**.

Exemplos de gestão participativa:

1) Projeto OPHELIA, que discutimos antes, é um exemplo claro de gestão participativa na qual as comunidades colaboram com

profissionais de saúde para identificar as necessidades locais de LS e desenvolver soluções específicas para condições crônicas.

2) Na cidade de Barcelona (Espanha), a gestão participativa é aplicada em programas de saúde pública, como a gestão de saúde mental comunitária, em que grupos de apoio e comunidades locais participam ativamente do desenvolvimento de estratégias de cuidado e apoio emocional.

3) INCLUSÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE E IMPACTO GLOBAL

A **9ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** em Xangai teve um grande impacto ao sublinhar a **importância de integrar o LS** nas estratégias globais de promoção da saúde. Ela **reconheceu** que o **acesso à educação em saúde**, em nível individual e coletivo, é essencial para melhorar os **resultados de saúde** e reduzir as **disparidades de saúde**.A inclusão de **LS** como um pilar fundamental na **9ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** em Xangai, junto com a ênfase em **cidades saudáveis** e **gestão participativa**, reflete a **importância de uma abordagem integrada** para a melhoria da saúde global. Esses pilares são interdependentes e precisam ser trabalhados juntos para criar ambientes de saúde mais **equitativos, acessíveis e eficazes**.

A conferência destacou como o LS pode ser uma **ferramenta poderosa** para a **promoção da saúde** em nível comunitário, e como ele pode ser impulsionado por **políticas públicas eficazes**, **ambientes urbanos saudáveis** e **engajamento ativo da comunidade**. As **cidades saudáveis** e a **gestão participativa** têm uma **relação direta** com o **LS**, pois ambas as abordagens ajudam a **criar condições mais favoráveis** para que os cidadãos compreendam e utilizem as informações de saúde de maneira eficaz. Vou detalhar um pouco mais como essas duas áreas podem **impulsionar o LS** de forma integrada.

CONEXÕES ENTRE AS TRÊS ÁREAS: CIDADES SAUDÁVEIS, GESTÃO PARTICIPATIVA E LS

Esses três elementos – cidades saudáveis, gestão participativa e LS – estão fortemente interconectados. O LS não pode ser totalmente eficaz sem um ambiente saudável e acessível, e as comunidades devem participar ativamente da criação desses ambientes para garantir que as informações e recursos cheguem adequadamente a todos os indivíduos.

Como eles se integram:

1) Ambientes urbanos saudáveis tornam mais fácil para os indivíduos acessarem informações sobre saúde, participarem de atividades físicas e adotar hábitos saudáveis.

2) Gestão participativa assegura que os membros da comunidade possam se envolver na criação de soluções de saúde que considerem suas **realidades locais**, o que facilita o **LS**, pois as pessoas aprendem através da **ação prática** e da **interação direta** com os profissionais de saúde e com a comunidade.

3) LS reforça a capacidade dos cidadãos de compreender as ações que estão sendo tomadas e de **agir de forma informada** em relação à sua saúde, **beneficiando a comunidade como um todo**.

A **interconexão** entre **cidades saudáveis**, **gestão participativa** e **LS** é fundamental para a construção de comunidades mais saudáveis e equitativas. **Cidades que promovem a saúde** com **estruturas acessíveis e inclusivas** contribuem para o **fortalecimento do LS**, e a **gestão participativa** assegura que as soluções adotadas sejam adaptadas e eficazes para as **necessidades locais**. Ao trabalhar essas três áreas juntas, podemos criar **ambientes urbanos mais saudáveis** e **pessoas mais bem informadas**, o que, por sua vez, leva a **melhores resultados de saúde** e a uma **maior qualidade de vida**.

2018

2018: Elina Farmanova e colaboradores realizaram uma revisão metanarrativa sobre Organizações Letradas em Saúde (OLS), identificando facilitadores e barreiras para sua implementação uma revisão metanarrativa publicada em 2018 abordou a implementação de OLS e recomendou alterações nos serviços de saúde, enfatizando a necessidade de ampliar a definição de OLS, indo além da navegação e compreensão de informações (Farmanova; Bonnevile; Bouchard., 2018).

Elina Farmanova e colaboradores realizaram uma revisão metanarrativa sobre organizações letradas em saúde, analisando teorias, estruturas e eficácia de guias, identificando facilitadores e barreiras para sua implementação. A revisão revelou que as OLS é um fenômeno diversificado, com múltiplas perspectivas teóricas e operacionais. Foram identificadas vinte guias que fornecem recomendações baseadas em evidências para lidar com o LS limitado, cada um oferecendo uma abordagem única, embora possa ser confuso para operadores inexperientes. Apesar da variedade, todos os guias visam explorar a escassez do letramento em saúde, simplificar a complexidade dos cuidados de saúde e melhorar o suporte para pacientes em todos os níveis de letramento em saúde (Farmanova; Bonneville; Bouchard, 2018).

2018

2018: É publicada através do GWG – HL a declaração da IUHPE sobre uma visão prática do LS.

A *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE), através do seu *Global Working Group on Health Literacy* (GWG-HL), publicou a *IUHPE Position Statement on Health Literacy: A Practical Vision for a Health*

Literate World. Esse documento fornece uma visão prática sobre o letramento em saúde e serve como base para a defesa da pesquisa, políticas e práticas relacionadas ao letramento em saúde. O objetivo do GWG-HL é promover o letramento em saúde em nível global, desenvolvendo políticas, pesquisas e práticas que melhorem a capacidade das pessoas de acessar, entender e utilizar informações de saúde (IUHPE, 2018).

A Declaração de Posição da IUHPE sobre LS apresenta um panorama das evidências e debates sobre o tema. Elaborada por especialistas globais da IUHPE, a declaração serve como base para discussões e ações de *advocacy* dentro da promoção da saúde, envolvendo diferentes parceiros e setores. O documento explica o conceito de letramento em saúde e defende sua importância como um fator determinante e modificável da saúde, essencial para estratégias de promoção da saúde em larga escala. Destaca a necessidade de uma abordagem sistêmica, apoiada por políticas em nível global, nacional, regional e local.

Além disso, a declaração resume as principais evidências que orientam práticas e políticas, reforçando a importância do investimento contínuo em pesquisa, capacitação de profissionais e da população, e na aplicação do conhecimento na promoção da saúde. Em síntese, o letramento em saúde é um tema central ao longo da vida, com impacto direto na prática clínica, na saúde pública e no desenvolvimento de políticas para melhorar a saúde global (IUHPE, 2018).

2019

2019: 4ª Conferência Europeia de Letramento em Saúde (*European Health Literacy Conference)*

A 4ª Conferência Europeia de Letramento em Saúde ocorreu em Dublin, na Irlanda. Foi organizada pela *Health Literacy Europe* e pela *University College Dublin,* de 13 a 15 de março de 2019. O tema principal da conferência desse ano foi *Building health literate societies,* em 14 e 15 de março.

O programa focou em como promover pesquisas, políticas e práticas relacionadas à capacidade das pessoas de acessar, entender, avaliar e aplicar informações de saúde para melhorar sua saúde e qualidade de vida. Além disso, o papel dos sistemas de saúde foi destacado na busca pela redução da desigualdade em saúde dentro das sociedades.

Década de 2020

2020

2020: A pandemia de COVID-19 destacou a importância do LS em todo o mundo, com programas específicos para enfrentar a infodemia e disseminar informações confiáveis sobre saúde.

Em 2020, a pandemia de COVID-19 evidenciou a importância do LS em todo o mundo. Houve a implementação de programas de LS voltados para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 e das notícias falsas (infodemia, *fake news*), com campanhas informativas e educativas para a população, como o "*First who infodemic manager training*" (WHO, 2020).

A pandemia de COVID-19 trouxe à tona uma série de desafios globais relacionados à saúde pública, e **um dos principais desafios** foi o manejo da **infodemia** – um termo usado para descrever o **excesso de informações** (muitas vezes incorretas ou enganosas) circulando ao redor de questões de saúde, especialmente em relação ao **novo coronavírus**. Nesse contexto, o LS emergiu como um **fator necessário** para garantir que as pessoas fossem capazes de **compreender, avaliar e usar informações confiáveis** para tomar decisões informadas sobre sua saúde e segurança.

1. O papel do LS durante a pandemia

O **LS** desempenhou um papel essencial no **enfrentamento da infodemia**, ajudando as pessoas a **navegar na abundância de informações** disponíveis, distinguindo entre o que era confiável e o que era **falso** ou **distorcido**.

Aumento da necessidade de LS:

a) Interpretação de informações científicas: Durante a pandemia, informações sobre a **transmissão do vírus**, as **medidas preventivas** (como o uso de máscaras e o distanciamento social), e as **vacinas** estavam sendo constantemente atualizadas. **Indivíduos com bom LS** eram mais capazes de **interpretar essas informações** corretamente, entender recomendações de saúde e **seguir as orientações** de maneira eficaz.

b) Desinformação e fake news: A propagação de **notícias falsas** e **informações erradas** sobre a COVID-19 foi um dos principais desafios da pandemia. **Muitas pessoas** (especialmente em contextos vulneráveis) tinham dificuldade em **verificar fontes confiáveis** ou **distinguir fatos de mitos**, o que levou à **desconfiança nos serviços de saúde** e **não adesão a medidas preventivas**.

c) Acesso a fontes confiáveis de informação: O LS ajudou a **orientar as pessoas** a buscar **fontes confiáveis**, como o **Ministério da Saúde**, a **Organização Mundial da Saúde (OMS)** e outras instituições que forneciam **informações baseadas em evidências**.

Exemplos de programas de LS:

a) Programas educacionais: Vários países implementaram **programas educacionais em saúde** para informar a população sobre a COVID-19. Esses programas se concentraram em ensinar as pessoas a **entender as informações sobre o vírus**, como **prevenir a transmissão** e como **acessar tratamentos médicos** de maneira segura.

b) Campanhas de mídia pública: Governos e organizações de saúde pública lançaram **campanhas de mídia** para combater a **infodemia**, usando canais de comunicação amplamente acessíveis (como rádio, televisão, mídias sociais) para **disseminar informações claras** e **coerentes** sobre a COVID-19, além de esclarecer **mitos populares**.

2. Desafios relacionados à infodemia

A **infodemia** foi um dos maiores obstáculos no enfrentamento da pandemia, pois a **abundância de informações** fez com que muitas pessoas se sentissem **sobrecarregadas** ou confusas. A **informação falsa** ou **enganosa** sobre tratamentos, prevenção, e a própria **natureza do vírus** dificultou a adesão a medidas de saúde pública e gerou desconfiança em relação às autoridades sanitárias.

Como o LS combate a infodemia:

a) Avaliação crítica da informação: O LS permite que as pessoas **avaliem criticamente as fontes** e informações. Elas podem **identificar fontes confiáveis** e **questionar informações que não fazem sentido** ou que são **contraditórias**.

b) Interpretação e aplicação de informações de saúde: Durante a pandemia, as pessoas precisavam **interpretar os dados** sobre a COVID-19 (como taxas de infecção, mortes, variantes do vírus) e aplicar essas informações a decisões diárias, como **uso de máscara**, **distanciamento social** e **vacinação**. O LS ajudou a **contextualizar esses dados** e **aplicar as recomendações de forma eficaz**.

3. Programas específicos durante a pandemia para aumentar o LS

Muitos **programas específicos** foram desenvolvidos para **aumentar o LS** e combater os efeitos da infodemia:

a) Educação sobre a COVID-19

Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras organizações de saúde desenvolveram **materiais educativos** sobre como prevenir a COVID-19, como usar **máscaras corretamente**, a importância da **vacinação**, e como **verificar fontes confiáveis** de informação. Esses materiais foram traduzidos para **múltiplos idiomas** e distribuídos **globalmente**.

b) Campanhas de mídia social

Campanhas em mídias sociais foram desenvolvidas para **combater a desinformação**. Muitas dessas campanhas buscaram aumentar a **capacidade crítica** da população para **verificar** se as informações compartilhadas eram **verídicas** ou **falsas**, além de **promover fontes confiáveis**. Por exemplo, o **Facebook** e o **Twitter** criaram **ferramentas de verificação** para sinalizar informações falsas sobre a COVID-19, ajudando os usuários a **distinguir fake news de informações científicas e médicas confiáveis**.

c) Treinamentos e capacitações

Durante a pandemia, muitas organizações promoveram **treinamentos online** sobre **LS**, ensinando a população a **compreender informações médicas** e a **tomar decisões informadas**. Essas capacitações ajudaram a aumentar a compreensão da **população em relação aos novos protocolos de saúde** e ao **tratamento da COVID-19**.

4. A importância de promover o LS pós-pandemia

O impacto da pandemia de COVID-19 demonstrou que a **promoção do LS** não deve ser uma medida pontual, mas sim um **esforço contínuo** para garantir que as populações possam

navegar de forma eficaz por sistemas de saúde complexos. Após a pandemia, a continuidade de **estratégias de LS** será fundamental para garantir **respostas rápidas e informadas** em futuras crises de saúde pública e para melhorar a **resiliência das populações** diante de novos desafios.

A **pandemia de COVID-19** ressaltou a importância crítica do **LS** em um mundo onde **informações falsas** circulam rapidamente. **Programas específicos** de LS, focados em promover **informações confiáveis** e ajudar as pessoas a **tomar decisões informadas** sobre saúde, desempenharam um papel essencial em reduzir os impactos negativos da **infodemia**. Esses programas mostraram que **educação em saúde** deve ser uma prioridade **global contínua**, pois, além de ajudar a **prevenir e controlar doenças**, o LS é uma ferramenta importante para **melhorar a qualidade de vida** e a **resiliência das populações**.

2021

No ano de 2021, ainda durante a pandemia de COVID-19, a OMS, reconheceu que o LS é essencial para entender as informações de saúde pública e seguir as diretrizes de segurança. A OMS publicou o guia de orientações *Living guidance for clinical management of COVID-19 e* continuou a trabalhar para aumentar o LS, globalmente, a fim de combater eficazmente a pandemia (WHO, 2021).

2021

1º Global Health Literacy Summit

The First meeting of the Global Health Literacy Summit, em português, O **Primeiro Encontro da Cúpula Global de**

Letramento em Saúde, organizado pela ***International Health Literacy Association*** **(IHLA)**, ocorreu, virtualmente, de 3 a 5 de outubro de 2021. O evento contou com a participação de centenas de pessoas de diversos países, que se reuniram para trocar ideias sobre como promover o letramento em saúde. Com o tema **"Letramento em saúde para todos"**, o encontro ressaltou a importância do letramento em saúde para a equidade e o desenvolvimento sustentável. Os objetivos elencados nesse encontro foram:

1) promover o intercâmbio de conhecimentos entre investigadores, profissionais e decisores políticos, relativos ao LS;

2) promover ações e práticas baseadas em evidências na área do LS;

3) promover o LS para reduzir a desigualdade na saúde.

2021

2021: Publicação do relatório The Global Health Literacy Survey (GHLS) destacando a importância do LS durante a pandemia.

Em **2021**, foi publicada a pesquisa **GHLS**, que teve um impacto significativo ao destacar a **importância do LS**, especialmente **durante a pandemia de COVID-19**. O relatório ressaltou como a **capacidade das pessoas** de **compreender, avaliar e aplicar informações de saúde** foi crucial para a **resposta global à pandemia** e para o **enfrentamento da infodemia**.

Objetivo e importância: o GHLS foi realizado por uma colaboração de organizações internacionais, acadêmicos e especialistas em saúde pública. O principal objetivo do estudo foi avaliar o **nível de LS** em **diversas populações ao redor do mundo** e como isso afetou a **resposta à crise de saúde pública** durante a pandemia de COVID-19.O GHLS analisou diferentes dimensões do **LS**, como a **compreensão de informações médicas** e a **capacidade de agir com base nelas**, além

de examinar o impacto do **LS** nas **decisões relacionadas à prevenção** e **tratamento de doenças**.

Principais resultados e conclusões: o relatório do **GHLS** trouxe à tona vários achados importantes sobre o papel do **LS** na pandemia:

a) Desigualdade no LS: O GHLS destacou que as populações com **baixa educação formal**, **baixa renda** e **menor acesso à informação** tendem a ter **níveis mais baixos de LS**. Isso afetou sua capacidade de entender as **medidas preventivas** contra a COVID-19 (como o uso de **máscaras**, **distanciamento social** e **vacinação**) e também dificultou o acesso a **informações corretas** em meio à **infodemia**.

b) A Influência do LS nas Ações de Prevenção: Indivíduos com **maior LS** foram mais capazes de compreender as **recomendações** das autoridades sanitárias, como a **importância da vacinação** e as **formas corretas de higiene**. Isso resultou em **maiores taxas de adesão** às medidas de prevenção e nas campanhas de vacinação, além de uma melhor **compreensão das orientações** sobre a pandemia.

c) Impacto da Infodemia: A pandemia gerou um fluxo massivo de **informações sobre a COVID-19**, muitas vezes contraditórias ou baseadas em fontes não confiáveis. O GHLS revelou que os indivíduos com **baixo LS** estavam mais suscetíveis a **acreditar em informações falsas** ou **desinformação**, o que dificultou os esforços para controlar a propagação do vírus e, em alguns casos, levou a comportamentos de risco (como recusa à **vacinação** ou **não seguimento das medidas de proteção**).

d) Relação entre LS e Resultados de Saúde. Os dados mostraram que as pessoas com **bons níveis de LS** tiveram **melhores resultados de saúde**, incluindo uma maior compreensão sobre a **COVID-19**, os **protocolos de saúde** e as opções de **tratamento médico**. Além disso, essas pessoas tinham mais confiança nas **instituições de saúde** e eram mais propensas a buscar **cuidados médicos adequados** quando necessário.

Recomendações do GHLS. O relatório do GHLS fez várias recomendações sobre como melhorar o **LS** globalmente, com o objetivo de **mitigar os impactos de futuras pandemias** e melhorar a **saúde pública** no longo prazo:

a) Investir em Programas de Educação em Saúde: Uma das principais recomendações foi o aumento dos **investimentos em programas de LS**, particularmente para populações vulneráveis. Programas de **educação comunitária**, **capacitação digital** e **campanhas de saúde pública** devem ser fortalecidos para **aumentar a compreensão da população** sobre a saúde e os sistemas de saúde.

b) Desenvolver Políticas de Comunicação Clara: A pesquisa destacou a **importância de uma comunicação clara** e **baseada em evidências** por parte das autoridades de saúde. As mensagens de saúde devem ser transmitidas de maneira simples e acessível, levando em consideração as diferentes **necessidades culturais** e **sociais** das comunidades.

c) Promoção do Letramento Digital (LD): O **LD** tornou-se essencial durante a pandemia, pois muitas informações e serviços de saúde passaram a ser acessados **online**. O GHLS sugeriu que a promoção do **LD** também é crucial para garantir que as pessoas possam **acessar** e **interpretar informações médicas** e **orientações sobre saúde** de maneira segura e eficaz.

d) Fomentar a Inclusão Social: O relatório sublinhou a necessidade de **garantir que todos os grupos sociais**, especialmente os mais **vulneráveis** (como idosos, pessoas com deficiência, minorias étnicas etc.), tenham acesso a **informações de saúde** adequadas e à **educação em saúde**. Isso inclui desenvolver estratégias que considerem as **barreiras sociais** e **econômicas** que podem limitar o acesso a essas informações.

O **GHLS** de 2021 revelou a profunda conexão entre **LS** e **resultados de saúde** durante a pandemia de COVID-19. O estudo demonstrou que o **nível de LS** das populações teve um papel direto

no **compreendimento das orientações sobre a COVID-19**, na adesão às medidas de **prevenção** e **vacinação**, e na capacidade de evitar os danos causados pela **infodemia**.

O relatório também apontou que o **aumento do LS** deve ser uma **prioridade global** para garantir que as populações estejam **melhor preparadas** para enfrentar futuras crises de saúde pública e, de forma geral, melhorar a saúde das pessoas. A **educação em saúde** e a **comunicação clara** são ferramentas essenciais para **fortalecer as sociedades** e reduzir desigualdades em saúde.

O CAMINHO À FRENTE

Após a pandemia, a **promoção do LS** deve se tornar parte fundamental de políticas públicas de saúde, educação e comunicação. Isso inclui a **integração do LS** em programas de **educação formal**, como escolas e universidades, e em **iniciativas comunitárias**.

A pandemia de COVID-19 nos mostrou que um **mundo mais informado e com maior LS** pode **melhorar significativamente os resultados de saúde**, diminuir os impactos de futuras pandemias e construir **sociedades mais resilientes e conscientes**.

2022

2022: A Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) foi formalizada.

Em 2022, a SPLS foi formalizada por Cristina Vaz de Almeida, destacando-se como uma entidade dedicada à promoção do LS em Portugal. A SPLS tem como objetivo melhorar a capacidade dos cidadãos de acessar, entender e usar informações para promover e manter uma boa saúde. Sob a liderança de Cristina Vaz de Almeida, a

SPLS também se concentra em iniciativas educacionais e de pesquisa, colaborando com profissionais de saúde e acadêmicos para elevar o nível de LS em todo o país. A SPLS é um marco no compromisso de Portugal com a saúde pública e a educação em saúde (SPLS, 2022).

A SPLS foi oficialmente formalizada, destacando-se como uma entidade fundamental para a promoção e desenvolvimento do LS em Portugal. A criação da SPLS refletiu a crescente importância do LS como um pilar essencial para a qualidade de vida, o acesso à informação e a participação ativa da população no cuidado à saúde.

OBJETIVOS DA SPLS: A SPLS tem como missão promover o LS entre os cidadãos portugueses e contribuir para a melhoria da saúde pública no país. Busca desenvolver estratégias educativas e informativas, apoiar iniciativas de pesquisa e inovação no campo do LS, e fomentar a colaboração entre profissionais de saúde, educadores, políticos e comunidades.Os principais objetivos da SPLS incluem:

a) educação e sensibilização sobre a importância do LSpara a compreensão e uso da informação sobre saúde;

b) desenvolvimento de recursos e ferramentas para ajudar as pessoas a acessar e interpretar informações de saúde de maneira clara e eficaz;

c) promoção de políticas públicas que integrem o LS como um aspecto essencial das estratégias de saúde pública;

d) apoio a pesquisas e iniciativas científicas sobre o impacto do LS no bem-estar e resultados de saúde da população.

A IMPORTÂNCIA DA SPLS PARA PORTUGAL: A criação da SPLS é particularmente relevante no contexto atual, em que o LS está se tornando cada vez mais reconhecido como um fator-chave para a promoção de saúde e bem-estar. A pandemia de COVID-19 ressaltou a necessidade de informações claras e acessíveis, e a SPLS tem como um de seus papéis centrais a promoção de informação de saúde confiável,

além de combater a infodemia e a desinformação. Destacam-se alguns **benefícios da SPLS para Portugal:**

a) acesso a informações de saúde: A SPLS desempenha um papel importante em garantir que as pessoas possam acessar informações confiáveis, sejam sobre vacinas, doenças crônicas, ou prevenção de doenças, usando linguagem simples e compreensível;

b) Promoção da equidade em saúde: Ao fomentar o LS, a SPLS contribui para a redução de desigualdades no acesso à saúde, especialmente para grupos vulneráveis, como idosos, pessoas com baixa escolaridade e comunidades marginalizadas;

c) Capacitação de profissionais de saúde: A SPLS também apoia a capacitação dos profissionais de saúde, promovendo cursos, treinamentos e iniciativas para que os profissionais possam comunicar-se de forma mais eficaz com os pacientes, garantindo que a informação seja transmitida de maneira acessível e entendível.

PRINCIPAIS AÇÕES E PROJETOS DA SPLS: Desde a sua formalização, a SPLS tem se envolvido em diversas ações de promoção do LS, incluindo:

a) Desenvolvimento de materiais educativos: a SPLS criou materiais educativos que ajudam as pessoas a compreender informações de saúde com clareza. Isso inclui guias e cartilhas sobre temas como prevenção de doenças, alimentação saudável, higiene pessoal e acesso ao sistema de saúde. Esses materiais são distribuídos por instituições de saúde, escolas e organizações comunitárias;

b) Campanhas de conscientização: a SPLS realiza campanhas públicas focadas em aumentar a sensibilização sobre a importância do LS. Por exemplo, campanhas que promovem a vacinação, a prevenção do câncer e a saúde mental são comuns, especialmente em parceria com organizações governamentais e não governamentais;

c) Parcerias com instituições de ensino: a SPLS também desenvolve parcerias com universidades, institutos de pesquisa e escolas, oferecendo cursos de capacitação e *workshops* para educadores e profissionais de saúde sobre como ensinar e promover o LS;

d) Pesquisas e Estudos sobre LS: a SPLS apoia e promove pesquisas sobre o impacto do letramento em saúde nas populações e em diferentes contextos sociais. Além disso, a SPLS realiza estudos sobre os efeitos do LS no comportamento dos pacientes e nos resultados de saúde.

IMPACTO DA SPLS EM PORTUGAL: Com a formalização da SPLS, Portugal ganhou uma plataforma nacional dedicada à promoção do LS. Isso ajudou a fortalecer o compromisso do país com a educação em saúde e a equidade no acesso à informação. A SPLS também contribui para o fortalecimento da política pública de saúde, incorporando o LS como uma prioridade nas estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A atuação da SPLS tem sido particularmente importante para o fortalecimento da resiliência da população frente a crises sanitárias, como a pandemia de COVID-19, além de impulsionar a educação contínua e a capacitação da população e dos profissionais de saúde.

O FUTURO DA SPLS E DO LS: A formalização da SPLS representa um passo importante na construção de uma sociedade mais saudável e informada. Olhando para o futuro, a SPLS, provavelmente, continuará a desempenhar um papel central em várias áreas, incluindo:

a) promoção de políticas públicas de saúde baseadas em evidências de LS;

b) expansão da educação em saúde para diferentes faixas etárias e grupos sociais;

c) apoio a novas pesquisas e inovação no campo do LS;

d) fortalecimento de parcerias com organizações internacionais para desenvolver programas de educação em saúde mais inclusivos e acessíveis.

A SPLS, criada em 2022, desempenha um papel fundamental no fortalecimento do LS em Portugal, sendo uma entidade crucial para o desenvolvimento de estratégias educativas, de sensibilização pública e da promoção de políticas de saúde que contribuem para a equidade e qualidade de vida.Com um foco especial em educação e comunicação claras, a SPLS representa um marco importante no processo de empoderamento da população portuguesa para que possa tomar decisões mais informadas e conscientes sobre sua saúde.

2024

Em 2024, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentaram recomendações--chave para aumentar o acesso equitativo à saúde em evento do G20[6]. As recomendações-chave tem o propósito de aumentar o acesso equitativo à saúde. Essas recomendações enfatizaram a necessidade de construir sistemas de saúde sustentáveis e resilientes que garantam acesso equitativo a todas as pessoas.

Durante a Reunião Ministerial de Saúde do G20, realizada entre 29 e 31 de outubro de 2024, no Rio de janeiro foram compartilhadas evidências e recomendações voltadas à construção de sistemas de saúde que assegurem acesso equitativo. A OPAS organizou eventos conjuntos que abordaram temas como combate à desinformação em saúde, expansão da resposta ao vírus responsável pela varíola dos macacos, cumprimento da Declaração Climática do G20 e eliminação do câncer de colo do útero.

6 O Grupo dos Vinte (G20) é um fórum de cooperação econômica internacional composto por 19 países (África do Sul, Alemanha, Arábia Saudita, Argentina, Austrália, Brasil, Canadá, China, Coreia do Sul, Estados Unidos, França, Índia, Indonésia, Itália, Japão, México, Reino Unido, Rússia e Turquia) e dois órgãos regionais: a União Africana e a União Europeia. A Presidência do G20 é atualmente ocupada pelo governo brasileiro (OMS, 2024).

Em abril de 2024, a OPAS defendeu a ampliação do acesso equitativo à saúde digital, incluindo investimentos em conectividade, segurança cibernética e infraestrutura pública digital para a saúde. A organização enfatizou a importância de fortalecer políticas públicas e marcos regulatórios sobre o uso da telemedicina, além de implementar programas de alfabetização digital para profissionais de saúde. Essas iniciativas refletem o compromisso da OPAS e da OMS em promover a equidade no acesso à saúde, alinhando-se às prioridades estabelecidas pela presidência brasileira do G20 em 2024, que incluem a construção de sistemas de saúde resilientes e sustentáveis.

Essas recomendações podem ajudar a aumentar o LS ao fornecer educação e recursos para o público, promovendo a equidade no acesso à saúde e aumentando o investimento e a retenção da força de trabalho em saúde. Isso pode levar a uma população mais qualificada para tomar decisões de saúde informadas (OMS, 2024).

2024

Brach apresenta o AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, um kit de ferramentas que auxiliam no LS.

O *Health Literacy Toolkit* é um instrumento desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), agência vinculada ao governo dos Estados Unidos. A terceira edição dessa ferramenta, publicada em março de 2024 e editada por Cindy Brach, consolida diretrizes baseadas em evidências científicas para auxiliar profissionais da saúde na promoção de informações mais acessíveis e compreensíveis. Além disso, o *toolkit* visa facilitar a navegação no sistema de saúde e ampliar o suporte oferecido a pacientes com diferentes níveis de LS (Brach, 2024).

O *toolkit* enfatiza a adoção de precauções universais para o LS, uma abordagem que busca organizar informações e serviços de forma

a torná-los acessíveis a todos, independentemente de seu nível de conhecimento ou habilidade. Essas precauções incluem (Brach, 2024): 1) simplificar a comunicação e confirmar a compreensão dos usuários; 2) facilitar a orientação no ambiente clínico e no sistema de saúde;3) apoiar os esforços individuais para a promoção da saúde.

A adoção de práticas universais assegura que todos os usuários recebam informações claras e precisas, além de acesso a sistemas de saúde de fácil navegação (Brach, 2024).Organizações que adotam estratégias alinhadas ao LS tendem a promover maior engajamento dos pacientes em seu próprio cuidado, aumentando a probabilidade de que adotem comportamentos benéficos para sua saúde. Dessa forma, o *Health Literacy Toolkit* configura-se como um recurso essencial para a construção de sistemas de saúde mais inclusivos, eficientes e centrados no paciente (Brach,2024).

O *AHRQHealth Literacy Universal Precautions Toolkit* é um *kit* de ferramentas projetado para auxiliar profissionais de saúde e instituições de saúde a melhorar o LS e a garantir que os serviços sejam acessíveis e compreensíveis para todos os pacientes, independentemente de seu nível de LS.

1) Objetivo do AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit

O principal objetivo desse *kit* de ferramentas é oferecer estratégias práticas e eficazes que podem ser implementadas em ambientes de saúde para melhorar a comunicação com pacientes, promovendo a compreensão e a participação ativa no cuidado à saúde. O conceito de precauções universais se baseia na ideia de que todos os pacientes, independentemente do seu nível de letramento, devem receber informações claras, adequadas e fáceis de entender.

2) Componentes principais do toolkit

O *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit* é composto por diversas ferramentas, recursos e práticas recomendadas, adaptáveis a diferentes tipos de organizações e práticas de saúde. Alguns dos componentes principais incluem:

a) Melhoria da comunicação com pacientes – a simplificação da linguagem: recomenda-se usar uma linguagem clara e simples nas comunicações com pacientes, evitando termos médicos complexos e garantindo que as informações sejam facilmente compreendidas por pessoas com diferentes níveis de letramento. Além disso, quanto ao **uso de materiais visuais**: O *kit* sugere a utilização de gráficos, diagramas e imagens para ilustrar conceitos médicos, o que ajuda a melhorar a compreensão dos pacientes.

b) Treinamento de profissionais de saúde – capacitação: O *toolkit* inclui treinamentos para profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e outros, para que possam identificar e superar barreiras de comunicação com pacientes com baixo LS. Isso envolve estratégias de entrevista que permitam que os profissionais avaliem o entendimento do paciente sobre as orientações médicas e ajustem a comunicação conforme necessário.

c) Ambientes e processos acessíveis – mudanças organizacionais: O *toolkit* sugere mudanças em ambientes de saúde para torná-los mais acolhedores e acessíveis, como a utilização de folhetos e formulários simplificados para coletar informações dos pacientes, a disponibilidade de intérpretes e a utilização de recursos digitais, como aplicativos móveis, para apoiar a comunicação.

Processos de agendamento e encaminhamento: O *kit* recomenda melhorias nos processos administrativos para garantir que os pacientes compreendam completamente as etapas do atendimento, como o agendamento de consultas, os procedimentos e o encaminhamento para especialistas.

d) Avaliação contínua e feedback – avaliação de práticas de comunicação: O *toolkit* propõe métodos de avaliação contínua para medir a eficácia das estratégias de LS implementadas, como pesquisas de satisfação e entrevistas com pacientes para coletar *feedback* sobre como as informações são recebidas e compreendidas.

Ajustes baseados em dados: As organizações de saúde são incentivadas a ajustar suas práticas com base nos resultados da avaliação, garantindo que as estratégias de comunicação estejam sempre sendo aprimoradas.

3) Importância do AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit

A criação desse *kit* de ferramentas tem um impacto significativo em garantir que os cuidados de saúde sejam mais inclusivos e eficazes para todos os pacientes, especialmente aqueles com níveis variados de LS. Ele aborda um dos maiores desafios no cuidado à saúde: a comunicação clara e eficiente entre profissionais de saúde e pacientes, gerando, como efeitos:

a) Redução das desigualdades em saúde: Ao aplicar as precauções universais, as organizações de saúde podem garantir que todos os pacientes recebam o mesmo nível de atenção e clareza, independentemente de seu nível de alfabetização, educação ou compreensão de conceitos médicos. Isso contribui para a redução das desigualdades em saúde, ajudando a prevenir erros médicos, não adesão a tratamentos e resultados de saúde adversos causados pela falta de compreensão.

b) Empoderamento do paciente. Com informações mais acessíveis e compreensíveis, os pacientes se tornam mais empoderados para tomar decisões informadas sobre sua saúde, participar ativamente no processo de cuidado e melhorar os resultados de saúde. Além disso, essa abordagem fortalece a relação médico-paciente, promovendo a confiança e o engajamento dos pacientes com seu tratamento.

c) Sustentabilidade a longo prazo. A implementação de precauções universais no atendimento à saúde não só melhora a experiência do paciente, mas também contribui para a sustentabilidade a longo prazo dos sistemas de saúde, ao reduzir a probabilidade de complicações, hospitalizações desnecessárias e erros médicos. Isso pode levar a economias significativas nos custos de saúde ao longo do tempo.

4) Espera-se que a implementação do toolkit gere diversos impactos na prática clínica e nas organizações de saúde, tais como:

a) Aplicação em diversos tipos de atendimento. O *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit* pode ser usado em diversos contextos, incluindo clínicas de atenção primária, hospitais, consultórios médicos e unidades de saúde mental. Ele foi desenvolvido de maneira a ser flexível e adaptável a diferentes tipos de organizações e populações, incluindo grupos vulneráveis e marginalizados, como idosos, pessoas com deficiência e populações de baixa renda.

b) Integração com outras iniciativas. O *toolkit* também pode ser facilmente integrado com outras iniciativas de saúde pública e qualidade que visam melhorar os cuidados ao paciente. Ele pode ser usado em conjunto com programas de saúde comunitária, campanhas de prevenção e políticas de saúde pública para criar um ambiente de saúde mais acessível e compreensivo para todos.

O *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, desenvolvido por Brach em 2024, representa um avançado esforço para melhorar a comunicação e o acesso à saúde para todos os pacientes, independentemente de seu nível de LS. Ao aplicar estratégias simples e eficazes, esse *toolkit* ajuda a reduzir as desigualdades e garantir que todos os pacientes tenham as informações claras de que precisam para tomar decisões informadas sobre sua saúde, promovendo um cuidado mais justo e eficaz.

2024

2024: Publicada uma nova edição do Health Literacy Questionnaire (HLQ).

Em 2024, nos EUA, foi publicada uma nova edição do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), com base nas ferramentas da AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) voltadas para a melhoria do LS (Brach, 2024).

2024

Em 2024, a OMS apresenta Relatório de Estatística de Saúde Mundial. Políticas Públicas que integrem LS.

Esse relatório, lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2024, é uma publicação anual que compila dados globais sobre indicadores de saúde, como mortalidade, morbidade, expectativa de vida, cobertura de serviços de saúde e determinantes sociais da saúde. Em 2024, o relatório destacou uma queda significativa na expectativa de vida nas Américas, com uma redução de quase três anos, atribuída a fatores como a pandemia de COVID-19, o aumento de doenças crônicas e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. O relatório reforça a importância de políticas públicas que integrem o LS como um componente central para a melhoria dos indicadores de saúde globais (OMS, 2024).

2024

2º Global Health Literacy Summit.

The Second meeting of the Global Health Literacy Summit, em português, O **Segundo Encontro da Cúpula Global de Letramento em Saúde**, organizado pela ***International Health Literacy Association***

(IHLA), com o tema "*Health literacy for people and planet*",em português, "Letramento em saúde para as pessoas e para o planeta", ocorreu de 18 a 20 de setembro de 2024, em Roterdam, Países Baixos (Holanda).

Esse evento reuniu especialistas para discutir a importância da literacia em saúde na promoção do bem-estar individual e planetário. Os objetivos principais elencados foram:

1) reunir defensores do LS de todo o mundo;

2) apresentar pesquisas e promover a troca de conhecimentos;

3) explorar políticas e estratégias emergentes e existentes;

4) promover ações para avançar a literacia em saúde para todos.

2024

2024: World Health Summit, Alemanha: Melhorar o bem-estar global e o LS.

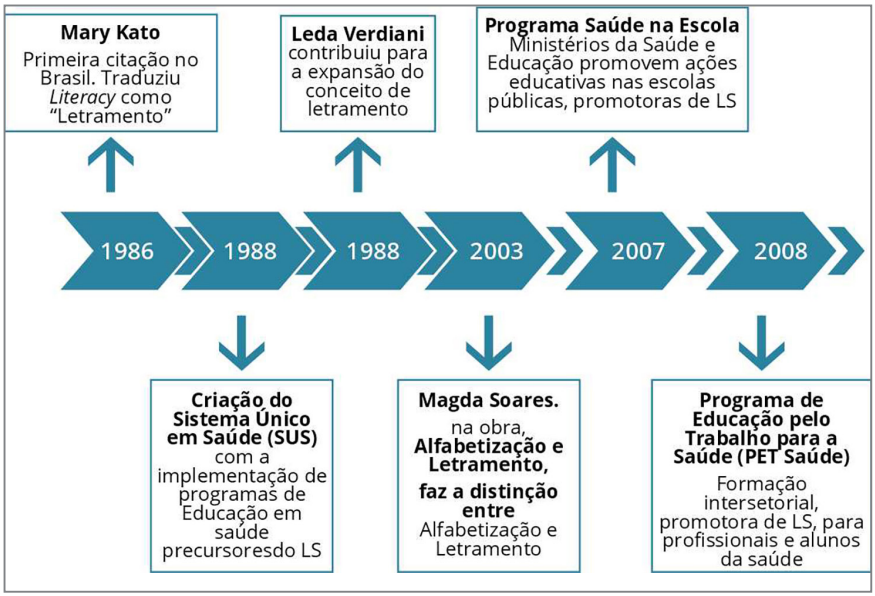
O *World Health Summit* 2024, realizado de 13 a 15 de outubro de 2024, em Berlim, Alemanha, conecta-se com a cronologia do letramento em saúde no Brasil, refletindo a crescente ênfase global em iniciativas para promover o LS como um pilar essencial para o desenvolvimento da saúde pública.

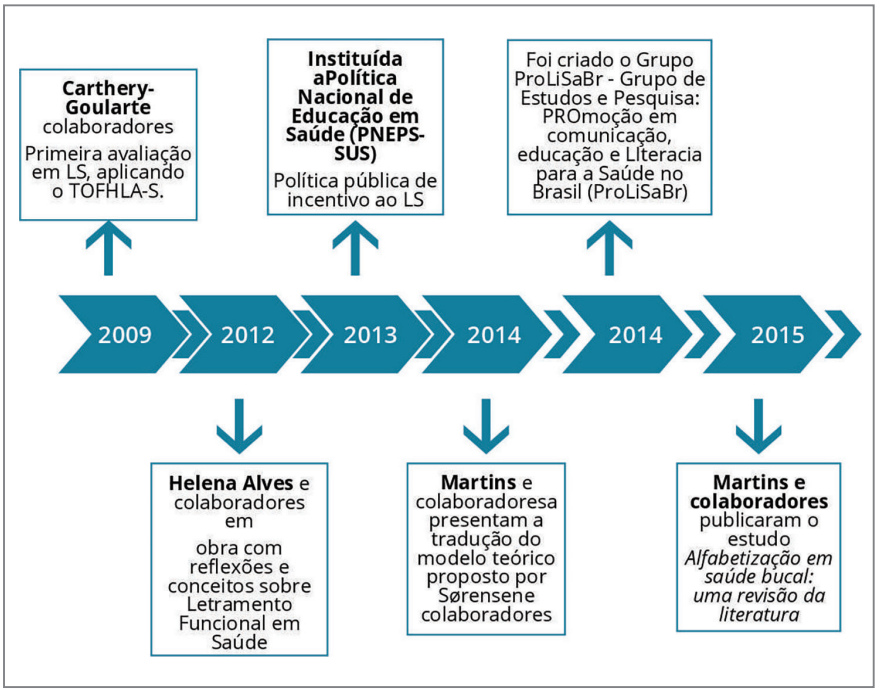
Tendocomo tema *Building Trust for a Healthier World* ("Construindo Confiança para um Mundo Mais Saudável"), seu objetivo foi discutir soluções inovadoras para melhorar a saúde, o LS e o bem-estar global, com foco em tópicos como resistência antimicrobiana, saúde das mulheres e crianças, saúde digital e mudanças climáticas (WHS, 2024).

Conexão entre a cronologia do LS em nível mundial e a história do letramento em saúde no Brasil

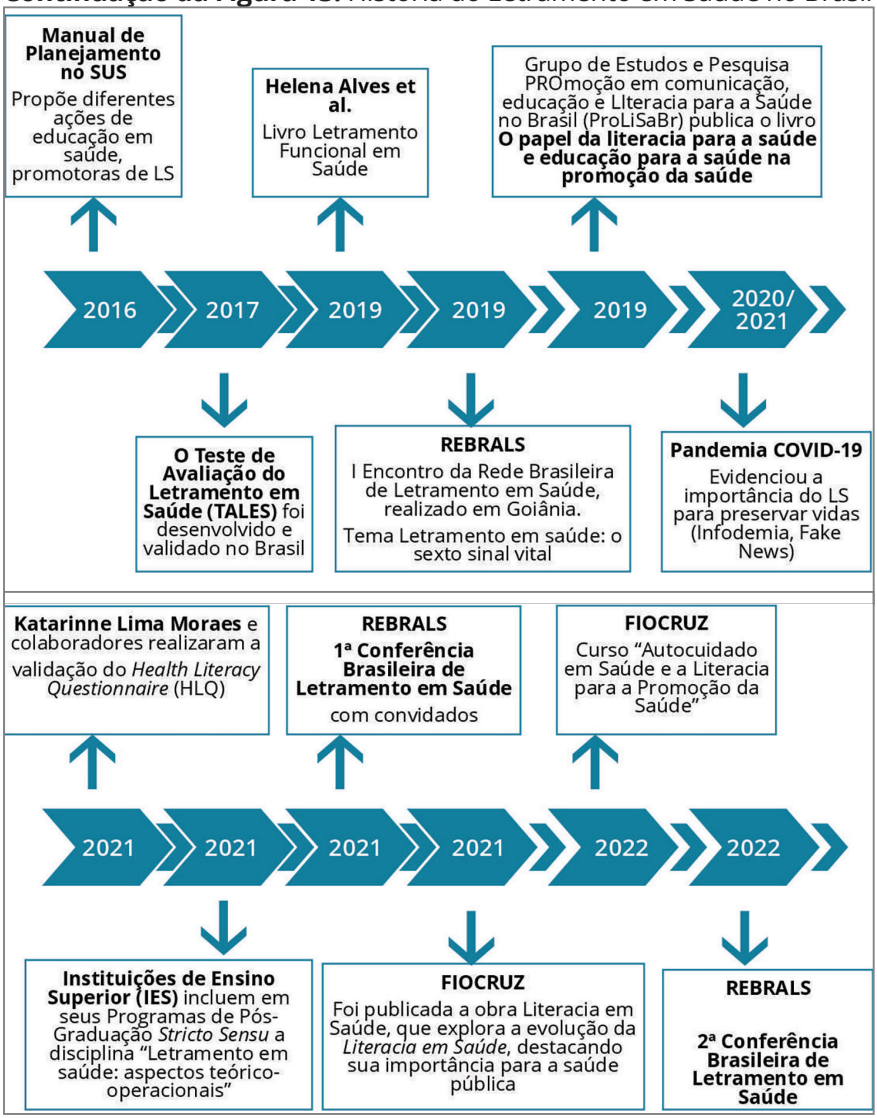
Ao estabelecer uma conexão entre a cronologia do LS a nível mundial e a história do letramento em saúde no Brasil, torna-se possível compreender como os avanços globais influenciaram o desenvolvimento das políticas e práticas brasileiras (Figura 13).

Figura 13: História do Letramento em Saúde no Brasil

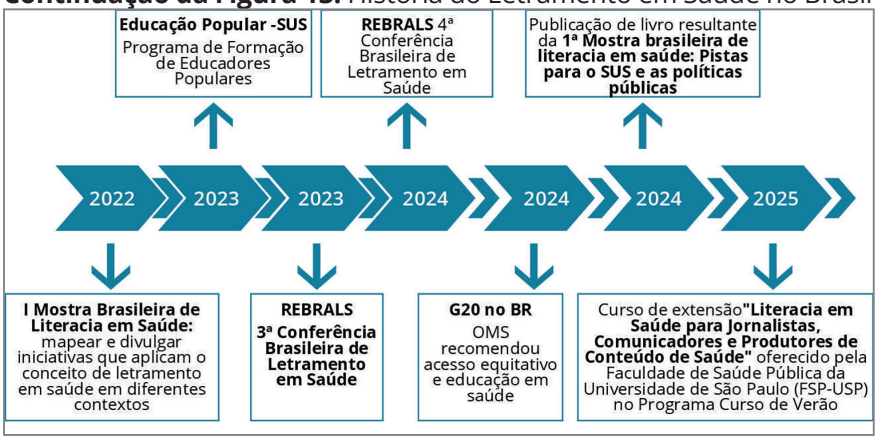




Continuação da Figura 13: História do Letramento em Saúde no Brasil



Continuação da Figura 13: História do Letramento em Saúde no Brasil



Fonte: elaborado pelas autoras.

II MARCOS HISTÓRICOS DO LETRAMENTO EM SAÚDE EM NÍVEL BRASILEIRO

1986

1986: Primeira citação do termo Letramento no Brasil. Mari Kato traduziu o termo "Literacy" como "Letramento".

No contexto brasileiro, Mary Kato foi pioneira ao empregar o termo 'letramento' em 1986, em seu livro *No mundo da escrita: uma perspectiva psicolinguística*. Kato definiu letramento como a capacidade de usar a variedade culta da língua, associandoo termo, diretamente, ao processo de apropriação da leitura e escrita (Kato, 1986). Assim, no Brasil, os conceitos de alfabetização e letramento se entrelaçam e se compõem, diferentemente do que se observa em outros países (Soares, 2004). A necessidade de nomear práticas sociais de leitura e escrita que vão além das habilidades básicas adquiridas pelo aprendizado do sistema de escrita levou ao surgimento quase simultâneo dos termos *lettrisme*, na França, e 'literacia', em Portugal, durante a década de 1980, ambos representando fenômenos distintos da alfabetização tradicional (Kleiman, 2008).

1988: Leda Verdiani contribuiu para a expansão do conceito de letramento.

Leda Verdiani Tfouni é graduada em Letras Anglo Germânicas pela Universidade Estadual Paulista, com mestrado em Aquisição de Linguagem pela *University of California* (Individual Major)e doutorado em Ciências (Linguística) pela Universidade Estadual de Campinas. Livre-docente e professora titular sênior na Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, possui experiência internacional, com estágios de pós-doutorado na *Universitá di Bologna e na Université de la Sorbonne Nouvelle*. Atua como orientadora de pós-graduação e pesquisa, com ênfase em letramento, análise do discurso, psicanálise lacaniana, autoria e genéricos discursivos. Líder do grupo de pesquisa "A Análise do Discurso e suas interfaces".

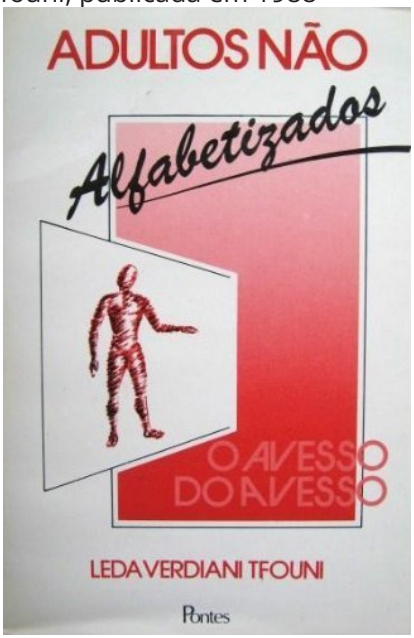
Leda Verdiani contribuiu para a ampliação do conceito de letramento, destacando-o como um processo sócio-histórico, diferente da alfabetização individual, em sua tese,publicada em 1988, como objetivo de explorar alguns aspectos do funcionamento cognitivo de um grupo de adultos brasileiros analfabetos, analisando como utilizam a linguagem em situações de diálogo ao realizar uma tarefa específica: a compreensão de raciocínios lógico-verbais. Embora os participantes tenham sido testados em um ambiente controlado experimentalmente, a análise das suas produções verbais foi realizada com base na metodologia da análise do discurso. Isso permitiu considerar como dados relevantes os elementos emergentes durante o processo de enunciação, como a formação de sincretismos e o uso de diferentes modalidades linguísticas. Apesar de não ter sido encontrada evidência de raciocínio lógico em populações analfabetas em estudos transculturais anteriores, essa pesquisa revelou que alguns participantes

apresentaram sinais de ter adquirido os atributos cognitivos necessários para compreender os silogismos.

Leda Verdiani argumenta que a pesquisa em letramento deve considerar não apenas os indivíduos alfabetizados, mas também as implicações sociais da ausência da escrita e como determinadas estruturas sociais se correlacionam com o nível de letramento tanto de alfabetizados quanto de não alfabetizados, visto que a escrita e o letramento são simultaneamente causas e efeitos de mudanças sociais, culturais e psicológicas (Tfouni, 2006).

No capítulo introdutório do seu livro, intitulado *Adultos não alfabetizados: o avesso do avesso*, Leda Verdiani Tfouni distingue alfabetização de letramento (Figura 14).

Figura 14: Capa da obra *Adultos não alfabetizados: o Avesso do avesso*, de Leda Verdiani Tfouni, publicada em 1988



Fonte: https://www.amazon.com.br/Adultos-Nao-Alfabetizados-Perspectivas-Portuguese/dp/857113006X. Acesso em: 25 mar. 2025.

1988

1988: O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil foi criado.

O SUS, criado em 1988, tem como princípio fundamental garantir saúde integral, gratuita e universal à população. Ao longo dos anos, o SUS tem avançado não apenas na oferta de assistência médica, mas também na promoção do LS. Por meio de programas educativos, campanhas informativas e ações comunitárias, o sistema pôde contribuir para que os cidadãos desenvolvessem habilidades para compreender, avaliar e utilizar informações de saúde de forma eficaz.

Essa atuação abrange desde a interpretação de prescrições médicas e bulas de medicamentos até a tomada de decisões informadas sobre tratamentos, prevenção de doenças e adoção de hábitos saudáveis. Além disso, o SUS busca reduzir desigualdades no acesso à informação, promovendo a inclusão de grupos vulneráveis e fortalecendo a autonomia dos indivíduos na gestão da própria saúde. Dessa forma, o SUS pôde desempenhar um papel essencial na construção de uma população mais letrada em saúde e, consequentemente, mais saudável (Brasil, 2010).

Construindo o Letramento em Saúde nos sistemas - um caminho viável para o futuro

Há que se considerar a necessidade de transformar o SUS em um sistema letrado em saúde por meio de ações que viabilizem: 1) força de trabalho letrada em saúde, 2) organizações letradas em saúde, 3) governança de dados sobre LS, 4) serviços centrados nas pessoas, baseados no engajamento dos usuários e em ambientes facilitadores, 5) liderança em letramento em saúde, 6) investimentos

em letramento em saúde e recursos financeiros, 7) tecnologias e inovações informadas pelo letramento em saúde, e 8) parcerias e colaboração intersetorial (Sørensen, 2021).

2003

2003: Foi publicada a obra "Alfabetização e Letramento", de autoria de Magda Becker Soares

Magda Soares (1932-2023) foi uma das fundadoras da Faculdade de Educação da UFMG e uma das mais influentes educadoras do Brasil. Professora emérita da instituição, dedicou sua vida à alfabetização e ao letramento, inovando ao propor métodos que valorizam o contexto social dos alunos, em oposição ao ensino tradicional baseado em cartilhas. Foi consultora da Unesco, da Capes e do CNPq, além de assessora no Ministério da Educação durante a gestão de Fernando Haddad, contribuindo para a criação do Programa Nacional de Alfabetização na Idade Certa.

Em sua obra *Alfabetização e Letramento*, publicada em 2003, Magda Soares também aborda a distinção entre alfabetização e letramento (Figura 14). Segundo ela, a alfabetização é o processo de aprender a ler e escrever, isto é, o aprendizado do código escrito, enquanto o letramento é a capacidade de usar essas habilidades de maneira competente nas práticas sociais. Soares argumenta que o letramento vai além da mecânica da alfabetização, envolvendo a compreensão e uso efetivo da linguagem escrita em diversos contextos sociais (Soares, 2004).

Autora de livros didáticos usados desde os anos 1970, publicou sua última obra, *Alfaletrar: toda criança pode aprender a ler e escrever*, em 2020, aos 88 anos. Ganhadora do Prêmio Jabuti em 2017, recebeu diversas honrarias, incluindo a Ordem Nacional do Mérito Educativo. Inspirada por Paulo Freire, defendia a escola como

ferramenta contra a desigualdade social. Mesmo aposentada desde 2000, seguiu ativa até pouco antes de sua morte, no dia 01 de janeiro de 2023, aos 90 anos, vítima de câncer.

Figura 14: A) Capa da obra *Alfabetização e Letramento* de Magda Soares, publicada em 2003; B)foto da autora

A



Fonte: https://www.editoracontexto.com.br/alfabetizacao-e-letramento--edicao-revista-e-ampliada. Acesso em: 8 mai. 2025

B



Fonte: https://revistapesquisa.fapesp.br/en/magda-becker-soares-the-power-of-language/. Acesso em: 8 mai. 2025.

Soares destaca ainda que ser alfabetizado não significa necessariamente ser letrado, pois uma pessoa pode saber ler e escrever, mas não ter desenvolvido competências para utilizar essas habilidades de maneira funcional no cotidiano. Essa distinção é fundamental para pensar práticas educacionais e políticas públicas voltadas para a inclusão e a ampliação do acesso à cultura escrita.

2007

2007: O Programa Saúde na Escola (PSE) contribui para a promoção do LS.

No Brasil, também houve a preocupação institucional quanto ao LS; assim, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado em 2007. O PSE é uma iniciativa intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil, que visa contribuir para o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de ensino básico. A importância do PSE no LS se destaca por transformar o ambiente escolar em um espaço privilegiado de educação em saúde para práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde e de doenças. Isso é feito por meio da articulação entre equipe escolar e equipe de saúde, promovendo uma educação integral e fortalecendo as ações de enfrentamento de vulnerabilidades. Além disso, o PSE amplia o acesso aos serviços de saúde e contribui para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes brasileiros. Essas ações conduzem ao LS (https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse).

2008

2008: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no Brasil contribui para a promoção do LS.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que foi criado em 2008, é outra ação intersetorial criada no Brasil que **contribui para a promoção do LS**. O PET-Saúde é uma iniciativa do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação do Brasil, que tem como objetivo aprimorar a integração entre ensino, serviço e comunidade.

O programa busca qualificar a formação dos profissionais de

saúde e dos estudantes de graduação na área da saúde, por meio de atividades práticas que envolvem ensino, pesquisa, extensão universitária e participação social. O PET-Saúde desempenha um papel fundamental no fortalecimento do LS no Brasil, tanto pela formação de profissionais de saúde mais qualificados quanto pelo incentivo à prática de cuidados de saúde baseados em evidências e na compreensão clara das informações de saúde (Brasil, 2008).



2009: A primeira avaliação brasileira do LS, por Carthery-Goulart e colaboradores, aplicando o TOFHLA-S.

Em 2009, a primeira avaliação brasileira do LS foi publicada por Carthery-Goulart e colaboradores, aplicando o TOFHLA-S a 312 usuários do SUS em São Paulo. Foi constatado que um terço tinha dificuldades em alfabetização funcional e conceitos numéricos na saúde, porcentagem que subia entre idosos (Carthery-Goulart *et al*., 2009).



2012: Por meio da obra Reflexões e conceitos sobre Letramento Funcional em Saúde, Helena Alves e colaboradores discutem a importância do letramento funcional em saúde (LFS) e seu impacto na interação entre usuários, profissionais e o sistema de saúde.

Em 2012, Helena Alves e colaboradores, em *Reflexões e conceitos sobre Letramento Funcional em Saúde*, abordam a importância do **letramento funcional em saúde (LFS)** e como ele impacta a interação entre os usuários, os profissionais de saúde e o sistema de saúde como um todo. A obra destaca a necessidade de capacitar os indivíduos para compreender, interpretar e usar informações relacionadas à saúde de maneira eficaz, o que é crucial para melhorar a saúde pública e a qualidade do atendimento.

Conceito de Letramento Funcional em Saúde (LFS)

O **letramento funcional em saúde** é definido pelos autores como a capacidade dos indivíduos de **acessar, compreender e utilizar informações de saúde** de forma que possam tomar decisões informadas, participar ativamente de seu próprio cuidado e interagir de maneira eficaz com os profissionais de saúde e o sistema de saúde. O LFS é um aspecto fundamental para que as pessoas possam navegar no complexo sistema de saúde, interpretar instruções médicas, entender rótulos de medicamentos, seguir regimes de tratamento e adotar comportamentos saudáveis.

ASPECTOS IMPORTANTES DISCUTIDOS POR HELENA ALVES E COLABORADORES

1) Implicações para a saúde individual e coletiva: a autora aponta que o letramento funcional em saúde não se limita apenas à compreensão de palavras ou textos, mas também envolve a capacidade de **interpretar informações** e **tomar decisões adequadas** com base nessas informações. O LFS impacta diretamente na **adaptação de comportamentos** relacionados à saúde, como seguir instruções médicas, fazer escolhas saudáveis e procurar ajuda quando necessário.

2) Desigualdade no Letramento Funcional em Saúde: um dos principais pontos discutidos é a **desigualdade** no letramento funcional em saúde. Diferentes grupos sociais, especialmente aqueles com baixo nível de escolaridade ou com dificuldades de compreensão, podem ter **dificuldades significativas** para acessar e compreender informações de saúde. Pessoas com **baixa escolaridade** ou que não dominam o idioma local podem ter dificuldades para entender prescrições médicas, folhetos explicativos ou orientações sobre tratamentos, o que pode prejudicar o sucesso do tratamento e levar a consequências negativas para a saúde.

3) A interação entre usuários, profissionais de saúde e o sistema de saúde: o LFS também está fortemente relacionado à **comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes**. Profissionais de saúde devem ser capazes de **adaptar a linguagem** e as explicações para que os pacientes compreendam as informações corretamente, evitando mal-entendidos e promovendo a **participação ativa** do paciente no seu próprio cuidado.Uma comunicação eficaz, baseada no letramento funcional em saúde, também pode **reduzir erros médicos** e melhorar os resultados de saúde ao garantir que os pacientes sigam corretamente as orientações dadas pelos profissionais de saúde.

4) Importância das políticas públicas: a obra também ressalta que as **políticas públicas de saúde** devem considerar o nível de letramento funcional das populações ao elaborar materiais informativos e estratégias educativas. As **campanhas de saúde** devem ser pensadas de forma acessível e inclusiva, utilizando linguagem simples e compreensível, com a oferta de materiais visuais e audiovisuais quando necessário.Além disso, o **treinamento de profissionais de saúde** sobre como lidar com pacientes de diferentes níveis de letramento funcional em saúde também é fundamental. Isso pode incluir técnicas para simplificar explicações e verificar a compreensão dos pacientes.

5) Relação com o LS: É importante diferenciar o letramento funcional em saúde do conceito mais amplo de **LS**, que envolve habilidades mais amplas, como o acesso à informação, a capacidade de analisar criticamente a informação e a tomada de decisões informadas. O LFS é visto como uma das facetas do LS, focando, especialmente, nas **habilidades práticas** de usar informações relacionadas à saúde no dia a dia.

Impactos do Letramento Funcional em Saúde:

a) Aumento da adesão ao tratamento: Pacientes com bom letramento funcional em saúde têm mais chances de compreender as instruções médicas e seguir corretamente os regimes de

tratamento, o que pode levar a melhores resultados de saúde.

b) Redução de erros de saúde: Um maior nível de compreensão das informações médicas e de saúde pode diminuir a ocorrência de erros, como o uso incorreto de medicamentos ou a não adesão a tratamentos recomendados.

c) Empoderamento do paciente: O LFS permite que os pacientes se tornem mais autossuficientes na gestão da sua saúde, o que pode levar a uma **melhor qualidade de vida** e maior satisfação com os serviços de saúde.

O **letramento funcional em saúde** é um fator determinante para melhorar a **qualidade do atendimento** e garantir que os pacientes possam tomar decisões informadas sobre sua saúde. As desigualdades no LFS têm impacto direto nos resultados de saúde, especialmente em populações vulneráveis, e as políticas públicas precisam ser adaptadas para garantir que todas as pessoas tenham as habilidades necessárias para acessar e utilizar informações sobre saúde. A colaboração entre pacientes e profissionais de saúde, com base em uma comunicação clara e eficaz, é fundamental para a promoção de uma saúde mais equitativa e acessível.

Enfim,em *Reflexões e conceitos sobre Letramento Funcional em Saúde,*Passamai e colaboradores, dentre eles Helena Alves,discutem a importância do letramento funcional em saúde (LFS) e seu impacto na interação entre usuários, profissionais e o sistema de saúde. O texto analisa como o LFS afeta a comunicação e as consequências disso para a saúde pública, sugerindo que medidas para elevar o LFS devem melhorar as competências individuais e os serviços de saúde, tornando as comunicações mais humanizadas e adequadas às necessidades e habilidades dos usuários (Passamai, 2012).

2013

2013: Instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

No Brasil, um outro fomento à política pública de incentivo ao LS é a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída em 2013. A PNEPS-SUS é uma iniciativa que visa integrar práticas populares de saúde no SUS, de forma democrática e com participação social. Suas raízes estão no movimento em torno da Medicina Social Latino-Americana e os pressupostos do pensamento freiriano de educação, base da Educação Popular em Saúde[7] (Brasil, 2014). Ela propõe uma prática político-pedagógica que envolve a promoção, proteção e recuperação da saúde, baseada no diálogo entre a diversidade de saberes. Isso inclui valorizar os saberes populares e a ancestralidade, incentivando a produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (Brasil, 2013). A PNEPS-SUS apoia o LS ao promover uma abordagem educacional que respeita e integra diferentes formas de conhecimento, fortalecendo a participação social e a capacidade dos indivíduos de influenciar sua saúde e o sistema de saúde como um todo.

2014

2014: Martins e colaboradores apresentam a tradução do modelo teórico proposto por Sørensen e colaboradores em 2012

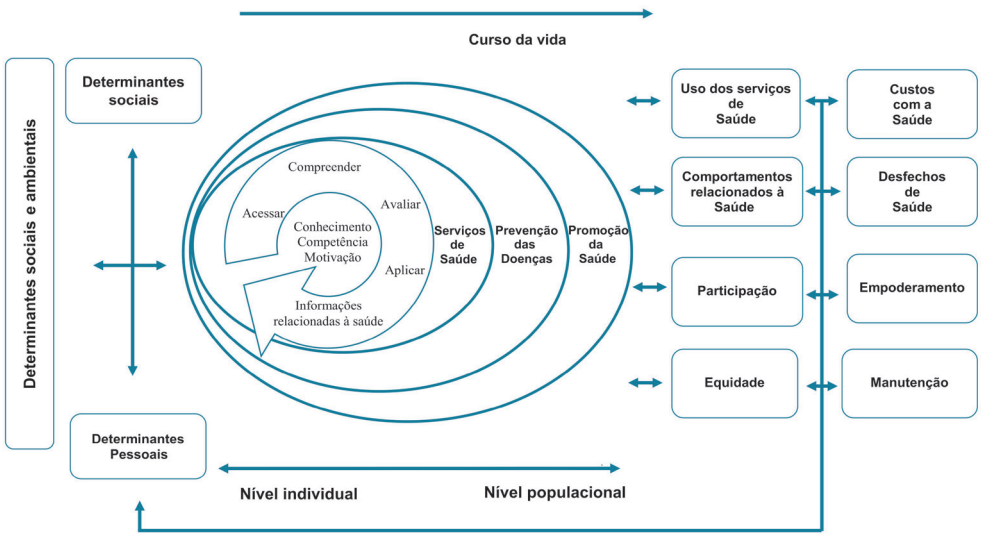
O modelo teórico traduzido para o português do Brasil foi apresentado em um estudo transversal que investigou a prevalência do autoexame bucal entre idosos e sua relação com o uso de serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa utilizou

7 Conforme consta no capítulo 1 desse material: "A educação popular em saúde é constituída por um conjunto de práticas e saberes populares, tradicionais e ancestrais, que se apresentam como um caminho capaz de contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS" (Brasil, 2014).

amostragem probabilística complexa por conglomerados, em idosos de 65 a 74 anos, de um município brasileiro de grande porte. Foram analisados 492 participantes, dos 740 inicialmente avaliados, por meio de regressão logística binária, com correções para efeito de desenho e ponderações no SPSS®.

Dentre os idosos incluídos, 22,4% relataram praticar o autoexame bucal. A adesão foi maior entre usuários do SUS, indivíduos com maior renda e escolaridade, usuários de próteses dentárias removíveis e aqueles sem impactos de desordens bucais. Em contrapartida, a prática foi menos prevalente entre os que buscavam atendimento odontológico de rotina e entre os que não consumiam álcool. Os achados evidenciam a baixa adesão ao autoexame bucal e apontam a necessidade de incentivar esse autocuidado, especialmente entre usuários de serviços privados, supletivos e filantrópicos, no âmbito das políticas de saúde do idoso (Martins *et al.*, 2014) (Figura 15).

Figura 15: Tradução do modelo teórico de letramento em saúde apresentado por Sørensen *et al.*(2012)



Fonte: Martins *et al.* (2014) *apud* Sørensen *et al.*(2012).

2014

2014: Foi criado o Grupo ProLiSaBr - Grupo de Estudos e Pesquisa: PROmoção em comunicação, educação e LIteracia para a Saúde no Brasil (ProLiSaBr).

O ProLiSaBr foi criado em 2014 a partir de parcerias entre pesquisadores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e da Escola de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (Figura 16). O objetivo era criar um espaço para debates e produção de conhecimentos entre os países de língua portuguesa. Nesse contexto, foram criados também o ProliSaEU e o ProLiSaBr (https://prolisabr.renderforestsites.com/#:~:text=ProLisaBR,ProlisaBr,para%20a%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil).

O ProLiSaBr está ligado ao Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais (IELACHS) da UFTM. Ele desenvolve estudos e pesquisas sobre saúde, comunicação, educação e letramento em saúde, com foco em políticas públicas, direitos, trabalho, sociedade, tecnologias e qualidade de vida (Figura 16). Suas linhas de pesquisa incluem: educação, comunicação, tecnologias e letramento; a relação entre educação, saúde, políticas públicas e letramento em saúde; e políticas e práticas de educação, saúde e serviço social. O ProLiSaBr tem três principais linhas de pesquisa:1) educação, comunicação, tecnologias e letramento; 2) interface entre educação, saúde, políticas públicas e letramento em saúde; 3) políticas e práticas de educação, saúde e serviço social.

Figura 16: Grupo de Estudos e Pesquisa: PROmoção em comunicação, educação e LIteracia para a Saúde no Brasil (ProLiSaBr)



Fonte: Disponível em: https://prolisabr.renderforestsites.com/#:~:text=ProLisaBR-,ProlisaBr,para%20a%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil. Acesso em: 10 de junho de 2025.

2015

2015: Andréa Martins e colaboradores publicaram o estudo Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura, que analisou o campo da alfabetização em saúde.

Em 2015, Andréa Martins e colaboradores publicaram o estudo “Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura”, que analisou o campo da alfabetização em saúde. Esse manuscrito buscou esclarecer os modelos predominantes de LS, explorar as semelhanças e diferenças entre educação e alfabetização em saúde, e identificar populações vulneráveis a um LS insuficiente, como crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, minorias étnicas e grupos socioeconomicamente desfavorecidos (Martins, 2015).

Observa-se que, em 2015, a tradução do termo *Health literacy* nos **Descritores em Ciências da Saúde** (DeCS) era "Alfabetização em saúde". Os descritores fazem parte de um vocabulário controlado e desenvolvido pela BIREME (BIblioteca REgional de MEdicina), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a indexação e recuperação de artigos científicos em bases de dados como LIteratura LAtino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), baseados no *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library of Medicine* (NLM), incorporam termos adicionais para atender às especificidades dos descritores que fazem parte da América Latina e do Caribe. Esses descritores são amplamente utilizados na pesquisa em saúde para padronizar a terminologia e facilitar a busca por informações científicas.

A revisão discorre sobre a construção do conhecimento referente à "alfabetização em saúde" (leia-se "letramento em saúde") como algo essencial, pois muitas pessoas ainda enfrentam dificuldades para tomar decisões relacionadas ao seu bem-estar. Esse estudo teve como objetivo revisar o tema, explorando os principais modelos teóricos, as diferenças e semelhanças entre educação para a saúde e alfabetização em saúde (leia-se "letramento em saúde"), além de identificar grupos vulneráveis à baixa alfabetização em saúde (leia-se "letramento em saúde") nessa área. Também foi analisada a alfabetização em saúde (leia-se "letramento em saúde") no contexto da Odontologia.

A pesquisa incluiu bases de dados como Scielo, BVS, Lilacs e PubMed, considerando publicações em português e inglês, sem restrição de ano, com os descritores "Alfabetização em saúde", "Promoção da saúde", "Educação em saúde bucal" e "Alfabetização em saúde bucal". Foram identificadas traduções para o português do termo *health literacy*, além de definições e conceitos.

Destacou-se a influência da relação profissional de saúde/paciente na eficácia da "alfabetização em saúde bucal", bem como a existência de instrumentos para sua mensuração, incluindo um específico para Odontologia. Entre os modelos teóricos, o de Sørensen e colaboradores sobressaiu. Nesse modelo,a "alfabetização em saúde" é definida como o conjunto de conhecimentos, motivação e competências necessários para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde. Grupos vulneráveis à baixa "alfabetização em saúde" incluem crianças, adolescentes, idosos, pessoas com necessidades especiais, minorias étnicas e populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica. No campo odontológico, observou-se uma relação entre a autopercepção da saúde bucal e o nível de "alfabetização em saúde bucal". A informação é um fator essencial para o desenvolvimento individual, reforçando a importância da alfabetização em saúde na melhoria da qualidade de vida e dos indicadores de saúde bucal (Figura 17).

Figura 17: Capa do periódico e primeira página do artigo intitulado "Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura"



Fonte: https://www.researchgate.net/publication/304149990_Alfabetizacao_em_saude_bucal_uma_revisao_da_literatura.

2016

2016: O Sistema Único de Saúde (SUS) publica Manual de Planejamento no SUS que propõe diferentes ações de educação em saúde, promotoras do LS.

Em 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) divulgou seu Manual de Planejamento, que propõe ações educativas voltadas à promoção da saúde, fundamentais para o desenvolvimento do letramento em saúde (LS) no Brasil. O manual destaca a importância de práticas educativas que integrem a informação de saúde ao cotidiano das pessoas, visando não apenas a prevenção de doenças, mas também a promoção do bem-estar e a capacitação das comunidades para tomar decisões informadas sobre sua saúde. Essas ações de educação em saúde estão alinhadas com os princípios da saúde pública, como a equidade, a participação comunitária e a promoção da autonomia, essencial para que os cidadãos possam se tornar sujeitos ativos na gestão de sua saúde.

Entre as propostas do manual, destacam-se iniciativas que promovem o letramento em saúde de populações em situações de vulnerabilidade, como as que vivem em áreas rurais, periferias urbanas e grupos indígenas. Essas ações são vistas como precursoras do letramento em saúde (LS), que envolve não apenas o domínio de informações sobre doenças e tratamentos, mas também a capacidade de interpretar e usar essas informações no contexto social e cultural específico de cada grupo. Ao oferecer ferramentas educativas que facilitam o entendimento de conceitos de saúde, o SUS busca transformar as comunidades em protagonistas de sua própria saúde, incentivando comportamentos e atitudes que contribuem para a melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento do sistema de saúde pública (Brasil, 2016).

2017

2017: O Teste de Avaliação do Letramento em Saúde foi desenvolvido e validado no Brasil

O Teste de Alfabetização e Letramento em Saúde (TALES) é uma ferramenta de avaliação desenvolvida para medir o nível de letramento em saúde de indivíduos, ou seja, a capacidade de compreender, avaliar e utilizar informações de saúde para tomar decisões informadas. O teste foi criado com o objetivo de oferecer uma medida mais precisa e específica do letramento em saúde, que é fundamental para a promoção de comportamentos saudáveis e para o engajamento efetivo com o sistema de saúde (Santos, 2017).

O TALES avalia tanto a compreensão de textos escritos sobre temas de saúde quanto a habilidade de interpretar gráficos e informações visuais, que são frequentemente utilizadas em materiais educativos e comunicados de saúde. Ele foi projetado para ser utilizado em diferentes contextos e populações (foco em doença renal crônica), como em ambientes clínicos, programas de educação em saúde e pesquisas acadêmicas. Através do teste, é possível identificar lacunas no letramento em saúde e planejar intervenções mais adequadas para melhorar a compreensão e a capacidade das pessoas em gerenciar sua saúde.

Esse instrumento visa avaliar a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e utilizar informações relacionadas à saúde, facilitando a tomada de decisões informadas sobre autocuidado, e tem sido uma importante ferramenta de apoio para políticas públicas, principalmente no Brasil, onde o letramento em saúde é uma das estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças. Com o uso do TALES, é possível aprimorar as ações de educação em saúde e garantir que as informações cheguem de maneira eficaz a diferentes públicos, especialmente aqueles com baixo nível de escolaridade ou em situação de vulnerabilidade social.

Característicasdo Teste de Alfabetização e Letramento em Saúde - TALES:

a) Composição: o TALES é composto por 63 itens, distribuídos em três subescalas.

b) Compreensão de leitura: avalia a capacidade de entender textos relacionados à saúde.

c) Reconhecimento de palavras: verifica a habilidade de identificar termos médicos e de saúde.

d) Numeramento: analisa a aptidão para interpretar e utilizar informações numéricas em contextos de saúde.

e) Aplicação: o teste é autoaplicável e foi validado para diferentes grupos, incluindo pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), alunos da Educação de Jovens e Adultos e estudantes de graduação.

Procedimento de Validação: a validação do TALES envolveu uma amostra de 1.400 indivíduos. O processo incluiu a elaboração de uma cartilha informativa sobre Doença Renal Crônica, desenvolvida com base em técnicas linguísticas que facilitam a leitura e compreensão dos conteúdos pelos participantes (Santos, 2017).

2019

2019: I Encontro da Rede Brasileira de Letramento em Saúde. Tema: "Letramento em saúde: o sexto sinal vital".

A formalização da REBRALS ocorreu em abril de 2019 e seu lançamento oficial foi realizado em 08 de novembro do mesmo ano, durante o I Encontro da Rede Brasileira de Letramento em Saúde, em Goiânia, Goiás (Figura 18).

Figura 18: Material de divulgação do 1° Encontro da Rede Brasileira de Letramento em Saúde



Fonte: disponível em:https://ufg.br/e/24645-i-encontro-da-rede-brasileira-de-letramento-em-saude. Acesso em: 9 maio 2025.

O grupo fundador era composto por membros de quatro regiões do país, incluindo professores, alunos e profissionais das áreas de Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Medicina da Universidade Federal de Goiás, 2019.Entre as fundadoras, estão as professoras **Virginia Visconde Brasil**, Katarinne Lima Moraes e Helena Alves de Carvalho Sampaio**.** A REBRALS surgiu da necessidade vivenciada por pesquisadores brasileiros de desenvolver projetos de pesquisa em parceria interinstitucional e de maximizar a cooperação técnica e científica

com esses pesquisadores. Desde sua criação, a REBRALS tem desempenhado um papel fundamental na expansão do interesse e na investigação sobre LS no país.

A REBRALS é um espaço de discussão multiprofissional dedicado à definição de prioridades para o desenvolvimento de práticas baseadas nos princípios do LS. Além disso, promove a pesquisa científica, a formação profissional e a identificação de iniciativas voltadas à implementação de práticas sustentáveis em saúde no Brasil.

Até o início de 2020, o descritor correspondente a *Health Literacy* na Biblioteca Virtual em Saúde era "Alfabetização em Saúde". A REBRALS solicitou a alteração do termo, apresentando justificativas e embasamento na literatura científica. Pouco tempo depois, a mudança foi realizada.

A REBRALS mantém um site oficial, disponível em www.rebrals.com.br, onde profissionais interessados no tema podem acessar conteúdos informativos, recomendações de leitura e podcasts. Os programas, publicados quinzenalmente, estão disponíveis nas plataformas **Spotify, Anchor, Google Podcasts, Apple Podcasts, Breaker, Pocket Cast e Radio Public**. Cada episódio aborda um tema específico dentro do universo do LS e conta com a participação de um especialista na área.

2019

2019: Publicado o livro Letramento Funcional em Saúde, organizado por Helena Alves e colaboradores, que explora as habilidades do usuário e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda em 2019, foi publicado o livro *Letramento Funcional em Saúde*, organizado por Helena Alves Sampaio e colaboradores, que explora as habilidades do usuário e o SUS. Aborda a evolução histórica do LS, modelos explicativos, e a importância da compreensão leitora e do numeramento em saúde. Destaca a multidimensionalidade e

interdisciplinaridade do cuidado letrado em saúde e sugere estratégias para avançar nessa área da saúde (Passamai; Sampaio; Henriques, 2019).

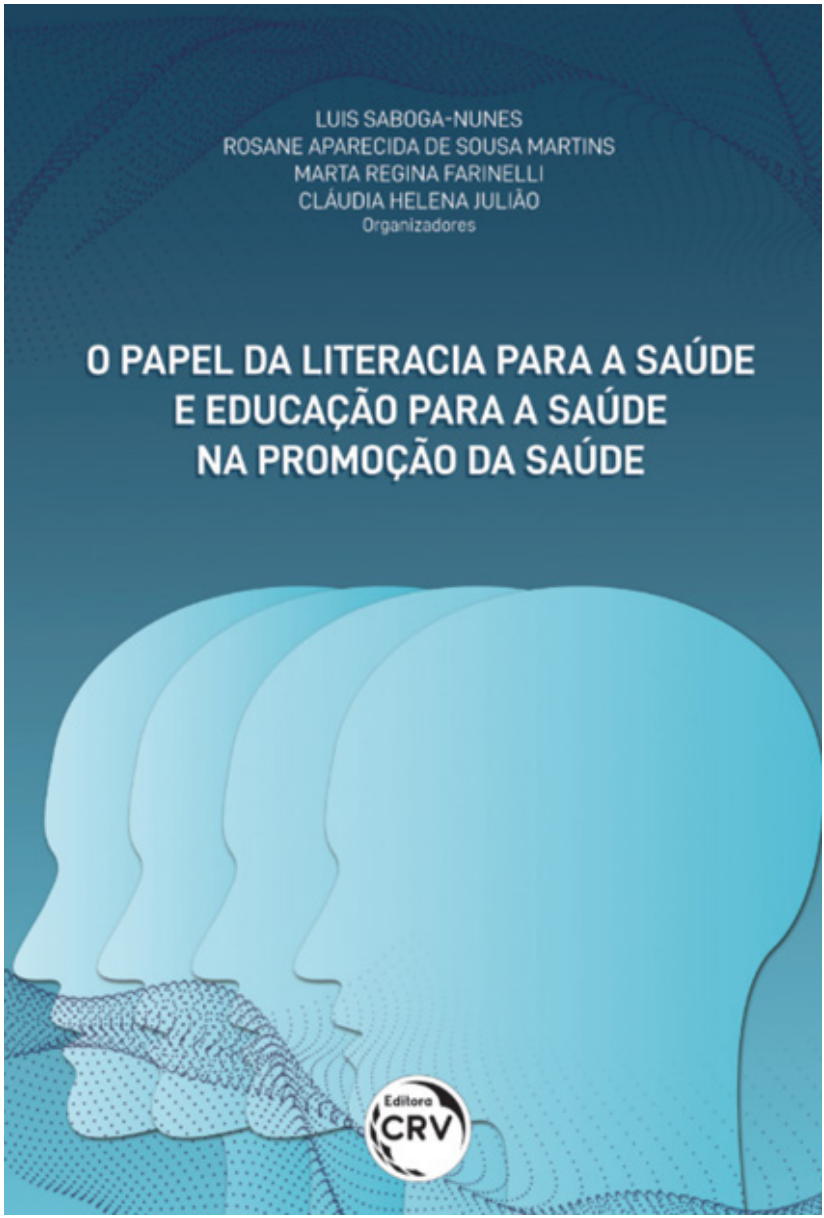
2019

2019: Grupo de Estudos e Pesquisa: Promoção em comunicação, educação e Literacia para a Saúde no Brasil (ProLiSaBr) publica o livro O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde.

Publicado pelo Grupo de Estudos e Pesquisa PROmoção em comunicação, educação e LIteracia para a Saúde no Brasil (ProLiSaBr) e organizado por Luís Saboga-Nunes e colaboradores, o livro *O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde*[8] provoca reflexões sobre os desafios e perspectivas para garantir o direito à saúde da população, com foco na autonomia e na participação social. Reúne ensaios teóricos, pesquisas, relatos de extensão, debates e experiências ligadas ao letramento em saúde, promoção da saúde e educação em saúde. Os textos apresentados resultam do comprometimento e dedicação de pesquisadores, professores e profissionais das áreas de saúde, ciências sociais e ciências sociais aplicadas, que buscam ampliar e aprimorar o conhecimento em saúde coletiva. A obra aborda temas em saúde a partir de três eixos principais: letramento em saúde, promoção da saúde e educação em saúde (Figura 19).

8 A versão digital do livro pode ser acessada gratuitamente no site da Editora CRV: https://www.editoracrv.com.br/produtos/detalhes/34231-o-papel-da-literacia-para-a-saude-e-educacao-para-a-saude-na-promocao-da-saude?srsltid=AfmBOoqhaecDmohCFglFugxr9kkqjyhkdKwKBoDj0If5GwMbctRUQHfj

Figura 19: Capa da obra *O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde*



Fonte: disponível em: https://www.editoracrv.com.br/produtos/detalhes/34231-o-papel-da-literacia-para-a-saude-e-educacao-para-a-saude-na-promocao-da-saude?srsltid=AfmBOoqhaecDmohCFgl-Fugxr9kkqjyhkdKwKBoDj0If5GwMbctRUQHfj. Acesso em: 9 maio 2025.

2020/2021

2020/2021: Pandemia COVID 19.

Durante a pandemia de COVID-19 (2020-2021), o Brasil enfrentou desafios significativos, com mais de 700 mil mortes oficialmente registradas (BRASIL, 2023). Algumas ações muito importantes envolvendo políticas públicas poderiam ter sido implementadas para evitar o adoecimento e a morte de milhares de pessoas e, no âmbito do Letramento em Saúde (LS), poderiam ter realizado:

1) Comunicação clara sobre vacinas: Uma das principais lacunas foi a falta de uma campanha nacional unificada e eficaz para explicar a importância da vacinação, os benefícios das vacinas e os riscos da hesitação vacinal. A comunicação poderia ter sido mais clara e direta, utilizando linguagem acessível e exemplos práticos para engajar a população.

2) Enfrentamento da desinformação: Apesar dos esforços, a desinformação sobre vacinas e tratamentos não comprovados se espalhou rapidamente. Uma estratégia mais robusta de combate às notícias falsas, com parcerias entre governo, mídia e instituições científicas, poderia ter sido implementada.

3) Capacitação de profissionais de saúde: Profissionais de saúde poderiam ter recebido treinamento específico para comunicar informações sobre a pandemia de forma clara e empática, especialmente em comunidades com baixo nível de LS.

4) Inclusão de populações vulneráveis: Ações direcionadas a grupos vulneráveis, como comunidades indígenas, quilombolas e pessoas em situação de rua, poderiam ter sido mais efetivas, com materiais adaptados, cultural e linguisticamente.

2021

2021: Katarinne Lima Moraes e colaboradores realizaram a validação e a adaptação transcultural do instrumento HLQ para o português do Brasil.

A pesquisadora da REBRALS, Katarinne Lima Moraes e colaboradores, em 2021, realizaram a validação e a adaptação transcultural do instrumento HLQ para o português do Brasil. Para isso, foi utilizado o protocolo estabelecido pelos autores do instrumento original e o questionário foi respondido por 794 adultos de três regiões do País. O HLQ-Br apresentou equivalência com a versão original e pode ser utilizado para avaliar o LS da população brasileira e seu uso nas práticas de saúde pode auxiliar a incorporar o LS no Brasil (Moraes, 2021).

2021

2021: A REBRALS promoveu a 1ª Conferência Brasileira de Letramento em Saúde, com a presença de convidados reconhecidos internacionalmente.

Nos dias 25 e 26 de março de 2021, a REBRALS promoveu (*online*) a 1ª Conferência Brasileira de Letramento em Saúde, com a presença de convidados reconhecidos internacionalmente, integrando quase 300 participantes de todas as regiões do Brasil e de Portugal, além de participantes do Canadá, Dinamarca e Estados Unidos.

2021

2021: A Instituições de Ensino Superior (IESs) incluem em seus Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu a disciplina "Letramento em saúde: aspectos teórico-operacionais".

Em 2021, a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e outras Instituições de Ensino Superior (IES) incluíram em seu Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde a disciplina "Letramento em saúde: aspectos teórico-operacionais". Contando com um corpo docente composto por renomados pesquisadores brasileiros especializados em LS, a disciplina foi desenvolvida em rede de cooperação por meio de encontros síncronos, via plataforma de transmissão *online*. Participaram dessa disciplina Programas de Pós-graduação das seguintes universidades: Unimontes, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal de Jataí, (UFJ) e a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC- GO).

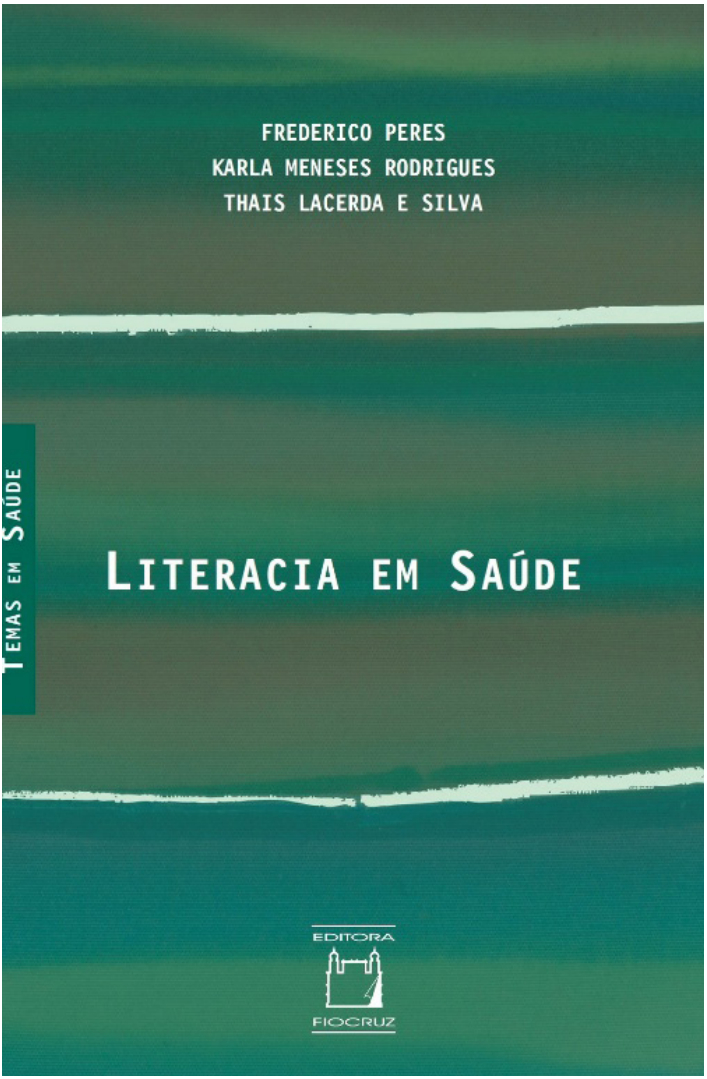
2021

2021: Foi publicada a obra Literacia em Saúde pela FIOCRUZ, que detalha as capacidades essenciais para entender e aplicar informações de saúde.

Em 2021, foi publicada, pela FIOCRUZ, a obra *Literacia em Saúde*, escrita por Frederico Peres e colaboradores, que detalha as capacidades essenciais para entender e aplicar as informações de saúde. Explora a evolução da literacia em saúde, destacando sua importância para a saúde pública. Os pesquisadores apresentam a trajetória do conceito e mostram como a literacia em saúde foi se constituindo, ao longo das últimas décadas, como elemento estratégico para o pensamento e as práticas relacionados ao campo da saúde em diferentes partes do mundo. O livro

se divide em quatro partes, abordando a implementação prática do conceito, sua integração em políticas públicas, a influência da pandemia na compreensão da saúde e a comunicação com o público sobre sua significância (Peres; Rodrigues; Silva, 2021) (Figura 20).

Figura 20: Capa da obra *Literacia em Saúde*



Fonte: disponível em: https://portal.fiocruz.br/livro/literacia-em-saude. Acesso em: 9 maio 2025.

2022

2022: FIOCRUZ – Curso: Autocuidado em saúde e a literacia para a promoção da saúde e a prevenção de doenças Crônicas na atenção primária à saúde.

Outra ação da FIOCRUZ quanto à divulgação e formação referente ao tema LS foi o curso "Autocuidado em Saúde e a Literacia para a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde", que iniciou sua primeira edição em 2022. Desde então, novas edições têm sido disponibilizadas regularmente. É uma iniciativa do Ministério da Saúde, realizada em parceria com a FIOCRUZ, visando formar profissionais de saúde, especialmente aqueles que atuam na APS, sobre modelos, estratégias e possibilidades de intervenções para promover o autocuidado e prevenir e controlar Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). O foco está em fornecer aos profissionais os conhecimentos necessários para apoiar a população na compreensão e aplicação de práticas de autocuidado, considerando os determinantes sociais de saúde e o LS como um pressuposto básico para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Fiocruz, 2022) (Figura 21).

Figura 21: Folder do curso "Autocuidado em Saúde e a Literacia para a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde"



Fonte: disponível em: https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/autocuidado_literacia. Acesso em: 9 maio 2025.

2022

2022: 2ª Conferência da REBRALS.

A Rede Brasileira de Letramento em Saúde (Rebrals), em parceria com a Escola de Ciências Sociais e da Saúde da PUC Goiás, promoveu a 2ª Conferência Brasileira de Letramento em Saúde, realizada de 22

a 24 de junho de 2022, em formato virtual, tendo como tema principal "Letramento em saúde para todos". O objetivo da conferência foi ampliar a compreensão sobre como o letramento em saúde pode ajudar a reduzir desigualdades na área e melhorar os resultados para a população. Segundo a Rebrals, discutir esse tema nas agendas dos sistemas de saúde de diferentes países pode contribuir para diminuir as disparidades existentes.

O evento reuniu profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação da região ibero-americana, além de pessoas interessadas no assunto. A programação incluiu a participação de especialistas nacionais e internacionais, que compartilharam conhecimentos e experiências sobre o uso do letramento em saúde em diversos países. Além disso, foram realizadas conferências, mesas-redondas e rodas de conversa para promover a troca de ideias. Também houve cursos pré-conferência e uma exposição virtual de pôsteres, que mostraram pesquisas e projetos sobre letramento em saúde na região ibero-americana. No total, o evento contou com 10 palestrantes brasileiros e 4 internacionais (REBRALS, 2024).



2022: Iª Mostra Brasileira de Literacia em Saúde: mapear e divulgar iniciativas que aplicam o conceito de letramento em saúde em diferentes contextos.

Com o propósito de mapear e divulgar iniciativas que aplicam o conceito de letramento em saúde em diferentes contextos — como atenção, vigilância e promoção da saúde, seja em ambientes acadêmicos, serviços de saúde ou comunidades — a Iª Mostra Brasileira de Literacia em Saúde foi promovida nos dias 13 e 14 de outubro de 2022. O evento foi organizado pela Coordenação de Promoção da Saúde, vinculada à Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e

Promoção da Saúde (VPAAPS), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e o Canal Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

A mostra contou com a participação de pesquisadores, estudantes, profissionais da área e educadores, todos engajados em explorar estratégias para fortalecer habilidades individuais e coletivas relacionadas à busca, compreensão, avaliação e interpretação de informações sobre saúde. O encontro teve como objetivo fomentar um ambiente de discussão e reflexão sobre o letramento em saúde, reconhecendo-o como um fenômeno social fundamental para facilitar o acesso, o uso e o envolvimento em ações voltadas à produção da saúde, além de contribuir para a garantia de direitos (Fiocruz, 2022).



2023: Criação do Programa de Formação de Educadoras e Educadores Populares.

No Brasil, foi criado, em 2023, o Programa de Formação de Educadoras e Educadores Populares, visando fortalecer o SUS e valorizar práticas tradicionais e populares de cuidado, comunicação popular e educação popular em saúde. A relação do programa com o LS é direta e significativa. O programa tem como um de seus objetivos a implementação de processos formativos que estão alinhados com as Políticas Nacionais de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde. Isso inclui a formação de lideranças comunitárias e atores dos movimentos sociais populares, que são essenciais para promover o LS nas comunidades (Brasil, 2023).

2023

2023: 3ª Conferência da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS).

No dia 30 de junho de 2023, a REBRALS promoveu a 3ª Conferência, com o tema central "Intervenções em Letramento em Saúde: Compartilhando Experiências". O evento teve como principal objetivo reunir profissionais da saúde e áreas afins, além de pesquisadores, docentes e estudantes de graduação e pós-graduação da região ibero-americana, para fomentar a discussão sobre o letramento em saúde (LS) e suas diversas abordagens e intervenções.

Com a realização 100% virtual, o evento contou com a participação de especialistas renomados, tanto nacionais quanto internacionais, que compartilham uma vasta experiência na área de LS. A programação foi cuidadosamente estruturada para proporcionar um ambiente de aprendizado e troca de experiências, por meio de uma conferência de abertura e uma mesa-redonda. Esses espaços possibilitaram um debate aprofundado sobre as práticas bem-sucedidas e os desafios enfrentados na implementação de intervenções de letramento em saúde nos mais diferentes contextos. A 3ª Conferência da REBRALS foi, assim, um momento importante para fortalecer a rede de profissionais envolvidos no aprimoramento das práticas de LS, além de impulsionar novas ideias e estratégias para a disseminação de informações sobre saúde em populações diversas[9].

9 Para mais detalhes sobre o evento e acesso a recursos e gravações, acesse o site oficial da conferência: https://confrebrals.com.br/.Acesso em: mar. 2025.

2024

2024: 4ª Conferência da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS).

Em 28 de novembro de 2024, a REBRALS realizou a 4ª Conferência, com o tema "Letramento em Saúde e Inteligência Artificial: Construindo Barreiras para a Desinformação". O evento reuniu especialistas das áreas de saúde, tecnologia e educação, com o objetivo de discutir o papel da inteligência artificial (IA) como uma ferramenta estratégica no combate à desinformação e no fortalecimento do LS.

A conferência teve como foco a integração da IA na promoção do LS, apresentando novas abordagens e tecnologias que podem ser utilizadas para combater a desinformação, um dos principais desafios contemporâneos no campo da saúde. Durante o evento, foram exploradas soluções inovadoras para o desenvolvimento de ferramentas acessíveis e eficazes que possam apoiar a educação em saúde digital e a disseminação de informações corretas e baseadas em evidências. Especialistas discutiram a utilização de IA para criar sistemas de informação que ajudem os cidadãos a distinguir entre informações confiáveis e falsas, promovendo o acesso aos conteúdos educacionais de qualidade.

Outro ponto abordado foi a necessidade de uma colaboração estreita entre diferentes setores, como saúde, tecnologia e educação, para enfrentar os desafios da desinformação e garantir que a população tenha acesso a conhecimentos precisos e atualizados sobre saúde. A conferência destacou a importância de utilizar a tecnologia de forma ética e inclusiva, de modo que as ferramentas de IA possam beneficiar todos os grupos sociais, independentemente de sua faixa etária, classe social ou nível educacional.

A 4ª Conferência da REBRALS também enfatizou o papel dos profissionais de saúde na promoção do letramento em saúde digital e a necessidade de capacitação para lidar com as novas tecnologias, garantindo que possam orientar corretamente os pacientes sobre o uso de plataformas digitais e a veracidade das informações encontradas na internet. O evento proporcionou uma rica troca de experiências e gerou discussões importantes sobre como a inteligência artificial pode ser aliada na luta contra a desinformação, ajudando a construir um futuro mais informado e saudável para todos.Para mais informações sobre o evento e acessos aos materiais apresentados, o site oficial da RBRALS https://rebrals.com.br/eventos/(REBRALS, 2024).

2024

2024: A OMS apresenta recomendações-chave para aumentar o acesso equitativo à saúde, em evento do G20 no Brasil.

Em 2024, a OMS apresentou recomendações-chave para aumentar o acesso equitativo à saúde, durante um evento do G20 no Brasil. Esse evento foi um marco importante no debate sobre desigualdades em saúde e acesso a cuidados de saúde em um cenário global cada vez mais desafiador, especialmente após os impactos da pandemia de COVID-19.

1) Contexto do Evento do G20 em 2024

O G20 no Brasil reuniu as principais economias para discutir questões globais, como saúde, economia e meio ambiente. A OMS apresentou diretrizes para promover a equidade em saúde, destacando a urgência do tema após as desigualdades ampliadas pela pandemia.

2) Principais Recomendações da OMS para Aumentar o Acesso Equitativo à Saúde

A OMS destacou várias estratégias fundamentais para garantir que todos os países, especialmente os de baixa e média renda,

possam avançar em direção a um acesso mais igualitário e justo aos cuidados de saúde.

a) Fortalecer os sistemas de saúde: a OMS enfatizou a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde públicos, tornando-os mais resilientes, sustentáveis e acessíveis a todos os cidadãos, independentemente de sua localização geográfica ou situação econômica. Isso inclui investimentos em infraestrutura e capacitação profissional, além de garantir que os sistemas de saúde possam responder rapidamente a crises sanitárias, como epidemias e pandemias.

b) Investir em saúde universal: a OMS reiterou a importância da cobertura universal de saúde (CUS), destacando que todos devem ter acesso a serviços de saúde essenciais, sem enfrentar dificuldades financeiras. A recomendação foi fortalecer os sistemas de proteção social, para garantir que as pessoas mais vulneráveis possam acessar cuidados médicos, tratamentos e medicamentos, sem que isso tenha um custo insuportável para elas.

c) Reduzir desigualdades em saúde: a OMS sublinhou a importância de reduzir as desigualdades em saúde entre países, mas também dentro dos próprios países. Para isso, é necessário melhorar o acesso a serviços de saúde de qualidade para populações marginalizadas, como comunidades rurais, indígenas e povos em situação de vulnerabilidade, além de abordar os determinantes sociais da saúde, como educação, habitação e condições de trabalho, que têm um impacto direto na saúde das populações mais desfavorecidas.

d) Fortalecer a cooperação internacional: a OMS também recomendou aumentar a cooperação internacional entre os países para enfrentar os desafios globais de saúde, como doenças transmissíveis, saúde mental e cuidados para doenças crônicas. Além disso, enfatizou a importância de compartilhar informações, tecnologias de saúde e inovações médicas, principalmente para países em desenvolvimento.

e) Promover o LS: a promoção do LS foi destacada como uma das estratégias-chave para garantir que as pessoas possam compreender, acessar e aplicar informações de saúde de forma eficaz. A OMS

enfatizou que a educação em saúde é essencial para capacitar os indivíduos a tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar, e para reduzir as desigualdades no acesso à informação.

f) Apoio à Saúde Mental: Outro ponto importante das recomendações foi o fortalecimento da saúde mental como parte da saúde integral. A OMS sugeriu a criação de políticas públicas que integrem os cuidados de saúde mental aos serviços de saúde geral, garantindo que a saúde mental seja tratada com a mesma prioridade que outras condições de saúde.

3. Impacto das Recomendações no Brasil e em Outros Países

As recomendações da OMS durante o evento do G20 no Brasil têm um potencial transformador para melhorar o acesso à saúde em todo o mundo, especialmente em países com sistemas de saúde frágeis ou sistemas de saúde em desenvolvimento. Para o Brasil, um país com uma grande diversidade socioeconômica e desigualdades regionais marcantes, as recomendações da OMS destacam a necessidade urgente de fortalecer o sistema de saúde pública, como o SUS (Sistema Único de Saúde), garantindo que ele seja capaz de atender adequadamente as populações em regiões mais remotas e com maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Além disso, o LS se torna um aspecto vital para garantir que todos os cidadãos compreendam e possam aplicar as informações de saúde em situações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de hábitos saudáveis.

Quanto à cooperação internacional, as recomendações da OMS também enfatizam sua importância para enfrentar desafios globais, como o controle de pandemias, o acesso a vacinas e tratamentos eficazes. O Brasil, como uma grande economia emergente, tem um papel importante na cooperação, fornecendo apoio técnico e compartilhando experiências com outros países em desenvolvimento.

4) Próximos Passos e Implementação

Para que as recomendações da OMS sejam eficazes, é necessário que os governos do G20, incluindo o Brasil, comprometam-se com

a implementação de políticas públicas que promovam a saúde para todos. Isso envolve:

a) investir em saúde pública, com foco em serviços universais e acessíveis;

b) aumentar o financiamento para programas de saúde e educação, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade;

c) reforçar os sistemas de saúde para que possam responder às necessidades de todos, independentemente de sua localização ou condições sociais;

d) Desenvolver mais iniciativas de LS, para capacitar as populações a tomar decisões informadas sobre sua saúde.

O evento do G20 de 2024 no Brasil foi um marco significativo para as discussões sobre acesso equitativo à saúde no cenário global, com a OMS apresentando recomendações cruciais para garantir que todos os países possam avançar em direção à saúde universal, com ênfase na redução das desigualdades em saúde, fortalecimento dos sistemas de saúde e promoção do LS. Para o Brasil e outros países, a implementação dessas recomendações é essencial para alcançar um sistema de saúde mais justo e acessível para todos.

2024

2024: Publicação de livro resultante da 1ª Mostra brasileira de literacia em saúde: Pistas para o SUS e as políticas públicas.

A 1ª Mostra Brasileira de Literacia em Saúde: Pistas para o SUS e as Políticas Públicas contou com a apresentação de 25 trabalhos, dos quais os autores foram convidados a contribuir com a elaboração

de um capítulo para um livro[10], detalhando as experiências compartilhadas durante o evento. Dos 25 convidados, 16 aceitaram o desafio e produziram seus textos. Segue figura da capa dos anais da Iª Mostra brasileira de literacia em saúde, que aconteceu em 2024 (Figura 22).

Figura 22: Capa da publicação intitulada *Iª Mostra brasileira de literacia em saúde*



Fonte: disponível em: https://editora.redeunida.org.br/project/1a-mostra-brasileira-de-literacia-em-saude-pistas-para-o-sus-e-as-politicas-publicas/. Acesso em: 9 maio 2025.

10 A versão digital do livro pode ser acessada gratuitamente no site da Editora Redeunida: https://editora.redeunida.org.br/project/1a-mostra-brasileira-de-literacia-em-saude-pistas-para-o-sus-e-as-politicas-publicas/

A obra está organizada em duas seções. A primeira parte contextualiza o campo de estudos e práticas relacionados à literacia em saúde, tanto no Brasil quanto no mundo, destacando os principais desafios para promover o letramento em saúde, especialmente entre indivíduos e grupos populacionais que historicamente têm sido excluídos de políticas e programas de saúde. Na segunda parte, são apresentadas 16 das 25 experiências compartilhadas durante a Mostra, demonstrando o vasto potencial identificado no país para a aplicação e o avanço de conhecimentos e práticas que visam ao desenvolvimento de habilidades e competências. Essas iniciativas buscam revelar o potencial que se tem identificado, no país, para a aplicação e o desenvolvimento de saberes e práticas em torno do desenvolvimento de habilidades e competências para que as pessoas possam, de maneira mais adequada, dar sentido à imensa gama de informações sobre saúde que, cotidianamente, são produzidas e acessadas, pelas mais diversas vias e por meio de distintos meios, pela população brasileira.

2025

2025: Curso de extensão na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Em 2025, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo ofereceu, no âmbito do Programa Curso de Verão (fevereiro), o curso de extensão “Literacia em Saúde para Jornalistas, Comunicadores e Produtores de Conteúdo de Saúde” (LITSA). O curso teve como objetivo aprofundar a compreensão sobre LS, analisando os fatores que o influenciam tanto individual quanto coletivamente. Além disso, buscou reconhecer sua relação com a promoção da saúde e os esforços para aprimorar a saúde pública, integrando-a à mediação social por meio do próprio conceito de LS e do processo dialógico. O objetivo foi capacitar

profissionais cujas atribuições envolvem a disseminação de informações e a educação em saúde, fortalecendo sua atuação na promoção da saúde. O curso foi coordenado pelo Prof. Dr. Marco Akerman e foi estruturado com as seguintes unidades temáticas e professores:

Prof. Dr. Marco Akerman – Introdução à Saúde Pública e à Promoção da Saúde;

Prof. Dr. Frederico Peres da Costa – Literacia em Saúde;

Profa. Dra. Monica Aiub – O Sentido da Saúde;

Profa. Me. Luci Ana Santos da Cunha (Doutoranda na FSP-USP) – Educação em Saúde e LS não são a Mesma Coisa?;

Profa. Dra. Raquel Ajub Moyses – Literacia em Saúde: a Visão dos Médicos;

Profa. Me. Cristina Almeida – Por que Capacitar-se em Literacia em Saúde Importa?

Essa iniciativa reafirma o compromisso da Faculdade de Saúde Pública da USP com a formação de profissionais aptos a interpretar e comunicar informações em saúde de forma qualificada, contribuindo para o LS[11] e o fortalecimento da promoção da saúde na sociedade (Figura 23).

Figura 23: Literacia em Saúde para Jornalistas, Comunicadores e Produtores de Conteúdo de Saúde



Fonte: disponível em: https://www.fsp.usp.br/cverao/index.php/apresentacao.php. Acesso em: 9 maio 2025.

11 Conforme já explicado no Capítulo 1 deste material, Literacia em Saúde e Letramento em Saúde possuem o mesmo significado, sendo o primeiro mais utilizado em Portugal e o segundo mais utilizado no Brasil.

MARCOS HISTÓRICOS DA CONCEITUAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE TEORIAS E PRÁTICAS RELACIONADAS ÀS ORGANIZAÇÕES LETRADAS EM SAÚDE

Importância das Organizações Letradas em Saúde (OLS) na promoção do LS. Conhecer a cronologia da implementação e uso do termo OLS.

As instituições e organizações de saúde são fundamentais para elevar o LS por meio da disponibilização de informações claras, comunicação eficaz e educação estruturada. Ao adotar uma linguagem acessível, essas organizações democratizam o acesso à saúde e asseguram a correta adesão às orientações e procedimentos. A OMS destaca que uma comunicação eficaz é essencial para melhorar o LS e promover a equidade em saúde (WHO, 2013).Uma referência quanto à necessidade de comunicação eficaz em saúde, foi a pandemia de COVID-19, um período que ressaltou as desigualdades no acesso à informação confiável, acentuadas pela infodemia de desinformação e notícias falsas.

A crise sanitária global enfatizou a necessidade de um competente LS, que permita tanto aos emissores quanto aos receptores da informação discernir entre conteúdos válidos e inválidos, evitando consequências negativas (Moyses *et al*., 2024).Para os emissores, assumir o compromisso de descomplicar a complexidade das informações e dos conteúdos dos serviços de saúde, tornando-os mais acessíveis por meio de metodologias e recursos didáticos de alta qualidade em diversas linguagens, é um passo fundamental na transformação em uma Organização Letrada em Saúde (OLS). As OLS têm a função de facilitar a navegação, compreensão e utilização das informações e serviços de saúde pela população, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado.

O conceito de OLS foi, inicialmente, proposto pelo *Institute of Medicine* (IOM) em 2004, e refere-se ao grau no qual

as organizações permitem que as pessoas encontrem, compreendam e apliquem informações relacionadas à saúde e aos serviços de saúde para tomar decisões e agir, visando a melhoria de sua saúde, bem como a melhoria da saúde de outras pessoas, e objetivando reduzir a complexidade dos sistemas de saúde. A transição para uma OLS[12] é uma estratégia chave para apoiar pacientes com baixo LS, conforme descrito no relatório *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations* (Brach *et al.*, 2012).

Entre esses atributos definidos para a gestão das OLS, inclui-se a promoção do letramento em saúde entre profissionais e comunidades, pois, para uma implementação eficaz, é essencial o envolvimento tanto dos profissionais de saúde quanto da comunidade. Além disso, compreender a evolução das OLS e os marcos que consolidaram seu conceito é fundamental para garantir seu impacto na ampliação do acesso e na qualidade dos cuidados em saúde.

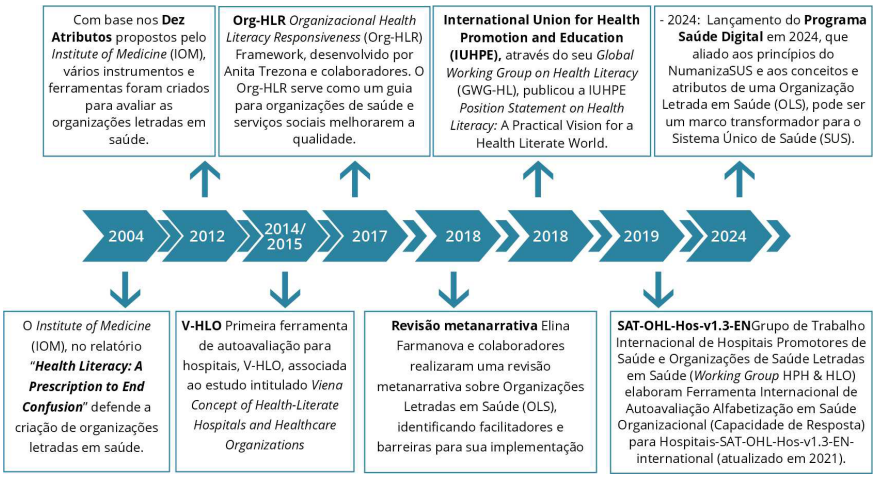
A seguir, apresentamos uma cronologia das Organizações Letradas em Saúde (OLS), desde sua defesa inicial pelo *Institute of Medicine* (IOM), em português, "Instituto de Medicina"**,** até a reunião do *International Working Group on Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations,* em português, "Grupo de Trabalho Internacional sobre Hospitais Promotores de Saúde e Organizações de Saúde Letradas em Saúde", que desenvolveu a *Organizational Health Literacy Responsiveness Self-Assessment Tool,* em português, "Ferramenta de Autoavaliação da Capacidade de Resposta ao Letramento em Saúde Organizacional" para hospitais.

12 Encontramos na literatura os termos "letramento em saúde organizacional", "organização de cuidado à saúde letrada em saúde" e "responsividade ao letramento em saúde organizacional". Neste capítulo, foi adotado o termo Organização Letrada em Saúde.

CRONOLOGIA REFERENTE ÀS ORGANIZAÇÕES LETRADAS EM SAÚDE (OLS):

A linha da história das OLS foi apresentada na figura a seguir (Figura 24).

Figura 24: Linha do Tempo das Organizações Letradas em Saúde



Fonte: elaborado pelas autoras.

2004: O Institute of Medicine (IOM), no relatório "Health Literacy: A Prescription to End Confusion" defende a criação de organizações letradas em saúde.

Em 2004, o *Institute of Medicine* (IOM) publicou o relatório intitulado *Health Literacy: A Prescription to End Confusion,* no qual defendeu a criação de organizações letradas em saúde (OLS) como uma estratégia fundamental para melhorar a compreensão e o acesso das pessoas à informação e aos serviços de saúde. O relatório alertava para os desafios enfrentados pelos indivíduos com baixo letramento em saúde, destacando as consequências negativas para a saúde pública e a qualidade do cuidado. Esse relatório foi um marco importante, pois trouxe à tona a necessidade de considerar o letramento em saúde como um fator central na organização dos

serviços de saúde, influenciando diretamente políticas públicas e estratégias de saúde em todo o mundo. Ele foi fundamental para o surgimento do conceito de organizações letradas em saúde, que se tornaram um pilar na promoção da equidade e da melhoria do cuidado na saúde global.

A proposta do IOM enfatizava a importância de adaptar os sistemas de saúde para torná-los mais acessíveis e compreensíveis, não apenas para os pacientes, mas também para os profissionais de saúde e organizações. Ao recomendar a implementação de práticas e estruturas que promovam o letramento em saúde, o IOM destacou que as organizações deveriam ser capacitadas para fornecer informações claras, compreensíveis e úteis, além de desenvolver um ambiente de cuidados que apoiasse a educação em saúde de maneira eficiente.

2012: Com base nos dez atributos propostos pelo IOM, vários instrumentos e ferramentas foram criados para avaliar as organizações letradas em saúde.

Em 2012, o IOM consolidou o conceito e estabeleceu os Dez Atributos de uma OLS, definindo-a como uma organização que facilita o uso de informações e serviços de saúde pelos pacientes (Brach *et al.,* 2012).Esses atributos acentuam a responsabilidade das OLS em fornecer serviços e informações de forma equitativa, atendendo às necessidades de todas as pessoas e comunidades. Além disso, reconhecem a importância da formação em LS para todos os membros da organização, estabelecendo uma cultura de comunicação eficaz (Brach *et al*.,2012).

Finalmente, os Dez Atributos do *International Working Group* (IWG) inspiraram a criação de instrumentos e ferramentas para avaliar e melhorar as OLS, contribuindo para reformas nos sistemas de saúde e para o desenvolvimento e monitoramento de políticas públicas ou privadas relacionadas ao LS (*International Working Group HPH & HLO*, 2019). Segundo o IWG, uma OLS deve apresentar:

1) liderança comprometida com a inclusão do LS nos princípios e atividades da organização;

2) planejamento estratégico que incorpore o LS para avaliar e melhorar a segurança e qualidade do atendimento ao paciente;

3) habilitação dos profissionais para compreender e aplicar o letramento em saúde, com acompanhamento (avaliação) do seu desenvolvimento;

4) participação ativa das comunidades na criação, execução e avaliação dos serviços e informações de saúde oferecidos;

5) respeito pela diversidade do grau de LS das populações, evitando discriminação;

6) comunicação eficaz, utilizando estratégias de LS para garantir que todos entendam as informações em todos os momentos de interação;

7) acesso facilitado a informações e serviços de saúde, com suporte na orientação dos usuários, inclusive quanto aos recursos digitais;

8) produção e compartilhamento de materiais em diferentes formatos e linguagens, que sejam fáceis de entender e utilizar;

9) atenção especial ao LS em contextos de maior risco, como mudanças no cuidado e na gestão de medicamentos;

10) informações objetivas e claras sobre coberturas e custos dos planos de saúde para os usuários.

Esses atributos impulsionaram a criação de ferramentas essenciais, que devem ser integradas aos sistemas de certificação de qualidade e segurança dos serviços de saúde, para a implementação bem-sucedida de uma OLS (Trezona; Dodson; Osborne, 2017).

2014/2015: Primeira ferramenta de autoavaliação para hospitais, V-HLO, associada ao estudo intitulado *Viena Concept of Health-Literate Hospitals and Healthcare Organizations*.

A primeira ferramenta de autoavaliação para hospitais, a V-HLO, surgiu do estudo *Viena Concept of Health-Literate Hospitals and Healthcare Organizations*. Criada em Viena, Áustria, entre 2014 e 2015, pelo Centro Colaborador da OMS para a Promoção da Saúde em Hospitais e Cuidados de Saúde de Viena (OMS-CC-HPH) e pela Rede Austríaca de Hospitais e Instituições de Saúde Promotoras de Saúde (ONGKG), a V-HLO foi, posteriormente, traduzida para várias línguas e adaptada a diferentes contextos nacionais. Essa ferramenta modular permite tanto avaliações abrangentes quanto focadas em aspectos específicos de uma OLS, sendo útil para impulsionar mudanças e estratégias de melhoria do LS dentro das organizações (International Working Group HPH & HLO, 2019).

2017: Organizacional Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework, desenvolvido por Anita Trezona e colaboradores. O Org-HLR serve como um guia para organizações de saúde e serviços sociais melhorarem a qualidade.

Outra ferramenta significativa é o *Organizacional Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework*, desenvolvido em 2017 por Anita Trezona e colaboradores. O Org-HLR serve como um guia para organizações de saúde e serviços sociais melhorarem a qualidade e o desenvolvimento organizacional, além de auxiliar pesquisadores a avaliar a capacidade de resposta ao letramento em saúde, fortalecendo assim o sistema de saúde (Trezona; Dodson; Osborne, 2017).

2018: Elina Farmanova e colaboradores realizaram uma revisão metanarrativa sobre Organizações Letradas em Saúde (OLS), identificando facilitadores e barreiras para sua implementação.

Elina Farmanova e colaboradores, em 2018, conduziram uma revisão metanarrativa sobre OLS, explorando teorias, estruturas, eficácia de diretrizes e identificando facilitadores e barreiras para sua implementação. O estudo revelou que o conceito de OLS é complexo e multifacetado, abrangendo diversas perspectivas teóricas e operacionais. Foram identificadas vinte diretrizes baseadas em evidências para abordar o LS, cada uma oferecendo uma abordagem distinta, o que pode gerar desafios para profissionais menos experientes. Apesar das diferenças, todas as diretrizes compartilham o objetivo de mitigar a baixa proficiência em LS, reduzir a complexidade dos cuidados e fortalecer o suporte aos pacientes, independentemente de seu nível de letramento (Farmanova; Bonneville; Bouchard, 2018).

2018: *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE), através do seu *Global Working Group on Health Literacy* (GWG-HL), publicou a *"IUHPE Position Statement on Health Literacy: A Practical Vision for a Health Literate World".*

Esse documento fornece uma visão prática sobre o LS e serve como base para a defesa da pesquisa, políticas e práticas relacionadas ao letramento em saúde. O objetivo do GWG-HL é promover o LS em nível global, desenvolvendo políticas, pesquisas e práticas que melhorem a capacidade das pessoas de acessar, entender e utilizar informações de saúde (International Union for Health Promotion and Education, 2018).

2019 (atualizado em 2021): Grupo de Trabalho Internacional Hospitais Promotores de Saúde e Organizações de Saúde Letradas em Saúde (Working Group HPH & HLO) elabora Ferramenta Internacional de Autoavaliação e Alfabetização em Saúde Organizacional (Capacidade de Resposta) para Hospitais-SAT-OHL-Hos-v1.3-EN-international.

Em 2019, o *International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations* (International Working Group HPH & HLO, 2019) descreve a versão 1.3 do *International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals* (SAT-OHL-Hos-v1.3-EN-international).O SAT-OHL-Hos foi atualizado em 2021 e visa avaliar a responsividade das organizações hospitalares em relação ao letramento em saúde. Busca promover hospitais e organizações de saúde que sejam letrados, ou seja, capazes de se comunicar eficazmente e interagir de maneira adequada com os pacientes (International Working Group HPH & HLO, 2019). O SAT-OHL-Hos consiste em oito padrões para avaliar o LSO. Esses padrões abrangem áreas como:

1) implementação das melhores práticas de LS em todas as estruturas e processos da organização;

2) desenvolvimento de documentos, materiais e serviços de forma participativa com os funcionários e usuários;

3) instrução dos funcionários em Letramento em Saúde Pessoal (LSP) e Letramento em Saúde Organizacional (LSO);

4) facilitação da navegação e acesso aos serviços, documentos e materiais;

5) aplicação das melhores práticas de LS em todas as formas de comunicação com os usuários;

6) promoção do LSP dos pacientes e familiares durante a hospitalização e após a alta;

7) promoção do LSP dos funcionários em relação aos riscos ocupacionais e estilos de vida;

8) contribuição para promover o LS da população local e disseminar o LSO na região atendida.

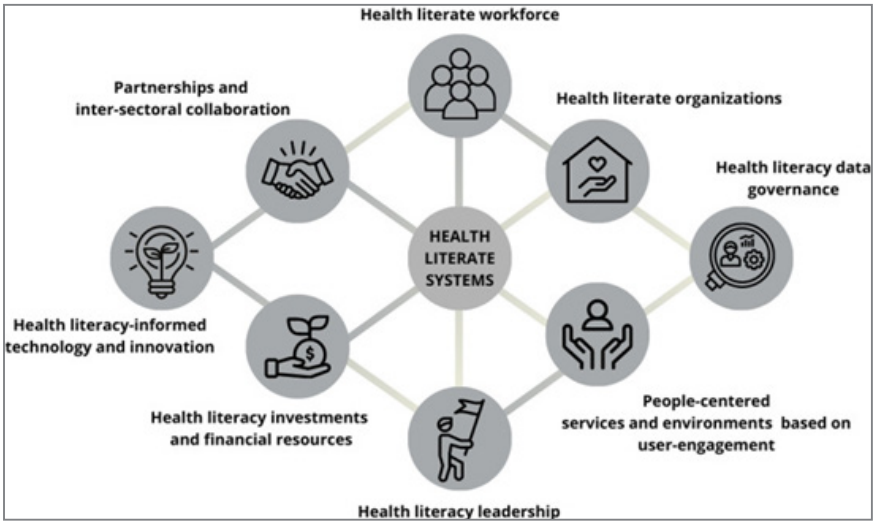
Ao adotar esses padrões, as organizações podem melhorar sua comunicação com os usuários, aumentar a eficácia dos serviços prestados e promover uma abordagem mais centrada no paciente. A transição para uma OLS é um processo longo e complexo, com desafios como falta de tempo, financiamento e mudanças culturais. No entanto, o apoio de líderes e a colaboração entre profissionais podem facilitar essa transição, que visa ir além da melhoria na navegação e compreensão da informação de saúde.

O LS é essencial para a participação ativa das pessoas na sociedade e para a realização de seus projetos de vida. Investir no LS é, portanto, uma forma de promover a saúde e reduzir desigualdades, fornecendo educação e acesso a informações de saúde confiáveis e adaptadas às necessidades individuais e coletivas (Farmanova; Bonneville; Bouchard, 2018).

Em 2021, Kristine Sørensen e colaboradores, incluindo Virginia Visconde Brasil, publicaram o artigo "Building Health Literacy System Capacity: A Framework for Health Literate Systems", destacando as implicações dos baixos níveis de letramento em saúde (LS) e a necessidade de competências individuais e estruturas organizacionais para garantir o acesso e uso adequado das informações de saúde. Os autores defendem apoio político e uma abordagem sistemática para fortalecer o LS em toda a sociedade, enfatizando que investir em um sistema estruturado de LS pode trazer mudanças sustentáveis. Contudo, ainda existem desafios, como a necessidade de detalhar os benefícios econômicos, melhorar a governança de dados e expandir essa abordagem para além da saúde (Sørensen,

2021). Nessa publicação, foiapresentado um modelo com oito áreas de ação nos níveis micro, meso e macro, incluindo capacitação da força de trabalho, desenvolvimento organizacional, governança de dados, serviços centrados no usuário, liderança, investimentos financeiros, inovação tecnológica e parcerias intersetoriais (Sørensen, 2021). Na figura a seguir, esse modelo é apresentado (Figura 19).

Figura 19: Construindo a capacidade do sistema letrado em saúde: um modelo para sistemas com letramento em saúde



Fonte: Sørensen *et al*. (2021, p. i16).

E no Brasil?

A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, lançada em 2021, visa implementar os princípios do SUS nas práticas de atenção à saúde e gestão, promovendo a qualidade do serviço e relações de solidariedade entre gestores, profissionais de saúde e usuários. A PNH busca transformar as relações de trabalho, estimular o diálogo e romper com hierarquias rígidas, promovendo mudanças nas práticas de cuidado e organização do trabalho. Também enfatiza a indissociabilidade entre atenção e gestão, envolvendo

trabalhadores e usuários no processo de tomada de decisões. A PNH valoriza o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos envolvidos, reconhecendo todos como agentes ativos na produção de saúde. Essas iniciativas podem colaborar para essa transformação das unidades de saúde em OLS. No contexto da saúde, uma OLS deve proceder da seguinte forma (Quadro 1):

Quadro 1: Formas de atuação das Organizações Letradas em saúde no contexto da saúde

1) Transparência nas informações
As OLS devemfornecer informações claras e detalhadas sobre os custos dos planos de saúde, incluindo mensalidades, coparticipações, franquias e eventuais custos adicionais. Essas informações devem ser apresentadas em linguagem simples e acessível, evitando termos técnicos que possam confundir os usuários.
Exemplo: Criar materiais explicativos (folhetos, vídeos ou aplicativos) que detalhem os valores cobrados pelos planos de saúde, os serviços cobertos e os possíveis custos extras, como taxas de consultas ou exames.
2) Facilitação do acesso a informações
As OLS devem garantir que os usuários tenham fácil acesso às informações sobre coberturas e limites dos planos de saúde. Isso pode ser feito por meio de plataformas digitais, como sites ou aplicativos, onde os usuários possam consultar, de forma rápida e intuitiva, o que está incluso em seu plano.
Exemplo: Desenvolver um portal online onde os usuários possam verificar, em tempo real, quais procedimentos são cobertos pelo seu plano de saúde e quais exigem pagamento adicional.
3) Orientação personalizada
As OLS devem oferecer suporte personalizado para ajudar os usuários a entenderem as cláusulas contratuais e as condições de cobertura dos planos de saúde. Isso pode incluir atendimento por telefone, *chat online* ou presencial, com profissionais capacitados para esclarecer dúvidas.
Exemplo: Disponibilizar um serviço de atendimento ao cliente especializado em saúde suplementar, onde os usuários possam tirar dúvidas sobre coberturas, reembolsos e procedimentos.

4) Educação sobre direitos e deveres
As OLS devem promover a educação dos usuários sobre seus direitos e deveres em relação aos planos de saúde, incluindo informações sobre a legislação vigente (como a Lei dos Planos de Saúde) e como reivindicar seus direitos em caso de negativa de cobertura.
Exemplo: Realizar oficinas ou webinars para ensinar os usuários a interpretar contratos de planos de saúde, identificar abusos e como recorrer em caso de problemas.
5) Promoção da comparação entre planos
As OLS podem auxiliar os usuários a compararem diferentes planos de saúde, destacando custos, coberturas e benefícios, para que possam tomar decisões informadas. Isso é especialmente importante para evitar que os usuários contratem planos que não atendam às suas necessidades.
Exemplo: Criar uma ferramenta digital que permita aos usuários comparar planos de saúde disponíveis em sua região, com base em critérios como preço, cobertura e rede credenciada.
6) Apoio na resolução de conflitos
As OLS devem oferecer suporte aos usuários em caso de conflitos com operadoras de planos de saúde, como negativas de cobertura ou cobranças indevidas. Isso pode incluir orientação sobre como formalizar reclamações junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou buscar auxílio jurídico.
Exemplo: Disponibilizar um canal de suporte para ajudar os usuários a redigirem reclamações e acompanharem o andamento de seus processos junto às operadoras ou junto à ANS.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

As OLS devem atuar de forma proativa para garantir que os usuários tenham acesso a informações claras, transparentes e acessíveis sobre custos e coberturas da saúde suplementar e do SUS, enquanto a integração do Programa Saúde Digital e do HumanizaSUS, com base nos atributos das OLS, pode transformar o SUS em um sistema mais acessível, inclusivo e centrado no usuário. A educação popular em saúde desempenha um papel essencial nesse processo, garantindo que as soluções tecnológicas sejam desenvolvidas com a participação ativa das comunidades e adaptadas às suas necessidades.

Essa abordagem não só melhora a qualidade dos cuidados de saúde, mas também fortalece a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade dos usuários, gestores e trabalhadores do SUS.

No Brasil, a portaria GM/MS nº 3.232, de 1º demarçode 2024, altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital (Brasil, 2024). O Programa SUS Digital visa promover a transformação digital no SUS, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde e promovendo a integralidade e resolubilidade da atenção à saúde. Ele abrange áreas como atenção integral, vigilância em saúde, formação de profissionais, gestão do SUS e inovação em saúde, sem se limitar a esses aspectos. Assim,aliado aos conceitos e atributos das OLS, o Programa Saúde Digitalpode ser um marco transformador para o SUS, pois, com a integraçãodas ações do Programa Saúde Digital e da Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS, é possível promover uma transição dos equipamentos e serviços de saúde do SUS para as OLS que priorizem a acessibilidade, a comunicação eficaz e o empoderamento dos usuários (Brasil, 2021).

Entretanto, a implementação eficiente desses princípios e a realização das ações necessárias é o maior problema. Como já foi abordado no capítulo 1, o Brasil enfrenta desafios consideráveis relacionados à desigualdade, que também se refletem no funcionamento do SUS, que não opera de forma homogênea em todas as regiões do país. Infelizmente, influências políticas e econômicas frequentemente afetam a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Em muitos casos, a eficácia e a qualidade do atendimento estão diretamente ligadas aos valores éticos e políticos dos governantes em exercício.

Considerações finais

O panorama histórico do Letramento em Saúde (LS) apresentado neste material evidencia a importância de compreender a evolução desse conceito ao longo do tempo, desde suas origens até as práticas e políticas atuais. Conhecer o processo de construção do LS no passado é fundamental para avançar nas ações do presente e planejar estratégias futuras que promovam melhores condições de saúde e bem-estar para todas as pessoas. A história do LS mostra como ele se tornou um pilar essencial para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a redução das desigualdades em saúde, destacando a necessidade de investimentos contínuos em educação, comunicação e políticas públicas que fortaleçam o acesso equitativo à informação e aos serviços de saúde.

A partir desse contexto histórico, fica claro que o LS não é apenas uma habilidade individual, mas também uma competência coletiva e organizacional. Melhorar o nível de LS das pessoas e comunidades, bem como das organizações de saúde, é essencial para garantir que todos possam acessar, compreender e utilizar informações de saúde de forma eficaz. Isso contribui para a tomada de decisões informadas, a adesão a tratamentos e a promoção de comportamentos saudáveis, impactando positivamente a qualidade de vida e a justiça social. Além disso, Organizações Letradas em Saúde (OLS) desempenham um papel fundamental ao simplificar a complexidade dos sistemas de saúde e promover uma comunicação clara e acessível, beneficiando especialmente as populações vulneráveis.

Olhando para o futuro, é essencial continuar investindo em pesquisas, formação profissional e políticas públicas que integrem o LS como um componente central das estratégias de saúde global. A construção de sistemas de saúde mais inclusivos e centrados no paciente, aliada à promoção do LS em diferentes contextos sociais e culturais, é um caminho promissor para enfrentar os desafios atuais e futuros da

saúde pública. Dessa forma, o LS se consolida como uma ferramenta poderosa para promover a equidade, a resiliência e o bem-estar de todas as pessoas, em todo o mundo.

Acredita-se que fatos históricos importantes podem não ter sido apresentados. E ao refletir sobre a relevância e a evolução constante do LS, é possível afirmar que esta é uma história em andamento, com novos desenvolvimentos sendo continuamente adicionados. O LS vai além da definição de um termo; representa um ideal e um objetivo de empoderamento e autonomia na gestão da saúde individual e coletiva. A história do LS, portanto, continua.

Referências

BERKMAN, Nancy D.; DAVIS, Terry. C.; MCCORMACK, Lauren. Health literacy: what is it? Journal of Health Communication: *International Perspectives*, 15: S2, 9-19, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20845189/. Acesso em: 9 maio 2025.

BRACH, Cindy; KELLER, Debra; HERNANDEZ, Lyla M.; BAUR, Cynthia; PARKER, Ruth; DREYER, Bernard; SCHYVE, Paul; LEMERISE, Andrew J; SCHILLINGER Dean. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *NAM Perspectives*, Washington, DC, 2012. Disponível em: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRACH, Cindy. (Ed.). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. 3rded. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, mar. 2024. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/health-literacy-universal-precautions-toolkit-3rd-edition.pdf. Acesso em: 9 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação em Saúde no âmbito do Sistema Únicode Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 9 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 116 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/documentos/estrategia-de-saude-digital-para-o-brasil-2020-2028. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 9 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.8021, de 26/08/2008*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET – Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 26 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde.*Portaria GM/MS nº 1.133, de 16 de agosto de 2023*. Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/agentes-de-educacao-popular. Acesso em: 9 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/ii_caderno_de_educacao_popular_em_saude.pdf. Acesso em: 20 de junho de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde.* 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 9 maio 2025.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital. Diário Oficial da União, 1 mar. 2024. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3232_04_03_2024.html. Acesso em: 15 de junho de 2025.

CARTA DE OTTAWA. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, 17-21 de nov. de 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 9 maio 2025.

CARTHERY-GOULART, Maria Teresa.; ANGHINAH, Renato; AREZA-FEGYVERES, Renata; BAHIA, Valéria Santoro; BRUCKI, Sonia Maria Dozzi; DAMIN, Antônio; FORMIGONI, Ana Paula; FROTA, Noberto; GUARIGLIA, Carla; JACINTO, Alessandro F; KATO, Eliane Mayumi; LIMA, Edson P; MANSUR, Letícia; MOREIRA, Daniel; NÓBREGA, Ana; PORTO, Claudia Selitto; SENAHA, Mirna L. H.; SILVA, Mari-Nilva Maia da; SMID, Jerusa; SOUZA-TALARICO, Juliana N.; RADANOVIC, Marcia; NITRINI, Ricardo. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 4, p.631-638, 2009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19488667/. Acesso em: 9 maio 2025.

DECLARAÇÃO DE NAIRÓBI. La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud. Nairóbi, Quênia, 26-30 de Out. de 2009. Disponível em: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf. Acesso em: 9 maio 2025.

DIXON, James P. The community responsibility for medical care. *American journal of public health and the nation's health*, v. 49, n. 1, p. 76-81, 1959. Disponível em:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1372646/. Acesso em: 9 maio 2025.

FARMANOVA, Elina; BONNEVILLE, Luc; BOUCHARD, Louise. Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision, and financing*, 55, 46958018757848, 2018. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29569968/. Acesso em: 9 maio 2025.

FINBRÅTEN, HanneSøberg; GUTTERSRUD, Øystein; NORDSTRÖM, Gun; PETTERSEN, Kjell Sverre; TROLLVIK, Anne; WILDE-LARSSON, Bodil. Explaining variance in health literacy among people with type 2 diabetes: the association between health literacy and health behavior and empowerment. *BMC Public Health*,20, 161, 2020. Disponível em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-8274-z. Acesso em: 9 maio 2025.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Health literacy*: a prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies Press, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.17226/10883.Acesso em: 25 jul. 2022

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION.*Position Statement on Health Literacy*: A Practical Vision for a Health Literate World. Paris: IUHPE, 2018. Disponível em: https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/Health_Literacy/IUHPEPositionStatementOnHealthLiteracy.pdf .Acesso em: 11 fev. 2025.

INTERNATIONAL WORKING GROUP HEALTH PROMOTING HOSPITALSANDHEALTHLITERATEHEALTHCAREORGANIZATIONS (Working Group HPH & HLO): International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals-SAT-OHL-Hos-v1.1-ENinternational. Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH), 2019. Disponível em:https://jasmin.goeg.at/1813/1/SAT-OHL-Hos-v1%200-EN-international_update1.1.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

KICKBUSCH, Ilona. The need for a European strategy on global health. *Scandinavian journal of public health*, 34(6), 561–565, 2006. Disponível em:https://journals.sagepub.com/doi/10.1080/14034940600973059. Acesso em: 12 maio 2025.

KIRSCH, Irwin. Literacy: profiles of America's young adults. Final report of the National Assessment for Educational Progress. Princeton: N.J.: Educational Testing Service, 1986. Disponível em: https://www.ets.org/research/policy_research_reports/publications/report/1986/aesy.html. Acesso em 12 maio 2025.

KIRSCH, Irwin;J UNGEBLUT, Ann; JENKINS, Lynn; KOLSTAD, Andrew. *Adult literacy in America*: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey. Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education, 1993. Disponível em https://nces.ed.gov/use-work/resource-library/report/statistical-analysis-report/adult-literacy-america-first-look-findings-national-adult-literacy-survey?pubid=93275. Acesso em 12 maio 2025.

KLEIMAN, Angela B. Os estudos de letramento e a formação do professor de língua materna.*Linguagem em (Dis)curso* [online], v. 8, n. 3, pp. 487-517, 2008. Disponível em:https://doi.org/10.1590/S1518-76322008000300005. Acesso em: 12 maio 2025.

LALONDE, Marc. *A new perspective on the health of Canadians.* Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974. Disponível em: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf. Acesso em:21 fev. 2024

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; SOUZA, João Gabrielsilva; HAIKAL, DesireéSant'Ana; DE PAULA, Alfredo Maurício Batista; FERREIRA, Efigênia Ferreirae; PORDEUS, Isabela Almeida. Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar. *Cien Saúde Colet.* [periódico na internet], v. 20, n. 4, p. 1085-1098, abr. 2015.Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HNqNp3JVcj8RHKTTFrm6PXh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 maio 2025.

MARTINS, Andréa Maria Eleutériode Barros Lima; ALMEIDA, Eliete Rodriguesde; OLIVEIRA, Carolinade Castro; OLIVEIRA, Rodrigo Caldeira Nunes; PELINO, José Eduardo P.; SANTOS, Aline Soares Figueiredo; COSTA. Amanda Santos; SOUZA, Glaciele Maria de; BATISTA, Bruna Talita Pereira; FERREIRA, Efigênia Ferreira E. Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, v. 69, n. 4, p. 328-334, 2015.Disponível em:http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762015000300002. Acesso em: 12 maio 2025.

MOYSES, Raquel Ajub; TOPORCOV, Tatiana Natasha; CUNHA, Luci Ana Santos da; Letramento em saúde: métrica para apoiar a educação escolar a se tornar base para uma vida saudável. *In*: PERES, Frederico; CASTRO, Adriana; LEÃO, Nicole. (org.*). I Mostra brasileira de literacia em saúde: Pistas para o SUS e as políticas públicas*.1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/01/Livro-1a-Mostra-brasileira.pdf. Acesso em: 6 maio 2025.

Moraes, Katarinne Lima; BRASIL, Virginia Viscondi; MIALHE, Fábio Luiz; SAMPAIO, Helena Alvesde Carvalho; SOUZA, Ana Luiza Lima; CANHESTRO, Mônica Ribeiro; OLIVEIRA, Gabriela Ferreira de. Transcultural adaptation and validation of the health literacy questionnaire (HLQ) to Brazilian Portuguese. *Acta Paulista de Enfermagem* [online], v. 34, 2021. Disponível em:https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-34-eAPE02171/1982-0194-ape-3 4-eAPE02171.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

MURPHY, Peggy W.; DAVIS, Terry C.; LONG, Sandra W.; JACKSON, Robert. H.; DECKER, Barbara C. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): a quick reading test for patients. *Journal of Reading*, v. 37, n. 2, 124–130, 1993. Disponível em:http://www.jstor.org/stable/40033408. Acesso em: 25 jul. 2022

NUTBEAM, Don. Health promotion glossary. *Health Promotion International*,v 13, ed. 4, p. 349-364, 1998. https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349.Disponível em: https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/13/4/349/563193?redirectedFrom=PDFAcesso em: 25 jul. 2022.

NUTBEAM, Don; LLOYD, Jane E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 42, 159–173, 2021. Disponível em:https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529.Acesso em: 25 jul. 2022

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel.Acesso em: 07 de jun. de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Organização Mundial da Saúde defende equidade global em saúde e finanças*. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/g20/pt-br/noticias/organizacao-mundial-da-saude-defende-equidade-global-em-saude-e-financas. Acesso em: 26 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Guia para a implementação nacional da Declaração de Xangai*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/BRA/18-045) 2018. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/39050/632567/Promoc%C2%B8a~o+da+sau%C2%B4de+-ODS+Guia+OPAS.pdf/7da634b1-d269-4b46-9564-9ebc1aaed76f.Acesso em: 20 maio 2022

OSBORNE, Richard H.; BATTERHAM, Roy W.; ELSWORTH, Gerald R.; HAWIKINS, Melanie; BUCHBINDER, Rachelle. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, v. 13, n. 1, p. 658, 2013. Disponível em:https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658. Acesso em: 25 jul. 2022.

PARKER, Ruth. M.;BAKER, David W.; WILLIAMS, Mark V.; NURSS, Joanne R. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of general internal medicine*, 10(10), 537–541, 1995.Disponível em: https://doi.org/10.1007/BF02640361.Acesso em: 25 jul. 2022.

PARNELL, Terry Ann. *Health literacy in nursing*: providing person-centered care. 1. ed. New York:Springer Publishing Company, LLC, 2015. Disponível em:https://archive.org/details/healthliteracyin0000unse. Acesso em: 12 maio 2025.

PASSAMAI, MariadaPenha Beirão; SAMPAIO, Helena AlvesdeCarvalho; DIAS, AnaMaria Iorio; CABRAL, LisidnaAlmeida. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 301–314, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/yWprLXc57D8G4jM5DpVH68c/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 jun. 2025.

PASSAMAI, Maria da Penha Beirão; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; HENRIQUES, Eliane Maria Viana (Org.). *Letramento Funcional em Saúde*: as habilidades do usuário e o Sistema Único de Saúde. Curitiba: Editora CRV, 2019.

PERES, Frederico; RODRIGUES, Karla Meneses; SILVA, Thais Lacerda. *Literacia em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

QUEENSLAND HEALTH. *Health Goals and Targets in Australia*. Brisbane: Queensland Government, apr. 1993. Disponível em: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0030/144795/info28.pdf.Acesso em: 11 de fevereiro de 2025.

REDE BRASILEIRA DE LETRAMENTO EM SAÚDE (REBRALS). *4ª Conferência REBRALS - 2024*: Letramento em saúde e inteligência artificial: construindo barreiras para a desinformação. Brasília, 2024. Disponível em: https://rebrals.com.br/eventos/. Acesso em: 11 fev. 2024.

REYNOLDS, Cecil R. Wide Range Achievement Test (WRAT—R): 1984 edition. *Journal of Counseling & Development*, 64(8), 540–541, apr. 1986. Disponível em: https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1986.tb01196.x. Acesso em: 26 mai. 2024. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1986-23132-001. Acesso em: 29 jun. 2025.

ROSA, Eliane Nowinski da. Letramento e suas dimensões. *Horizontes*, v. 37, p.e019033, 2019. Disponível em: https://revistahorizontes.usf.edu.br/horizontes/article/view/605/368. Acesso em: 25 jul. 2022.

SLOSSON, Richard L. & NICHOLSON, Charles L. (2002). *Slosson Oral Reading Test – Revised (SORTR)*. East Aurora, NY: Slosson Educational Publications, Inc.

SANTOS, Luanda Thais Mendonça. *Validação do Teste de Avaliação do Letramento em Saúde (TALES), um Questionário Brasileiro de Avaliação de Letramento em Saúde*. 2017. Tese (Doutorado em Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017. Acesso em: 22 jul. 2022.

SIMONDS, Scott. K. Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1–10, 1974. Disponível em: https://doi.org/10.1177/10901981740020S102. Acesso em: 25 jul. 2022

SMYTH, John A. UNESCO's international literacy statistics 1950-2000. 28 Mar. 2005. Background paper prepared for the *Education for All Global Monitoring Report 2006: Literacy for Life*. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146185. Acesso em: 14 maio 2025.

SOARES, Magda. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. *Revista Brasileira de Educação*, n. 25, p. 5-17, 2004. Disponível em https://www.scielo.br/j/rbedu/a/89tX3SGw5G4dNWdHRkRxrZk/ Acesso em: 20 de maio de 2024.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE LETRAMENTO EM SAÚDE. *Sobre*.2022. Disponível em: https://splsportugal.com/sobre/. Acesso em: 25/05/2024

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. in WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO World Health Organization, 2010. 76 p. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 maio 2025.

SØRENSEN, Kristine; BROUCHE, Stephan Van Den; FULAm, James; DOYLE, Gerardine; PELIKAN,Jürgen; SLONSKA, Zofia; BRAND, Helmut. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22276600/ Acesso em: 9 maio 2025.

SØRENSEN, Kristine; LEVIN-ZAMIR, Diane; DUONG, Tuyen V; OKAN, Orkan; BRASIL, Virginia Viscondi; NUTBEAM, Don. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, v. 36, n. Supplement 1, p. i13-i23, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34897445/. Acesso em: 9 maio 2025.

TFOUNI, Leda Verdiani Lopes. *Adultos não alfabetizados: o avesso do avesso*. Campinas: Pontes, 1988. 131 p. (Coleção Linguagem/Perspectivas). Disponível em: https://www.amazon.com.br/dp/8585116026. Acesso em: 27 jun. 2025.

TFOUNI, Leda Verdiani Lopes. *Letramento e alfabetização*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006. (Coleção Questões da Nossa Época).

TREZONA, Anita; DODSON, Sarity; OSBORNE, Richard H. Development of the Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 1, p. 694, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327478667_Development_of_the_Organisational_Health_Li teracy_Responsiveness_Org-HLR_self-assessment_tool_and_processAcesso em: 9 maio 2025.

VAZ DE ALMEIDA, Cristina. A evolução histórica dos estudos: da literacia a literacia em saúde. *In*: VAZ DE ALNEIDA, CRISTINA. FRAGOEIRO, ISABEL (org.). *Manual de literacia em saúde*: princípios e práticas / coord. 1. ed. Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 2023. Disponível em: https://m.pactor.pt/pt/catalogo/educacao-ciencias-da-educacao/educacao/manual-de-literacia-em-saude/. Acesso em: 14 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO World Health Organization, 2010. 76 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852. Acesso em: 14 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Closing the gap in a generation*. Commission on Social Determinants of Health Final Report, 2008. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1. Acesso em: 22 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health literacy*: the solids facts, 2013. Disponível em:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf.Acesso em: 25 jul. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Infodemic Management*: WHO training. [*S.l.*]: WHO, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/epi-win/infodemic-management/im-training-booklet-3dec2020.pdf?sfvrsn=d4f5586a_6. Acesso em 26/05/2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Living guidance for clinical management of COVID-19*. 23 de novembro de 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2. Acesso em: 22 jul. 2022.

WORLD HEALTH SUMMIT. *World Health Summit 2024*. Berlim, 2024. Disponível em: https://hlpf.un.org/2024?form=MG0AV3. Acesso em 11 fev. 2024.

ZARCACOOLAS, Christina.; PLEASANT, Andrew; GREER, David S. Understanding health literacy: an expanded model. *Health promotion international*, 20(2), 195–203, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1093/heapro/dah609.Acesso em: 25 jul. 2022

CAPÍTULO 3

Conceitos e modelos teóricos do Letramento em Saúde: uma abordagem integrada em saúde bucal

Érick Tássio Barbosa Neves
Isabela Almeida Pordeus
Saul Martins Paiva
Ana Flávia Granville-Garcia
Fernanda de Morais Ferreira

Introdução

Desde 1959, a literatura - com base napercepção da necessidade de assistência, nível de educação, limitações financeiras e motivação individual - já apontava para obstáculos que dificultavam a manutenção da saúde e o acesso a serviços. Nessa conjuntura, o termo letramento em saúde (LS) se destaca e foi citado, inicialmente, em 1974, tendo como foco primário o seu papel nas etapas da educação básica nos Estados Unidos (Dixon, 1959; Simonds,1974). O conceito de letramento ou literacia foi expandido e incorporado à área da saúde em meados dos anos 90, recebendo a primeira definição, amplamente reconhecida, apenas por volta dos anos 2000.

Nessa ocasião, o LS foi definido como a capacidade dos indivíduos de obter, processar e entender informações de saúde para utilizá-las nas demandas diárias (Parnell, 2014; Ratzan, Parker, 2000).

O conceito de LS é complexo e exige uma análise criteriosa de sua evolução no tempo. Inicialmente, foi definido com ênfase nas necessidades individuais, baseando-se na capacidade individual de lidar com situações de saúde. Contudo, devido à abrangência do tema, com o passar dos anos, foram incluídos outros aspectos além do LS individual, como o LS organizacional, o digital e a numeracia (Liu *et al*., 2020).

O LS no nível individual refere-se à capacidade individual de usar informações de saúde para orientar práticas que influenciem no próprio indivíduo ou em outras pessoas com quem convive. No nível organizacional, espera-se que as empresas e instituições que lidam com informações de saúde sejam capazes de permitir o acesso equitativo a informações de saúde de fácil compreensão e de boa qualidade. Em relação ao letramento digital, deve ser entendido como a capacidade de obter e utilizar informações sobre saúde provenientes de fontes eletrônicas confiáveis nas tomadas de decisões práticas e, finalmente, a numeracia, que é a capacidade de utilizar números e cálculos matemáticos aplicados em situações de saúde (HHS, 2023). Nesse sentido, uma abordagem mais recente do tema conceitua o LS como um conjunto de conhecimentos, aquisição de habilidades e desenvolvimento de funções. Esse amplo construto envolve conhecimentos sobre saúde e sobre o sistema de saúde local, além do processamento de informações de natureza diversa (escrita, oral, digital) e a habilidade para manter a saúde por meio do autocuidado e do empoderamento (Liu *et al.*, 2020).

Em termos didáticos, costuma-se dividir os tipos de LS em funcional, interacional e crítico. O letramento funcional reflete habilidades básicas de escrita e leitura e, por ser de mensuração mais

objetiva, é o tipo de letramento com mais estudos disponíveis. O letramento interacional, também conhecido como comunicativo, refere-se às habilidades de interagir com profissionais e fontes de informações em saúde, dando significado prático para essas informações. Por fim, o letramento crítico envolve habilidades cognitivas e sociais para avaliar a aplicação das informações de saúde recebidas em situações específicas, bem como a capacidade de ser crítico e avaliar a assistência recebida, mantendo o controle ao perceber limitações ou barreiras que prejudiquem a manutenção da saúde. É importante ressaltar que os diferentes níveis de LS são complementares e estão relacionados (Heide *et al*., 2015).

Outros conceitos discutidos, previamente, na literatura são confundidos com o do LS. Por essa razão, é importante diferenciar esses termos para uma abordagem precisa do tema. Embora a educação em saúde e a alfabetização estejam relacionadas ao LS, elas não devem ser confundidas com esse construto. É possível que um indivíduo que apresenta alta escolaridade demonstre baixo LS, pois, como explicado previamente, esse construto depende de um conjunto de habilidades e não apenas da capacidade técnica de escrita e leitura (Liu *et al.*, 2020). Do mesmo modo, alguém que passou pelo processo de educação em saúde pode não se considerar apto para aplicar os conhecimentos recebidos na prática, restringindo assim seu nível de LS. Assim, o conceito relacionado que mais se aproxima de um nível adequado de LS é o de promoção em saúde, divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pois propõe, por meio de ações coordenadas, o empoderamento dos indivíduos para que tenham a capacidade de manutenção do autocuidado ao longo do tempo (WHO, 1998; Martins *et al.*, 2022).

A diferenciação entre esses conceitos pode ser melhor compreendida por meio de um exemplo prático. Imagine uma situação hipotética em que os pais de uma criança de, aproximadamente, 3 anos precisassem lidar com uma situação de engasgo durante uma

refeição. Podemos ter diferentes cenários para essa mesma situação. Um adulto meramente alfabetizado pode não saber aplicar a técnica de compressão abdominal (manobra de Heimlich), bem como pode ter ouvido falar sobre a técnica, mas não se sentir apto para aplicá-la na situação descrita. Espera-se que um indivíduo com nível adequado de LS seja apto e prudente nessa situação (de aplicar a técnica de desengasgo) e possa manter a calma enquanto busca a assistência médica adequada. Para isso, seria necessário que esse indivíduo tivesse recebido e processado as informações necessárias específicas para solucionar o problema. Assim, um nível baixo de LS poderia, nessa e em outras situações, favorecer um desfecho de saúde, comprometendo, inclusive, em alguns casos, a vida do próprio indivíduo ou de outras pessoas.

No contexto da saúde bucal, estudos têm se preocupado em avaliar o impacto do Letramento em Saúde Bucal (LSB) em comportamentos como a frequência da escovação dentária, do uso de serviços odontológicos (Mialhe *et al*., 2022), do consumo de uma dieta rica em carboidratos, além de desfechos odontológicos como a cárie dentária (Firmino *et al*., 2017) e a doença periodontal (Bado *et al.*, 2022). As investigações disponíveis foram realizadas em diferentes populações, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos, e demonstram resultados variáveis, apontando, no geral, que um maior nível de LSB influencia em comportamentos mais saudáveis de saúde e na menor prevalência de determinados problemas odontológicos. Dessa forma, uma diversidade de modelos teóricos envolvendo o LSB está disponível na literatura, exigindo senso crítico e avaliação acurada para projetar novas perspectivas e soluções na área.

Letramento em saúde bucal e principais problemas odontológicos

O conhecimento sobre o impacto do LSB tem sido ampliado nos últimos anos. Dentre os problemas envolvidos nessa temática,

estão, entre os mais estudados, a cárie dentária e a doença periodontal, devido à sua etiologia multifatorial, além de apresentarem o biofilme dental como fator etiológico primário comum. Essas doenças compartilham um forte padrão comportamental na sua etiologia, tornando-as problemas vulneráveis à influência do nível de LS (Hagman *et al*., 2021).

Estudo prévio realizado em usuários da atenção primária no Brasil demonstrou que adultos com baixos níveis de LSB tiveram chances cinco vezes maiores de apresentar bolsas periodontais, comparados àqueles com altos níveis de LSB (Bado *et al*., 2022). No mesmo sentido, foi observado que um baixo LSB está associado a uma maior gravidade da doença periodontal (Wermeyer *et al*., 2014). Um baixo LSB pode comprometer a manutenção de cuidados básicos, como a frequência de escovação diária, o uso do fio dental e as visitas regulares ao dentista (Sukhabogi *et al*., 2020; Neves *et al*., 2021).

É importante ressaltar que o dentista deve buscar familiarizar os pacientes com a terminologia utilizada no tratamento da doença periodontal, bem como utilizar técnicas de comunicação para explicar a influência do tabaco, do diabetes mellitus e da higiene bucal na saúde dos tecidos de sustentação dos dentes (Holtzman *et al*., 2017). Os resultados dos estudos têm sugerido também a necessidade de avaliar intervenções no aumento do nível de LSB da população para observar esse impacto na saúde periodontal e direcionar esses achados para a prática clínica (Baskaradoos, 2018).

Por sua vez, a cárie dentária é o problema odontológico com mais estudos disponíveis sobre a temática do LSB, incluindo investigações em crianças, adolescentes, adultos, idosos e populações minoritárias, como migrantes e grupos étnicos (Neves *et al*., 2022; Firmino *et al*., 2017; Batista; Lowrence; Sousa, 2018; Valdez *et al*., 2022). As vias de associação entre o LSB e a cárie dentária permanecem inconclusivas, porém, sugere-se que o LS age como mediador dos hábitos de higiene

bucal, sendo influenciado por características sociodemográficas, como o nível de escolaridade e o status socioeconômico (Neves *et al*., 2022; Batista; Lowrence; Sousa, 2018).

Alguns trabalhos têm discutido a importância de um nível de LSB adequado na busca por serviços odontológicos. Indivíduos com maior nível de LSB buscam o dentista com maior frequência (Baskaradoss, 2016; Neves *et al*., 2021). Por outro lado, a complexa rede de fatores que influenciam as visitas ao dentista envolve aspectos socioeconômicos, a autopercepção de saúde e a motivação para o autocuidado.Essas são características de difícil intervenção, posicionando o LSB em local de destaque por ser um determinante de saúde que pode ser modificado por meio da implementação de estratégias comunicativas e de programas de educação continuada (Kleinman *et al*., 2021).

O nível de evidência dos achados disponíveis na literatura sobre a associação entre LSB e desfechos odontológicos é ainda restrito. Esse cenário pode ser explicado tanto pela ampla variação metodológica entre os estudos, dificultando critérios comparativos, como pela necessidade real de um aumento na produção científica na área, envolvendo estudos bem delineados em diferentes populações. No quadro abaixo, podem ser observados, na revisão sistemática da literatura, em ordem cronológica, os estudos envolvendo o tema LSB e desfechos odontológicos, publicados nos últimos 10 anos, sem restrição do idioma[1].

1 Busca realizada nas bases de dados Pubmed, Scielo e Cochrane Reviews, utilizando o termo "Oral Health Literacy", com restrição de período e desenho de estudo, sendo incluídas, exclusivamente, revisões sistemáticas da literatura com ou sem metanálise.

Quadro 1: Panorama de evidência científica sobre a associação entre o letramento em saúde bucal e principais desfechos odontológicos.

Autores (ano)	População alvo	Principais resultados
Firmino *et al*. (2017)	Crianças	Baixo LSB parental foi associado à cárie dentária
Firmino (2018)	Crianças	Baixo LSB parental foi associado à cárie dentária
Firmino *et al*. (2018)	Crianças, idosos e adultos	Não foi encontrada associação entre LSB e alguns comportamentos de saúde bucal, permanecendo o tema inconclusivo
Reda *et al.* (2018)	Crianças e adultos	Baixo LS afetou negativamente a utilização de serviços odontológicos
Valdez *et al*. (2022)	Adultos	Baixo LSB impactou negativamente a manutenção da saúde bucal
Banfai-Csonka *et al*. (2022)	Crianças	LSB parental foi associado a hábitos e comportamentos de saúde bucal da criança

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Letramento em saúde bucal enquanto determinante social de saúde

Os determinantes de saúde (DDS) são um conjunto de características que afetam a saúde individual e coletiva, determinando, em última instância, comportamentos e estilos de vida. O ambiente onde vivemos, nosso local de trabalho, as experiências sociais, bem como fatores genéticos e comportamentais, compõem uma complexa rede que afeta o padrão de saúde e o acesso a serviços, influenciando a qualidade de vida relacionada à saúde (Carrapato *et al*., 2017). Os DDS são classificados em diferentes estratos, partindo do nível individual até as características coletivas.

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, e utilizado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), considera como centro desse modelo o indivíduo com todas suas características, como idade, sexo, fatores genéticos e hereditários. No primeiro nível do modelo, situam-se os comportamentos e o estilo de vida, seguidos pelo segundo nível, composto pela organização em comunidade e pelas redes de apoio. No terceiro nível, estão as condições de vida e de trabalho, o acesso a alimentos e a serviços essenciais, como saúde e educação e, finalmente, no último nível, estão os macros determinantes, que se referem às características socioeconômicas, culturais e ambientais, e exercem uma influência considerável nos outros estratos, conforme evidenciado na Figura 1 (CNDSS, 2008).

Figura 1: Determinantes sociais de saúde, de acordo com modelo proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte: Comissão Nacional sobre DSS (2008).

O LS tem sido apontado na literatura como um determinante social de saúde. Embora as vias que influenciam essa relação não sejam totalmente esclarecidas, é importante considerar que os DSS estão relacionados entre si, estabelecendo interações importantes. Recentemente, estudos têm direcionado o interesse em esclarecer se o LS atua como um determinante independente de saúde ou como um determinante de saúde mediador. Os resultados propõem que se trata de um determinante social de saúde independente, mas que também atua como mediador da associação entre outros DSS, como a escolaridade, a renda familiar, e desfechos de saúde específicos (Nutbeam; Lloyd, 2021).

Pouco tem sido explorado sobre a distinção entre associações diretas ou indiretas, ou sobre o efeito mediador e moderador do LSB nos desfechos odontológicos. Um estudo, realizado em adolescentes no Brasil, observou que um menor escore de LSB foi associado, diretamente, à cárie dentária nessa população, enquanto a escolaridade materna e a classe social foram, indiretamente, associados à cárie dentária, intermediados pelo efeito do LSB (Neves *et al*., 2022). Esse resultado está em concordância com o que vem sendo discutido para outros desfechos de saúde no geral, sugerindo fortemente que o LS pode ser um importante mediador do efeito de fatores socioeconômicos na saúde bucal, principalmente no que se refere ao efeito dos aspectos relacionados à escolaridade (Stormacq *et al*., 2019; Mantwill *et al*., 2015).

Atuar nos DDS é uma forma de buscar reduzir as iniquidades em saúde e contribuir para justiça social. A elucidação do LS enquanto determinante social de saúde independente ou enquanto mediador de saúde bucal é necessária, pois amplia as opções de intervenções, dado que determinantes estruturais como a renda familiar, escolaridade e classe social são de difícil controle. Por outro lado, o LSB é mensurável e sensível a estratégias e políticas públicas que fortaleçam seu melhoramento em nível individual e organizacional (Nutbeam; Llyoyd, 2021).

Modelos teóricos do letramento em saúde bucal: uma visão integrada

Um desafio crescente do cenário atual da saúde é integrar as competências necessárias que deem possibilidade de autonomia para os indivíduos em relação ao autocuidado. Esse desafio envolve a integração das ciências da saúde e o fortalecimento da cooperação multidisciplinar de modo a potencializar o alcance das intervenções no nível de LS da população.

Embora não exista um modelo teórico estabelecido quanto aos fatores associados ao LSB, estudos têm se preocupado em esclarecer as vias pelas quais acontecem essas associações. Classicamente, os fatores socioeconômicos têm se posicionado em local estratégico nessa dinâmica. Desse modo, há relatos da influência do status socioeconômico e da escolaridade no nível de LSB, uma vez que uma baixa escolaridade e a privação financeira atuam como limitantes do acesso e da compreensão de informações de saúde bucal, bem como de sua aplicação prática (Oliveira-Júnior *et al*., 2021; Neves *et al*., 2022).

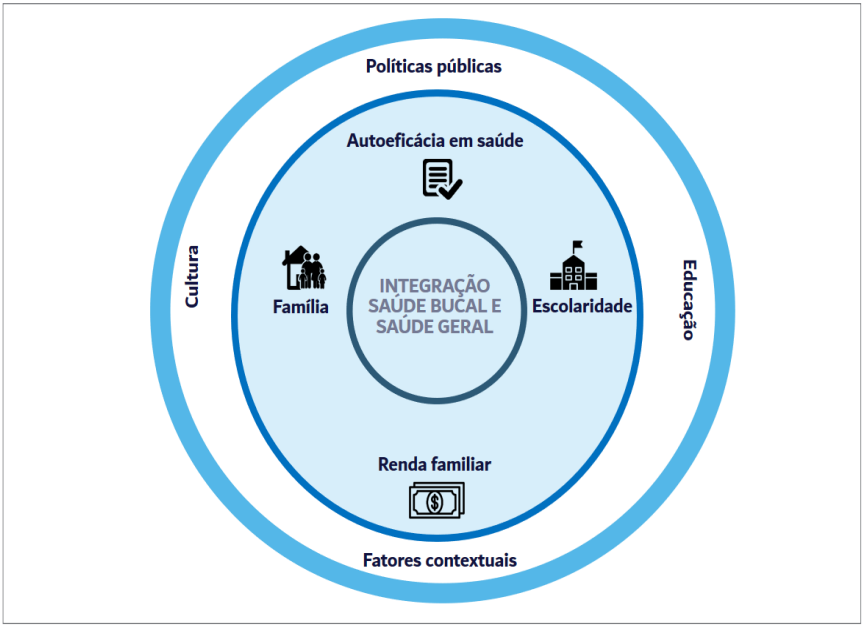
No mesmo sentido, estudos recentes têm sugerido que a autoeficácia é um componente importante do modelo teórico de LS, atuando como um mediador entre o LS e os comportamentos de saúde (Cudjoe *et al*., 2020; Pourrazavi *et al*., 2020). A autoeficácia em saúde é compreendida como a confiança que os indivíduos têm na própria capacidade de organizar e executar ações para prevenir problemas de saúde e para o manejo dessas situações, motivados pelos benefícios dessas práticas. Foi observado, previamente, que a autoeficácia em saúde foi associada à melhor saúde bucal e aos hábitos de higiene bucal adequados. Dentre os fatores associados ao LS, a autoeficácia tem se destacado, sendo também citada na literatura como um mediador do efeito do LSB no status de saúde bucal (Lee *et al*., 2012; Allen *et al*., 2022).

Estudo prévio demonstrou que o uso de estratégias educativas combinadas e realizadas em um grupo de escolares entre 6 e 12 anos, no período de 5 meses, foi capaz de aumentar o nível de autoeficácia

em saúde bucal (Hashemi *et al*., 2021). Esse resultado é importante, pois destaca a escola enquanto ambiente estratégico para ações de educação em saúde, contribuindo para um melhor nível de LS.

Outro fator individual mencionado pelos estudos é a qualidade das relações familiares avaliada por meio da coesão (nível de união) e adaptabilidade (flexibilidade e posições de liderança) familiares. Sugere-se que o ambiente familiar influencia o nível de LSB de adolescentes, uma vez que os pais são uma das principais fontes de informação dos filhos, sendo fortes referências nessa faixa etária, especialmente nos anos iniciais da adolescência (Lopes *et al*., 2020; Nagarajjapa *et al*., 2021). Assim, também é importante incluir os familiares nas práticas de educação em saúde, não restringindo essas ações a crianças e adolescentes. Na Figura 2, é possível observar os principais fatores associados ao LSB, apresentados na literatura, considerando uma abordagem ampliada e integrada (Figura 2).

Figura 2: Proposta de modelo teórico baseada nas contribuições da literatura nos últimos 10 anos



Fonte: Modelo teórico do LSB, baseado no modelo apresentado por Kleinman *et al.* (2021) e nos achados da literatura dos últimos 10 anos.

O contexto de vida do indivíduo também tem sido apontado como um contribuinte para os níveis de LSB. Estudo de base populacional, realizado em adolescentes, demonstrou que estudantes matriculados em escolas com maior número de reprovações repetidas (retenção escolar) apresentavam pior LSB (Neves *et al*., 2021a).

Um desafio enfrentado, particularmente, pela saúde bucal é a fragmentação do cuidado, vivenciada na rotina clínica de muitos profissionais. Em um cenário em que a saúde bucal é vista separadamente das outras questões de saúde, torna-se ainda mais complexo o desafio de tornar a população capaz de manejar a própria saúde bucal (Scherer *et al*., 2018). Embora um progresso considerável tenha sido permitido pela incorporação de discussões acerca da Medicina Periodontal e da Odontologia Hospitalar no dia-a-dia do cirurgião-dentista, ainda permanece difícil articular esses conhecimentos com a prática multiprofissional, havendo necessidade da cooperação de toda equipe para esse entendimento. A proposta do Ministério da Saúde de unificar o prontuário eletrônico de saúde dos pacientes (PEC), permitindo o acesso a informações de saúde no geral é um avanço nessa integração, apesar dos inúmeros desafios enfrentados (Ávila *et al*., 2022). Essa lacuna é ainda maior na atenção privada à saúde, dada a dificuldade de padronização do acesso a informações relevantes ao plano terapêutico dos pacientes. Nesse sentido, um modelo teórico atual propõe a integração da saúde bucal à saúde geral como forma estratégica de fortalecer o LS (Kleinman *et al.,* 2021).

O modelo teórico de Solar e Irwin ressalta a complexidade da saúde humana e dos determinantes sociais de saúde envolvidos no processo saúde-doença. Esse modelo considera a íntima interação entre determinantes contextuais e individuais. À medida que se parte de uma determinação macroestrutural da saúde (política, social e ambiental), é possível atingir um nível mais próximo do paciente, que se refere aos determinantes individuais, que se comportam como mediadores dos problemas de saúde, tendo como exemplos

as condições gerais de vida, acesso a serviços essenciais e de saúde, questões psicológicas, comportamentos e o próprio letramento em saúde (Solar e Irwin, 2010).

De forma mais específica, o modelo de letramento em saúde proposto por Sørensen *et al.* (2012) compreende a saúde nos níveis individual e coletivo, defendendo que as pessoas sejam capazes de praticar o autocuidado, sem uma dependência exclusiva do conhecimento técnico, e de entender, de forma objetiva, sobre aspectos diários de sua própria saúde, o que destaca a importância de sempre aprender e de desenvolver habilidades durante toda a vida. Dessa forma, acredita-se que a saúde é influenciada pela interação entre fatores pessoais, sociais e ambientais. Esse entendimento incentiva as pessoas a usarem o que sabem sobre saúde em todas as situações e valoriza oportunidades de aprender sobre saúde, como em conversas com outras pessoas ou ao utilizar serviços de saúde. Nesse sentido, um estudo prévio, realizado no Brasil, com idosos, demonstrou que a incidência de autoexame bucal teve maior prevalência naqueles que eram usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o que aponta para o impacto da assistência em serviços de saúde no letramento e, consequentemente, nas práticas de cuidado utilizadas pelos pacientes (Martins *et al.*, 2015).

Considerações Finais

De modo geral, percebe-se uma tendência a compreender o modelo teórico do LSB como uma dinâmica complexa, afetada pelas políticas de saúde, pelo contexto cultural, educacional e socioeconômico de vida das pessoas, bem como pelas experiências pessoais e relações familiares (Neves *et al*., 2021). É importante que, nesse cenário ampliado, sejam estabelecidas prioridades de intervenções, de modo a agir estrategicamente na melhoria do LSB da população. Para a realidade atual do país, sugere-se priorizar o fortalecimento de estratégias de educação em saúde a serem aplicadas tanto no contexto escolar como nofamiliar, de modo a abranger diferentes faixas etárias,

potencializando o alcance dessas ações e de seus efeitos positivos. Essas ações requerem o fortalecimento da pesquisa na área e a elaboração de intervenções reprodutíveis e com materiais criados com base em boas práticas de LSB.

Referências

ALLEN, Finbarr; FAN, Sim Yu; LOKE, Wong Mun; NA, Tan Mei; YAN, Gabriel Lee Keng; MITTAL, Rakhi. The relationship between self-efficacy and oral health status of older adults. *Journal of Dentistry*. v.122, n.1, 2022. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300571222001427. Acesso em: 15 maio 2025.

ÁVILA, Grazielly Soares; CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; GONTIJO, Tarcísio Laerte; CARBOGIM, Fábio da Costa; BRITO, Maria José Menezes. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. *Cogitare Enferm*, v.27, n. e79641, p. 1-10, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cenf/a/HDNgYCbWhCSvWNdsHkrRJhQ/. Acesso em: 14 maio 2025.

BADO, Fernanda Maria Rovai; BARBOSA, Taís de Souza; SOARES, Gustavo Hermes; MIALHE, Fábio Luiz.Oral health literacy and periodontal disease in primary health care users. *International Dental Journal*, v.72, n.5, p. 654-658, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35065796/. Acesso em: 14 maio 2025.

BÁNFAI-CSONKA, Henrietta; BETLEHEM, József; DEUTSCH, Krisztina; DERZSI-HORVÁTH, Martina; BÁNFAI, Bálint; FINÁNCZ, Judit; PODRÁCZKY, Judit; CSIMA, Melinda. Health Literacy in Early Childhood: A Systematic Review of Empirical Studies. *Children*, v.9, n.8, p. 1131, 2022. Disponível em:https://www.mdpi.com/2227-9067/9/8/1131. Acesso em: 15 maio 2025.

BASKARADOOS, Jagan Kumar. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, v.18, n.172, p. 1-6, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30355347/. Acesso em: 14 maio 2025.

BASKARADOSS, Jagan Kumar. The association between oral health literacy and missed dental appointments. *J Am Dent Assoc*, v.147, n.11, p.867–74, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27497866/. Acesso em: 14 maio 2025.

BATISTA, Marília Jesus; LAWRENCE, Herenia Procópio; SOUSA, Maria da Luz Rosário de. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, v.18, n.60, p. 1-9, 2018. Disponível em: https://doaj.org/article/167d98ce5ab5419496a364bba5943ab7. Acesso em: 14 maio 2025.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinantes de saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc*, v.26, n.3, p. 676-689, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PyjhWH9gBP96Wqsr9M5TxJs/. Acesso em: 14 maio 2025.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CNDSS. *As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 14 maio 2025.

CUDJOE, Joycelyn; DELVA, Sabianca; CAJITA, Mia; HAN, Hae-Ra. Empirically Tested Health Literacy Frameworks. *Health literacy research and practice*, v.4, n.1, p. 21-44, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32053206/. Acesso em: 14 maio 2025.

DIXON, James P. The community responsibility for medical care. *American journal of public healthand the nation's health*, v.49, n.1, p.76–81, 1959. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1372646/. Acesso em: 14 maio 2025.

FIRMINO, Ramon Targino; MARTINS, Carolina Castro; FARIA, Larissa dos Santos; PAIVA, Saul Martins; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; FRAIZ, Fabian Calixto; FERREIRA, Fernanda Morais. Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Dentistry*, v.78, n.3, p. 231-245, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29498754/. Acesso em: 14 maio 2025.

FIRMINO, Ramon Targino; FERREIRA, Fernanda Morais; MARTINS, Carolina Castro; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; FRAIZ, Fabian Calixto; PAIVA, Saul Martins. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. *Int J Paediatric Dentistry*, v.28, n.5, p. 459-471, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29984431/. Acesso em: 14 maio 2025.

FIRMINO, Ramon Targino; FERREIRA, Fernanda Morais;PAIVA, Saul Martins; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia;FRAIZ, Fabian Calixto; MARTINS, Carolina Castro. Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *J Am Dent Assoc*, v. 148, n. 8, p.604-613, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28477838/. Acesso em: 14 maio 2025.

HAGMAN, Jennie; WIDE, Ulla; WERNER, Helene; HAKEBERG, Magnus. Oral health and oral health behavior in young adults with caries disease. *BDJ Open*, v.7, n.8, p.1-6, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333512/. Acesso em: 14 maio 2025.

HASHEMI, Zahra Sadat; KHORSANDI, Mahboobeh; SHAMSI, Mohsen; MORADZADEH, Rahmatollah. Effect combined learning on oral health self-efficacy and self-care behaviors of students: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health*, v.31, n.42, p. 2021. Disponível em: https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-021-01693-y. Acesso em: 14 maio 2025.

HEIDE, Iris Van Der; HEIJMANS, Monique; SCHUIT, A. Jantine; UITERS, Ellen; RADEMAKERS, Jane. Functional, interactive and critical health literacy: Varying relationships with control over care and number of GP visits. *Patient Education and Counseling*, v.98, n.8, p.998–1004, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25956070/. Acesso em: 14 maio 2025.

HOLTZMAN, Jennifer S.; ATCHISON, Kathryn A.; MACEK, Mark D.; MARKOVIC, Daniela. Oral health literacy and measures of periodontal disease. *J Periodontol*, v.81, n. 1, p.78-88, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27523517/. Acesso em: 14 maio 2025.

KLEINMAN, Dushanka V.; HOROWITZ, Alice M.; ATCHISON, Kathryn A. A framework to foster oral health literacy and oral/general health integration. *Frontiers in Dental Medicine*, v.2, n. 723021, 2021. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/dental-medicine/articles/10.3389/fdmed.2021.723021/full. Acesso em: 14 maio 2025.

LEE, Jessica Y.; DIVARIS, Kimon; BAKER, A. Diane; ROZIER, R. Gary; VANN JR, Willian F. The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy With Oral Health Status and Dental Neglect. *AM J Public Health*, v.102, n.5, p.923-939, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22021320/. Acesso em: 14 maio 2025.

LIU, Chenxi; WANG, Dan; LIU, Chaojie; JIANG, Junnan; WANG, Xuemei; CHEN, Haihong; JU, Xin; ZHANG, Xinping. What Is the Meaning of Health Literacy? A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Family Medicine and Community Health*, v. 8, n. 2, p. e000351, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32414834/. Acesso em: 14 maio 2025.

LOPES, Roanne Torres; NEVES, Érick Tássio Barbosa; DUTRA, Laio da Costa; GOMES, Monalisa Cesarino Gomes; PAIVA, Saul Martins; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de; FERREIRA, Fernanda Morais; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia. Socioeconomic status and family functioning influence oral health literacy among adolescents. *Rev Saúde Pública*, v.54, n.30, p.1-10, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32215538/. Acesso em: 15 maio 2025.

MANTWILL, Sarah; MONESTEL-UMANÃ, Silvia; SCHULZ, Peter J. The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. *Plos One*, v.1, n.e0145455, 2015. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0145455. Acesso em: 15 maio 2025.

MARTINS, Andréa Maria Eleutériode Barros Lima; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; DIOGO, Ana Tereza Silva; LIMA, Pablo Xavier Versiani; MESQUITA, Letícia Gomes Monteiro; SOUTO, Cláudiade Andrade; BARRETO, Nair Amélia Prates. História do letramento em saúde: uma revisão narrativa. *Unimontes Científica*, Montes Claros, v. 24, n. 2, p. 1-23, jul./dez. 2022. Disponível em: https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/5735. Acesso em: 25 de junho de 2024.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; SOUZA, João Gabriel Silva; HAIKAL, Desireé Sant'Ana; PAULA, Alfredo Maurício Batista de; FERREIRA, Efigênia Ferreira e; PORDEUS, Isabela Almeida. Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.4, p. 1086-1089,2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HNqNp3JVcj8RHKTTFrm6PXh/?lang=en. Acesso em: 15 maio 2025.

MIALHE, Fábio Luiz; SANTOS, Beatriz Loureiro; BADO, Fernanda Maria Rovai; OLIVEIRA OLIVEIRA-JÚNIOR, Alcir José de; SOARES, Gustavo Hermes. Association between oral health literacy and dental outcomes among users of primary healthcare services. *Brazilian Oral Research*, v. 36. e004, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35081222/. Acesso em: 15 maio 2025.

NAGARAJAPPA, Ramesh; NAIK, Debasruti; RAMES, Gayathri. Sources of Oral Health Information and its Relationship on Knowledge Among Indian Adolescents. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr*, v.21, p.1-14, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pboci/a/dZLn8Vkr3vxZyRymG4F8nnr/. Acesso em: 15 maio 2025.

NEVES, Érick Tássio Barbosa; LIMA, Larissa Chaves Morais de; DUTRA, Laio da Costa; GOMES, Monalisa Cesarino; SIQUEIRA, Maria Betânia Lins Dantas; PAIVA, Saul Martins; FERREIRA, Fernanda Morais; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia. Oral health literacy, sociodemographic, family, and clinical predictors of dental visits among Brazilian early adolescents. *Int J Paediatr Dent*, v.31, n.2, p. 204-211, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32413175/. Acesso em: 15 maio 2025.

NEVES, Érick Tássio Barbosa; DUTRA, Laio da Costa; LIMA, Larissa Chaves Morais; PERAZZO, Matheus França; FERREIRA. Fernanda Morais; PAIVA, Saul Martins; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia. Structuring of the effects of oral health literacy on dental caries in 12-year-old adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 51, p. 864-871, jul. 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35879864/. Acesso em: 15 maio 2025.

NUTBEAM, Don; LLYOYD, Jane E. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*, v.42, n.1, p. 159-173, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33035427/. Acesso em: 15 maio 2025.

OLIVEIRA-JÚNIOR, Alcir José; MIALHE, Fábio Luiz; BENEDICTO, Eduardo de Novaes; ARAUJO, E. N.; GABRIEL, M. Association between Oral Health Literacy and Socioeconomic Variables in Users of Centers for Dental Specialties. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v.21, n.e0059, p.1-10, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pboci/a/77b7rvWKCgX4jFvnmN5Mpgn/. Acesso em: 15 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: *World Health Organization*, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 20 mar. 2023.

PARNELL, Terri Ann. Health Literacy: History, Definitions, and Models, *In*: PARNELL, Thomas A. (org.). *Health literacy in nursing: providing person-centered care*. 1. ed. New York: Springer Publishing Company, 2014.

POURRAZAVI, Sara; KOUZEKANANI, Kamiar; BAZARGAN-HEJAZI, Shahrzard; SHAGHAGHI, Abdolreza; HASHEMIPARAST, Mina; FATHIFAR, Zahra; ALLAHVERDIPOUR, Hamid. Theory-based E-health literacy interventions in older adults: a systematic review. *Archives of Public health*,v.78, n.72, p.1-8, 2020 Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32793345/. Acesso em: 15 maio 2025.

RATZAN, Scott C.; PARKER, Ruth;ZOM, Marcia Introduction. In SELDEN, Catherine R., ZORN, Marcia, RATZAM, Scott, PARKER, Ruth. M. (Ed.).*National Library of Medicine current bibliographies in medicine*: Health literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/230877250_National_Library_of_Medicine_Current_Bibliographies_in_Medicine_Health_Literacy. Acesso em: 15 maio 2025.

REDA, Seif Magdy; KROIS, Joachim; REDA, Sophie Francisca; THOMSON, Willian Murray; SCHWENDICKE, F. The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, v.75, p.1-6, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29673686/. Acesso em: 15 maio 2025.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CHAVES, Sônia Cristina Lima; MENEZES, Erica Lima Costa de.The work in oral health in the Family Health Strategy: is it a tough integration? *Saúde Debate*, v.42, n.2, p. 233-346, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VNpzjJxJvP3sDfnMJ8SBjpS/?lang=en&format=pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

SIMONDS, Scott K. Health education as sociol policy. *Health Education Monograph*, 25, 1974. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10901981740020S102 Acesso em: 15 maio 2025.

SMYTH, John A. (Org.). *International literacy statistics 1950–2000*. Paris: UNESCO, 2004. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146185. Acesso em: 02 jul. 2025.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. in WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO World Health Organization, 2010. 76 p. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 maio 2025.

SØRENSEN, Kristine; BROUCHE, Stephan Van Den; FULAN, James; DOYLE, Jürgen Pelikan; SLONSKA, Zofia; BRAND, Helmut. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22276600/Acesso em: 9 maio 2025.

STORMACQ, Corline; BROUCKE, Stephan Van Den; WOSINSKI, Jacqueline.Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int*, v. 34, n.1, p.1-17, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30107564/. Acesso em: 15 maio 2025.

SUKHABOGI, Jagadeeswara Rao; DOSHI. Dolar; VADLAMANI, Madhuri; RAHUL, Vijay. Association of oral health literacy with oral health behavior and oral health outcomes among adult dental patients. *Indian J Dent Res*, v.31, n.6, p 835-839, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33753650/. Acesso em: 15 maio 2025.

VALDEZ, R.; SPLINE, K.; KOFAHL, C.; SEEDORF, U.; HEYDECKE, G.; REISSMANN, D. R.; LIESKE, B.; DINGOYAN, D.; AARABI, G. Oral Health Literacy in Migrant and Ethnic Minority Populations: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, v.24, n.4, p. 1061-1080, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34448993/. Acesso em: 15 maio 2025.

WERMEYER, Megan M H; CORWIN, Caleb L.; GUTHMILLER, Janet M.; LEE, Jéssica Y. The impact of oral health literacy on periodontal health status. *Journal of Public Health Dentistry*. v.7, n.1, p. 80-87, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23121152/. Acesso em: 15 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communication. *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1). 24 p. Disponível em: https://fctc.who.int/news-and-resources/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1. Acesso em: 15 maio 2025.

CAPÍTULO 4

Organizações Letradas em Saúde

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
Cláudia de Andrade Souto
Helena Sampaio
Luci Ana Santos da Cunha

Introdução

Reconhecendo-se sua contribuição fundamental na promoção da saúde, as organizações em saúde foram incorporadas na definição atual de Letramento em Saúde (LS). Nessa concepção, o LS aborda não apenas a habilidade, motivação e competência dos indivíduos para adquirir, compreender, avaliar e utilizar informações importantes de saúde, mas o conceito evoluiu, destacando-se o papel dessas organizações em disponibilizar informações e serviços que aprimoram o LS. Essa definição considera a complexidade e a dificuldade das informações de saúde, posicionando os serviços de saúde como instituições fundamentais que habilitam as pessoas a tomar decisões informadas e a executar ações alinhadas aos princípios do LS (Sørensen *et al*., 2012; Brach, Harris, 2021; Sørensen*et al*., 2021; WHO, 2021).

Duas definições principais atendem a esse contexto: 1) as do ***Healthy People* 2030**, que distingue entre letramento em saúde organizacional, referindo-se à capacidade das organizações em habilitar os

indivíduos para utilizar informações e serviços de saúde, e letramento em saúde individual, relacionado à habilidade dos indivíduos de usar essas informações e serviços para tomar decisões sobre sua própria saúde (Brach, Harris, 2021); e 2) ada ***World Health Organization (WHO)***, em português, **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, que define o LS como o conhecimento e as competências pessoais que permitem que as pessoas utilizem informações e serviços de saúde para promover e manter a boa saúde e o bem-estar, nos âmbitos individual e coletivo, mediadas pelas organizações e pela disponibilidade de recursos (WHO, 2021).

As organizações incluídas fazem emergir a concepção de Organizações Letradas em Saúde (OLS), que se fortalece com a ampliação do conceito de LS, como uma tendência de responsabilidade organizacional. E as OLS, como princípio, devem adotar a equidade como um imperativo, promovendo uma abordagem sistemática para o aprimoramento do LS (Brach, Harris, 2021) e fomentando a autonomia das pessoas e comunidades, a fim de permitir que aqueles com acesso às condições básicas de vida aumentem seus níveis de LS e façam escolhas saudáveis (Sørensen *et al*., 2021).

Conhecer os níveis de Letramento em Saúde é fundamental para delinear as atividades das OLS, conforme destacado por Brach, em 2012 (Brach et al., 2012), pois muitos problemas de saúde estão ligados ao baixo LS dos indivíduos (Abrams, 2014) e à ineficácia das organizações em aplicar os princípios do LS. Nesse sentido, esforços internacionais estão sendo realizados para desenvolver ferramentas e diretrizes que ajudem na implementação e regulamentação das OLS, reforçando a importância dessa avaliação (Abrams *et al.*, 2014; International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations, 2019, atualizado em 2023).

Facilitar o acesso a serviços e informações de saúde é um dos compromissos a serem assumidos pelas OLS. Essa responsabilidade engloba a criação de unidades de saúde projetadas

para orientar os pacientes, o uso de sinalização e símbolos claros, a oferta de orientações para navegação no sistema digital em saúde, a integração de vários serviços em um único local, o suporte aos pacientes para entender os serviços e benefícios de saúde, a ajuda na marcação de consultas com outros prestadores de saúde, a prática de habilidades de comunicação receptivas e o desenvolvimento de aplicativos eletrônicos de saúde voltados para pacientes com níveis mais baixos de Letramento em Saúde (Charoghchian Khorasani *et al*., 2022).

Reconhecendo a importância das OLS, este capítulo apresenta o tema, enfatizando seu papel na superação de obstáculos relacionados ao LS. Foram explorados conceitos fundamentais das OLS, suas características, desafios e elementos facilitadores para sua efetiva implementação, sob uma perspectiva coletiva. Inicialmente, vale apresentar alguns estudos, em ordem cronológica, de tópicos associados, direta ou indiretamente, às OLS.

Em um estudo de caso realizado nos EUA, em 2012, a intervenção focada no letramento em saúde relacionado ao diabetes e nos custos do tratamento mostrou resultados positivos. O estudo constatou que a intervenção não apenas melhorou os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c), mas, também, reduziu, em média, US$ 551,00 por paciente diabético ao ano, devido à diminuição das emergências que demandavam atendimento hospitalar (Mickethwaite; Brownson; O'Toole, 2012**)**.

Também em 2012, nos EUA, uma revisão sobre os atributos de uma Organização Letrada em Saúde (OLS) discutiu o comprometimento organizacional, a infraestrutura e as políticas de saúde, com destaque para o papel dos enfermeiros de saúde ocupacional na construção de OLS e no impacto positivo para a saúde dos funcionários (Wong, 2012). Ainda, em 2012, nos EUA, um outro estudo de caso analisou barreiras e facilitadores do LS, proporcionando a base para a elaboração de um

plano estratégico voltado à implementação de OLS. O estudo ressaltou a complexidade do tema e a necessidade de compreender os fatores que influenciam as práticas de LS (Weaver *et al*., 2012).

Uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa e quantitativa, realizada na Alemanha, em 2015, teve como foco o desenvolvimento e a validação de um instrumento para mensurar o grau de OLS. Os resultados demonstraram que a ferramenta se mostrou eficaz para auxiliar os pacientes na navegação, compreensão e utilização de informações e serviços de saúde (Kowalski *et al*., 2015).

Um estudo protocolar, realizado na Austrália, em 2014, descreveu o processo *OPtimising HEalth LIterAcy*"OPHELIA", voltado para a melhoria do LS e a implementação de reformas nos serviços de saúde. As intervenções relacionadas ao LS resultaram em avanços significativos nos desfechos clínicos e na redução das desigualdades em saúde (Batterham *et al.*, 2014**)**.

Um outro estudo, este realizado na Dinamarca, em 2015, investigou estratégias para desenvolver o LS no ambiente de trabalho e no lar, visando reduzir a dor. A intervenção demonstrou potencial para ser adaptada a outras pessoas enfrentando desafios relacionados à saúde (Larsen *et al.*, 2015).

Em 2017, nos Estados Unidos, um estudo qualitativo teve como objetivo compreender como as organizações de saúde que atendem populações carentes adotam e implementam mudanças relacionadas ao LS. O estudo constatou que, embora existam barreiras, ambientes clínicos com recursos limitados podem planejar, implementar e sustentar com sucesso mudanças organizacionais que favoreçam o LS (Adsul *et al*., 2017).

Um estudo piloto, realizado na Austrália, em 2017, teve como objetivo explorar a viabilidade do uso de um processo para identificar os pontos fortes e fracos do LS de uma organização, a partir da perspectiva de pacientes de origens culturalmente diversas. Foram

identificados pontos fortes, como a receptividade cultural, e pontos fracos, como a necessidade de melhorias na sinalização e no acesso a serviços de intérprete (Lloyd *et al.*, 2019). Outro estudo, também na Austrália, foi realizado, em 2018, com foco no desenvolvimento e uso de uma ferramenta de autoavaliação de OLS, visando promover a avaliação e a implementação de melhorias em organizações de saúde (Trezona; Dodson; Osborne, 2018).

Em 2019, na Áustria, foi realizada a adaptação e tradução da ferramenta "*Viena Concept of Health-Literate Hospitals*", o que possibilitou avaliações detalhadas e o desenvolvimento de estratégias de melhoria para hospitais e organizações de saúde. A ferramenta mostrou-se útil na promoção de mudanças na comunicação e interação com os pacientes (International Working Group HPH & HLO, 2019).

Nos Estados Unidos, um estudo qualitativo e quantitativo teve como objetivo avaliar até que ponto os sistemas de saúde em uma localidade estavam adotando políticas e práticas que abordam os 10 atributos das OLS. O estudo constatou que a liderança limitada e a baixa promoção de esforços para garantir OLS são barreiras, embora os defensores do letramento em saúde, ocasionalmente, intensifiquem iniciativas criativas (Howe *et al.*, 2020).

Em um estudo piloto, conduzido na Alemanha, em 2019, que almejou a validação de um instrumento de avaliação referente às instalações para pessoas com deficiência, os entrevistados relataram um nível abaixo da média de Letramento em Saúde Organizacional (LSO) em relação à oferta de informações individualizadas para os clientes e ao desenvolvimento participativo de informações de saúde (Rathmann *et al*., 2020).

Ainda na Alemanha, em 2020, um estudo descritivo exploratório, conduzido em 2020, teve como objetivo projetar, implementar e avaliar um conceito de comunicação para departamentos clínicos de um hospital. O estudo constatou que a comunicação sensível ao LS, como uma dimensão fundamental das OLS, é essencial para a

assistência à saúde dos pacientes em hospitais (Lubasch *et al*., 2021).

Uma revisão de literatura realizada por Sørensen e colaboradores, publicada em 2021, propôs uma estrutura de apoio para mitigar o impacto negativo do baixo letramento em saúde, ressaltando que o investimento em sistemas de letramento pode levar a uma transformação sustentável a longo prazo (Sørensen *et al*., 2021).

Uma outra revisão, dessa vez, feita de escopo, teve como objetivo resumir as evidências relacionadas aos desfechos das intervenções das OLS nos níveis de LS dos pacientes, dos profissionais e no letramento em saúde organizacional, além de descrever os fatores e estratégias que influenciam a implementação e os resultados dessas intervenções. Constatou-se que intervenções em todas as OLS resultaram em melhorias nos desfechos e mudanças relacionadas ao paciente, nos níveis profissional e organizacional. Essas intervenções podem representar uma abordagem promissora para mitigar os problemas associados ao LS. Os fatores críticos identificados incluem apoio à liderança, abordagens simultâneas de cima para baixo e de baixo para cima, a presença de um líder que impulsione as mudanças, um comitê de projetos e o compromisso da equipe (Kaper *et al*., 2021).

Outra revisão de escopo avaliou o desenvolvimento de um conjunto de critérios para OLS, baseados em consenso e consultas com diferentes tipos de organizações de saúde. Constatou-se que as organizações de saúde devem definir, claramente, seus objetivos, avaliar suas necessidades e planejar, adequadamente, seus recursos. O grande número de critérios relacionados às OLS pode gerar a necessidade de focar, inicialmente, em apenas alguns aspectos das OLS (Bremer *et al*., 2021). Apesar dos autores elencarem critérios não exatamente iguais aos conhecidos 10 atributos de OLS (Brach*et et al.*, 2012), os tópicos ressaltados seguiram os atributos anteriormente propostos.

Em um estudo que avaliou os resultados de uma ação em saúde realizada anteriormente no Sri Lanka, foi constatado que as

mães, cujos filhos participaram da intervenção, reconheceram a responsabilidade das organizações sociais em promover o letramento em saúde (LS). Além disso, observou-se que tanto os indivíduos quanto as organizações podem utilizar suas habilidades de LS para melhorar a saúde e o bem-estar da comunidade (Guruge; Arhelger; Abhayasinghe, 2022).

Um relato de experiência, publicado em 2022, descreveu a atuação da organização *Mentoring in Medicine* (MIM) e os desafios enfrentados na implementação de OLS nos Estados Unidos. O estudo revelou que a MIM ampliou o acesso a diversas carreiras na área da saúde e ciências para estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, contribuindo para a melhoria do LS em suas comunidades. A iniciativa impactou aproximadamente 58.000 alunos, pais e educadores (Holden, 2022).

Em 2022, no Paquistão, foi conduzido um ensaio clínico randomizado controlado para avaliar a eficácia de uma intervenção com professores, com o objetivo de aprimorar seu letramento em saúde mental e autoeficácia. Os resultados mostraram uma melhora tanto no letramento em saúde mental quanto na autoeficácia dos professores, com benefícios duradouros, apesar das limitações relacionadas ao agrupamento e à contaminação nos resultados de acompanhamento (Imran *et al*., 2022).

Em uma revisão sistemática, foi proposta uma avaliação abrangente das melhorias nas OLS. Os principais desafios, percebidos como barreiras para a sustentabilidade e integração das OLS, incluem a falta de conhecimento ou treinamento sobre letramento em saúde, o baixo compromisso organizacional com o tema, a ambiguidade de papéis entre prestadores de serviços de saúde e funcionários de clínicas, habilidades interativas e linguísticas deficientes, e a ausência de políticas, procedimentos e protocolos de apoio à prática de letramento em saúde (Charoghchian Khorasani *et al*., 2022).

Uma revisão de literatura teve como objetivo abordar a avaliação dos atributos de OLS e descrever o processo de atualização da ferramenta *Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers* (HLEHHC). A versão atualizada da ferramenta recebeu o nome de *Health Literacy Environment version*2 (HLE 2) e é composta por cinco seções: Políticas Organizacionais, Práticas Institucionais, Navegação, Cultura & Linguagem e Comunicação (Grabeel *et al.*, 2022).

O estudo *Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations* teve como objetivo descrever a ferramenta de autoavaliação *Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals* - SAT-OHL-Hos-v.1.3, desenvolvida para avaliar a responsividade das organizações hospitalares em relação ao LS. Observou-se que a ferramenta SAT-OHL-Hos busca melhorar a comunicação e interação com os pacientes, promovendo práticas que aumentam a eficácia no atendimento e a responsividade das organizações de saúde (International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations, 2019, atualizado em 2023).

Um relato de experiência vivenciada nos EUA descreveu a implementação de um programa de LS denominado *Clear Communications* na empresa *Fingerpaint*. O processo incluiu o recrutamento de líderes organizacionais, um programa de conscientização, a criação de ferramentas úteis e a sustentabilidade do programa. A iniciativa *Clear Communications* melhorou a comunicação, tornando-amais clara e acessível dentro da organização, e beneficiando tanto os funcionários quanto os usuários (Adler; Wilson, 2023).

Em 2023, no Brasil, um relato de experiência teve como objetivo descrever a criação e validação do podcast **INDICAHcast**, voltado à disseminação de informações sobre hemoterapia e saúde. O estudo constatou que o podcast foi validado tanto por especialistas quanto pelo público-alvo, demonstrando eficácia na melhoria do letramento em saúde. Além disso, o podcast contribuiu para a implementação de

um atributo de OLS no HEMOCE, com foco na preparação da força de trabalho **(**Biscuccia; Ferreira; Sampaio, 2023).

Uma revisão sistemática de escopo teve como objetivo identificar, avaliar e classificar ferramentas internacionais de autoavaliação para medir a capacidade das organizações em incorporar características do LS. O estudo oferece uma síntese das ferramentas de avaliação de responsividade em letramento em saúde organizacional, em diversos cenários, e propõe uma lista de itens essenciais para o desenvolvimento de ferramentas de avaliação específicas para cada contexto, a ser realizada por meio de métodos Delphi, no futuro (Chu *et al.,*2024).

Em 2024, no Brasil, foi realizada uma reflexão sobre as estratégias de promoção do LS, com o objetivo de descrever o *kit* de ferramentas *Health Literacy Universal Precautions Toolkits* e refletir sobre seu uso para promover o LS. O valor desse referencial está na compilação de recomendações baseadas em evidências científicas, que podem ser aplicadas para promover interações eficazes com os usuários dos serviços de saúde (Brach, 2024; Brevidelli; Moura; Domenico, 2024).

Esses estudos destacam a diversidade de estratégias e intervenções aplicadas para promover o LS em diferentes contextos, com foco em educação, organização e ferramentas de avaliação, alinhando-se ao conceito de Organizações Letradas em Saúde, que enfatiza a importância de ambientes que apoiem a compreensão e o uso de informações de saúde.

Conceito de Organizações Letradas em Saúde

Embora o conceito de OLS tenha sido introduzido na seção anterior deste capítulo, tanto sob a ótica do *Healthy People* 2030 quanto da Organização Mundial da Saúde (OMS), iremos explorar aspectos adicionais discutidos por outros autores. Na literatura, existem diferentes termos relacionados ao conceito de OLS, tais como “letramento em saúde organizacional”, “organizações de saúde com letramento em

saúde" e "sensibilidade ao letramento em saúde organizacional" (Brach, 2012; Bremer, 2021; Lindert *et al*., 2022).

Para este capítulo, escolhemos usar a expressão "Organização Letrada em Saúde". Conforme descrito por Abrams e colaboradores(Abrams *et al*., 2014), e confirmado na segunda edição da publicação (Abrams; Kurtz-Rossi; Riffenburgh, 2024), uma OLS é definida como aquela que proporciona a otimização do acesso, interpretação e emprego de informações e serviços de saúde pelo público. Neste âmbito, uma OLS assume um papel fundamental no apoio ao paciente, com o intuito de elevar a qualidade dos cuidados de saúde, reduzir incidentes médicos, promover a tomada de decisões colaborativas e melhorar os resultados em relação à saúde.

Organizações como escolas, governos, Organizações Não Governamentais (ONGs) e outras entidades, que ajudam as pessoas a entenderem e usarem informações de saúde, são consideradas OLS. Elas não precisam ser clínicas ou hospitais para desempenharem esse papel. As escolas, por exemplo, ajudam no desenvolvimento dos estudantes, ensinando sobre saúde, de maneira compreensível e aplicável, beneficiando não apenas os escolares, mas, também, suas famílias e comunidades (Holden, 2022).

Os atributos das Organizações Letradas em Saúde

Os 10 atributos das OLS, propostos por Brach e colaboradores (Brach *et al.*, 2012), são amplamente considerados na literatura e serão apresentados a seguir:

1) Liderança comprometida com a inclusão do letramento em saúde nos princípios e atividades da organização. A liderança da organização deve demonstrar um compromisso claro e visível com o letramento em saúde, integrando-o nas políticas, práticas e cultura organizacional. Isso inclui o envolvimento ativo dos líderes na promoção e apoio a iniciativas de letramento em saúde.

Exemplo: o Diretor Executivo de um hospital faz (ou organiza) apresentações regulares sobre a importância do letramento em saúde e destina recursos para formações e programas relacionados.

2) Planejamento estratégico que incorpora o letramento em saúde para avaliar e melhorar a segurança e a qualidade do atendimento ao paciente. A organização deve integrar o letramento em saúde em seu planejamento estratégico, usando-o como uma métrica para avaliar e melhorar a segurança e a qualidade dos serviços prestados.

Exemplo: uma clínica médica inclui metas específicas de letramento em saúde em seu plano estratégico anual, como a redução de erros de medicação através de uma melhor comunicação com os pacientes.

3) Habilitação dos profissionais para compreender e aplicar o letramento em saúde, com avaliação (acompanhamento) do seu desenvolvimento. A organização deve habilitar seus profissionais de saúde para que compreendam e utilizem princípios de letramento em saúde em seu trabalho diário. Além disso, deve haver um acompanhamento contínuo para avaliar e aprimorar essas habilidades.

Exemplo: um hospital oferece formações regulares para médicos e enfermeiros sobre como explicar diagnósticos e tratamentos em linguagem clara e acessível, e realiza avaliações periódicas para medir a eficácia dessas formações.

4) Participação ativa das comunidades na criação, execução e avaliação dos serviços e informações de saúde oferecidos. As comunidades atendidas pela organização devem ser envolvidas, ativamente, no desenvolvimento e avaliação dos serviços de saúde, garantindo que suas necessidades e preferências sejam consideradas.

Exemplo: um centro de saúde realiza grupos focais[1] com pacientes para desenvolver em conjunto materiais educativos e avaliar a clareza das informações fornecidas sobre cuidados preventivos.

5) Respeito pela diversidade do grau de letramento em saúde das populações, evitando discriminação.

A organização deve reconhecer e respeitar a diversidade nos níveis de letramento em saúde das populações que atende, evitando qualquer forma de discriminação e adaptando suas abordagens conforme necessário.

Exemplo: uma unidade básica de saúde oferece materiais educativos em várias linguagens, diversos recursos e níveis de complexidade, além de garantir que os profissionais de saúde sejam habilitados em comunicação simples e acolhedora.

6) Comunicação eficaz, utilizando estratégias de letramento em saúde para garantir que todos entendam as informações em todos os momentos de interação. A organização deve utilizar estratégias comprovadas de letramento em saúde para assegurar que todas as comunicações com pacientes e familiares sejam claras, compreensíveis e adequadas ao seu nível de entendimento.

Exemplo: um hospital implementa o uso de *teach-back* (técnica de confirmação de entendimento), em que os pacientes são convidados a repetir as instruções recebidas para garantir que as compreenderam corretamente.

7) Acesso facilitado a informações e serviços de saúde, com suporte na orientação dos usuários, inclusive quanto aos recursos digitais. A organização deve garantir que os pacientes tenham acesso fácil às informações e serviços de saúde, oferecendo suporte adicional para a navegação desses recursos, incluindo recursos digitais.

1 O grupo focal é uma técnica de pesquisa que combina elementos de entrevistas e painéis de discussão. Nele, um grupo de participantes se reúne para debater abertamente um tema de interesse comum. O objetivo principal é coletar informações detalhadas sobre um tópico específico, sugerido pelo pesquisador, coordenador ou moderador do grupo. Essas informações ajudam a compreender percepções, crenças e atitudes dos participantes em relação ao tema, produto ou serviço em questão. É bastante utilizado em saúde coletiva, nas unidades básicas de saúde (BOMFIM, 2009).

Exemplo: um sistema de saúde disponibiliza um portal online com informações sobre saúde em linguagem simples e oferece oficinas, com formações para ensinar os pacientes a usarem o portal.

8) Produção e compartilhamento de materiais em diferentes formatos e linguagens, que sejam fáceis de entender e utilizar. A organização deve produzir e distribuir materiais educativos em múltiplos formatos (escrito, visual, digital) e em linguagem acessível, para atender às diferentes necessidades dos pacientes.

Exemplo: um centro de saúde cria vídeos explicativos, folhetos e aplicativos móveis com informações sobre cuidados preventivos, utilizando linguagem simples e ilustrações claras.

9) Atenção especial ao letramento em saúde em contextos de maior risco, como mudanças no cuidado e na gestão de medicamentos. A organização deve prestar atenção especial ao letramento em saúde em situações de alto risco, como transições de cuidados (ex.: alta hospitalar) e manejo de medicamentos, para evitar erros e melhorar a segurança do paciente.

Exemplo: um hospital desenvolve um programa de orientação de alta que inclui uma revisão detalhada dos medicamentos com os pacientes e seus cuidadores, usando ferramentas visuais para ilustrar horários e dosagens.

10) Informações objetivas e claras sobre coberturas e custos dos planos de saúde para os usuários. A organização deve fornecer informações transparentes e fáceis de entender sobre as coberturas e custos dos serviços e planos de saúde, ajudando os pacientes a tomarem decisões informadas.

Exemplo: um laboratório de análises clínicas oferece um folheto informativo que lista todos os exames disponíveis, seus preços e a cobertura pelo plano de saúde. Além disso, eles explicam como funciona o reembolso para exames não cobertos. Essa abordagem ajuda os pacientes a escolherem os exames adequados e a se prepararem financeiramente.

Barreiras e facilitadores para implementação das Organizações Letradas em Saúde

Pacientes com baixo nível de compreensão do sistema de linguagem escrita apresentam de 28% a 79% menos probabilidade de estabelecer uma comunicação adequada. Os índices de LS, geralmente, são mais baixos entre os idosos, aqueles com menos escolaridade, os que vivem na pobreza, pertencentes a grupos minoritários ou imigrantes. A mistura de diferenças culturais e obstáculos no idioma pode levar a consequências desastrosas na área dos serviços de saúde (Abrams *et al*., 2014).

Nesse cenário, tanto as OLS quanto os profissionais da saúde têm a responsabilidade de atender às exigências de uma comunicação eficaz para auxiliar esses pacientes (Wynia; Osborn, 2010). Um estudo, com 11 organizações, de recursos limitados, que atendem comunidades carentes e buscam adotar práticas de letramento em saúde (LS), identificou que as principais barreiras à implementação das OLS estavam relacionadas ao tempo e financiamento de programas dedicados à formação de OLS. A promoção de uma comunicação mais eficaz pode modificar a conduta dos membros de uma organização por meio do uso de tecnologias acessíveis (Adsul, 2017).

Uma pesquisa revelou a existência de obstáculos para a implementação de OLS, distribuídos em três domínios: 1) cultura organizacional e institucional; 2) projeto e planejamento de intervenções de melhoria; e 3) recursos humanos. Adquirir competências e habilidades em LS demandará mudanças múltiplas, simultâneas e profundas. Relatórios existentes indicam uma falta de abordagem sistêmica para trabalhar com o LS nas organizações de saúde. O compromisso organizacional com o letramento em saúde é frágil e os esforços para melhorar as OLS por meio de políticas, planejamento e programas são insuficientes (Farmanova; Boneville; Bouchard, 2018). Outros obstáculos comuns para a sustentabilidade

e implementação das OLS são a insuficiência de conhecimento ou formação em LS, o comprometimento organizacional limitado com o LS, a indefinição de funções entre os profissionais de saúde e os colaboradores das clínicas, as lacunas nas competências de interação e comunicação, e a falta de políticas e protocolos que respaldem a prática de LS (Charoghchian Khorasani *et al*., 2020).

Para aprimorar o LS, é essencial que as organizações disponham de sistemas que promovam o aprendizado e a capacitação de seus colaboradores. O apoio das lideranças é fundamental para o êxito dessas iniciativas, mesmo que o interesse e suporte para mudanças já existam. É preciso ter uma cultura organizacional e uma estrutura de gestão que valorizem a inovação e a excelência no cuidado à saúde (Farmanova, 2018).

A implementação das OLS é facilitada pelo fortalecimento do seu reconhecimento e da compreensão de sua necessidade no contexto atual. O desenvolvimento OLS e do LS assegura que os pacientes desempenhem um papel central no seu tratamento, recebendo cuidados personalizados que elevam tanto a sua satisfação quanto o seu valor no processo de saúde (Weaver, 2012).

O propósito é empoderar as pessoas para que possam gerenciar sua própria saúde, ao invés de apenas receberem cuidados e instruções passivamente dos profissionais de saúde (Sørensen *et al*., 2021). Segundo a OMS (WHO, 2021), ao focar nos indivíduos e comunidades em vez das doenças, os serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas colocam esses indivíduos no coração de suas práticas.

A colaboração ativa é a base para empoderar as pessoas envolvidas, para melhor responderem às necessidades de LS do sistema. As estruturas que já existiam, e que seguem os princípios das OLS, mostram o quanto é importante que os usuários participem de tudo, desde criar até avaliar os documentos, materiais e serviços. Isso garante que o que está sendo desenvolvido realmente atende às necessidades das

pessoas. Quando os sistemas de informação em saúde são feitos pensando no que os usuários precisam e no quanto eles entendem sobre saúde, isso melhora a experiência deles (Sørensen *et al.*, 2021).

Muitas organizações ainda não entendem bem o que é letramento em saúde e como isso pode ajudar a melhorar a saúde das pessoas e manter o sistema de saúde funcionando bem. Por isso, elas não incluem o letramento em saúde nos seus principais objetivos e planos para o futuro. Além disso, mesmo que os trabalhadores que lidam, diretamente, com o público tentem usar práticas de LS, muitas vezes, esses esforços não são valorizados porque os usuários não estão familiarizados com essas ideias e propostas (Trezona; Dodson; Osborne, 2018).

Implementação das Organizações Letradas em Saúde sob a perspectiva coletiva

Para que os hospitais, clínicas e demais unidades de assistência à saúde se tornem melhores OLS, é importante que esta concepção seja valorizada por todos os trabalhadores da saúde, integrando-se em todas as suas atividades, desde o cuidado aos pacientes até a organização dos serviços (Howe, 2020).

Foi sugerido um novo modelo de organização, que inclui ter uma equipe preparada, boa gestão, pesquisas, financiamento adequado, colaboração com outras organizações, liderança eficiente e uso de tecnologias e inovações. Além disso, é essencial que essas instituições se concentrem nas pessoas que atendem, promovendo sua participação e criando um ambiente adequado para o cuidado. Investir em educação em saúde para o desenvolvimento de habilidades duradouras é fundamental para a melhoria da saúde de todos em longo prazo (Howe, 2020).

Uma referência que merece destaque, quanto à centralidade e empoderamento dos usuários, é o processo *OPtimising HEalth LIter Acy*

(OPHELIA), desenvolvido na Austrália por Batterham e colaboradores, em 2014 (Batterham *et al.,* 2014). Esse processo envolve a participação ativa da comunidade para identificar e atender às suas necessidades e pontos fortes em LS. O processo OPHELIA é dividido em três fases, com um total de seis passos. A primeira fase consiste no levantamento e na compreensão das necessidades das pessoas que serão atendidas. Na segunda fase, todos na organização se juntam para criar planos que resolverão essas necessidades. Na terceira fase, esses planos são colocados em prática, avaliados para verificar sua eficácia e melhorados, continuamente, para garantir a qualidade do serviço.

Destaca-se, também, a decisão dos governos de criar ambientes que ajudem as pessoas a entenderem melhor sobre saúde e a fazer escolhas mais saudáveis, usando estratégias como preços justos, informações claras e etiquetas fáceis de ler, conforme acordado na Declaração de Xangai. Esse acordo faz parte dos planos para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 (Sørensen *et al*, 2021).

A implementação das OLS melhora os cuidados em saúde da população e ajuda a diminuir os custos relacionados. Sob uma perspectiva coletiva, é fundamental incentivar o conhecimento sobre saúde e desenvolver as OLS para melhorar a qualidade do atendimento e reduzir os gastos dos sistemas de saúde (Micklethwaite, 2022).

A participação de profissionais da saúde é essencial na criação de um ambiente de trabalho que valorize o letramento em saúde. A contribuição de outros especialistas na elaboração e revisão de instrumentos de avaliação, tanto do LS quanto das OLS, é igualmente importante. Os integrantes das organizações têm importante papel na implementação de estratégias de letramento em saúde, ajudando a melhorar a comunicação, formular políticas focadas nessa área, reconhecer necessidades específicas e colaborar em estudos sobre informações e serviços de saúde (Whong, 2012; Grabeel *et al*., 2022; Biscuccia; Ferreira; Sampaio, 2023).

Considerações Finais

As OLS são fundamentais para a implementação do letramento em saúde (LS) nas populações, pois melhoram a capacidade das pessoas de tomar decisões na área da saúde. Para isso, os princípios das OLS devem ser incorporados em todas as mudanças organizacionais, permitindo que as informações sejam compreendidas e utilizadas corretamente, o que contribui para a saúde comunitária.

A análise de artigos apresentados neste capítulo mostrou uma consistência nos conceitos de OLS, ressaltando seu papel na elevação do LS da população e na promoção de um cuidado de saúde mais completo. Os dez atributos principais das OLS foram identificados, incluindo comunicação, liderança, estrutura e planejamento organizacional.

Algumas das principais dificuldades para colocar em prática as OLS incluem a falta de conhecimento sobre o LS e sua relevância para melhorar o atendimento, a falta de treinamento dos profissionais e o baixo nível de LS dos pacientes. Em contrapartida, fatores como a melhoria na qualidade do atendimento médico, a diminuição dos custos relacionados e o reconhecimento dessas vantagens pelos serviços de saúde ajudam na implementação das OLS. Priorizar a implementação das OLS é uma necessidade, desenvolvendo políticas voltadas para o LS, fornecendo suporte financeiro e incentivando a participação ativa dos líderes e demais membros das organizações, pois isso pode reduzir os gastos no sistema de saúde e melhorar o atendimento ao paciente.

É importante desenvolver estratégias para estruturar as OLS em todos os âmbitos. Profissionais de saúde e a comunidade devem participar juntos nesse processo. As OLS são relevantes para um cuidado abrangente da saúde. No entanto, há uma escassez de estudos que abordem esse tema de maneira completa. Portanto, precisamos de mais pesquisas sobre esse tema para aumentar a conscientização e impulsionar mudanças organizacionais relacionadas ao LS.

Referências

ABRAMS, MaryAnn. KURTZ-ROSSI, Sabrina; RIFFENBURGH, Audrey; SAVAGE B. S., Bárbara.*Building Health Literate Organizations*: A Guidebook to Achieving Organizational Change. 2014. Disponível em: https://dfwhcfoundation.org/wp-content/uploads/2018/10/Building-Health-Literate-Organizations.pdf. Acesso em: 26 jul. 2022.

ABRAMS, Mary Ann. KURTZ-ROSSI, Sabrina; RIFFENBURGH, Audrey. Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change, 2nd Edition. 2024. Disponível em: https://www.Teachbacktraining.org/Organizational HealthLiteracyGuidebook2/. Acesso em: 24 fev. 2025.

ADLER, Sierra; WILSON, Laura. *How to Build a Health Literate Organization*. Health Literacy for Health Equity: Insights Blog. 03/08/2023. Disponível em:https://ahimafoundation.ahima.org/news/health-literacy-for-health-equity-insights-blog/how-to-build-a-health-literate-organization/. Acesso em: 10 jun.2024.

ADSUL, Prajakta; WRAY, Ricardo; GAUTA, Kanak; JUPKA, Keri; WEAVER, Nancy; WILSON, Kristin. Becoming a health literate organization: Formative research results from healthcare organizations providing care for underserved communities. Health Services Management Research,v.30, n.4,p.188–196, 2017.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28847170/. Acesso em: 9 maio 2025.

BATTERHAM, Roy W.; BUCHBINDER, Rachelle; BEAUCHAMP, Alison; DODSON, Sarity; ELSWORTH, Gerald R.; OSBORNE, Richard H. The OPtimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC public health*, 14, 694, 2014. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-694. Disponível: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-694. Acesso em: 9 maio 2025.

BISCUCCIA, Fabiola Alencar; SAMPAIO, Helena Alves Carvalho; CABRAL, Lisidna Almeida. *INDICAHcast*: podcast educativo de apoio ao desenvolvimento de uma organização letrada em saúde: ferramenta de capacitação para melhoria na gestão da qualidade em hemoterapia. Fortaleza, CE: Ed. das Autoras, 2023. Disponível em: https://www.uece.br/nutrindo/wp-content/uploads/sites/82/2023/11/E-book-INDICAHcast-1.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.

BISCUCCIA, Fabiola Alencar; FERREIRA, F. V.; SAMPAIO, Helena Alves Carvalho. Capacitação de pessoal de saúde baseada nos pressupostos do letramento em saúde: revisão de escopo. *Observatório de la economía latinoamericana*, v. 21, n. 8, p. 8036–8053, 2023. DOI: 10.55905/oelv21n8-016. Disponívelem: https://www.researchgate.net/publication/373006509_Capacitacao_de_pessoal_de_saude_baseada_no s_pressupostos_do_letramento_em_saude_revisao_de_escopo. Acesso em: 9 maio 2025.

BRACH, Cindy. (Ed.). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. 3rd ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, mar. 2024. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/health-literacy-universal-precautions-toolkit-3rd-edition.pdf. Acesso em: 9 maio 2025.

BRACH, Cindy; KELLER, Debra; HERNANDEZ, Lyla M.; BAUR, Cynthia; PARKER, Ruth; DREYER, Bernard; SCHYVE, Paul; LEMERISE, Andrew J.; SCHILLINGER. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *NAM Perspectives*, Washington, DC, 2012. Disponível em: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf, Acesso em: 9 maio 2025.

RACH, Cindy; HARRIS, Linda M. Healthy People 2030 Health Literacy Definition Tells Organizations: Make Information and Services Easy to Find, Understand, and Use. *Journal of General Internal Medicine*, Springer, v. 36, p. 1084-1085, abr. 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8042077/pdf/11606_2020_Article_6384.pdf. Acesso em: 9 maio 2025.

BREMER, Daniel; KLOCKMANN, Izumi; JAβ, Leonie; HÄRTE, Martin; KNESEBECK, Olaf Von Dem; LÜDECKE, Daniel. Which criteria characterize a health literate health care organization? A scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Services Research*, v. 21, n. 1, p. 664, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34229685/Acesso em: 9 maio 2025.

BREVIDELLI, Maria Meimei; MOURA, Verônica Paula Torel de; DOMENICO, EdvaneBirelo Lopes. Promoção do letramento em saúde segundo o Health Literacy Universal Precautions Toolkits: um estudo de reflexão. Escola Anna Nery, v. 28, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/sN66FXD6ZKqyqLKMnCJwWft/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 fev. 2025.

CHAROGHCHIAN KHORASANI, Elham; SANY, Seyedeh Belin Tavakoly; MAHDIZADEH, Mehsadt; DOOTSI, Hassan; TEHRANI, Hadi; MOGHZI, Mphammad; JAFARI, Alireza; PEYMAN, Nooshin. Attributes of Organizational Health Literacy in Health Care Centers in Iran: A Qualitative Content Analysis Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 4, p. 2310, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35206492/Acesso em: 9 maio 2025.

CHAROGHCHIAN KHORASANI, Elham; SANY, Seyedeh Belin Tavakoly; TEHRANI, Hadi; DOOTSI, Hassan; PEYMAN, Nooshin. Review of Organizational Health LiteracyPractice at Health Care Centers: Outcomes, Barriers and Facilitators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 20, p. 7544, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33081335/Acesso em: 9 maio 2025.

CHU, TeresaCheng-Chieh; KELLY, RebecaK; HU, Yih-Jin;SHANDELL, Elmer; NASH Rosie. A systematic scoping review and content analysis of organizational health literacy responsiveness assessment tools. *Health Promot Int.*, v 39, jun. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38920272/.Acesso em: 12 fev. 2025.

DAVIS, Terry C.; CROUCH, Michael A.; LONG, Sandra W.; JACKSON, Robert H.; BATES, P.; GEORGE, R. B.; BAIRNSFATHER, L. E. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, v. 23, n. 6, p. 433–435, ago. 1991. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1936717/. Acesso em: 18 jun. 2025.

DAVIS, Terry C.; LONG, Sandra W.; JACKSON, Robert H.; MAYEAUX, E. J.; GEORGE, R. B.; MURPHY, P. W.; CROUCH, M. A. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, v. 25, n. 6, p. 391–395, jun. 1993. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8349060/. Acesso em: 18 jun. 2025.

FARMANOVA, Elina; BONNEVILLE, Luc; BOUCHARD, Louise. Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision, and financing*, 55, 46958018757848, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29569968/. Acesso em: 9 maio 2025.

GRABEEL, Kelsey Leonard; HEIDEL, R. Eric; OELSCHLEGEL, Sandy; RUDD, Rima Collaborative updating of an organizational health literacy tool confirms medical librarians' leadership roles. *Health Information & Libraries Journal*, v. 39, n. 2, p. 142–154, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hir.12390Acesso em: 9 maio 2025.

GURUGE, Najith Duminda Galmagonda; ARHELGER, Adam; ABHAYASINGHE, Kalpani. Perceptions of mothers on child well-being, changes in everyday life and social sustainability: lessons learned from a community-based health promotion program in Anuradhapura District, Sri Lanka. *Journal of Health, Population and Nutrition*, v. 41, n. 1, p. 20, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35562835/Acesso em: 9 maio 2025.

HOLDEN, Lynne M. Mentoring in Medicine (MIM): Motivating and enabling disadvantaged youth to become the next generation of minority health professionals. *Information Services & Use*, v. 41, n. 3–4, p. 231–239, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35602564/Acesso em: 9 maio 2025.

HOWE, Carol J.; ADAME, Tracine; LEWIS, Brennan; WAGNER, Teresa. Assessing organizational focus on health literacy in north Texas hospitals. *AJN The American Journal of Nursing*, v. 120, n. 12, p. 24-33, 2020.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33181527/ Acesso em: 9 maio 2025.

IMRAN, Nazish; RAHMAN, Atif; CHAUDHRY, Nakhshab; ASIF, Aftab. Effectiveness of a school-based mental health intervention for school teachers in urban Pakistan: a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 16, n. 1, p. 33, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505362/Acesso em: 9 maio 2025.

INTERNATIONAL WORKING GROUP HEALTH PROMOTING HOSPITALS AND HEALTHLITERATEHEALTHCAREORGANIZATIONS (Working Group HPH & HLO). *International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals SAT-OHL-Hos-v1*.3-EN-international, 2019 (updated 2023). Vienna: WHO Collaborating Centre for HealthPromotion i n Hospitals and Healthcare(CC-HPH).Disponívelem: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1813/1/SAT-OHL-Hos-v1%200-EN-international_update1.1.pdfAcesso em: 9 maio 2025.

LUBASCH, Johanna Sophie; VOIT-BARBAROWICZ, Mona; LIPPKE, Sonia; DE WILDE, Rudy Leon; GRIENSINGER, Frank; DJORDJE, Lazovic; VILLEGAS, Paloma, CITLÁLLI, Ocampo; ROEPER, Julia; SALZMANN, Daniela; SEEBER, Gesine H.; LUZ-ANGELA-TORRES-DE-LA-ROCHA; WEYHE, Dirk; ANSMANN, Lena; BRÜTT, Anna Levke. Improving professional health literacy in hospitals: study protocol of a participatory codesign and implementation study. BMJ Open, v. 11, n. 8, p. e045835, 2021. DOI:10.1136/bmjopen-2020-04583523. Disponível em https://bmjopen.bmj.com/content/11/8/e045835Acesso em: 9 maio 2025.

KAPER, Marise S.; SIXSMITH, Jane; REIJNEVELD, Sijmen A; WINTER, Andrea F de. Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 22, p. 11906, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34831658/Acesso em: 9 maio 2025.

KOWALSKI, Christoph; LEE Shoou-Yih D; SCHMIDT, Anna; WESSELMANN, Simone; WIRTZ, Markus A.; PFAFF Holger; ERNSTMANN, Nicole. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Services Research*, v. 15, n. 1, p.1-9, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25638047/Acesso em: 9 maio 2025.

LARSEN, Anne Konring; HOLTEMANN, Andreas; MORTENSEN, Ole Steen; PUNNETT, Laura; ROD, Morten Hulvej; JØRGENSEN, Marie Birk. Organizing workplace health literacy to reduce musculoskeletal pain and consequences. *BMC Nursing*, v. 14, n. 1, p. 46, 2015. Disponível em: https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0096-4Acesso em: 9 maio 2025.

LINDERT, Lara; KÜHN, Lukas; KUPER, Paulina; CHOI, Kyung-Eun (Anna). Organizational Health Literacy in the Context of Employee Health: An Expert-Panel-Guided Scoping Review Protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 7, p. 4381, 2022. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/7/4381Acesso em: 9 maio 2025.

LLOYD, Jane; DOUGUERT, Louise; DENNIS, Sarah; ATTENBROW, Heather; HARRIS, Elizabeth; WISE, Marilyn; HARRIS, Mark. Culturally Diverse Patient Experiences and Walking Interviews: A Co-Design Approach to Improving Organizational Health Literacy. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, v. 3, n. 4, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31637364/Acesso em: 9 maio 2025.

MICKLETHWAITE, Asheley; BROWNSON, Carol A.; O'TOOLE, Mary L.; KILPATRICK, Kerry. The Business Case for a Diabetes Self-Management Intervention in a Community General Hospital. *Population Health Management*, v. 15, n. 4, p. 230–235, 2012. Disponível em: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pop.2011.0051. Acesso em: 26 jul. 2022.

RATHMANN, Katharina; VOCKERT, Theres; wetzel, Lorena Denise; LUTZ, Judith; DADACZYNKI, Kevin. Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 8, p. 2886, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32331345/Acesso em: 9 maio 2025.

SØRENSEN, Kristine; BROUCHE, Stephan Van Den; FULAN, James; DOYLE, Jürgen Pelikan; SLONSKA, Zofia; BRAND, Helmut. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22276600/Acesso em: 9 maio 2025.

SØRENSEN, Kristine; LEVIN-ZAMIR, Diane; DUONG, Tuyen V; OKAN, Orkan; BRASIL, Virginia Viscondi; NUTBEAM, Don. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, v. 36, n. Supplement1, p. i13-i23, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34897445/ Acesso em: 9 maio 2025.

TREZONA, Anita; DODSON, Sarity; OSBORNE, Richard H. Development of the Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC HealthServices Research*, v.18, n.1, p.694, 2018.Disponívelem: https://www.researchgate.net/publication/327478667_Development_of_the_Organisational_Health_Li teracy_Responsiveness_Org-HLR_self-assessment_tool_and_process Acesso em: 9 maio 2025.

WEAVER, Nancy L.; wray, Ricardo J.; ZELLIN, Stacie; GAUTAN, Kanak; JUPKA, Kerin. Advancing Organizational Health Literacy in Health Care Organizations Serving High-Needs Populations: A Case Study. Journal of Health Communication, v.17, n.sup3, p.55–66, 2012. DOI: 10.1080/10810730.2012.714442 Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/10810730.2012.714442?needAccess=true Acesso em: 9 maio 2025.

WONG, BetKey. Building a Health Literate Workplace. *Workplace Health & Safety*, v. 60, n. 8,p.363–369,2012. Disponívelem: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/216507991206000806 Acesso em: 9 maio 2025.

WHO. *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: World Health Organization; 2021.Disponívelem: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 31 mar. 2024. Acesso em: 9 maio 2025.

WYNIA, Matthew K.; OSBORN, Chandra Y. Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal of health communication*, v. 15, n. S2, p. 102-115, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20845197/ Acesso em: 9 maio 2025.

CAPÍTULO 5

O Letramento em Saúde no contexto dos determinantes das iniquidades em saúde

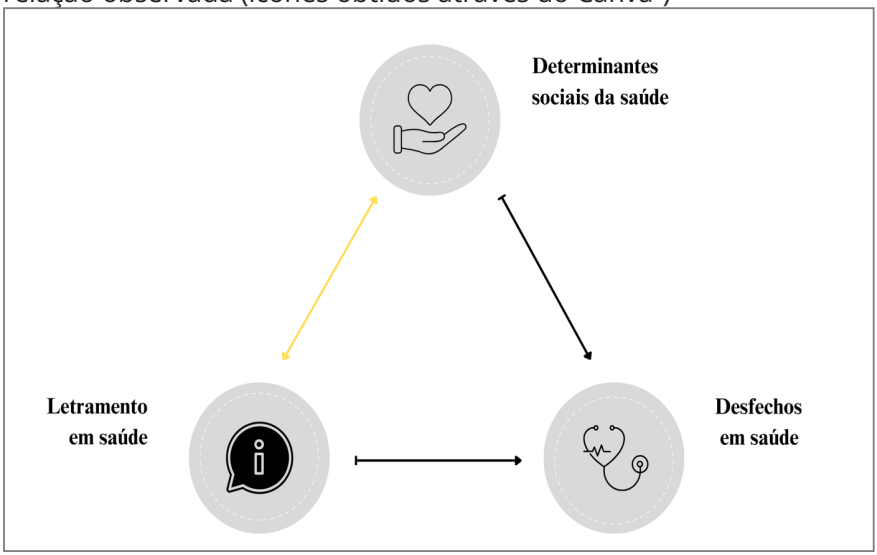
Patrícia Santos Silva
Luisa Gatti-Reis
Cristiane Meira Assunção
Saul Martins Paiva
Fernanda de Morais Ferreira

Introdução

O constructo do letramento em Saúde (LS) tem sido definido como a capacidade do indivíduo adquirir e traduzir conhecimentos e informações para melhorar a sua saúde de maneira adequada à sua realidade e ao sistema em que vive (Liu*et al*., 2020). Esse constructo foi, inicialmente, introduzido no que se refere à saúde geral do indivíduo. Contudo, ao longo dos últimos anos, pôde-se perceber, também, um interesse crescente pela temática do Letramento em Saúde Bucal (LSB) (Firmino*et al*., 2018a). Esse conceito refere-se à capacidade dos indivíduos para obter, processar e compreender informações e serviços de saúde, necessárias para tomadas de decisão em relação à saúde bucal (ADA, 2006). Dessa forma, é um conceito semelhante ao LS, porém, específico para a saúde bucal (Praveen*et al*., 2021; Almeida *et al*., 2022; Costa *et al*., 2022).

O interesse pelo LS está inserido em um contexto em que se reconhece o estado de saúde do indivíduo como determinado por suas condições de vida. Assim, fatores como educação, trabalho, renda, entre outros, têm sido apontados como importantes determinantes sociais de saúde (Nutbeam; Lloyd, 2021). No entanto, existe uma limitação na atuação direta dos sistemas de saúde nesses importantes fatores (Williams; Sheiham; Watt, 2013). Por sua vez, o LS, assim como o LSB, têm sido apontados como importantes determinantes sociais da saúde, pois não representam caraterísticas definitivas, mas sim sensíveis às intervenções (Nutbeam; Lloyd, 2021; Neves *et al*., 2021). Além disso, existe a possibilidade do LS atuar como moderador na relação entre certas variáveis sociodemográficas, como renda, escolaridade, e o impacto negativo na saúde dos indivíduos (Nutbeam; Lloyd, 2021). Dessa forma, o LS apresenta potencial para ser trabalhado como parte de políticas públicas interessadas em melhorar desfechos de saúde geral e bucal na população, reduzindo a ocorrência de iniquidades persistentes (Figura 1).

Figura 1: Via de associação entre determinantes sociais e desfechos em saúde, com o letramento em saúde como possível moderador da relação observada (ícones obtidos através do Canva®)



Fonte: Elaborado pelos autores.

Níveis de letramento em saúde

Piores determinantes sociais são associados ao baixo LSB. Devido à sua característica de sensibilidade às intervenções, o LS é com frequência alvo de atividades educativas. A literatura divide o conceito, de forma didática, em três níveis básicos: letramento funcional em saúde, LS comunicativo ou interativo e letramento crítico em saúde (Nutbeam *et al*., 2000; Nutbeam; Lloyd, 2021). A divisão do LS em funcional, interativo/comunicativo e crítico é relevante, pois fornece um panorama para avaliação e planejamento de intervenções a serem desenvolvidas (Nutbeam; Lloyd, 2021). Além disso, possibilita demonstrar o potencial efeito das diferenças de competências nas tomadas de decisão e em ações referentes à saúde (Nutbeam; Lloyd 2021). É importante diagnosticar o LS de uma população a fim de favorecer a melhora da comunicação entre profissionais e pacientes e nas escolhas de estratégias válidas de educação em saúde para o perfil daquela população específica (Vilella *et al*., 2016).

O nível funcional do LS refere-se à capacidade do indivíduo de ler e escrever em relação à sua saúde, e descreve competências de nível básico necessárias para a aquisição de informações pertinentes à saúde (Nutbeam *et al*., 2000; Nutbeam; Lloyd, 2021). Nesse nível, é importante reconhecer que as ações desenvolvidas, como, por exemplo, a produção de folhetos informativos, têm objetivos restritos. Nesse caso, as ações são direcionadas a aprimorar competências de escrita e leitura, e, assim, não promovem o desenvolvimento de habilidades e da autonomia do indivíduo. Com isso, as atividades resultam em benefícios restritos à esfera individual, mas que também podem ser destinados à população.

A melhora no nível do LS funcional pode ser alcançada por meio do desenvolvimento de habilidades essenciais para gerenciar atividades específicas. Nesse sentido, ela pode ser necessária para o alcance de objetivos relacionados à prática clínica ou prioridades de saúde

pública. É imprescindível que os indivíduos possuam os conhecimentos necessários para que seja possível obter resultados determinados pelos profissionais ou gestores (Nutbeam; Lloyd, 2021).

Por outro lado, o LS interativo/comunicativo envolve competências mais avançadas. Ações nesse nível têm como objetivo promover a autonomia e o pensamento crítico. Assim, o aumento dos níveis do LS interativo/comunicativo pode tornar o indivíduo apto a obter informações e aplicá-las em diferentes circunstâncias, além de maximizar a sua interação com os profissionais de saúde (Nutbeam *et al*., 2000; Nutbeam; Lloyd, 2021). Nesse nível, as ações resultam em benefício individual, como a autoconfiança e a motivação.

Por fim, o letramento crítico em saúde representa o último e mais avançado nível, no qual o indivíduo possui competências de LS mais aprimoradas. Estão aqui incluídas a identificação, o processamento, a compreensão de informações e a modificação de suas práticas de saúde, permitindo uma maior autonomia ao indivíduo (Nutbeam *et al*., 2000; Neves *et al*., 2021; Nutbeam; Lloyd, 2021). Destaca-se, também, a possibilidade de ações em nível político e social, com abordagem ampla para os diversos determinantes de saúde. Assim, trabalhar esse nível de letramento pode apresentar mais benefícios para o indivíduo e, além dos benefícios individuais, para a população em geral.

Com o objetivo de contribuir para que indivíduos possuam um LS interativo e crítico, é necessário que eles tenham habilidades que consistem em obter, compreender e interpretar informações de saúde, possibilitando tomadas de decisões em diversos contextos. O desenvolvimento dessas habilidades permite uma contribuição do LS na medição de causas e efeitos da iniquidade em saúde, em relação às habilidades funcionais. Além disso, indivíduos com habilidades mais avançadas podem se tornar mediadores de informações relacionadas a saúde (Nutbeam; Lloyd, 2021).

Figura 2: Níveis de letramento em saúde: Objetivos e exemplos de intervenções. Fonte: Adaptado de Mialhe *et al*., (2019).



Fonte: Elaborado pelos autores (ícones obtidos através do Canva®).

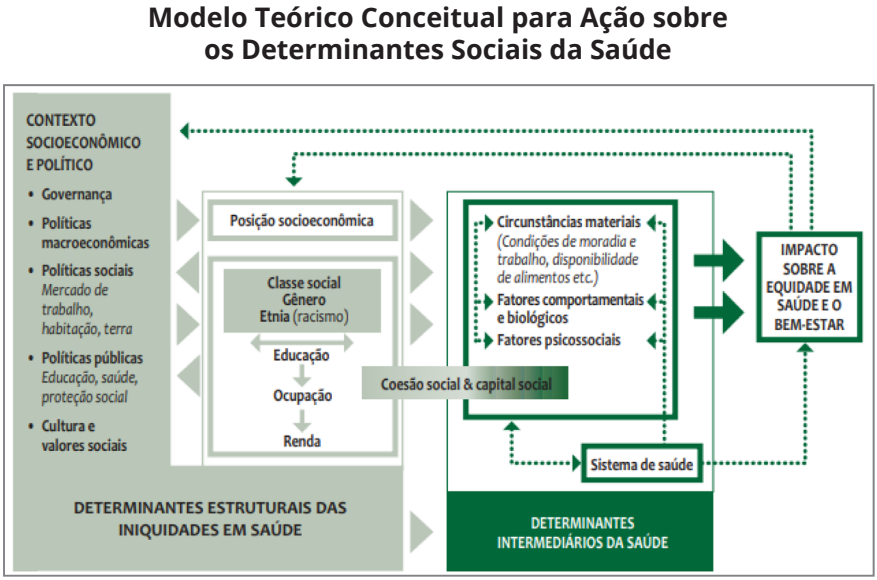
Determinantes sociais e iniquidades em saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua os determinantes sociais da saúde como as condições em que o indivíduo vive e trabalha. Nesse sentido, pode-se considerar que fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, comportamentais e psicológicos têm influência nos desfechos de saúde do indivíduo (OMS, 2010).

Sob uma perspectiva ampliada e holística, o modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) ressalta como diversos fatores, desde a agricultura e a produção alimentar até as condições de moradia, a educação e os fatores individuais, como o sexo e a idade, podem influenciar a saúde de uma população (Dahlgren; Whitehead, 1991; Dahlgren; Whitehead, 2021). Dessa maneira, destaca-se a importância de ações para promover saúde e reduzir iniquidades observadas entre diferentes grupos, segundo uma perspectiva ampliada e diversa. As iniquidades em saúde são diferenças consideradas injustas e evitáveis da saúde entre grupos populacionais, sejam elas sociais, econômicas, demográficas ou geográficas (OMS, 2010).

Em saúde bucal, diversos estudos têm evidenciado como diferentes determinantes sociais de saúde podem estar relacionados às iniquidades entre grupos populacionais. A literatura aponta que a condição social de um indivíduo ou grupo populacional é capaz de determinar discrepâncias no contexto da saúde bucal; logo, os agravos em saúde bucal são mais prevalentes em populações mais desfavorecidas socioeconomicamente (Bray*et al*., 2018; Palma; Leite, 2014; Schwendicke *et al*., 2015; Assunção *et al*., 2022). Por exemplo, existe evidência de que crianças oriundas de domicílios em situação de insegurança alimentar apresentaram, significativamente, maior experiência de cárie dentária do que as que vivem em residências com segurança alimentar (Chi*et al*., 2014). Nesse sentido, existe um modelo teórico conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde (Figura 3).

Figura 3: Tradução do modelo teórico conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin, em 2010.



Fonte: Solar e Irwin (2010), adaptado por Carvalho (2013).

Relação entre letramento em saúde bucal e determinantes sociais

É necessário entender a relação dos determinantes da saúde e o LSB para que se possar desenvolver e executar estratégias para transpor as limitações existentes nos diferentes níveis de LS (Vilella *et al*., 2016).Os desfechos em saúde bucal estão, altamente, associados com os determinantes sociais da saúde. O LSB é um fator que deve ser considerado e que pode agir como um modificador dessas associações (Assunção *et al*., 2022). No entanto, deve-se ressaltar que o LS não envolve apenas uma característica individual, mas, também, aquelas relacionadas à comunidade e às organizações de serviços de saúde (Batterham *et al*., 2016). Logo, uma vez que o LSB se encontra em um local de destaque como um determinante social passível de ser modificável, o nível adequado de LSB demanda uma

interação efetiva com as informações odontológicas, que resulte em escolhas afirmativas de saúde e, consequentemente, melhorias em relação à saúde bucal (Neves *et al*., 2021).

Baixos níveis de LS podem estar associados a desfechos desfavoráveis em saúde bucal, devido a diminuição de hábitos positivos (Baskaradoss *et al*., 2018; Firmino *et al*., 2018b; Costa *et al.*, 2022). Além disso, em indivíduos com LSB limitado, observa-se um impacto negativo na compreensão das orientações de saúde, da autopercepção das necessidades de tratamento odontológico e na periodicidade das consultas (Jones; Lee; Rozier, 2007; Jamieson *et al*., 2013; Holtzman *et al*., 2014; Pereira Cruvinel *et al*., 2018). O baixo LS pode ser considerado como uma característica do paciente, e é um fator que pode ser gerenciado através do processo de fornecimento de cuidados clínicos, sendo importante melhorar a comunicação profissional-paciente e, se possível, reduzir a complexidade organizacional que os pacientes se deparam no ambiente clínico (Nutbeam *et al*., 2000; Nutbeam, Lloyd, 2021). É comum observar que há um enfoque nos comportamentos individuais e não nos determinantes sociais da saúde, na prática clínica, na saúde pública e nas pesquisas (Nutbeam *et al*., 2000; Nutbeam; Lloyd, 2021).

Ao estabelecer políticas e estratégias de educação em saúde, principalmente em populações em grupos de risco, deve-se considerar o LSB (Vilella *et al*., 2016). Uma estratégia promissora para atuar na redução das iniquidades persistentes em saúde envolve políticas públicas direcionadas a melhorias na educação em saúde, considerando os níveis de LS da população (Assunção *et al*., 2022). Assim, ao atuar ativamente sobre o LSB na população e fazer com que os serviços de saúde sejam mais acessíveis para aqueles com baixo LS, pode-se reduzir disparidades e fomentar a equidade em saúde bucal.

Considerações finais

O LS, apesar de ser um fator determinante da saúde, não é uma solução para as desigualdades na saúde decorrentes da má distribuição de oportunidades e recursos (Batterham *et al*., 2016; Nutbeam; Lloyd, 2021). Contudo, observa-se que o LS tem efeito indireto nos determinantes sociais da saúde.

Intervenções futuras de LS devem não somente melhorar o LS entre as populações mais suscetíveis, mas, também, melhorar a qualidade da comunicação de saúde que atinge uma pluralidade de populações, através de melhores habilidades profissionais. Deve-se, também, alcançar aqueles grupos populacionais afetados pelo baixo LS e permitir que desenvolvam e apliquem habilidades (Nutbeam; Lloyd, 2021).

Embora a literatura tenha avançado em pesquisas e nos métodos de avaliação do LS, e muitos progressos tenham ocorrido para o desenvolvimento de instrumentos adequados, observa-se, ainda, muitas limitações, medindo-se, muitas vezes, apenas um aspecto do LS. Dessa maneira, novos estudos devem se fundamentar em modelos teóricos que busquem entender os mecanismos pelos quais o LSB se associa aos desfechos em saúde bucal, considerando que o LSB não é um fator direto para agravos das condições bucais e sim um mediador.

Referências

ALMEIDA, Eliete Rodrigues; SISTANI, Mohammad Mehdi Naghibi; BENDO, Cristiane Baccin; PORDEUS. Isabelade Almeida; FIRMINO, Ramon Targino; PAIVA, Saul Martins; FERREIRA, Fernanda Morais. Validation of the Brazilian Oral Health Literacy-Adults Questionnaire. *Health Lit Res Pract*., v. 6, n. 3, p. e224-e231, jul. 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9469776/. Acesso em: 21 maio 2025.

ASSOCIAÇÃO DENTÁRIA AMERICANA (American Dental Association). ADA Resolution 13H; 2006. Health literacy in dentistry. Disponível em: https://www.ada.org/resources/community-initiatives/health-literacy-in-dentistry. Acesso em: 21 maio 2025.

ASSUNÇÃO, Luciana Reichertda Silva; FAGUNDES, Fabio Anevan Ubiski; KUKLIK, Helen Helene; FERREIRA, Fernandade Morais; FRAIZ, Fabian Calixto. Different dimensions of oral health literacy are associated with social determinants of health in Brazilian adults. *Braz Oral Res.*, v. 36, p. e0122, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bor/a/NJMQxZxQKLYwJznzTXbZsVj/ Acesso em: 21 maio 2025.

BASKARADOSS, Jagan Kumar. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health.*, v. 18, n. 1, p. 172, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30355347/ Acesso em: 21 maio 2025.

BATTERHAM, ROY W.; HAWKINS, M.; COLLINS, P. A.; BUCHBINDER,RACHELLE; OSBORNE, RICHARD H. Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*., v. 132, p. 3-12, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26872738/ Acesso em: 21 maio 2025.

BRAY, Freddie; FERLAY, Jacques; SOERJOMATARAM, Isabelle; SIEGEL, Rebecca; TORRE, LIndesy A.; JEMAL, Ahmedin. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.*, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/ Acesso em: 21 maio 2025.

CHI, Donald L; MASTERSON, Erin E.; CARLE, Adam C.; MANCI, A Lloyd; COLDWELL, Susan E. Socioeconomic status, food security, and dental caries in US children: Mediation analyses of data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2008. *Am J Public Health.*, v. 104, n. 5, p. 860-864, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24625141/ Acesso em: 21 maio 2025.

COSTA, Helder ANTÔNIO Pereira; AMARAL, Maria Odete Pereira; DUARTE, João; CORREIA, Maria José; VEIGA, Nélio; LÓPEZ-MARCOS, Joaquim Francisco. Validity and reliability of the Portuguese version of the rapid estimate of adult literacy in dentistry: REALD-29 PT. *BMC Oral Health.*, v. 22, n. 1, p. 262, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/357637915_Validity_and_Reliability_of_the_Portuguese_Version_of_the_Rapid_Estimate_of_Adult_Literacy_in_Dentistry_-_REALD-29_PT Acesso em: 21 maio 2025.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. Policies and strategies to promote social equity in health. *Stockholm*, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equityin_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe Acesso em: 21 maio 2025.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health.*, v. 199, p. 20-24, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34534885/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003335062100336X?via%3Dihub Acesso em: 21 maio 2025.

FIRMINO, Ramon Targino; MARTINS, Carolina Castro; FARIA, Larissa dos Santos; PAIVA, Saul Martins; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; FRAIZ, Fabian Calixto; FERREIRA, Fernanda Morais. Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 78, n. 3, p. 231-245, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29498754/. Acesso em: 14 maio 2025.

FIRMINO,Ramon Targino; FERREIRA, Fernanda Morais; MARTINS, Carolina Castro; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; FRAIZ, Fabian Calixto; PAIVA, Saul Martins. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. *Int J Paediatr Dent.*, 2018b. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29984431/. Acesso em: 14 maio 2025.

HOLTZMAN, Jennifer S.; ATCHISON, Kathryn A.; GIRONDA, Melanie W.; RADBOD, Rebeca; GORNBEIN, Jeffrey. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 42, n. 3, p. 263-270, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24372282/. Acesso em: 14 maio 2025.

JAMIESON, Lisa M.; DIVARIS, K.; PARKER, E. J.; LEE, J. Y.Oral health literacy comparisons between Indigenous Australians and American Indians. *Community Dent Health.*, v. 30, n. 1, p. 52-57, 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23550508/. Acesso em: 14 maio 2025.

JONES, Micheala; LEE, Jessica Y.; ROZIER, R. Gary Oral health literacy among adult patients seeking dental care. *J Am Dent Assoc.*, v. 138, n. 9, p. 1199-1208, 2007. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17785385/. Acesso em: 14 maio 2025.

LIU, Chenxi; WANG, Dan; LIU, Chaojie; JIANG, Junnan; WANG, Xuemei; CHEN, Haihong; JU, Xin; ZHANG, Xinping. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health.*, v. 8, n. 2, p. e000351, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239702/. Acesso em: 14 maio 2025.

MIALHE, Fábio Luiz; FERREIRA, Fernanda de Morais; JUNKES, Monica Carmen; BADO, Fernanda Maia Rovai. Letramento em Saúde e em Saúde Bucal. In: Fábio Luiz Mialhe. (Org.). *Promoção da saúde e saúde bucal*. 1ed. Limeira: Coronela Books, 2019, v. 1, p. 141-157.

NEVES, Érick Tássio Barbosa; PAIVA, Saul; FERREIRA, Fernanda Morais; CRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia. Oral health literacy as a priority to reduce disparities in oral health among adolescents. *Revista Científica do CRO-RJ.*, v. 6, n. 3, p. 1-3, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/360386438_ORAL_HEALTH_LITERACY_AS_A_PRIORITY_TO_REDUCE_DISPARITIES_IN_ORAL_HEALTH_AMONG_ADOLESCENTS. Acesso em: 14 maio 2025.

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, p. 259-67, 2000. Disponível em: https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108?login=false. Acesso em: 14 maio 2025.

NUTBEAM, Don.; LLOYD, Jane E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health.*, v. 42, p. 159-173, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33035427/. Acesso em: 14 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: *World Health Organization*, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 20 março 2023.

PALMA, Pamella V.; LEITE, Isabel Cristina G. Epidemiology and social inequalities of periodontal disease in Brazil. *Front Public Health*., v. 2, p. 203, 2014. Disponível em:https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2014.00203/full. Acesso em: 14 maio 2025.

CRUVINEL, Agenes Fátima Pereira; MÉNDEZ, Daniela Alejandra Cusicanqui; CHAVES, Juliana Campos; GUTIERRES, Eliezer; LOTTO, Matheus; OLIVEIRA, Thaís Marchini; CRUVINEL, Thiago. The Brazilian validation of a health literacy instrument: The newest vital sign. *Acta Odontol Scand.*, v. 76, n. 8, p. 587-594, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30045650/. Acesso em: 14 maio 2025.

PRAVEEN, Sobiya; PARMAR, Jinal; CHANDIO, Navira; ARORA, Amit. A Systematic Review of Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of Oral Health Literacy Tools. *Int J Environ Res Public Health.*, v. 18, n. 19, p. 10422, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639729/. Acesso em: 14 maio 2025.

SCHWENDICKE, F.; DÖRFER, C. E.; SCHLATTMANN, P.; PAGE, L. FOSTER.; THOMSON, W. M.; PARIS, S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.*, v. 94, n. 1, p. 10-8, jan. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25394849/. Acesso em: 14 maio 2025.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. in WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO World Health Organization, 2010. 76 p. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 maio 2025.

VILELLA, Karina Duarte; ALVES, Stephanie Gomes Assunção; SOUZA, Juliana Feltrin de; FRAIZ,FABIAN Calixto; ASSUNÇÃO, Luciana Reichert Da Silva. The Association of Oral Health Literacy and Oral Health Knowledge with Social Determinants in Pregnant Brazilian Women. *J Community Health.*, v. 41, n. 5, p. 1027-1032, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27013224/. Acesso em: 14 maio 2025.

WILLIAMS, David M.; SHEIHAM, Aubrey; WATT, Richard G. Oral health professionals and social determinants. *Br Dent J.*, v. 214, n. 9, p. 427, 2013. doi: 10.1038/sj.bdj.2013.436. PMID: 23660879. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23660879/. Acesso em: 14 maio 2025.

WHO who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization, A conceptual framework for action on the social determinants of health; c2023 [cited 2023 Mar 15]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021. Acesso em: 14 maio 2025.

CAPÍTULO 6

Letramento em Saúde na obtenção do consentimento informado na assistência e na pesquisa: aspectos jurídicos e éticos

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
Claudiojanes dos Reis
Nadja Ferreira Rabelo de Melo
Pedro Eleutério dos Santos-Neto

Introdução

Este capítulo discorre sobre o Letramento em Saúde (LS) e a obtenção do consentimento informado, o qual representa um princípio fundamental na assistência à saúde e na pesquisa científica envolvendo seres humanos, representando a expressão da autonomia do participante. No entanto, a efetividade desse processo depende diretamente do LS dos indivíduos, ou seja, da sua capacidade de compreender e utilizar informações relacionadas à saúde para tomar decisões informadas.

Neste capítulo, discutiremos os aspectos jurídicos e éticos do consentimento informado na assistência e na pesquisa, analisando sua evolução histórica e os marcos regulatórios que garantem a proteção dos participantes. Além disso, exploraremos a importância do

LS na compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), abordando estratégias para aprimorar a comunicação entre profissionais e participantes da pesquisa. Diante dos desafios identificados na literatura, será apresentada uma análise crítica sobre o impacto do baixo LS na adesão e compreensão do consentimento informado, além de estratégias baseadas na bioética e na acessibilidade da linguagem para garantir que os documentos sejam compreendidos de forma clara e eficaz. Este capítulo busca fornecer aos leitores uma visão abrangente e aplicada da intersecção entre consentimento informado e LS, permitindo que possam refletir sobre boas práticas na construção e na aplicação desses documentos fundamentais.

No campo das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, a discussão sobre a relevância da obtenção do consentimento informado dos participantes dessas investigações somente ganhou destaque após a Segunda Guerra Mundial, quando foram constatadas crueldade e desumanidade nas intervenções realizadas com os prisioneiros dos campos de concentração nazistas. Diante disso, a obtenção voluntária desse consentimento tornou-se essencial para garantir a autonomia dos participantes ao concordarem em integrar a pesquisa. Alguns documentos foram elaborados enfatizando a necessidade de respeitar e proteger a autonomia dos participantes em pesquisas científicas (Feres *et al*., 2018; Barata *et al*., 2022).

Em 1947, o Código de Nuremberg foi elaborado, no contexto dos Julgamentos de Nuremberg, especificamente durante o chamado **Julgamento dos Médicos**, no qual profissionais da saúde nazistas foram responsabilizados por experimentos médicos antiéticos conduzidos em prisioneiros de campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial. Esses experimentos, realizados sem consentimento e frequentemente resultando em dor, invalidez ou morte, evidenciaram a necessidade de estabelecer diretrizes éticas rigorosas para pesquisas com seres humanos (Código de

Nuremberg, 1947). Como resposta a essas atrocidades, o Código de Nuremberg estabeleceu **dez princípios fundamentais**:

1) Consentimento voluntário – a participação em pesquisas deve ser voluntária, com o consentimento informado do participante, que precisa ter a capacidade legal para consentir e o conhecimento suficiente sobre o estudo.

2) Benefícios para a sociedade – o estudo deve ter um objetivo socialmente relevante, trazendo benefícios para a humanidade e não podendo ser conduzido de outra maneira.

3) Base científica prévia – o experimento deve ser fundamentado em conhecimento prévio obtido por estudos laboratoriais ou em modelos experimentais, garantindo que seja cientificamente necessário.

4) Evitar sofrimento e danos desnecessários – estudo deve ser planejado para evitar qualquer sofrimento físico ou mental desnecessário aos participantes.

5) Proibição de experimentos com risco de morte ou invalidez – nenhum experimento deve ser realizado se houver uma razão para acreditar que ele poderá causar morte ou incapacitação permanente do participante, exceto em estudos nos quais o próprio pesquisador também participe.

6) Risco proporcional aos benefícios – o nível de risco envolvido nunca deve exceder a importância dos benefícios esperados para a sociedade.

7) Preparação para minimizar riscos – devem ser tomadas precauções adequadas para proteger os participantes contra qualquer possibilidade de dano, incluindo suporte médico adequado.

8) Condução apenas por profissionais qualificados – s experimentos devem ser conduzidos apenas por pessoas cientificamente qualificadas e com altos padrões de competência e ética.

9) Liberdade de interromper a participação – O participante tem o direito de interromper sua participação no estudo a qualquer momento, caso sinta que está em risco ou que deseja se retirar.

10) Interrupção pelo pesquisador se houver riscos – O pesquisador deve estar preparado para interromper o estudo caso perceba que a continuação do experimento pode representar riscos para os participantes.

Constatou-se destaque para o requisito do **consentimento voluntário e informado** dos participantes, garantindo sua autonomia na decisão de participar ou não da pesquisa. Como vimos, o código enfatizou a necessidade de evitar sofrimento desnecessário, assegurar que os riscos fossem proporcionais aos benefícios esperados e que os pesquisadores fossem qualificados para conduzir os estudos de forma ética e segura (Código de Nuremberg, 1947).

Embora não tenha sido incorporado formalmente ao direito internacional, o Código de Nuremberg influenciou diretamente documentos posteriores sobre ética em pesquisas, como a **Declaração de Helsinque (1964)** e o **Relatório Belmont (1979)**, tornando-se um marco na bioética e na regulamentação de estudos envolvendo seres humanos. A **Declaração de Helsinque** foi elaborada pela **Associação Médica Mundial (AMM),** em 1964, na cidade de **Helsinque, Finlândia**, com o objetivo de estabelecer diretrizes éticas para a pesquisa médica envolvendo seres humanos (Associação Médica Mundial, 2013). Ela surgiu como uma evolução do **Código de Nuremberg (1947)**, ampliando e refinando seus princípios, especialmente no que diz respeito à **proteção dos participantes de pesquisas** e ao papel dos **comitês de ética**.

Após a Segunda Guerra Mundial, o Código de Nuremberg estabeleceu os princípios fundamentais da ética em pesquisa, em resposta aos experimentos médicos desumanos realizados por médicos nazistas. No entanto, esse código focava, principalmente, na pesquisa em **cenários extremos, como os julgamentos de crimes de guerra**, e não abordava, de forma detalhada, **situações cotidianas da pesquisa médica**. Nas décadas de 1950 e 1960,

novos desafios éticos emergiram com o avanço da pesquisa biomédica, incluindo testes clínicos de novos medicamentos e procedimentos. Algumas práticas controversas destacaram a necessidade de regras mais específicas, como:

1) Estudo da sífilis de Tuskegee (1932-1972) – nos Estados Unidos, pesquisadores conduziram um estudo com homens negros infectados com sífilis, sem fornecer tratamento, mesmo após a descoberta da penicilina, apenas para observar a progressão da doença.

2) Escândalo da Talidomida (década de 1950-1960) – mulheres grávidas foram expostas à talidomida sem conhecimento dos riscos, resultando no nascimento de milhares de crianças com malformações congênitas.

3) Aumento da experimentação médica – o crescimento dos ensaios clínicos exigiu regulamentações que garantissem a segurança e os direitos dos participantes.

Diante desses acontecimentos, a **Associação Médica Mundial** percebeu a necessidade de um código que **ampliasse a proteção ética na pesquisa médica**, cobrindo aspectos não abordados pelo Código de Nuremberg, como o equilíbrio entre os **riscos e benefícios**, a **obrigação do médico de proteger os participantes**, e a **importância da revisão ética independente**.

Principais Avanços da Declaração de Helsinque (Declaração de Helsinque, 1964):

1) **Consentimento informado mais detalhado** – exigiu que os participantes fossem devidamente informados sobre os objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa.

2) **Pesquisa em populações vulneráveis** – destacou a necessidade de proteção especial para grupos vulneráveis, como crianças, gestantes e pessoas com doenças graves.

3) **Revisão por comitês de ética** – introduziu a exigência de que estudos fossem avaliados, previamente, por comitês independentes de ética em pesquisa.

4) **Relação risco-benefício** – estabeleceu que os benefícios da pesquisa deveriam superar os riscos potenciais para os participantes.

5) **Direitos dos participantes** – reforçou que os interesses e o bem-estar dos participantes devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade.

Desde sua criação, em 1964, a Declaração de Helsinque passou por **várias revisões** (1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), adaptando-se às novas realidades da pesquisa médica, incluindo a ética dos ensaios clínicos, o uso de placebos e a pesquisa em países em desenvolvimento. A **Declaração de Helsinque** é um dos documentos mais influentes na bioética e na regulamentação de pesquisas, servindo de base para legislações e normativas internacionais, como as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde no Brasil **(**Resolução CNS 466/2012**)** e as normas do *International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use*(ICH-GCP).

O **Relatório Belmont** foi publicado, **em 1979,** pelo *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais), nos Estados Unidos. O documento estabeleceu princípios éticos fundamentais para a condução de pesquisas envolvendo seres humanos, influenciando regulamentações internacionais sobre bioética. A necessidade de diretrizes mais rigorosas para pesquisas científicas envolvendo seres humanos tornou-se evidente devido a uma série de abusos e violações éticas ocorridas ao longo do século XX. Entre os casos mais emblemáticos que levaram à criação do Relatório Belmont (United States, 1979), destacam-se:

1) Experimentos da sífilis de Tuskegee (1932-1972)

Um dos principais motivadores para a criação do Relatório Belmont foi o **estudo da sífilis de Tuskegee**, conduzido nos Estados

Unidos pelo **Serviço de Saúde Pública (PHS)**. O estudo acompanhou, por **40 anos**, 600 homens negros pobres, 399 deles infectados com sífilis, sem que recebessem tratamento adequado, mesmo após a descoberta da penicilina como cura eficaz. Além disso, os participantes não foram informados da natureza do estudo e acreditavam estar recebendo cuidados médicos gratuitos. Em 1972, o estudo foi denunciado à imprensa, causando grande escândalo e levando o governo dos EUA a encerrar a pesquisa.

2) Casos de abusos médicos em experimentos clínicos

Outros experimentos antiéticos, como testes realizados sem consentimento em populações vulneráveis (órfãos, prisioneiros e pacientes psiquiátricos), também contribuíram para a criação de regulamentações mais rígidas.

3) Criação da Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos.

Em 1974, o Congresso dos Estados Unidos aprovou o *National Research Act*, criando a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, responsável por desenvolver diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos. A comissão reuniu especialistas em medicina, ética, direito e ciências sociais para elaborar um documento que garantisse a **proteção dos participantes** de estudos científicos. O Relatório Belmont definiu **três princípios éticos fundamentais** para a pesquisa envolvendo seres humanos (Relatório Belmont, 1979):

1) **Respeito pela Pessoa**

Garante a **autonomia dos participantes**, exigindo **consentimento informado**. Pessoas com autonomia reduzida (crianças, pacientes com doenças graves, idosos) devem receber **proteção especial**.

2) **Beneficência**

Os pesquisadores devem **maximizar os benefícios e minimizar os riscos** da pesquisa. Proíbe estudos que possam causar danos desnecessários aos participantes.

3) **Justiça**

Assegura que os benefícios e riscos da pesquisa sejam **distribuídos de forma equitativa**. Protege grupos vulneráveis contra a exploração.

Além disso, o Relatório Belmont estabeleceu diretrizes para a **avaliação ética independente das pesquisas**, influenciando a criação dos **Comitês de Ética em Pesquisa (CEP)** e das **normas internacionais de boas práticas científicas**. O Relatório Belmont serviu de base para a regulamentação de pesquisas nos Estados Unidos, influenciando a criação do *Common Rule* (Regulamento Federal para Proteção de Participantes de Pesquisa). Além disso, inspirou diretrizes internacionais, como: a Declaração de Helsinque (revisões posteriores); as Diretrizes Internacionais de Ética para Pesquisa Biomédica em Seres Humanos do CIOMS/OMS**; bem como as regulamentações brasileiras, como a Resolução CNS 466/2012.** Atualmente, o Relatório Belmont continua sendo um **marco na bioética** e uma referência essencial para garantir a proteção e o respeito aos participantes de pesquisas científicas.

No Brasil, o marco nacional legal para o consentimento informado para pesquisas científicas foi a resolução nº 01/1988, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), substituída pela resolução 196, de 1996, a qual também foi substituída pela resolução 466, de 2012 do CNS. Nessas resoluções, o consentimento é explicitado no TCLE e pelo TALE, quando se tratar de criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. O consentimento de representantes legais de menores ou dos não aptos à prática dos atos da vida civil é necessário, haja vista que, nos termos da lei privada, nem todos apresentam capacidade civil

plena. Esses termos de consentimento expressam, de forma voluntária e livre, a anuência e/ou recusa em participar da pesquisa, por meio de assinaturas, dentre outras formas de consentimento dos participantes e/ou de seus representantes legais (Brasil, 2012).

Destaca-se que a compreensão dos termos de consentimento por parte dos potenciais participantes de uma pesquisa, ou de seus responsáveis, é fundamental para a validade do consentimento informado obtido. Além da compreensão, outros elementos formam a base da validade do TCLE, aplicável, por extensão, ao TALE, a saber: competência, comunicação, voluntariedade e consentimento (Cosac; Dos, 2017; Piber *et al.*, 2020; Souza *et al*., 2013).

Por essa razão, o responsável pela pesquisa deve utilizar formas simples e adequadas para a construção desses termos, que podem ser elaborados na forma escrita ou por meio de qualquer outra forma que possibilite o exercício da autonomia pelo potencial participante e, se for o caso,pelo responsável ou assistente legal do participante (Brasil, 2016; Brasil 2022). Nem todos são representados, uma vez que a lei civil considera muitos como relativamente incapazes, por exemplo, os maiores de 16 anos, que são assistidos e não representados.

Todavia, sugere-se que as práticas atuais para a obtenção desse consentimento derivam de uma compreensão inadequada desses termos por parte dos potenciais participantes da pesquisa e de seus responsáveis. A falta de conhecimentos e de competências necessárias para a compreensão do conteúdo desses termos compromete todo o processo de obtenção do consentimento informado. A reflexão necessária quanto aos potenciais riscos oferecidos pelas pesquisas, principalmente ao se considerar as experimentais, também será comprometida (Burks; Keim-Malpass, 2019).

Nesse sentido, o LS (Sørensen *et al*., 2012; Sørensen *et al*., 2021; Brach *et al*, 2024) revela-se como uma estratégia fundamental para alterar essa realidade. O baixo LS tem sido associado à não compreensão

do TCLE e do TALE, sendo necessário reavaliar como esses documentos têm sido elaborados. Acredita-se que a aplicação das regras do LS possa otimizar o processo de comunicação e compreensão de documentos escritos (Cordeiro; Sampaio, 2019) bem como de outras formas de consentimentos informados, voluntários, críticos e conscientes.

O termo "letramento" tem sido descrito com ênfase em uma perspectiva sócio-histórica da aquisição da escrita (Silva; Azevedo, 2018). No entanto, o emprego de formas não escritas no processo de consentimento informado pode se beneficiar da utilização dos fundamentos do LS. Nesse cenário, a análise das evidências científicas sobre a importância do LS na obtenção do consentimento informado pode ter um papel primordial para auxiliar no desenvolvimento e condução de pesquisas humanizadas que considerem a eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, pode ser útil para instrumentalizar pesquisadores sobre as distintas estratégias de elaboração do TCLE e TALE para a obtenção do consentimento informado de forma adequada.

Evidências científicas que podem corroborar na identificação da importância do LS no processo de obtenção do consentimento informado em pesquisas científicas

Algumas evidências científicas que podem corroborar na identificação da importância do LS no processo de obtenção do consentimento informado em pesquisas científicas são descritas no Quadro 1.

Quadro 1: Caracterização dos estudos incluídos, segundo autor, ano de publicação, ano da pesquisa, local ou país onde o estudo foi conduzido; identificação eletrônica do estudo, desenho e objetivo do estudo, principais temas abordados e tecnologia citada, limitações do estudo e principais conclusões. Estudos publicados de 2013 a 2018.

Nº	Autor, ano / ano da pesquisa / Título / Local do estudo / PMID*	Desenho do estudo / objetivo do estudo	Principais temas abordados / Tecnologia utilizada	Limitações	Principais conclusões
I	Sonne *et al*., 2013. / NI** / Desenvolvimento e teste piloto de um processo de consentimento informado assistido por vídeo. Estados Unidos da América / 23747986	- Estudo piloto metodológico / Desenvolver videoclipes curtos referentes a procedimentos e conceitos comuns de pesquisa. Testa a aceitabilidade e efeito da compreensão desses vídeos clipes dentro de um processo de consentimento informado simulado.	- Uma vez que os documentos de consentimento informado estão cada vez mais longos e de difícil compreensão, esse processo tem sido analisado. - Inovações são necessárias para melhorar esse processo. - Vídeos para melhorar a compreensão dos participantes sobre a pesquisa, bem como sobre os procedimentos aos quais os participantes serão submetidos, podem apresentar efetividade. - O uso desses vídeos pode corroborar para a obtenção do consentimento de forma consciente, voluntária e crítica.	Trata-se de estudo piloto. Embora seja estudo de intervenção, não foi explicitado se houverandomização e cegamento. Os participantes foram remunerados, sugerindo-se um viés de seleção, uma vez que tal remuneração pode culminar com a seleção de população viciada, ou seja, de pessoas com comprometimento socioeconômico.	Foi sugerido que o uso de vídeos como forma de melhorar a compreensão dos participantes sobre a pesquisa, bem como sobre os procedimentos aos quais serão submetidos, facilitou o processo de consentimento informado.
II	Afolabi *et al.,* 2015. / 2013-2014. / Uma ferramenta multimídia de consentimento para participantes de pesquisa na Gâmbia: um estudo controlado randomizado / Gâmbia / 26229203	- Ensaio randomizado com método misto. / Avaliar a eficácia de uma ferramenta multimídia de consentimento informado entre adultos.	- Uma vez constatada limitações quanto à compreensão dos consentimentos informados, tendo em vista os princípios éticos, há que se investigar se os baixos níveis de LS*** podem comprometer o processo de consentimento informado. - Ferramentas multimídias podem ser consideradas nos estudos referentes ao consentimento informado. - Vídeos interativos, animações e narrações em áudio.	Embora seja estudo de intervenção não foi explicitado se houve cegamento.	O uso de ferramenta multimídia melhorou a compreensão dos participantes sobre o estudo e a retenção de informações sobre consentimento informado, em pessoas com baixos níveis educacionais.

Nº	Autor, ano / ano da pesquisa / Título / Local do estudo / PMID*	Desenho do estudo / objetivo do estudo	Principais temas abordados / Tecnologia utilizada	Limitações	Principais conclusões
III	Kass *et al*., 2015. / NI / Um estudo piloto de intervenções simples para melhorar o consentimento informado em pesquisa clínica: viabilidade, abordagem e resultados. / Estados Unidos da América / 25475879	- Estudo piloto de intervenção / Testar duas intervenções de consentimento em estudos reais e medir a eficácia das intervenções para melhorar a compreensão.	- Intervenções simples podem melhorar a compreensão sobre a pesquisa. - Avaliação dos níveis de LS*** por meio do REALM****. - Constatou-se associação direta entre a compreensão e os níveis de LS***. - Resumos das informações repassadas nos termos de consentimento informado e a adoção de textos simplificados por meio de frases mais curtas podem melhorar a compreensão.	O grupo intervenção recebeu a versão curta (linguagem simples), bem como a versão longa e tradicional do consentimento informado. Sendo assim, é difícil afirmar que compreensão da versão curta não foi comprometida pelo acesso à versão longa.	Intervenções simples como fichas informativas e diálogo curto e estruturado podem melhorar a compreensão dos participantes sobre a pesquisa e a obtenção do consentimento informado. Entretanto, a compreensão referente ao objetivo, bem como a referente à forma de randomização adotada foi parcial.
IV	Krieger *et al*., 2016 / NI** / Estratégias linguísticas para melhorar o consentimento informado em ensaios clínicos entre pacientes com baixo nível de LS *** / Estados Unidos da América / 27794035	-Ensaio randomizado. / Testar se as estratégias linguísticas influenciam diferencialmente a compreensão do processo de randomização e examinar se a relevância pessoal e a ansiedade influenciam a compreensão bem como a intenção de participar de ECRs*****	- Estratégias de comunicação para melhorar os processos de consentimento informado. Linguagem simples, metáfora do jogo, metáfora benigna	- Não foi explicitado se houve planejamento amostral randomização e cegamento. - Os estímulos usados no estudo não eram específicos para um ECRs***** e não incluíam informações específicas sobre os tipos de tratamentos comparados.	A eficácia das metáforas para explicar a randomização depende do LS***. O modelo teórico demonstra preditores cognitivos e afetivos da intenção comportamental de participar de ECRs***** e oferece orientações sobre como pesquisas futuras devem empregar estratégias de comunicação para melhorar o consentimento informado.
V	Ditai *et al*., 2018. / NI **/ Otimizando o consentimento informado para participantes de um estudo controlado randomizado na zona rural de Uganda: um estudo de métodos mistos de coorte prospectivo comparativo / Uganda / 30577809 Corrige a formatação para cima e não no meio do texto	- Estudo de coorte de métodos mistos. / Avaliar se um vídeo ou apresentação de slides ilustrativa melhorou a compreensão dos participantes sobre as informações do estudo em comparação com o processo padrão de consentimento de leitura do pesquisador.	- Uso de ilustrações e diagramas que consideram o LS*** sobre o estudo e obtenção do consentimento informado. - Versão eletrônica modificada do formulário de relato de caso *Quality of Informed Consent* nos *smartphone*s. - Classificação dos modelos de consentimento. -Questionários semiestruturados.	- O tamanho da amostra pode ter comprometido o poder estatístico para explorar os fatores que podem melhorar a compreensão. - Os participantes não foram alocados aleatoriamente - A lembrança e compreensão das informações repassadas aos participantes foi aferida apenas após 48 horas,sendo que, após um longo tempo, pode ser diferente.	O uso de ilustrações e diagramas cuidadosamente projetados pode ser eficaz para apresentar informações e obter o consentimento informado entre mulheres com nenhum nível e/ou baixos níveis educacionais.

Nº	Autor, ano / ano da pesquisa / Título / Local do estudo / PMID*	Desenho do estudo / objetivo do estudo	Principais temas abordados / Tecnologia utilizada	Limitações	Principais conclusões
VI	Turbitt *et al*., 2018. / NI / Um estudo controlado randomizado de uma intervenção com consentimento para participar de um estudo de sequenciamento do genoma do NIH (*National Institutes of Health*) / Estados Unidos da América / 29453419	Estudo de intervenção randomizado controlado / Determinar se, nos encontros para consentimento, a adoção de um formulário para consentimento informado menos denso e menos alfabetizado (com linguagem simples) poderia ser usado sem comprometer a eficácia do consentimento quando comparado com um formulário padrão.	- Formulários com linguagem acessível para informar sobre a pesquisa e obter o consentimento informado. - Termo de consentimento reduzido e com linguagem simplificada. - Encontros de consentimento.	- O estudo foi limitado a uma população específica. - A eficácia dos encontros de intervenção pode diferir entre outras coortes. - Os resultados podem não ser generalizáveis para uma população mais ampla e é necessária uma investigação mais aprofundada de intervenções de consentimento com amostras diversas.	Desenvolvimento de formulários de consentimento com linguagem acessível, de reduzida complexidade e baseados em evidências favorecem à compreensão do participante da pesquisa.

* *Pub Med Indexing Digit* - Código de rastreio do artigo.
**Não Informado.
*** Letramento em Saúde.
****_Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine._
***** Ensaios Clínicos Randomizados.
Fonte: Elaborado pelos autores.

Preliminarmente, cabe emitir conceitos sobre o consentimento informado e sobre o LS, visando apontar possíveis interdependências entre ambos. O LS pode ser definido ou conceituado como a habilidade dos indivíduos para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde, considerando os conhecimentos prévios, a motivação, e a competência dessas pessoas (Burks; Keim-Malpass, 2019). Dessa forma, entende-se que o desenvolvimento técnico científico deve respeitar os princípios bioéticos, entre os quais a autonomia da pessoa humana, introduzido, conceitualmente, na Declaração de Helsinque (1964). No âmbito da pesquisa envolvendo seres humanos, essa autonomia é respeitada por meio do consentimento informado. Portanto, esse consentimento é um dos aspectos éticos que deve ser considerado no desenvolvimento e condução de pesquisas envolvendo seres humanos (*Word Medical Association*, 2013; Ditai *et al*, 2018).

Conforme a Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o consentimento informado representa a anuência do participante da pesquisa, ou seu representante legal, que é explicitada por meio do TCLE. Essa resolução, em seu capítulo quatro, valorizando esse procedimento, aborda o assunto como "do processo de consentimento livre e esclarecido", no qual delineia os procedimentos necessários para a obtenção do consentimento informado. Quando se tratar de menores ou pessoas legalmente incapazes, esse consentimento é explicitado no TALE (Brasil, 2013). Segundo a Resolução 510 de 2016 do CNS, o registro do consentimento ou do assentimento pode ser realizado por documento produzido em qualquer meio, formato ou mídia, como papel, áudio, filmagem, mídia eletrônica e digital, que registre a concessão de consentimento ou de assentimento livre e esclarecido. Devem ser consideradas as características individuais, sociais, linguísticas, econômicas e culturais do participante da pesquisa para explicar as abordagens metodológicas aplicadas (Brasil, 2016).

Em relação ao TALE, este indica o respeito à dignidade humana e valorização da autonomia do menor ou incapaz quanto

à anuência em participar da pesquisa. Pensa-se que as resoluções nº 466 de 2012 e nº 510 de 2016, já discutidas em anos anteriores, preanunciavam a necessidade de um repensar sobre a definição de capacidade no Código Civil Brasileiro, Lei nº 10.406 de 2002, para contemplar o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, que passou a ser reconhecido pela Lei nº 13.146, de 2015 (Brasil, 2015).

O consentimento abarca elementos essenciais como voluntariedade, informação e liberdade de escolha. Assim, ele é voluntário, porque a pessoa que consentir em participar de uma pesquisa o faz por vontade própria. Ele é dito informado por pressupor que, antes de a pessoa anuir em participar de uma pesquisa, por meio do TCLE, recebeu as informações necessárias para amplo esclarecimento sobre a pesquisa da qual está sendo convidada a participar. Ele deve ser feito de forma livre, pois não pode haver qualquer tipo de vício (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação (Brasil, 2012). Por isso, defende-se que, nesse processo de comunicação, deve-se utilizar uma linguagem de acordo com as individualidades do participante da pesquisa, ou de seus responsáveis legais, de forma que sejam compreendidas as informações recebidas a respeito da pesquisa.

O CNS orienta que o TCLE e o TALE, obrigatoriamente, devem conter: apresentação da instituição responsável; o patrocinador, caso exista; endereço, telefone e e-mail do(a) pesquisador(a) responsável; justificativa; objetivos; detalhamento dos procedimentos que serão realizados com os participantes; benefícios; riscos e formas de amenizá-los; garantia de que se houver danos terá direito à indenização; garantias de liberdade de sair da pesquisa, de sigilo e de que irá receber cópias dos referidos termos, além de informações sobre o CEP que avalia a pesquisa (Brasil, 2012). Apesar do CNS recomendar que seja usada linguagem clara, respeitando as características culturais e sociais do participante, acredita-se que o excesso de informações pode

comprometer a leitura completa e a compreensão do essencial, ou seja, das questões éticas decorrentes da participação dos voluntários.

A elaboração do TCLE acessível é fundamental para garantir que os participantes compreendam plenamente os aspectos éticos e os detalhes de sua participação em pesquisas científicas. A complexidade e o uso de linguagem técnica nesses documentos podem comprometer a autonomia dos participantes, dificultando a tomada de decisão informada. O TCLE e o TALE têm sido redigidos por alguns pesquisadores de forma complexa, exigindo alta escolaridade para a compreensão adequada. Essa complexidade pode levar os participantes a assinar o documento sem uma leitura completa ou compreensão dos termos, comprometendo a ética da pesquisa. Portanto, é essencial que os pesquisadores estejam atentos ao nível de alfabetização e LS dos participantes, ajustando a linguagem e simplificando os termos de consentimento quando necessário. Essa abordagem assegura que os participantes possam avaliar as informações transmitidas e decidir com autonomia sobre sua participação na pesquisa.

Acredita-se que o TCLE e o TALE devem priorizar a apresentação da instituição responsável; das instituições onde serão realizadas a pesquisa, do patrocinador; informações sobre o(a) pesquisador(a) responsável: endereço, telefone e e-mail; a parte da seção métodos, que explicita, de forma pormenorizada, a que situação o participante será submetido na pesquisa e a que riscos e benefícios ele poderá ser exposto ao participar da pesquisa, bem como, se exposto, a garantia de que se houver danos terá direito à indenização (Brasil, 2022). Nos estudos observacionais, é importante refletir sobre a forma como as informações são apresentadas aos participantes. Títulos que formulam perguntas diretamente relacionadas à hipótese da pesquisa, objetivos que reforçam essa mesma hipótese e descrições excessivamente detalhadas da metodologia podem, em alguns casos, comprometer a compreensão dos participantes acerca do estudo. Além disso, em algumas situações, pode se notar o comprometimento da imparcialidade

dos participantes na condução da pesquisa, bem como gerar vieses de aferição na coleta de dados. Para tentar contornar tal problema, os pesquisadores poderiam ser isentos da apresentação do título e dos objetivos que comprometessem a aferição proposta, desde que houvesse clareza em relação aos procedimentos adotados na estratégia de observação aos riscos e benefícios, bem como à probabilidade de danos e indenização.

Por outro lado, nas pesquisas com intervenção, os participantes devem ser informados com riqueza de detalhes uma vez que o CNS orienta que pesquisas encobertas (aquelas nas quais os participantes não são informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo) somente se justificam em circunstâncias nas quais a informação sobre os objetivos e os procedimentos alteraria o comportamento-alvo do estudo. Além desses aspectos, o fator preponderante para a justificativa da realização das pesquisas é a relação risco benefícios, sempre considerando que o risco possa ser justificado pelo benefício esperado, ou que o benefício seja maior, ou, no mínimo, igual às alternativas já estabelecidas para a condição estudada, em estudos experimentais. Deve-se considerar, também, a possibilidade de benefícios indiretos que justifiquem a pesquisa (Brasil, 2012). Isso reforça a necessidade do letramento dos participantes para a adequada compreensão sobre sua participação na pesquisa e sobre os riscos e benefícios expostos.

O LS corresponde aos conhecimentos e competências pessoais que se acumulam através das atividades diárias, interações sociais e através de gerações. Esses conhecimentos e competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que capacitam as pessoas a acessar, compreender, avaliar e usar informação e serviços de forma a promover e manter boa saúde e bem estar para si mesmas e para as pessoas que estão à sua volta (WHO, 2021).

Neste capítulo, os seis artigos selecionados foram publicados em revistas internacionais, no idioma inglês. A despeito de haver uma

variação nos delineamentos dos estudos incluídos e objetivos distintos, a ideia central dos temas converge no sentido de demonstrar a necessidade de se melhorar a compreensão dos participantes da pesquisa sobre o estudo e, como consequência, otimizar o processo de obtenção do consentimento por meio dos fundamentos do LS.

Para análise de evidências científicas e identificação sobre a importância do LS no processo de obtenção do consentimento informado em pesquisas científicas, observa-se que esses documentos de consentimento são cada vez mais longos e de difícil compreensão. Portanto, devem estar sob exame minucioso. Na prática científica, tem sido constatada a discussão segundo a qual os participantes das pesquisas apresentam compreensão insuficiente sobre as informações fornecidas a respeito do estudo no qual pretendem participar, durante o processo do consentimento informado.

Um dos fatores que limitam a compreensão dos participantes é o baixo nível de escolaridade, associado ao idioma utilizado no processo de consentimento informado ou, ainda, a inadequações nas retrotraduções dos documentos (Afolabi *et al*., 2015). O nível de LS altera as percepções dos pacientes sobre o consentimento informado enquanto que a apresentação de versões simplificadas dos consentimentos aumenta a satisfação dos participantes de pesquisas. Aqueles com nível mais elevado de LS têm menor propensão de medo e ansiedade e maior satisfação no processo de consentimento em pesquisas clínicas (Burks; Keim-Malpass, 2019).

Todavia, é possível que essa dificuldade de compreensão esteja relacionada à forma inadequada da realização desse processo, por não considerar as peculiaridades da pessoa ou do grupo de pessoas participantes do estudo ou por não compreender a importância do TCLE e TALE. A esse respeito, a Resolução nº 510 de 2016, permeada de uma acepção pluralista de ciência, flexibiliza o processo de comunicação do consentimento informado, para determinar a utilização de outros

meios além da forma escrita. Tal resolução define que o processo de consentimento, explicitado no TCLE ou TALE, pode ser realizado por meio de expressão oral, língua de sinais, ou vídeos, como realizado em dois estudos analisados (Afolabi *et al*., 2015). Além disso, podem ser utilizados outros meios, desde que adequados, respeitando-se as especificidades da pessoa, ou grupo de pessoas participantes da pesquisa e dos procedimentos envolvidos (Brasil, 2016).

Dessa forma, inovações, como ferramentas audiovisuais são necessárias para melhorar a compreensão a fim de tornar o processo de consentimento verdadeiramente informado. A compreensão do termo de consentimento informado, que pode ser limitada pelo baixo nível de LS, comprometendo o processo de consentimento, é essencial para respeitar os princípios éticos e da boa prática clínica.

Intervenções simples podem ser estratégias importantes para o aperfeiçoamento do processo de comunicação entre pesquisador e participantes da pesquisa, ou seu representante legal. Utilizar os princípios do LS possibilita a capacitação desses participantes na compreensão sobre a pesquisa, tendo em vista a adequada obtenção do consentimento informado a partir de intervenções simples como fichas informativas e diálogo curto e estruturado. Assim, a partir da utilização dos recursos disponíveis, por meio do LS, capacita-se os participantes da pesquisa a compreenderem tanto sobre a pesquisa quanto sobre o processo do consentimento informado. Essa capacitação pode ser avaliada por meio de instrumentos padronizados para mensurar os níveis de LS, como a utilização do *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) (Kass *et al*., 2015).

O uso da linguagem simples nas intervenções pode permitir a compreensão da mensagem pela primeira vez que a lê ou a ouve. A forma concisa e bem organizada da linguagem simples facilita a compreensão de mensagens diretas, contextualizadas em frases curtas, com palavras comuns e recursos visuais. As informações primordiais

podem ser identificadas facilmente, bem como compreendidas e utilizadas para atender as necessidades do participante com baixo LS (Plain Language Action and Information Network, 2022). A partir dessas considerações, aconselha-se que, ao se desenhar um projeto de pesquisa, o pesquisador e equipe reflitam, dentre outros aspectos, sobre possíveis dificuldades e possíveis estratégias para construir o TCLE, ou o TALE, e desenvolver o processo de obtenção do consentimento informado, utilizando os princípios do LS.

No estudo V (Ditai *et al*, 2018), realizado com mulheres grávidas, por exemplo, para obtenção do consentimento informado, os pesquisadores utilizaram três recursos: 1) informações contidas no termo de consentimento foram lidas pelo pesquisador; 2) essas informações foram apresentadas com o auxílio de slides utilizando texto com ilustrações e diagramas; 3) as mesmas informações foram apresentadas por meio de um vídeo, todos no idioma de preferência das participantes. Por meio de entrevistas semiestruturadas, foi visto que todas essas mulheres, com pouca ou nenhuma educação formal, compreenderam as informações a partir dos recursos utilizados, havendo preferência pelos slides.

No estudo II (Afolabi *et al*., 2015), houve a aplicação de uma ferramenta multimídia de consentimento informado. Um grupo recebeu as informações por meio dos formulários padrão e o outro, por ferramenta multimídia. Para avaliação da aceitabilidade, acessibilidade e eficácia dessa ferramenta, foi utilizada a estratégia do grupo focal. Observou-se que a ferramenta multimídia possibilitou melhora significativa na compreensão e retenção de informações de consentimento informado pelos participantes, apesar de os mesmos terem baixo nível de educação formal ou mesmo nenhuma. Os encontros promovidos com um conselheiro genético para esclarecer as dúvidas dos potenciais participantes durante o processo de consentimento informado evidenciaram a necessidade de um formulário de consentimento em linguagem mais simples e menos extenso, assim como em relação às

explicações fornecidas pelo conselheiro genético (Turbitt *et al*., 2018).

A compreensão do processo de randomização exemplifica a necessidade do conhecimento do participante sobre a metodologia do estudo, como forma de melhorar o processo de consentimento informado. Desse modo, designar os participantes para receberem explicações sobre a randomização que incluía mensagens padronizadas (linguagem simples) e utilização de metáforas, evidencia que a compreensão da randomização por meio de metáforas está relacionada ao grau de LS dos participantes. Ademais, embora haja evidências de que a utilização de metáforas contribui para essa compreensão, os participantes do estudo demonstraram melhor compreensão sobre randomização por meio de explicações com linguagem simples, sem uso de terminologias técnicas (Krieger *et al*., 2017).

Os estudos III e IV, desenvolvidos nos Estados Unidos, buscaram desenvolver estratégias para melhor compreensão tanto da pesquisa quanto do processo de consentimento informado dos potenciais participantes da pesquisa (Kass *et al*., 2015; Krieger *et al*., 2017). Novamente, confirmou-se a necessidade de uma linguagem simples, independentemente do grau de instrução das pessoas, e do papel dos fundamentos do LS na mediação do processo de consentimento informado.

Em um estudo de intervenção, que envolveu distintos procedimentos de consentimento informado, 144 pessoas foram alocadas em três grupos (controle e dois de intervenção) (Kass *et al*., 2015). O grupo controle recebeu o termo de consentimento padrão. O grupo de intervenção 1 recebeu o consentimento padrão e fichas informativas com marcadores, contendo resumo sobre os componentes do estudo, sendo que os marcadores auxiliavam as explicações sobre a pesquisa por parte dos colaboradores da pesquisa. O grupo de intervenção 2 recebeu consentimento padrão, ficha informativa e ferramenta por meio da qual era verbalizado os fundamentos do consentimento

informado, sendo que neste grupo um colaborador realizava *feedback*, em uma sessão de perguntas e respostas (diálogo estruturado curto). Nos três grupos, foram feitas perguntas para avaliar a compreensão dos participantes sobre o estudo e o LS. Foi observado que no grupo de intervenção 2, ao qual foi entregue o consentimento padrão, o formulário com marcadores e realizada a sessão de perguntas e respostas, houve maior compreensão do estudo e do processo de consentimento informado quando comparado aos demais grupos (Kass *et al*., 2015). Verifica-se que a adoção de novas maneiras de obter o consentimento aumenta a compreensão do participante de pesquisa. Entretanto, a aplicação do termo de consentimento pode demandar mais tempo, especialmente quando associada a estratégias que ampliam a compreensão do participante.

Um estudo metodológico do tipo piloto foi conduzido em várias fases para desenvolver estratégias que explicassem a pesquisa e seus procedimentos. Além disso, buscou-se testar a aceitabilidade de vídeos curtos e avaliar seus efeitos na compreensão dos participantes sobre a pesquisa e o processo de consentimento informado, por meio de uma simulação. Os resultados indicaram que os participantes demonstraram maior compreensão quando expostos aos vídeos, preferindo esse formato em relação ao modelo tradicional escrito (Sonne *et al*., 2013).Um estudo destaca que a exposição a diferentes formatos de informação, como revistas e televisão, pode aumentar a compreensão dos participantes sobre o consentimento informado em ensaios clínicos (Lobato; Gazzinelli, 2015). Isso sugere que a variação das formas na apresentação de informações, como a utilização de vídeos, pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a compreensão do consentimento informado. Além disso, autores discutem que a implementação de estratégias educativas é fundamental para favorecer a compreensão do termo de consentimento, corroborando a eficácia de abordagens visuais e interativas (Vieira *et al*., 2023).

A aplicação desse tipo de metodologia na educação em saúde bucal já é discutida na literatura, e a utilização de métodos, como

vídeos educativos, pode ser uma estratégia eficaz. Um estudo destaca que a formação de professores em saúde bucal é importante, pois muitos deles apresentam lacunas no conhecimento sobre temas básicos, como cáries e fluoretos. Em suma, a utilização de vídeos curtos como ferramenta educativa no contexto da pesquisa em saúde bucal pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a compreensão do consentimento informado e a conscientização sobre a saúde bucal.

Acredita-se que, para atender aos protocolos exigidos pelo CNS, diferentes formas de obtenção do consentimento poderiam ser adotadas, desde que, em coletas presenciais, houvesse, também, um documento escrito para assinatura, garantindo um registro formal da aceitação do participante. Além disso, estudos na área têm buscado implementar medidas baseadas nos princípios da Linguagem Simples (LS), visando aprimorar a compreensão dos participantes e apoiá-los no processo de consentimento informado.

Outrossim, entende-se que LS é muito mais do que capacitar os participantes da pesquisa para leitura de formulários, textos ilustrados, assistir vídeos e utilizar tais informações para tomar a decisão de anuir ou não em participar de uma pesquisa. O LS é, pois, um elemento importante no desenvolvimento de pesquisas,envolvendo seres humanos, que são voltadas para o respeito aos seus aspectos éticos, com destaque para o reconhecimento da vulnerabilidade do participante e respeito à sua dignidade e autonomia.

Ratifica-se que a obtenção do consentimento informado presume que os participantes, ou seus responsáveis legais, compreenderam adequadamente as informações que lhes foram fornecidas sobre a pesquisa, sobre os procedimentos e os potenciais riscos que estarão sujeitos ao anuírem em participar do estudo. Todavia, pensa-se que, além da compreensão por parte dos participantes da pesquisa, ou de seus representantes legais, os pesquisadores e equipe devem ser capacitados para a utilização dos recursos segundos os preceitos do LS.

A implementação dos recursos disponíveis no processo de obtenção do consentimento informado alinha-se com a proposta do LS, indicando a utilização criativa desses recursos como meios alternativos na apresentação das informações a respeito do estudo para pessoas em situação de vulnerabilidade. Isso demonstra que os princípios do LS foram corretamente aplicados para capacitar essas pessoas a tomarem a decisão de participar ou não do estudo e que, ao decidirem participar, assim o fizeram, de forma consciente e livre.

As dificuldades referentes à leitura e à compreensão dos termos de consentimentos informados se referem à apreensão das palavras/terminologias apresentadas na redação desses termos em questão. Essas palavras ou terminologias podem ter significados ambíguos. Além disso, a forma de apresentação desses termos aos participantes da pesquisa deve ser analisada, pois, quando a pesquisa é feita por entrevistadores que não foram devidamente treinados, eles podem entregar "uma folha de papel", na verdade, o TCLE ou TALE, e afirmar "leia aí e assine aí". Tal situação sugere que o termo não seja apresentado de uma forma dialogada, para que o participante tenha a oportunidade de compreender e esclarecer dúvidas, não estando, portanto, de acordo com as normas contidas na resolução 466/12 do CNS sobre o processo de obtenção do consentimento (Brasil, 2012). Há que se considerar ainda que, nessas situações, a cidadania e a liberdade dos participantes das pesquisas são desconsideradas, transformando o termo de consentimento em um instrumento burocrático, enquanto, na verdade, esses termos deveriam ser instrumentos de preservação da liberdade e da integridade das pessoas.

Considerações Finais

Foi identificada uma lacuna na abordagem do LS no processo de obtenção do consentimento informado, devido ao número limitado de publicações, diretamente, relacionadas a esse tema. No entanto, as evidências destacam a importância do LS como uma ferramenta

essencial para capacitar os potenciais participantes na compreensão, avaliação e uso das informações fornecidas durante o processo de consentimento. O simples ato de obter o consentimento não garante o respeito aos princípios éticos da pesquisa, uma vez que, caso a pesquisa não defina, claramente, as questões e a natureza da participação do voluntário, utilizando um vocabulário simples e compreensível para o participante, aumenta-se o risco de vícios na expressão da sua vontade. Ou seja, aplicar o consentimento sem garantir a compreensão de como será a participação na pesquisa não é suficiente. O LS tem demonstrado potencial para superar problemas de comunicação dentro do contexto da pesquisa, permitindo uma melhor correspondência entre o que se pretende observar ou o tipo de intervenção à qual os participantes serão submetidos. Isso porque a simples apresentação dessas informações no TCLE ou no TALE não assegura a compreensão dos participantes ou de seus responsáveis. Além disso, o grau de instrução do participante não garante que ele compreenda completamente os procedimentos e riscos envolvidos, sendo, portanto, necessária a elaboração de textos mais adequados e a consideração de outras formas de comunicação no processo de obtenção do consentimento.

O consentimento informado é um direito fundamental dos participantes de pesquisa e pacientes, sendo respaldado por normas éticas nacionais e internacionais. A obtenção do consentimento informado deve assegurar a compreensão total dos indivíduos sobre os riscos, benefícios e procedimentos envolvidos, permitindo que tomem decisões informadas sobre sua participação. O LS desempenha um papel fundamental nesse processo, pois influencia a capacidade dos indivíduos de compreender e processar as informações relacionadas ao consentimento, impactando, diretamente, a sua tomada de decisão, haja vista que baixos níveis de LS representam um desafio significativo para a compreensão do TCLE e do TALE, tornando necessário o uso de estratégias para tornar a informação mais acessível. Estratégias eficazes incluem o uso de linguagem simples, materiais visuais, vídeos

explicativos e uma comunicação interpessoal aprimorada, que ajudam a otimizar a compreensão do consentimento informado.

No Brasil, as resoluções do CNS, como a 466/2012 e a 510/2016, fornecem diretrizes importantes para a obtenção do consentimento informado no Brasil. Essas resoluções exigem que o consentimento seja adaptado à realidade sociocultural dos participantes, respeitando sua autonomia. O respeito à autonomia do participante é um princípio fundamental da bioética, e garantir que o consentimento seja verdadeiramente livre, esclarecido e voluntário é essencial para a ética nas pesquisas.

Referências

AFOLABI, Muhammed Olanrewaju; MCGRATH, Nuala; D'ALESSANDRO, Umberto; KAMPMANN, Beate; IMOUKHUEDE, egeruan B.; RAVINETTO,Raffaella M.; ALEXANDER, neal; LARSON, Heidi; CHANDRAMOHAN, Daniel; BOJANG, Kalifa. A multimedia consent tool for research participants in the Gambia: a randomized controlled trial. *Bull World Health Organ*, v. 93, n. 5, p. 320-328, may. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431516/. Acesso em: 22 jul. 2022.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. *Declaração de Helsinque: princípios éticos para a pesquisa médica envolvendo seres humano*s. Helsinki, 1964. Atualizada pela 64ª Assembleia Geral da AMM, Fortaleza, Brasil, outubro de 2013. Disponível em: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/. Acesso em: 17 jun. 2025.

BARATA, Rosinete Souza; ANJOS, Karla Ferraz dos; BARBOSA, Ana Angélica Leal; BARBOSA, Adriana Silva; SANTANA, Kleverton Bacelar; SANTA-ROSA, Darci deOliveira. Problemas morais e/ou éticos em comitês de ética em pesquisa. *Rev. Bioét*, v.30, n.1, p.139-148, jan-abr. 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/sVtfNJh4VFrxSn7ZjcMd3kr/. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRACH, Cindy. (Ed.). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. 3. ed. Rockville, MD: Agência para Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ), março 2024. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/health-literacy-universal-precautions-toolkit-3rd-edition.pdf. Acesso em: 22 maio 2025.

BRASIL. *Lei Nº 13.146, de 06 de julho de 2015*. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 22 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.* Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução nº 674, de 06 de maio de 2022*. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. Brasília, 6 jul. 2022. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/2469-resolucao-n-674-de-06-de-maio-de-2022. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.

BURKS, Allison C.; KEIM-MALPASS, Jessica. Health literacy and informed consent for clinical trials: a systematic review and implications for nurses. *Nursing: Research and Rev*, v. 9, p. 31- 40, jul. 2019. Disponível em: https://www.dovepress.com/article/download/47022. Acesso em: 20 jun. 2025.

CÓDIGO DE NUREMBERG. Tribunal Internacional de Nuremberg - 1947. Julgamento de criminosos de guerra perante os Tribunais Militares de Nuremberg. *Control Council Law*, 10(2), p. 181-182, 1949. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/codigo_nuremberg.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.

CORDEIRO, Mariana Dantas; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Aplicação dos fundamentos do letramento em saúde no consentimento informado. *Rev. Bioét*, Brasília, v. 27, n. 3, p. 410-418, jul-set. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422019273324. Acesso em: 22 jul. 2022.

COSAC, Daniela Cristina dos Santos. Autonomia, consentimento e vulnerabilidade do participante de pesquisa clínica. *Rev. Bioét*, v. 25, n. 1, p. 19–29, abr. 2017. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1066/1582. Acesso em: 22 jul. 2022

DITAI, J.; KANYAGO, J.; NAMBOZO, M.R.; ODEKE, N. M.; DUSABE-RICHARDS, J.; OLUPOT-OLUPOT, P.; CARROL, E. D.; MEDINA-LARA, A.; GLADSTONE, M.; STORR, J., FARAGHER, B.; WEEKS A.D. Optimising informed consent for participants in a randomised controlled trial in rural Uganda: a comparative prospective cohort mixed-methods study. *Trials*, v. 19, n. 1, p. 1-11, dec. 2018. Disponível em: https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-018-3030-8. Acesso em: 22 jul. 2022.

FERES, Murilo; BASTOS, Silvia Helena Vieira; NAHÁS, Ana Carla Raphaeli; ROSCOE, Marina G. Consentimento informado e o princípio da autonomia. *Rev.Assoc Paul Cir Dent*, v. 72, n. 2, p. 148-152, ago. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327318460_Consentimento_informado_e_o_principio_da_autonomia. Acesso em: 22 jul. 2022.

KASS, Nancy; TAYLOR, Holly; ALI, Joseph; HALLEZ, Kristina; CHAISSON, Leila. A pilot study of simple interventions to improve informed consent in clinical research: Feasibility, approach, and results. *Clin trials*, v. 12, n. 1, p. 54-66, feb. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344898/. Acesso em: 22 jul. 2022

KRIEGER, Janice; NEIL, Ordan M.; STREKALOVA, Yuilia A.; SARGE, Melanie. Linguistic Strategies for Improving Informed Consent in Clinical Trials Among Low Health Literacy Patients. *J Natl Cancer Inst*, v. 109, n. 3, mar. 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5441300/. Acesso em: 22 jul. 2022

LOBATO, Lucas; GAZZINELLI, Maria Flávia.O consentimento informado nos países em desenvolvimento é realmente autônomo?: um estudo descritivo com participantes de um ensaio clínico sobre helmintoses. *Acta Bioethica*, 21(1), 127-136, 2015. https://doi.org/10.4067/s1726-569x2015000100016. Acesso em: 22 jul. 2022

PIBER, Leonardo de Souza; WANDERLEY, Marcelo Ivander Andrade; FREITAS, Carla Micaele de; BEZERRA,Arthur Souza; PIBER, Ronaldo Souza. Termo de consentimento informado: Conceitos que o ultrassonografista deve saber. In: RBUS - Rev. Brasileira de USG. *Goiânia: D&D Comunicação Ltda*, v.28, n. 28, p.42-50, 2020. Disponível em: http://revista.sbus.org.br/wp-content/uploads/rbus-marco-de-2020-v28-28ed-PT-EN-v3.pdf#page=47. Acesso em: 22 jul. 2022

PLAIN LANGUAGE ACTION AND INFORMATION NETWORK. *Plainlanguage.gov* [homepage]. Disponível em: https://www.plainlanguage.gov/about/definitions/. Acesso em: 24 de jul. de 2022.

SILVA, Marco Antônio Batista; AZEVEDO, Cleomar. Desigualdades educacionais e letramento. *Educ. Pesqui*, São Paulo, v. 44, p. 1-19, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1678-4634201844171299. Acesso em:24 de jul. de 2022

SONNE, Suzan C.; ANDREWS,Jeannette O.; GENTILIN, Stephanie M.; OPPENHEIMER, Stephanie; OBEID, Jihad; BRADY, Kathlen; WOLF, Sharon; DAVIS, Randal; MAGRUDER, Kathryn. Development and pilot testing of a video-assisted informed consent process. *Contemp Clin Trials*, v. 36, n. 1, p. 25-31, 2013. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3769445/pdf/nihms-490124.pdf. Acesso em: 20 jun. 2025.

SØRENSEN, Kristine; LEVIN-ZAMIR, Diane; DUONG, Tuyen V.; OKAN, Orkan; BRASIL, Virginia Viscondi; NUTBEAM, Don. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, v. 36, n. Supplement 1, p. i13-i23, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34897445/. Acesso em: 9 maio 2025.

SØRENSEN, Kristine; BROUCHE, Stephan Van Den; FULAN, James; DOYLE, Jürgen Pelikan; SLONSKA, Zofia; BRAND, Helmut. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22276600/.Acesso em: 9 maio 2025.

SOUZA, Mirian Karine; JACOB, Carlos Eduardo; GAMA-RODRIGUES, Joaquim; ZILBERSTEIN, Bruno; CECCONELLO, Ivan; HABR-GAMA, Angelita. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): fatores que interferem na adesão. ABCD. *Arq. Bras. Cir. Dig.*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 200 - 205, set. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abcd/a/PZYGqFG7mwwDH9sBzZjZ4Vw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 9 maio 2025.

TURBITT, Erin; CHRYSOSTOMOU, Paola P.; PEAY, Holly L.; HEIDLEBAUGH, Alexis R.; NELSON, Lawerence M.; BIESECKER Barbara B. A randomized controlled study of a consent intervention for participating in an NIH genome sequencing study. *Eur J Hum Genet*, v. 26, p. 622–630, feb. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41431-018-0105-7. Acesso em: 22 jul. 2022.

UNITED STATES. *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. *The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research.* Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1979. Disponível em: https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html. Acesso em: 17 jun. 2025.

VIEIRA, Valquíria Fernandes Marques; CECÍLIO,Sumaya Giarola; SOUSA, Lorenza Ferreira de; GAZZINELLI-BETTONY, Maria Flávia. Estratégias para favorecer a compreensão do termo de consentimento pelos participantes de ensaios clínicos: revisão integrativa. Revista Eletrônica De Enfermagem, 25, 70441, 2023. https://doi.org/10.5216/ree.v25.70441. Acesso em: 22 jul. 2022.

WORD MEDICAL ASSOCIATION. *Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. JAMA. nov, 2013. Disponível em: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/. Acesso em: 22 jul. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Promotion Glossary of Terms*. [*S.l.*]:[*s.n.*], dez. 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038349. Acesso em: 22 jul. 2022.

CAPÍTULO 7

Como mensurar o Letramento em Saúde bucal?

Ana Luiza Peres Baldiotti
Mariane Carolina Faria Barbosa
Aline Fabris de Araujo Crema
Fabian Calixto Fraiz
Fernanda de Morais Ferreira

Introdução

O Letramento em Saúde (LS), englobando atividades de educação e comunicação orientadas para a adoção de comportamentos individuais saudáveis, atua como um determinante de saúde (Horowitz; Kleinman, 2008). Esses comportamentos são fundamentais para promover resultados positivos relacionados à saúde das pessoas e à prevenção de doenças (Nutbeam, 2000). É importante salientar que esse processo utiliza métodos que vão além da difusão de informações, envolvendo também a interação entre profissional e paciente e a participação das pessoas na decisão sobre os tratamentos preconizados pelos profissionais da saúde, de modo que o indivíduo tem que analisar questões relacionadas à sua saúde de forma crítica.

O tema LS tem se tornado relevante ao longo dos anos e, com isso, iniciou-se um processo de desenvolvimento de instrumentos que pudessem mensurá-lo (Dickson-Swift *et al.*, 2014). A importância de se

mensurar o nível de LS das pessoas se dá pela necessidade de identificar indivíduos ou grupos de pessoas em vulnerabilidade, mas, não apenas por isso, uma vez que informações referentes ao nível de LS podem corroborar na promoção do empoderamento individual e comunitário (Kickbusch, 2004; Heide *et al.*, 2015). Os instrumentos desenvolvidos e validados até o presente momento permitem que o grau de LS de um indivíduo ou de uma comunidade possam ser medidos, objetivando-se identificar as limitações que possam influenciar a autocompreensão das pessoas a respeito da sua própria saúde, corroborando com a diminuição das iniquidades (Ghaffari, 2020; Praveen, 2021).

Importância de mensurar o letramento em saúde

Atualmente, a literatura dispõe de uma base de dados robusta, contemplando pesquisas que avaliam o nível de letramento em diversos aspectos, tais como financeiro (Sun, 2022), social (Alsubaie, 2022), digital (Yeşilyurt, 2023) e em saúde (Tavousi, 2022). O LS e o Letramento em Saúde Bucal (LSB) estão em constante evolução e interconectados. Assim, a partir de instrumentos desenvolvidos em pesquisas que buscavam avaliar e mensurar a relação entre a condição de saúde do indivíduo como um todo e seu nível de LS, foram desenvolvidos instrumentos específicos para medir o LSB (Ghaffari *et al.*, 2020). Existem diversas razões para mensurar o LSB, desde a triagem individual em ambientes clínicos até uma avaliação ampla ao nível populacional. Dentre os fatores para a avaliação do LSB, podemos destacar a importância de compreender as causas e os aspectos associados às doenças bucais e as disparidades em saúde bucal (Parker; Jamieson, 2010; Dickson-Swift *et al.,* 2014).

Ao nível de pesquisa, o LS é um forte preditor de comportamentos e resultados em saúde (Kickbush, 2017). Através de instrumentos desenvolvidos e devidamente validados é que passamos a entender os desfechos relacionados a um baixo nível de LS e LSB. Evidências demonstraram que um menor nível de LSB é um

importante preditor de um pior estado de saúde bucal e de ansiedade odontológica, dentre outros fatores relacionados ao acesso a tratamentos odontológicos (Bado *et al.*, 2022; Batista; Lawrence; Sousa, 2017; Baskaradoss *et al.*, 2016; Holtzman *et al.*, 2014; Mialhe *et al.*, 2022). Além disso, um baixo LSB parental está associado a maior presença de cárie dentária em seus filhos (Baskaradoss *et al.*, 2019; Firmino *et al.*, 2018). Esses resultados demonstram o alto impacto do nível de LSB do indivíduo na sua condição de saúde e na de seus dependentes, e reforçam a importância de investigar esse aspecto para promover a autonomia do indivíduo e permitir que este se envolva, ativamente, na tomada de decisões sobre sua saúde bucal.

No âmbito de triagem, a mensuração pode auxiliar na identificação de pacientes com baixo nível de LSB, na avaliação da comunicação entre pacientes e profissionais de saúde bucal, na compreensão da capacidade individual de explorar o sistema de saúde e na mensuração de comportamentos positivos de autocuidado. Dessa forma, pode auxiliar no desenvolvimento de abordagens personalizadas para melhorar os desfechos em saúde bucal (Parker; Jamieson, 2010; Dickson-Swift *et al*. 2014). Além disso, o caderno de desenvolvimento da alfabetização em saúde para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS) cita os propósitos da mensuração do LS para a atenção individualizada, que contemplam: diagnosticar os pontos fortes, necessidades e preferências de LS e avaliar sua contribuição para as desigualdades de acesso, participação e desfechos (OMS, 2022). Assim sendo, fornece dados relevantes sobre como construir ou melhorar as abordagens relacionadas à saúde, identificando possíveis consequências relacionadas a um baixo LS. A aplicação do conhecimento adquirido por meio de publicações científicas e da prática clínica baseada em evidências permite que o profissional avalie seus pacientes segundo o construto do letramento em saúde, ampliando as chances de sucesso no tratamento ao considerar o indivíduo de maneira integral (Durr-E-Sadaf, 2019; Rowlands, 2020; Sackett, 1996).

Evolução dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde bucal

Instrumentos com intuito de mensurar o LSB começaram a ser desenvolvidos logo após a virada do milênio. Em 2007, pesquisadores da Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América (EUA), desenvolveram, validaram e publicaram o primeiro instrumento, conhecido como *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry,* com 99 questões (REALD-99) (Richman *et al*, 2007) e, também, sua versão reduzida, o REALD-30 (Lee *et al*., 2007), ambos avaliando apenas o reconhecimento de palavras. O REALD-30 se tornou o instrumento de LSB mais traduzido até o momento, tendo sido adaptado transculturalmente para diversos idiomas.

Como o LSB é um construto multidimensional, e avaliar apenas o reconhecimento de palavras não englobava toda a complexidade do mesmo, novos instrumentos, com outras dimensões, logo foram desenvolvidos. Ainda em 2007, a mesma equipe da Universidade da Carolina do Norte propôs o *Test for Functional Health Literacy in Dentistry* (ToFHLID) (Gong *et al*., 2007), instrumento que inclui também as dimensões "compreensão de leitura" e "habilidade numérica".

Até 2010, apenas instrumentos com domínios funcionais haviam sido desenvolvidos (Richman *et al*., 2007; Lee *et al*., 2007; Gong *et al*., 2007; Sabbahi *et al*., 2009), quando pesquisadores de Baltimore, também nos EUA, desenvolveram, validaram e publicaram o *Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge* (CMOHK) (Macek *et al*., 2010), o primeiro instrumento com domínio conceitual, que avalia as dimensões de conhecimento sobre saúde bucal, prevenção, manejo da cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal.O pioneirismo dos Estados Unidos foi importantíssimo para o início do desenvolvimento de instrumentos, o que rapidamente se espalhou pelo globo. Países como Canadá (Sabbahi *et al*., 2009), Irã (Naghibi Sistani *et al.,* 2014), China (Wong *et al*., 2013), Austrália (Jones *et al*.,

2014), México (Vilchis*et al.,* 2015), Noruega (Stein *et al*., 2015), Índia (Chandu *et al*., 2020), Brasil (Martins *et al*., 2020), Alemanha (Spinler *et al*., 2021) e China (Sun *et al*., 2021) também desenvolveram e validaram instrumentos para mensurar o LSB.

Ao longo dos anos, percebeu-se que instrumentos menores favoreciam a adesão de participantes em pesquisa, o que estimulou o desenvolvimento de ferramentas com menor quantidade de itens ou, até mesmo, a versão curta de ferramentas já existentes. Além disso, cada vez mais dimensões foram sendo incorporadas aos instrumentos, tais como escuta, tomada de decisões, numeracia e comunicação, entre outras.

Até fevereiro de 2023, foram desenvolvidos e validados 16 instrumentos ao redor do mundo. A Tabela 1 traz o detalhamento de cada um deles. Desses, seis foram desenvolvidos nos EUA (Richman *et al.*, 2007; Lee *et al*., 2007; Gong *et al*., 2007; Macek *et al*., 2010; Lee *et al*., 2013; Gironda *et al*., 2013). O primeiro e único instrumento, originalmente, desenvolvido no Brasil, foi publicado em 2020, (Martins *et al*., 2020) com o intuito de avaliar o LSB de pacientes diabéticos. É importante pontuar que todas essas ferramentas foram destinadas a adultos, sendo que quatro são proxy, ou seja, aplicadas em adultos (responsáveis) com o intuito de acessar os dados da criança (Richman *et al.*, 2007; Lee *et al*., 2007; Gong *et al*., 2007; Wong *et al*., 2013).

É compreensível que, após mais de 15 anos de desenvolvimento de instrumentos para mensurar o LSB, os estudos mais recentes tenham focado em condições específicas. No entanto, isso não reduz a relevância dos instrumentos anteriores, que avaliam o LSB de forma geral — ao contrário, eles se complementam.Cada ferramenta é única, e o fato de ser mais recente, ou de possuir mais ou menos itens ou dimensões sendo avaliadas, não faz um instrumento ser superior ao outro. O que cabe ser avaliado, ao escolher o instrumento a ser utilizado, é o objetivo proposto pelo instrumento desenvolvido para mensurar o LSB, o propósito e o perfil da amostra a ser estudada.

Instrumentos de mensuração do letramento em saúde bucal

As formas contemporâneas de mensuração do LSB alinham-se com as tendências mais amplas do conceito multidimensional do LS. Assim sendo, atualmente, o foco dos instrumentos incluem habilidades relativas à leitura, escrita, numeracia, fala, audição e tomada de decisão assertiva (Naghibi *et al.*, 2014; *Institute of Medicine*, 2013). Os instrumentos para mensuração do nível de LSB seguem a classificação dos instrumentos em LS, em seus três níveis distintos: o letramento básico/funcional, que avalia as habilidades de leitura e escrita para a vida cotidiana, o letramento interacional/comunicativo, que mensura as habilidades cognitivas e de letramento combinadas a habilidades sociais, e o letramento crítico, que avalia a capacidade para lidar com informações e controlar as situações relacionadas a sua saúde bucal (Nutbeam, 1998, Nutbeam, 2000, Safari-Moradabadi *et al*., 2022).

Ao examinar os instrumentos existentes para a mensuração do LSB, observa-se que a grande maioria é direcionada à avaliação do letramento básico/funcional e utiliza duas estratégias: o reconhecimento de palavras (ex: REALD-30 e REALMD 20) e a compreensão da leitura (ex: TOFHLiD e OLHA-S). Alguns instrumentos desenvolvidos, recentemente, abordam outras habilidades, como numeracia e conhecimento conceitual em saúde bucal (ex: CMOHK e OHLI). No entanto, são escassos os instrumentos que mensuram outras habilidades importantes do LSB, como comportamentos/condutas de saúde bucal e habilidades de navegação nos serviços de saúde (ex: HELD-14 e OHL-AQ) (Dickson-Swift *et al*. 2014).

São muitas as possibilidades de utilização dos instrumentos de mensuração do LSB. Desse modo, é um desafio a seleção do instrumento adequado para responder ao objetivo do profissional. É importante selecionar um instrumento cujas propriedades psicométricas tenham sido testadas e que tenha demonstrado ser uma medida válida. A validade e a confiabilidade dos instrumentos são fundamentais para

a sua utilização em estudos científicos e na prática clínica, pois proporciona a segurança dos resultados encontrados (Parthasarathy, 2014). Além disso, é importante verificar para qual população e a faixa etária o instrumento foi desenvolvido, bem como se está adaptado transculturalmente para outros contextos culturais e populações (Paiva; Firmino; Abreu, 2018).

Posto isso, profissionais de saúde devem se apropriar e conhecer esses instrumentos a fim de utilizá-los como ferramentas no processo de melhorar sua comunicação com o paciente e a comunidade. A seleção de um bom instrumento para mensurar o LSB permite identificar indivíduos com baixo letramento e, a partir desse diagnóstico, intervir sobre aspectos que possam influenciar no tratamento, desfecho e, até mesmo, na prevenção de possíveis doenças (Silva Junior, 2021). Para auxiliar na seleção do instrumento que melhor se adeque a seus objetivos, descrevemos, no Quadro 1, os instrumentos que já foram desenvolvidos e que apresentaram boas propriedades psicométricas para mensurar o LSB (Quadro 1).

Quadro 1: Instrumentos de LSB validados no mundo

Nome do instrumento/ sigla/autor, ano / País / População-alvo	Conceitode letramento / Habilidades	nº de itens	Validado/ Idioma Original (IO) Traduzido e Adaptado (TA)	Escala de resposta / Forma de interpretação Pontuação Total (PT)
Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD-99)Richman *et al.,* 2007 / EUA / *	Funcional / Reconhecimento de palavras.	99	IO: Inglês TA: Persa (Irã)	1 ponto para cada palavra pronunciada corretamente; 0 ponto para cada palavra pronunciada incorretamente. PT varia de 0 a 99 pontos. / [a]
Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD-30)Lee *et al.,* 2007 / EUA / *	Funcional / Reconhecimento de palavras.	30	IO: Inglês TA: Português do Brasil; Espanhol; Romeno; Tailandês; Turco; Árabe; Japonês; Malaio.	1 ponto para cada palavra pronunciada corretamente; 0 ponto para cada palavra pronunciada incorretamente; PT varia de 0 a 30 pontos. / [a]
Test for Functional Health Literacy in Dentistry (ToFHLiD) Gong *et al.,*2007 / EUA / *	Funcional / Compreensão de leitura e numeracia.	80	IO: Inglês	Compreensão de leitura: pontuação máxima de 50; Numeracia: pontuação máxima de 50. PT varia de 0 a 100 pontos. / [a]
Oral Health Literacy Instrument (OHLI)Sabbahi *et al.,* 2009 / Canadá / Adultos	Funcional / Compreensão de leitura e numeracia.	57	IO: Inglês TA: Malaio; Russo; Espanhol.	1 ponto para cada resposta correta; 0 ponto para cada resposta incorreta/não respondido; as pontuações brutas foram multiplicadas por 1,316 (50⁄38) e 2,632 (50⁄19), respectivamente, para criar uma pontuação ponderada variando de 0 a 50 para cada seção. A pontuação bruta do conhecimento odontológico foi multiplicada por (100⁄17) 5,88. PT varia de 0 a 100 pontos. / [b]
Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge (CMOHK) Macek *et al.,*2010/ EUA **/** Adultos	Interacional / Conhecimento sobre saúde bucal	23	IO: Inglês TA: Árabe	1 ponto para cada resposta correta; 0 pontos para cada resposta incorreta/não respondido; PT varia de 0 a 23 pontos. / [c]
Oral Health Literacy Adults Questionnaire (OHL-AQ) Naghibi Sistani *et al.,* 2014 / Irã / Adultos	Funcional / Compreensão da leitura, numeracia, escuta e tomada de decisões.	17	IO: Persa e Inglês TA: Português do Brasil	1 ponto para cada resposta correta; 0 ponto para cada resposta incorreta/não respondido; PT varia de 0 a 17 pontos. / d
Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Paediatric Dentistry (HKOHLAT-P)Wong *et al.*, 2013 / China / *	Interacional / Conhecimento de saúde bucal, compreensão de leitura e numeracia.	30	IO: Cantonês e Inglês TA: Português do Brasil	A pontuação para cada sessão é 12, 26 e 14, com uma PT que varia de 0 a 52. / [a]
Oral Health Literacy Assessment-Spanish (OHLA-S) and English (OHLA-E) Lee *et al.,* 2013 / EUA **/** Adultos	Funcional / Reconhecimento de palavras e compreensão de leitura.	24	IO: Espanhol e Inglês TA: Português do Brasil	Possui 3 diferentes formas de pontuar, conforme objetivo do avaliador. PT varia de 0 a 24. / [a]

Nome do instrumento/ sigla/autor, ano / País / População-alvo	Conceitode letramento / Habilidades	nº de itens	Validado/ Idioma Original (IO) Traduzido e Adaptado (TA)	Escala de resposta / Forma de interpretação Pontuação Total (PT)
Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine and Dentistry (REALMD) Gironda *et al.,* 2013 / EUA / Adultos	Funcional / Reconhecimento de palavras e compreensão de leitura.	20	IO: Inglês TA: Português brasileiro.	1 ponto para cada palavra pronunciada corretamente; 0 ponto para cada palavra pronunciada incorretamente; PT varia de 0 a 20 pontos. / [a]
Health Literacy in Dentistry (HeLD)Jones *et al.,* 2014 / Austrália / Adultos	Interacional / Comunicação, acesso, receptividade, compreensão, utilização, apoio e barreiras econômicas.	29	IO: Inglês TA: Português do Brasil	Cada item é pontuado com escala *Likert* de 5 pontos, variando de 0 ("incapaz de fazer") a 4 ("sem nenhuma dificuldade"). A PT varia de 0 a 116. / [a]
Spanish Oral Health Literacy Scale (SOHLS) Vilchis *et al.,* 2015 / México / Adultos	Funcional / Habilidades de alfabetização: localização, integração, geração, cálculo e retorno.	29	IO: Espanhol	1 ponto para cada resposta correta; 0 ponto para cada resposta incorreta; PT varia de 0 a 29 pontos. / [a]
Adult Health Literacy Instrument for Dentistry (AHLID)Stein *et al.,* 2015 / Noruega / Adultos	Funcional / Compreensão da leitura; conhecimento em saúde bucal.	10 *	IO: Norueguês TA: Inglês	Textos no nível 1 de LSB e continuam, cronologicamente, até o nível 5. Pelo menos uma das duas respostas em cada nível tem que estar totalmente correta, antes de continuar com os textos no próximo nível. Ao final, é obtido um escore de LSB. PT variando de 1 a 5. / [a]
The indian oral health literacy measure (IOHLM-T)Chandu *et al.,* 2020 / Índia / Adultos	Crítico / Compreensão de leitura; numeracia; conhecimento de saúde bucal; alfabetização crítica e comunicativa.	30	IO: Urdu / Hindi TA: Telegu	Dentro de cada domínio, a pontuação máxima (25) deve ser dividida pelo número total de questões naquele domínio. PT varia de 0 a 100 pontos. / [e]
Oral Health Literacy among Diabetics (OHL-D)Martins *et al.*, 2020 / Brasil / Adultos	Funcional / Capacidade de acessar, entender, avaliar e interpretar informação sobre saúde.	30	IO: Português brasileiro TA: Chines (Cantonês? Mandarim?	Cada item é pontuado com escala *Likert* de 6 pontos, variando de 0 ("Nunca recebi essa informação") a 5. PT varia de 0 a 150. / [a]
*Oral Health Literacy Profile (*OHLP)Spinler *et al.*, 2021 / Alemanha / Adultos	Interacional / Conhecimento em saúde bucal; conhecimento do sistema de saúde bucal; impacto emocional; comportamento de saúde bucal.	28	IO: Alemão TA: Inglês	As pontuações de soma são calculadas dividindo os pontos alcançados pelo máximo de pontos possíveis e multiplicando por 100 para criar uma escala de pontuação de soma de 0 a 100. / [a]

Nome do instrumento/ sigla/autor, ano / País / População-alvo	Conceitode letramento / Habilidades	nº de itens	Validado/ Idioma Original (IO) Traduzido e Adaptado (TA)	Escala de resposta / Forma de interpretação Pontuação Total (PT)
Comprehensive oral health literacy (COHL)Sun *et al.*, 2021 / China / Adultos	Funcional / Conhecimento em saúde bucal, crença, prática, habilidade e alfabetização funcional em saúde bucal.	30	IO: Mandarim	No domínio "conhecimento", "prática" e "habilidade": respostas corretas recebem 1 ponto; respostas incorretas / "não sei" / em branco recebem 0 ponto. Na seção "crença": Concordo recebe 1 ponto; Discordo / em branco recebem 0 ponto. Para questões de múltipla escolha, foi atribuído 1 ponto para acertar ≥ 60% das opções corretas, caso contrário, foi atribuído 0 ponto. Itens LSB foram pontuados usando os critérios de pontuação da escala OHL-AQ. / [a]

*Pais/ Responsáveis por pacientes odontopediátricos
** Textos com uma atividade em cada nível de dificuldade variando de 1 a 5, sendo o nível 5 o mais complexo.
[a] Pontuações mais altas indicam um nível LSB mais alto.
[b] LSB Inadequado (0–59); LSB Limitado (60–74); LSB Adequado (75–100).
[c] LSB Ruim (0-11); LSB Regular (12-14); LSB Bom (15-23).
[d] LSB Inadequado (0-9); LSB Limitado (10-11); LSB Adequado (12-17).
[e] LSB Inadequado (0–59); LSB Limitado (60–74); LSB Adequado (75–100)

Fonte Elaborado pelos autores.

No ano de 2015, os instrumentos começaram a ser traduzidos e validados transculturalmente para o português brasileiro. Até o momento, encontramos no Brasil sete instrumentos traduzidos e adaptados transculturalmente que tiveram testadas suas propriedades psicométricas, sendo eles: a versão brasileira dos questionários *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry* (BREALD-30), *Rapid Estimate Adult Literacy in Medicine and Dentistry* (REALMD-20), *Short-form Health Literacy Dental Scale* (HeLD-14), *Brazilian Oral Health Literacy Adults Questionnaire* (BOHL-AQ), *Oral Health Literacy Assessment-Brazilian*(OHLA-B), *Brazilian Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Pediatric Dentistry* (BOHLAT-P) e *Short form of the Brazilian Oral Health Literacy Assessment Task for Pediatric Dentistry* (BOHLAT-P-30). Além disso, foi desenvolvido no Brasil o *Oral Health Literacy for Diabetics* (OHL-D), um instrumento direcionado para a mensuração do LSB em brasileiros com diabetes mellitus. O Quadro 2 descreve as principais características dos instrumentos de LSB no idioma português do Brasil (Quadro 2).

Quadro 2: Instrumentos validados para o português brasileiro

Nome do instrumento / Sigla /Autor, Ano	População -alvo	Conceito de letramento / Habilidades	Nº itens	Escala de resposta / Pontuação Total (PT) / Forma de interpretação
Brazilian Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry/ BREALD-30 Junkes *et al., 2015 /* Lima *et al., 2019*	Adultos / Adolescentes	Funcional / Reconhecimento de palavras.	30	1 ponto para cada palavra pronunciada corretamente; 0 ponto quando a pronúncia é incorreta. PT varia de 0-30 pontos. / [a]
Brazilian version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine and Dentistry / REALMD-20 / Cruvinel *et al.,* 2017	Adultos	Funcional / Reconhecimento de palavras.	20	1 ponto para cada termo lido corretamente. 0 ponto para cada item incorreto/não leitura; PT varia de 0-20 pontos. / [a]
Brazilian Short version of the Oral Health Literacy Assessment / OHLA-B-15 / Bado *et al.*, 2018	Adultos	Funcional / Reconhecimento e compreensão de palavras.	15	1 ponto quando os resultados dos testes de pronúncia e de associação forem corretos; 0 ponto quando qualquer um estiver incorreto. PT varia de 0-15 pontos. / [a]
Brazilian Portuguese version of the Hong Kong OHL Assessment Task for Pediatric Dentistry / BOHLAT-P / Firmino *et al.,* 2020	Pais *	Interacional / Conhecimento de saúde bucal; Compreensão de leitura; numeracia.	49	1 ponto para cada item correto; 0 ponto para cada item incorreto; PT varia de 0-49 pontos. / [a]
Oral Health Literacy for Diabetics / OHL-D / Martins*et al.,* 2020	Adultos **	Funcional / Reconhecimento de palavras; leitura.	30	Cada item é pontuado com escala *Likert* de 6 pontos, variando de 0 ("Nunca recebi essa informação") a 5. PT varia de 0-150. / [a]
Short-form of Health Literacy Dental Scale / HeLD-14 / Mialhe *et al*., 2020	Adultos	Interacional / acesso; compreensão; apoio/ suporte; utilização; barreiras econômicas; receptividade; e comunicação.	14	Cada item é pontuado com escala *Likert* de 5 pontos, variando de 0 ("incapaz de fazer") a 4 ("sem nenhuma dificuldade"). PT varia de 0-56./[a]
Short form of the Brazilian Oral Health Literacy Assessment Task for Pediatric Dentistry / BOHLAT-P-30 / Firmino *et al*., 2022	Pais *	Interacional / Conhecimento de saúde bucal; Compreensão de leitura; numeracia.	30	1 ponto para cada item correto; 0 ponto para cada item incorreto; PT varia de zero a 30 pontos. / [a]
Brazilian Oral Health Literacy-Adults Questionnaire / BOHL-AQ / Almeida *et al.,* 2022	Adultos	Funcional e Interacional / Compreensão de leitura; numeracia; escuta; tomada de decisão.	17	1 ponto para cada resposta correta; 0 ponto para cada resposta incorreta; PT varia de 0 a 17 pontos. / [b]

*responsáveis por crianças **diagnóstico de Diabetes [a] Pontuações maiores indicam um nível LSB maiores. [b] Inadequado de 0- 9 pontos; Limítrofe 10-11 pontos; Adequado de 12-17 pontos.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Um dos instrumentos mais utilizados no país é a versão brasileira do questionário REALD-30 (BREALD-30), um instrumento utilizado para a triagem e rastreamento de indivíduos com baixo LSB. O BREALD-30 realiza a avaliação do nível de LSB por meio da leitura de 30 palavras relacionadas à saúde bucal, organizadas de acordo com a frequência de observação e com o grau de dificuldade na pronúncia. Cada pronúncia correta recebe um (1) ponto e as pronúncias incorretas recebem zero (0) ponto. O escore final é obtido por meio do somatório e pode variar de 0 a 30 pontos, sendo que pontuações menores indicam um menor nível de letramento em saúde bucal (Junkes *et al*., 2015).

O BREALD-30 avalia apenas o reconhecimento de palavras e não mensura outros construtos importantes no contexto do LSB, como a compreensão, a numeracia, as competências pessoais para navegação nos sistemas de saúde e as habilidades de autogestão da saúde bucal. No entanto, vale destacar que esse instrumento possui vantagens, como sua aplicação fácil e rápida, com duração média de 3 minutos e que requer um treinamento mínimo do profissional. Além disso, esse instrumento pode ser administrado em ambiente clínico ou em pesquisas de campo (Junkes *et al*., 2015).

A versão brasileira do REALMD-20 é uma alternativa de instrumento que também mensura o letramento funcional por meio da leitura de palavras. Contudo, este utiliza, simultaneamente, termos médicos e odontológicos (n = 20), de forma que sua utilização pode ser vantajosa dada a integralidade dos indivíduos e a indissociabilidade da saúde geral e bucal. As palavras estão dispostas em ordem crescente de dificuldade e a pronúncia com clareza e fluidez recebe 1 ponto, enquanto a incapacidade/hesitação de ler e/ou a pronúncia incorreta recebe 0 ponto. A pontuação geral é realizada por meio do somatório e pode variar entre 0 a 20 pontos. Suas vantagens são semelhantes às do BREALD-30, como rapidez e facilidade de aplicação (Cruvinel *et al*. 2017).

O OHLA-B é uma ferramenta composta por 15 itens que avaliam o reconhecimento e a compreensão de palavras. Trata-se de palavras relacionadas a condições adversas de saúde bucal e organizadas em ordem crescente de dificuldade de leitura. A aplicação deve ser realizada em duas etapas: primeiramente é avaliada a pronúncia correta das 15 palavras, e, em seguida,há um teste de compreensão, em que o participante deve realizar uma associação da palavra pronunciada com outro termo relacionado a ela. Sua aplicação é simples e rápida (3 a 5 minutos). Para o somatório, a pronúncia e associação realizadas corretamente recebem 1 ponto e o erro na pronúncia e/ou associação recebe 0 ponto. Apesar de avaliar o conhecimento das palavras, esse instrumento não mensura outros aspectos essenciais, como numeracia e o LSB crítico (Bado *et al*., 2018).

Com o intuito de avaliar os demais aspectos do LSB, outros instrumentos foram adaptados para o contexto brasileiro. O BOHLAT-P é um instrumento específico para mensurar o LSB em responsáveis por pacientes pediátricos. Esse questionário é composto por 49 itens, organizados em 3 sessões, sendo elas: conhecimento em saúde bucal infantil, compreensão de leitura e numeracia associadas a situações hipotéticas do cotidiano. Sua principal vantagem é a avaliação ampla no contexto da odontopediatria, o que também pode restringir a sua utilização. Além disso, vale ressaltar que se trata de um instrumento longo e complexo, fato que pode dificultar sua utilização clínica e em pesquisas populacionais (Firmino *et al*., 2020). Pensando nesse aspecto, foi desenvolvida e validada para o português brasileiro a versão reduzida da BOHLAT (BOHLAT-P-30), com apenas 30 itens que mensuram os mesmos aspectos do instrumento original, com a vantagem de ser mais rápido e simples, podendo ser aplicado em ambiente clínico e estudos populacionais (Firmino *et al*., 2022).

O OHL-D é uma ferramenta desenvolvida no Brasil para mensuração do LSB de pacientes adultos com diabetes mellitus. O instrumento é composto por 30 questões divididas em cinco partes: 1)

acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações relacionadas a saúde bucal; 2) profissionais de saúde envolvidos na transmissão de informações; 3) contato com assuntos de saúde bucal; 4) leitura de informações sobre saúde bucal; e 5) acesso a informações de saúde bucal nas mídias digitais. Dessa forma, tem o objetivo de mensurar o acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações em saúde bucal em adultos com diabetes. Apesar de sua avaliação mais ampla, esse instrumento possui a desvantagem de ser direcionado para uma população específica e apresenta tempo de aplicação longo, variando entre 15 a 25 minutos (Martins *et al*., 2020).

O HELD-14 é um instrumento que mensura o LSB interacional e fornece dados mais abrangentes por meio de 7 dimensões, sendo elas: acesso, compreensão, suporte, utilização, barreiras econômicas, receptividade e comunicação. Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 14 perguntas, com opções de respostas organizadas em uma escala *likert* de 5 pontos. O escore total é calculado por meio de somatório (variação de 0 a 56 pontos), sendo que quanto maior a pontuação obtida, maior é o nível de letramento em saúde bucal do indivíduo. O HeLD-14 tem a proposta de mensurar a capacidade e as habilidades individuais para buscar, compreender e aplicar as informações de saúde bucal para a tomada de decisões assertivas. Apesar de sua mensuração ampla, é um instrumento de aplicação rápida e pode ser utilizado em ambientes clínicos e em pesquisas (Mialhe *et al*., 2020).

Por fim, o BOHL-AQ é um instrumento, recentemente, validado para o português do Brasil para mensurar o LSB. Trata-se de uma ferramenta abrangente e de rápida aplicação, composta por 17 itens organizados em quatro seções, incluindo compreensão de leitura, numeracia, audição e habilidades de tomada de decisão. Cada resposta correta recebe 1 ponto e o escore total é obtido pelo somatório (variação de 0 a 17 pontos). As notas são categorizadas em três grupos: inadequado, de 0 a 9 pontos; marginal, 10 e 11 pontos; e adequado, 12 a 17 pontos. Como suas propriedades psicométricas foram testadas no

Brasil apenas no ano de 2022, é um instrumento ainda pouco utilizado no contexto brasileiro, mas que apresenta potencial de avaliar mais amplamente o LSB (Almeida *et al*., 2022).

Considerações Finais

O letramento em saúde, em seu conceito mais amplo, envolve dimensões diferentes de como o indivíduo ou comunidade lidam com as informações de saúde. Cada uma dessas dimensões — funcional, interativa e crítica — representa diferentes níveis de envolvimento e responsabilidade, que podem se manifestar de maneira passiva ou ativa. O desenvolvimento de instrumentos válidos e confiáveis facilitou a compreensão de como os aspectos relacionados a um baixo letramento em saúde bucal podem influenciar na saúde de indivíduos e populações, tanto na pesquisa quanto na prática clínica. No entanto, a maioria dos instrumentos desenvolvidos até o presente momento possui um foco voltado para o letramento funcional, o que limita uma medição mais ampla e completa do letramento em saúde bucal, dificultando a avaliação das outras dimensões por pesquisadores e profissionais da área e em diferentes contextos e/ou públicos-alvo. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de instrumentos mais abrangentes, que contemplem os aspectos citados anteriormente e, mais do que isso, que colaborem com o desenvolvimento de intervenções e abordagens que favoreçam o letramento em saúde, empoderando indivíduos e comunidades para obter uma melhora na saúde bucal.

Referências

ALSUBAIE, MerfatAyesh. Distance education and the social literacy of elementary school students during the Covid-19 pandemic. *Heliyon*,v. 8(7), e09811, jul. 2022. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e09811.. Disponível em:https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844022010994. Acesso em: 02 jul. 2025.

BADO, Fernanda Maria Rovai; BARBOSA, Taís de Souza; SOARES, Gustavo Hermes; MIALHE, Fábio Luiz. Oral health literacy and periodontal disease in primary health care users. *International Dental Journal*, v.72, n.5, p. 654-658, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35065796/. Acesso em: 14 maio 2025.

BADO,Fernanda Maria Rovai; REBUSTINI, Flávio; JAMIESON, Lisa; CORTELLAZZI,Karine Laura; MIALHE, FábioLuiz. Evaluation of the psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Literacy Assessment in Spanish and development of a shortened form of the instrument. *PLoS One*,v. 29;13(11), p. e0207989, nov. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30496226/. Acesso em: 14 maio 2025.

BASKARADOSS, Jagan Kumar. The association between oral health literacy and missed dental appointments. *J Am Dent Assoc*, v. 147, n. 11, p. 867–74, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27497866/. Acesso em: 14 maio 2025.

BATISTA, Marília Jesus; LAWRENCE, Herenia Procópio; SOUSA, Maria da Luz Rosário de. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, v.18, n.60, p. 1-9, 2018. Disponível em: https://doaj.org/article/167d98ce5ab5419496a364bba5943ab7. Acesso em: 14 maio 2025.

CHANDU, ViswaC.; VADAPALLI, Viswanath; PACHAVA, Srinivas; MARELLA, Yamuna; BOMMIREDDY, Vikramsimha; RAVOORI, Srinivas. Development and evaluation of a new oral health literacy instrument among telugu speaking population: The indian oral health literacy measure. *Indian J Dent Res.*, v. 31(6), p. 862-871, nov.-dec. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33753655/. Acesso em: 14 maio 2025.

CRUVINEL,Agnes Fátima P.; MÉNDEZ,Daniela Alejandra C.; OLIVEIRA, Juliana G.; GUTIERRES,Eliézer; LOTTO, Matheus; MACHADO,Maria Aparecida A. M.; OLIVEIRA,Thaís M.; CRUVINEL, Thiago. The Brazilian version of the 20-item rapid estimate of adult literacy in medicine and dentistry. *PeerJ.*,v. 29;5, p. e3744, aug. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28875082/. Acesso em: 14 maio 2025.

DICKSON-SWIFT, Virginia; KENNY, Amanda; FARMER, Jane; GUSSY, Mark; LARKINS, Sarah. Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. *BMC Oral Health*,v. 4;14, p. 148, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25472659/. Acesso em: 14 maio 2025.

DURR-E-SADAF. How to apply evidence-based principles in clinical dentistry. *J MultidiscipHealthc*,v,11;12, p. 131-136, feb. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30804675/. Acesso em: 14 maio 2025.

FIRMINO,Ramon Targino; FERREIRA,Fernanda Morais; MARTINS,Carolina Castro; GRANVILLE-GARCIA,Ana Flávia; FRAIZ,Fabian Calixto; PAIVA,Saul Martins. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. *Int J Paediatr Dent.*,jul. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29984431/. Acesso em: 14 maio 2025.

FIRMINO, Ramon Targino; GRANVILLE-GARCIA,Ana Flávia; BENDO,Cristiane Baccin; FERREIRA,Fernanda Morais; ORTIZ,Fernanda Ruffo; MCGRATH,Colman Patrick; PAIVA, Saul Martins. Development and validation of a short form of the BOHLAT-P. Braz oral res [Internet]. 2022;36:e074.Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0074. Acesso em: 14 maio 2025.

FIRMINO,Ramon Targino; GRANVILLE-GARCIA,Ana Flávia; MCGRATH,Colman Patrick; BENDO,Cristiane Baccin; FERREIRA,Fernanda Morais; PAIVA,Saul Martins. Validation for Brazilian Portuguese language of the Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Paediatric Dentistry (BOHLAT-P). *Int J Paediatr Dent.*,v. 30(2), p. 234-243, mar. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31628878/. Acesso em: 14 maio 2025.

GHAFFARI,Mohtasham; RAKHSHANDEROU,Sakineh; RAMEZANKHANI, Ali; MEHRABI,Yadollah; SAFARI-MORADABADI, Ali. Systematic review of the tools of oral and dental health literacy: assessment of conceptual dimensions and psychometric properties. *BMC Oral Health*,v. 3;20(1), p. 186, jul. 2020. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32620108/. Acesso em: 14 maio 2025.

GIRONDA,Melanie; DER-MARTIROSIAN, Claudia; MESSADI, Diana; HOLTZMAN Jennifer; ATCHISON, Kathryn. A brief 20-item dental/medical health literacy screen (REALMD-20). *J Public Health Dent.*,v. 73(1), p. 50-5, 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23293880/. Acesso em: 14 maio 2025.

GONG,Debra A.; LEE,Jessica Y.; ROZIER,R. Gary; PAHEL,Bhavna T.; RICHMAN,Julia A.; VANN JUNIOR,William F. Development and testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLiD). *J Public Health Dent.*,v. 67(2), p. 105-12, 2007. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17557682/. Acesso em: 14 maio 2025.

HEIDE, Iris Van Der; HEIJMANS, Monique; SCHUIT, A. Jantine; UITERS, Ellen; RADEMAKERS, Jane. Functional, interactive and critical health literacy: Varying relationships with control over care and number of GP visits. *Patient Education and Counseling*, v. 98, n. 8, p. 998–1004, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25956070/. Acesso em: 14 maio 2025.

HOLTZMAN, Jennifer S.; ATCHISON, Kathryn A.; GIRONDA, Melanie W.; RADBOD, Rebeca; GORNBEIN, Jeffrey. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 42, n. 3, p. 263-270, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24372282/. Acesso em: 14 maio 2025.

HOROWITZ, Alice M.; KLEINMAN, Dushanka V. Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dental Clinic of North American*, v. 52, n. 2, p. 333-344, 2008. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18329447/. Acesso em: 14 maio 2025.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Oral health literacy*: workshop summary. Washington: The National Academies Press, 2013. Disponível em:https://nap.nationalacademies.org/catalog/13484/oral-health-literacy-workshop-summary. Acesso em: 14 maio 2025.

JONES, K.; PARKER, E.; MILLS, H.; BRENNAN, D.; JAMIESON, L. M. Development and psychometric validation of a Health Literacy in Dentistry scale (HeLD). *Community Dent Health*,v. 31(1), p. 37-43, mar. 2014. PMID: 24741892. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24741892/. Acesso em: 14 maio 2025.

JUNKES, Monica C.; FRAIZ, Fabian C.; SARDENBERG, Fernanda; LEE, Jessica Y.; PAIVA, Saul M.; FERREIRA, Fernanda M. Validity and reliability of the Brazilian version of the rapid estimate of adult literacy in dentistry–BREALD-30. *PloS one*, Curitiba, v. 10, n. 7, p. e0131600. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26158724/. Acesso em: 14 maio 2025.

KICKBUSCH, Ilona. Health and citizenship: the characteristics of 21st century health. *World Hosp Health Serv.*,v. 40(4), p´. 12-4, 2004. PMID: 15751547. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15751547/. Acesso em: 14 maio 2025.

LEE, Jessica Y.; ROZIER, R. Gary; LEE,Shoou-Yih Daniel; BENDER,Deborah; RUIZ,Rafael E. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30--a brief communication. *J Public HealthDent.*,v. 67(2), p. 94-8, 2007. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17557680/.Acesso em: 14 maio 2025.

LIMA, Larissa Chaves Morais de; NEVES,Érick Tássio Barbosa; DUTRA,Laio da Costa; FIRMINO, Ramon Targino; ARAÚJO,Luiza Jordânia Serafim de; PAIVA,Saul Martins; FERREIRA, Fernanda Morais; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia. Psychometric properties of BREALD-30 for assessing adolescents' oral health literacy. *ver. SaúdePública*, v. 53, p. 53, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31432910/. Acesso em: 14 maio 2025.

MACEK, Mark D.; HAYNES, Don; WELLS, William; BAUER-LEFFLER, Simon; COTTEN, P. Ann; PARKER, RuthM. Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. *J Public Health Dent*,v. 70(3), p. 197-204, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20337901/. Acesso em: 14 maio 2025.

MIALHE, Fábio Luiz; BADO, Fernanda Maria Rovai; JU, Xiangqun; BRENNAN, David S.; JAMIESON, Lisa. Validation of the Health Literacy in Dentistry scale in Brazilian adults. *Int Dent J*. v. 70(2), v. 116-126, apr. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31792976/. Acesso em: 14 maio 2025.

MIALHE, Fábio Luiz; SANTOS, Beatriz Loureiro; BADO, Fernanda Maria Rovai; OLIVEIRA OLIVEIRA-JÚNIOR, Alcir José de; SOARES, Gustavo Hermes. Association between oral health literacy and dental outcomes among users of primary healthcare services. *Brazilian Oral Research*, v. 36. e004, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35081222/. Acesso em: 15 maio 2025.

SISTANI, Mohammad M. Naghibi; MONTAZERI, Ali; YAZDANI, Reza; MURTOMAA, Heikki. New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *J Investig Clin Dent.* 2014 Nov; 5(4):313-21. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23559571/. Acesso em: 14 maio 2025.

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*, [*S. l.*], v. 15, n. 3, p. 259–267, 1 set. 2000. Disponível em: https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/15/3/259/551108?redirectedFrom=fulltext. Acesso em: 31 jan. 2025.

NUTBEAM, Don. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1998;13:349–364. Disponível em: doi: 10.1093/heapro/13.4.349. Acesso em: 14 maio 2025.

NUTBEAM, Don; LLOYD, Jane E. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, [S. l.], v. 42, n. 1, p. 159–173, 1 abr. 2021. Disponível em: https://www.annualreviews.org/deliver/fulltext/publhealth/42/1/annurev-publhealth-090419-102529.pdf?itemId=/content/journals/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529&mimeType=application/pdf. Acesso em: 31 jan. 2025.

OMS - Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 3. Recommended actions. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

PAIVA, Saul M.;FIRMINO, Ramon Targino; Abreu LucasGuimarães. Validação de instrumentos para a pesquisa odontológica. In: Estrela, C. Metodologia Científica: ciência, ensino, pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 2018. p. 315-23.

PARKER, Eleanor J.;JAMIESON, Lisa. Associations between indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. BMC Oral Health. 2010 Mar 26;10:3. doi: 10.1186/1472-6831-10-3. PMID: 20346124; PMCID: PMC2859391. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20346124/. Acesso em: 14 maio 2025.

PARTHASARATHY, Divya S.;MCGRATH, Colman P. J.;BRIDGES, Susan M.;WONG, Hai Ming;YIU,Cynthia;AU,Terry. Efficacy of instruments measuring oral health literacy: a systematic review. Oral Health Prev Dent. 2014;12(3):201-7. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25197741/Acesso em: 14 maio 2025.

PRAVEEN, Sobiya; PARMAR, Jinal; CHANDIO, Navira; ARORA, Amit. A Systematic Review of Cross-Cultural Adaptation andPsychometric Properties of Oral Health Literacy Tools. Int J Environ Res Public Health., v.18, n. 19, p. 10422, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639729/. Acesso em: 14 maio 2025.

RICHMAN, Julia A.; LEE, Jessica Y.; ROZIER, R. Gary; GONG, Debra A.; PAHEL, Bhavna T.; VANN, Willian F. Jr. Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-99. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 67, n. 2, p. 99–104, 2007. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00022.x. PMID: 17557681. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17557681/ Acesso em: 3 jul. 2025.

ROOTMAN, Irv;FRANKISH J; KWAN B.; ZUMBO B.; KELLY K.; BEGORAY D., et al. The development and validation of measures of “health literacy” in different populations. Vancouver/ Victoria: University of British Columbia/ University of Victoria; 2006.

ROWLANDS, Gill;TABASSUM, Bimasal;CAMPBELL, Paul;HARVEY, Sandy;VAITTINEN, Anu;STOBBART, Lynne;THOMSON, Richard;MANDY-WARDLE-MCLEISH;PROTHEROE, Joanne. The Evidence-Based Development of an Intervention to Improve Clinical Health Literacy Practice. Int J Environ Res Public Health. 2020 Feb 26;17(5):1513. Disponível em: doi: 10.3390/ijerph17051513. PMID: 32111050; PMCID: PMC7084414. Acesso em: 14 maio 2025.

SABBAHI, Dania A.; LAWRENCE, Herenia P.; LIMEBACK, Hard; ROOTMAN, Irving. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 37, n. 5, p. 451–462, out. 2009. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00490.x. PMID: 19740249. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2009.00490.x. Acesso em: 3 jul. 2025.

SACKETT, D. L.;ROSENBERG W. M.;GRAY, J. A.;HAYNES, R. B.;RICHARDSON, W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996 Jan 13;312(7023):71-2. Disponível em: doi: 10.1136/bmj.312.7023.71. PMID: 8555924; PMCID: PMC2349778. Acesso em: 14 maio 2025.

SAFARI-MORADABADI, Ali;RAKHSHANDEROU, Sakineh;RAMEZANKHANI, Ali;GHAFFARI, Mohtasham. Explaining the concept of oral health literacy: Findings from an exploratory study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022 Apr;50(2):106-114. doi: 10.1111/cdoe.12637. Acesso em: 14 maio 2025.

SILVA JUNIOR, Manoelito; BITTARELLO, Felipe; FADEL, Cristina; BATISTA, Marília. *Literacia em saúde no contexto da integralidade do cuidado em Odontologia*. 2021. Disponível em: https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210504454.pdf. Acesso em: 3 jul. 2025.

SPINLER, Kristin; VALDEZ, Richelle; AARABI, Ghazal; DINGOYAN, Demet; REISSMANN, Daniel Ralph; HEYDECKE, Guido; KNESEBECK, Olaf Von Dem; KOFAHL, Christopher. Development of the Oral Health Literacy Profile (OHLP)—Psychometric properties of the oral health and dental health system knowledge scales. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 49, p. 609–616, 2021. DOI: https://doi.org/10.1111/cdoe.12688. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cdoe.12688. Acesso em: 3 jul. 2025.

SUN, Sicong;CHEN, Yu-Chih. Is Financial Capability a Determinant of Health? Theory and Evidence. *J Fam Econ Issues*. 2022;43(4):744-755. doi: 10.1007/s10834-022-09869-6. Epub 2022 Nov 1. PMID: 36338921; PMCID: PMC9628498. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36338921/. Acesso em: 14 maio 2025.

STEIN, Linda; PETTERSEN, Kjell Sverre; BERGDAHL, Maud; BERGDAHL, Jan. Development and validation of an instrument to assess oral health literacy in Norwegian adult dental patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 73, n. 7, p. 530–538, 2015. DOI: https://doi.org/10.3109/00016357.2015.1007477. PMID: 25652174. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00016357.2015.1007477. Acesso em: 3 jul. 2025.

TAVOUSI, Mahmoud;MOHAMMADI, Samira;SADIGHI, Jila;ZAREI, Fatemeh;KERMANI, Ramin Mozafari;ROSTAMI, Rahele;MONTAZERI, Ali. Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. PLoS One. 2022 Jul 15;17(7):e0271524. doi: 10.1371/journal.pone.0271524. PMID: 35839272; PMCID: PMC9286266. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35839272/. Acesso em: 14 maio 2025.

VILCHIS, Maria del Carmen Villanueva; WINTERGERST, Ana; BORGES YÁÑEZ, Socorro Aída. Toward a comprehensive instrument of oral health literacy in Spanish. *Journal of Health Communication*, v. 20, n. 8, p. 930–937, ago. 2015. DOI: https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018568. PMID: 25942422. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2015.1018568. Acesso em: 3 jul. 2025.

WONG, Hai Ming; BRIDGES, Susan M.; YIU, Cynthia K.; McGRATH, Colman P.J.; AU, Terry K.; PARTHASARATHY, Divya S. Validation of the Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Paediatric Dentistry (HKOHLAT-P). *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 23, n. 5, p. 366–375, set. 2013. DOI: https://doi.org/10.1111/ipd.12021. PMID: 23947421. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23947421/. Acesso em: 3 jul. 2025.

YEŞILYURT, Etem;VEZNE, Rabia. Digital literacy, technological literacy, and internet literacy as predictors of attitude toward applying computer-supported education. *Educ Inf Technol (Dordr).* 2023 Jan 18:1-27. doi: 10.1007/s10639-022-11311-1. Epub ahead of print. PMID: 36688220; PMCID: PMC9845825.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36688220/.Acesso em: 14 maio 2025.

CAPÍTULO 8

A entrevista motivacional no contexto da odontologia

Luciana Reichert da Silva Assunção
Karina Duarte Vilella
Fernanda de Morais Ferreira

Introdução

A adesão às estratégias preventivas ou terapêuticas requer, muitas vezes, mudanças comportamentais. A mudança no comportamento, por sua vez, é complexa e determinada por diferentes fatores, incluindo atitudes, crenças e contextos sociais. O enfoque, exclusivamente, na capacidade do profissional em exercer influências que resultem em mudanças de comportamento em seus pacientes é simplista e, muitas vezes, ineficaz, pois não leva em consideração a motivação pessoal ou possíveis estados de ambivalência. Sendo assim, estratégias de comunicação centradas no paciente (CCP) têm se mostrado mais efetivas em produzir mudanças comportamentais uma vez que proporcionam e encorajam o protagonismo do paciente nas suas decisões em saúde (Kwame; Petrucka, 2021).

Com o objetivo de promover mudanças positivas no comportamento, auxiliando em situações de ambivalência, foi elaborada a entrevista motivacional (EM), definida como um estilo de aconselhamento diretivo e centrado no paciente. A EM foi construída a partir de experiências no tratamento do alcoolismo, sendo descrita pela primeira vez por Miller, em

1983 (Miller, 1983). A partir de então, o uso do método foi extrapolado para outras condições, como dependência de drogas ilícitas e tabagismo (Lindson; Thompson; Ferrey; Lambert; Aveyard, 2019), além do tratamento de doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares e o diabetes (Steffen; Mendonca; Meyer; Faustino-Silva, 2021). O método foi projetado para fortalecer a motivação pessoal, buscando as razões que dificultam, ou que impeçam, mudanças de comportamento, em especial, os sentimentos de ambivalência, em uma atmosfera de respeito à autonomia do indivíduo (Miller; Rollnick, 2013).

O uso da EM tem se mostrado eficaz, quando utilizada isoladamente ou em combinação com outras intervenções, nas mudanças de comportamentos que promovem a saúde, incluindo o aumento à adesão medicamentosa (Palacio, 2016), mudanças de hábitos alimentares (Kushner; Ryan, 2014)e adesão ao tratamento de doenças crônicas (Steffen; Mendonca; Meyer; Faustino-Silva, 2021).

Assim como nas demais áreas em saúde, pesquisas no campo da odontologia também têm verificado o impacto dessa intervenção na saúde bucal. Nos últimos anos, revisões sistemáticas foram publicadas avaliando o efeito da EM nas condições bucais. Os estudos mostram que a técnica de EM apresenta evidências em modificar o conhecimento e comportamentos relacionados à saúde bucal e em reduzir os índices de cárie dentária na infância (Colvara, 2021). Ela é eficaz no aprimoramento do conhecimento em saúde bucal e na adesão ao uso de fluoretos (Mortazavi; Kazemi; Faghihian, 2021) e pode ser utilizada com sucesso como coadjuvante de terapias periodontais (Kopp, 2017). No entanto, as evidências do papel da EM na odontologia precisam ser aprimoradas em razão de alguns resultados limitados e conflitantes (Ripplinger; Cascaes, 2022).

A consolidação de tomadas de decisões apropriadas em saúde pode ser influenciada pelo grau da capacidade individual em acessar, obter, compreender e aplicar as informações recebidas (Nutbeam; Muscat, 2021) Essa capacidade é notoriamente conhecida como letramento em saúde

(LS) ou, quando o sentido é extrapolado para os contextos em saúde bucal, letramento em saúde bucal (LSB). O baixo LSB tem sido associado a piores desfechos em saúde bucal, incluindo maior frequência de faltas às consultas odontológicas (Baskaradoss, 2016), maior número de dentes perdidos (Baskaradoss, 2018), pior estado de saúde periodontal (Holtzman, 2017) e maior experiência de cárie (Bridges, 2014) quando comparados a indivíduos com altos níveis de LSB.

Uma revisão sistemática da literatura demonstrou que programas de treinamento em associação com técnicas educativas são eficazes no aprimoramento dos níveis de letramento em saúde bucal e em estratégias de comunicação centradas no paciente (Nurash; Kasevayuth; Intarakamhang, 2020).Os autores sugerem que os conceitos de LSB e de CCP deveriam ser utilizados em conjunto a fim de promover a saúde bucal e, consequentemente, em melhorias em seus desfechos. Assim, o objetivo deste capítulo é apresentar a técnica de EM como uma opção de CCP, além de promover uma reflexão sobre a sua utilização em contextos que envolvam o LSB.

Aconselhamento centrado no paciente e entrevista motivacional

Se, por um lado, os avanços das áreas de saúde desde o século passado contribuíram substancialmente na cura e no tratamento das doenças agudas, por outro lado, comportamentos e estilo de vida modernos têm favorecido um crescimento exponencial das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As principais DCNT que afetam a saúde humana são as doenças cardiovasculares, câncer, doenças crônicas respiratórias e diabetes (Budreviciute, 2020). Recentemente, as doenças bucais, incluindo a doença periodontal e a cárie dentária, também têm sido classificadas como DCNT, compartilhando os mesmos fatores de risco das DCNT sistêmicas (Wolf, 2021).

Em nível individual, a maior parte das DCNT pode ser prevenida ou tratada por meios de mudanças comportamentais (Budreviciute, 2020). Esse último aspecto é, sem dúvida, um grande desafio uma

vez que mudanças de hábitos dependem, diretamente, da eficácia do método de abordagem e do empoderamento do indivíduo como protagonista nas tomadas de decisões que resultem em um estilo de vida mais saudável (Laverack, 2017). Se o primeiro aspecto remete ao profissional de saúde e o segundo, ao paciente, é imperioso que o profissional se conscientize da importância da condução de uma comunicação efetiva que possa influenciar na motivação pessoal do seu paciente.

Métodos educativos mais tradicionais em saúde são conduzidos em abordagens mais amplas sem se levar em conta os contextos interpessoais do indivíduo, e, portanto, apresentam maior frequência em falhas na permanência das mudanças em longo prazo (Colvara, 2021). Por outro lado, abordagens centradas no paciente têm se mostrado mais eficazes e com resultados mais duradouros (Nurash; Kasevayuth; Intarakamhang, 2020).

A entrevista motivacional é uma estratégia de orientação baseada no comportamento, sendo conduzida com foco em uma situação específica - a partir de um diálogo colaborativo, entre o profissional e o paciente - que resulta em um processo decisório realizado em conjunto. Além disso, busca identificar as ferramentas intrínsecas do indivíduo a fim de ativar a sua própria motivação pessoal, com base na autonomia e no reconhecimento do direito de escolha do indivíduo (Miller; Rollnick, 2013). O Quadro 1 descreve as principais diferenças entre as técnicas mais tradicionais de educação em saúde e a entrevista motivacional como uma proposta de comunicação centrada no paciente.

Quadro 1: Principais diferenças de métodos de educação em saúde tradicionais e a entrevista motivacional.

Educação em saúde tradicional	Entrevista motivacional
Centrada no profissional	Centrada no paciente
O profissional dita o que o paciente deve fazer (estilo diretivo)	O profissional conduz as orientações para que o paciente tome as suas próprias decisões (estilo orientativo)
Orientação unidirecional	Orientação colaborativa
Não leva em consideração as preferências e anseios do paciente	Considera as preferências e as ambivalências do paciente
Foca apenas na mudança do comportamento	Foca no aumento da motivação que produz a mudança de comportamento
Tentativa de persuadir o paciente	Evocação dos recursos e habilidades intrínsecas do paciente
Escolha consciente de aspiração de mudança do paciente por parte do profissional	Promove o aconselhamento com neutralidade em relação às mudanças dos objetivos do paciente
Baseada em métodos padronizados, sem levar em consideração os contextos individuais e subjetivos do paciente	Método que leva em consideração os aspectos individuais e sentimentos de ambivalência

Fonte: elaborado pelas autoras.

Os fundamentos da Entrevista Motivacional

São quatro os fundamentos que norteiam o método de EM: 1) resistir ao reflexo de mudar as situações; 2) compreender as motivações do paciente; 3) escutar com empatia; e 4) fortalecer a autonomia do paciente(Colvara, 2021). O primeiro aspecto remete ao profissional em resistir às tentativas em defender a mudança comportamental, sendo que é o paciente quem deve verbalizar tais mudanças. É importante ter em mente que, em processos de mudanças comportamentais, os sentimentos de ambivalência estão quase sempre presentes. Assim, são as razões assumidas pelo paciente em querer mudar as mais prováveis de

desencadear tais mudanças, sendo imperioso, dessa forma, compreender suas próprias motivações. Para esse entendimento, é necessário que o profissional desenvolva, durante o processo de aconselhamento, a habilidade de escuta e a promoção do fortalecimento dos recursos intrínsecos do paciente, gerando autonomia (Miller, Rollnick, 2013).

A EM também se fundamenta em quatro etapas distintas - foco, evocação, planejamento e revisão (Miller, Rollnick, 2013) - que serão discutidas a seguir e devem ser consideradas de maneira sequencial, durante o processo de mudança de comportamento. A primeira etapa, foco, remete à identificação do alvo das ações que necessitam das mudanças comportamentais. Assim, nessa etapa, deve-se direcionar o enfoque às causas, evitando que o paciente se concentre apenas nos sintomas ou em fatos mais recentes (Miller, Rollnick, 2013). A segunda etapa, evocação, relaciona-se à promoção dos recursos e habilidades intrínsecas do indivíduo, sendo considerada como a essência da EM. É importante que, nessa etapa, o próprio paciente verbalize as respostas para as suas questões (Miller, Rollnick, 2013). Durante a terceira etapa, no planejamento, o paciente estabelece suas próprias soluções para a mudança de comportamento. Nessa fase, os questionamentos são substituídos pelas tomadas de decisões. O papel do profissional nessa fase é incentivar o indivíduo a desenvolver estratégias e metas realistas e colaborar para que elas sejam realizadas (Miller, Rollnick, 2013). A Figura 1 explicita as etapas de foco, evocação e planejamento em um contexto de saúde bucal.

Por fim, na quarta etapa, é conduzida a revisão, que é um momento que oportuniza ao paciente a colocação das dificuldades durante o processo de mudança. Nessa fase, cabe ao profissional oferecer suporte às dificuldades e validar o comportamento positivo, sempre considerando e valorizando o esforço do paciente (Miller, Rollnick, 2013). Vale ressaltar que todas as etapas devem ser regidas pelo engajamento de uma aliança terapêutica que consiste na construção do vínculo profissional-paciente, pautada em uma relação de respeito e

confiança mútuos. Como consequência, o paciente torna-se engajado e ativo no seu processo de mudança (Miller, Rollnick, 2013).

Figura 1: Etapas iniciais que devem ser incluídas em estratégias de EM.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Método de aplicação de entrevista motivacional

A entrevista motivacional não apresenta uma técnica específica para a sua condução. O termo "técnica" sugere uma operação relativamente simples, com um procedimento específico para o qual existem etapas prescritas a serem seguidas. A EM não é considerada como técnica, mas, sim, como um método clínico de comunicação e uma habilidade relativamente complexa, mas que pode ser aperfeiçoada ao longo do tempo (Miller, Rollnick, 2009). As habilidades básicas da EM são práticas que devem ser utilizadas, naturalmente, na vida cotidiana e modificadas, estrategicamente, com o objetivo de promover a mudança de comportamento (Miller, Rollnick, 2013).

A princípio, é necessário desenvolver uma conversa com o paciente sobre a mudança de comportamento pretendida. Essa fase inicial da EM auxilia os pacientes a verbalizarem argumentos a favor da mudança e alterar o equilíbrio na direção da transformação. A conversa inicial sobre a mudança pretendida envolve seis temas diferentes: o desejo de mudança, a capacidade de mudança, as razões que revelam os motivos para a mudança, a necessidade da mudança e o comprometimento em realizar a mudança (Colvara, 2021).

O método da entrevista motivacional (EM) exige do profissional algumas habilidades comunicativas básicas para estimular a mudança de comportamento dos pacientes. Perguntar, escutar e informar são aspectos essenciais que devem ser levados em conta por meio de um diálogo colaborativo (Miller, Rollnick, 2013). As perguntas devem ser realizadas de forma aberta e objetiva, e com o tom, o ritmo e a clareza adequadas, permitindo que o profissional transmita um interesse genuíno pelo paciente. Além disso, devem ser realizadas com a possibilidade de serem respondidas e verbalizadas pelo próprio paciente, evocando suas próprias motivações e ideias criativas. Durante a entrevista, o profissional deve realizar a escuta reflexiva, considerada no método da EM como um estilo de orientação, capaz de promover o vínculo profissional-paciente. Por fim, o profissional deve saber informar, evitando o estilo, essencialmente, diretivo, mas que considera as necessidades subjetivas e individuais do paciente (Miller, 1983; Miller, Rollnick, 2013).

A EM também pode ser adaptada para os vários cenários de serviços em saúde. Em consultas de rotina, nas quais existe uma alta demanda de pacientes, colocar em prática a estratégia de entrevista motivacional pode ser um desafio para o profissional de saúde. Nesses casos, a EM pode ser adaptada e realizada através de uma intervenção mais curta, que pode variar de 5 a 20 minutos, adaptando-se às restrições de tempo inerentes à prática clínica diária (Gillam, Yusuf, 2019).

Existem métodos para o treinamento da EM?

A Entrevista Motivacional é uma habilidade clínica desenvolvida e aperfeiçoada ao longo da carreira do clínico. Nesse sentido, treinamentos específicos do método e *workshops* têm se mostrado pouco efetivos na proficiência de EM. Atualmente, o ensino do método de EM tem sido amplamente difundido, porém, não há evidência da eficácia de um treinamento com uma rota formal para o desenvolvimento de habilidades específicas de orientação em EM (Colvara, 2021; Miller, Rollnick, 2009).Sendo assim, buscar a melhor forma de aplicar a EM na prática clínica diária, após um estudo aprofundado do método, é a maneira mais eficaz de desenvolver as mudanças necessárias para esse estilo de orientação (Schoo, 2015).

Entrevista motivacional e letramento em saúde bucal

A adesão do paciente ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde e o autogerenciamento do cuidado ganharam destaque como fatores chaves que influenciam os resultados e os custos em saúde (Welch, 2014). No entanto, para se alcançar a adesão às informações prestadas, alguns obstáculos devem ser superados, especialmente no que se diz respeito às iniquidades envolvendo os determinantes sociais em saúde. A Organização Mundial da Saúde enfatiza a importância de tais determinantes para o estado de saúde de indivíduos e populações bem como a necessidade de combater as disparidades em saúde geradas por esses determinantes (World Health Organization, 2010).

Nos últimos anos, o letramento em saúde bucal tem sido identificado como um importante determinante em saúde (Naghibi Sistani, 2013), apresentando associação aos diferentes determinantes sociais dependendo de sua dimensão, funcional ou interativa (Assunção, 2022). Sendo assim, é crucial que programas de educação em saúde bucal priorizem estratégias de aprimoramento dos níveis de LSB uma

vez que são mais acessíveis quando comparados a outros determinantes, como econômicos e sociais, que demandam níveis mais complexos de políticas públicas em saúde (Assunção, 2022).

A comunicação eficaz entre o profissional de saúde e o paciente é um desafio experimentado por muitos profissionais da odontologia. Pesquisas revelaram que as principais barreiras encontradas pelos profissionais na adesão às orientações são os baixos níveis de letramento em saúde (Murugesu, 2022; Tseng, 2020).Embora grande parte dos profissionais de saúde estejam familiarizados com a temática de letramento em saúde, poucos fazem uso de técnicas de comunicação centradas no paciente em sua prática clínica, incluindo a EM, seja por falta de tempo ou por insegurança em sua utilização (Murugesu, 2022). Outro fator importante a se destacar é a falta de participação ativa nas tomadas de decisão, além das dificuldades em relatar sintomas, problemas ou necessidades, habilidades que são componentes necessários da tomada de decisão compartilhada (Murugesu, 2022).

Um protocolo de estudo que utilizou um ensaio clínico em nível comunitário, objetivando avaliar o impacto da EM nos níveis de LSB em uma população com condições socioeconômicas desfavoráveis no Chile, foi publicado em 2017 (Cartes-Velasquez, 2017).Entretanto, há poucas evidências sobre o uso da EM visando o aprimoramento dos níveis de letramento em saúde bucal (LSB). Assim, este capítulo traz uma importante reflexão no tocante à necessidade de um aprofundamento da prática da EM por profissionais da odontologia dentro de um contexto de LSB, incluindo a necessidade de incorporação de treinamento de pessoal em cursos de graduação e pós-graduação, bem como a capacitação dos profissionais que atuam na rede pública de saúde.

Considerações Finais

A EM tem sido, reconhecidamente, um método de aconselhamento eficaz na melhoria dos desfechos em saúde por meio da mudança comportamental, levando em consideração as aspirações e subjetividades do paciente. Uma vez que a prevenção e o tratamento de doenças bucais estão, intrinsecamente, atrelados a mudanças de hábitos e comportamentos, a utilização da EM tem se mostrado favorável às condições de saúde bucal. O LSB, por sua vez, tem sido cada vez mais identificado como um determinante significante das doenças bucais, sendo o aprimoramento dos níveis de LSB uma importante estratégia para o aumento da adesão às orientações do profissional. Sendo assim, é crucial que os conceitos de LSB e comunicação centrada no paciente sejam utilizados de forma integrada. Para isso, é indispensável a capacitação dos profissionais no reconhecimento dos diferentes níveis de LSB e na prática de uma comunicação colaborativa, que promova um suporte ao protagonismo do paciente como corresponsável pela sua saúde.

Referências

ASSUNÇÃO, Luciana Reichert da Silva; FAGUNDES, Fabio Anevan Ubiski; KUKLIK, Helen Helene; FERREIRA, Fernanda de Morais; FRAIZ, Fabian Calixto FRAIZ. Different dimensions of oral health literacy are associated with social determinants of health in Brazilian adults. *Brazilian Oral Research*, v. 10, n. 36, e0122, 2022. Disponivel em: https://www.scielo.br/j/bor/a/NJMQxZxQKLYwJznzTXbZsVj/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 02 julho 2025.

BASKARADOSS, Jagan Kumar. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health.*, v. 18, n. 1, p. 172, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30355347/ Acesso em: 21 maio 2025.

BASKARADOSS, Jagan Kumar. The association between oral health literacy and missed dental appointments. *J Am Dent Assoc*, v. 147, n. 11, p. 867–74, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27497866/. Acesso em: 14 maio 2025.

BRIDGES, Susan M.; PARTHASARATHY, Divya S.; WONG, Hai Min; YIU, Cynthia K. Y.; AU, Terry K; McGRATH, Colman P. J. The relationship between caregiver functional oral health literacy and child oral health status. *Patient Educ Couns*, v. 94, n. 3, p. 411-416, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24308901/ Acesso em: 02 julho 2025.

BUDREVICIUTE, Aida; DAMIATI. Samar; SABIR, Dana Khdr; ONDER, Kamil; SCHULLER-GOETZBURG, Peter; PLAKYS, Gediminas; KATILLEVICIUTE, Agne; KHOJA, Samir; KODZIUS, Rimantas. Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. *Front Public Health*, v. 8, p. 574111, 2020. Diponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33324597/ Acesso em: 02 julho 2025.

CARTES-VELASQUEZ, Ricardo; ARAYA. Carlos; FLORES, Raúl; LUENGO, Luis; Castillo, Francisca; BUSTOS, Alex. Motivational interview intervention delivered at home to improve the oral health literacy and reduce the morbidity of Chilean disadvantaged families: a study protocol for a community trial. *BMJ Open*, v. 7, n. 7, e011819, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28293208/. Acesso em: 02 julho 2025.

COLVARA, Beatriz Carriconde; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio; MEYER, Elisabeth; HUGO, Fernando Neves; CELESTE, Roger Keller; HILGERT, Juliana Balbinot. Motivational interviewing for preventing early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 49, n. 1, p. 10-16, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33000877/. Acesso em: 02 julho 2025.

GILLAM, David G.; YUSUF, Huda. Brief motivational interviewing in dental practice. *Dent J (Basel)*, v. 7, n. 2, p. 51, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31052431/Acesso em: 02 julho 2025.

HOLTZMAN, Jennifer S.; ATCHISON, Kathryn; MACEK, Mark D.; MARKOVIC, D. Oral health literacy and measures of periodontal disease. *J Periodontol*, v. 88, n. 1, p. 78-88, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27523517/Acesso em: 02 julho 2025.

KOPP, Svenja L.; RAMSEIER, Christoph; RATKA-KRÜGER, Petra. Motivational Interviewing as an adjunct to periodontal therapy: a systematic review. *Front Psychol*, v. 8, p. 279, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28293208/. Acesso em: 02 julho 2025.

KUSHNER, Robert F.; RYAN, Donna H. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. *JAMA*, v. 312, n. 9, p. 943-952, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25182103/. Acesso em: 02 julho 2025.

KWAME, Abukari; PETRUCKA, Pammla M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*, v. 20, n. 1, p. 158, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34479560/. Acesso em: 02 julho 2025.

LAVERACK, Glenn. The Challenge of Behaviour Change and Health Promotion. *Challenges*, v. 8, n. 2, p. 25, 2017. Disponível em: https://www.mdpi.com/2078-1547/8/2/25. Acesso em: 02 julho 2025.

LINDSON, Nicola; THOMPSON, Tom P.; FERREY, Anne; LAMBERT, Jeffrey D.; AVEYARD, Paul. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], v. 2019, n. 7, p. CD006936, 31 jul. 2019. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub4. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31425622/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6699669/. Acesso em: 3 jul. 2025.

MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2013. Disponível em: https://bluepeteraustralia.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/12/motivational-interviewing.pdf. Acesso em: 02 julho 2025.

MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother*, v. 37, n. 2, p. 129-140, 2009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19364414/. Acesso em: 02 julho 2025.

MORTAZAVI, Shiva; KAZEMI, Azam; FAGHIHIAN, Reyhaneh. Impact of motivational interviewing on parental risk-related behaviors and knowledge of early childhood caries: A systematic review. *Int J Prev Med*, v. 12, p. 167, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35070200/. Acesso em: 02 julho 2025.

MURUGESU, Laxsini; HEIJMANS, Monique; RADEMAKERS, Jany; FRANSEN, Mirjam P. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLoS One*, v. 17, n. 5, e0267782, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35507632/. Acesso em: 02 julho 2025.

NURASH, Pariyawit; KASEVAYUTH, Kasekarn; INTARAKAMHANG, Ungsinun. Learning programmes and teaching techniques to enhance oral health literacy or patient-centred communication for healthcare providers: A systematic review. *Eur J Dent Educ*, v. 24, n. 1, p. 134-144, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31675468/. Acesso em: 02 julho 2025.

NUTBEAM, Don; MUSCAT, Danielle M. Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, v. 36, n. 6, p. 1578-1598, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33822939/. Acesso em: 02 julho 2025.

PALACIO, Ana; GARAY, Desiree; LANGER, Benjamin; TAYLOR, Janielle; WOOD, Barbara A.; TAMARIZ, Leonardo. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*, v. 31, n. 8, p. 929-940, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160414/. Acesso em: 02 julho 2025.

RIPPLINGER, Tamara; CASCAES, Andreia Morales. Fidelity of motivational interviewing in an oral health intervention with caregivers of young children. *Braz Oral Res*, v. 36, e045, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bor/a/xDHWBDCgzrz5JC8xXGrd6mc/. Acesso em: 02 julho 2025.

STEFFEN, Pamela L.; MENDONÇA, Claunara S.; MEYER, Elisabeth; FAUSTINO-SILVA, Daniel D. Motivational interviewing in the management of type 2 diabetes mellitus and arterial hypertension in primary health care: An RCT. *Am J Prev Med*, v. 60, n. 5, p. e203-e212, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33637368/. Acesso em: 02 julho 2025.

TSENG, Winston; PLEASANTS, Elizabeth;IVEY, Susan L.; SOKAL-GUTIERREZ, Karen;KUMAR, HOEFT, Jayanth; Kristin S.; HOROWITZ, Alice M.;RAMOS-GOMEZ, Francisco; SODHI, Miku;LIU, Jessica; NEUHAUSER, Linda. Barriers and facilitators to promoting oral health literacy and patient communication among dental providers in California. *Int J Environ Res Public Health*, v. 18, n. 1, p. 216, 2020. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7795206/. Acesso em: 02 julho 2025.

WOLF, Thomas Gerhard; CAGETTI,Maria Grazia;FISHER, Julian-Marcus;SEEBERGER, Gerhard Konrad;CAMPUS, Guglielmo. Non-communicable diseases and oral health: an overview. *Front Oral Health*, v. 2, p. 725460, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8757764/. Acesso em: 03 jul. 2025.

CAPÍTULO 9

Letramento Alimentar no contexto da odontologia

Helena Alves de Carvalho Sampaio
Fabian Calixto Fraiz
Patrícia Paula de Carvalho Sampaio Lima
Gabriela Macedo Fraiz
Maria Barros Lima Martins
Tatiane Palmeira Eleutério
Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins

Introdução

Nutrição e odontologia são campos da saúde intimamente relacionados. Se, por um lado,o perfil nutricional e dietético interfere no processo saúde-doença bucal, por outro, as alterações odontológicas podem influenciar na ingestão alimentar e, consequentemente, no padrão nutricional. Apesar dessa íntima relação, o exercício profissional na odontologia e na nutrição têm se mantido distantes.

Para que haja uma melhora na qualidade de vida das pessoas, é necessária a aproximação dessas duas áreas do conhecimento, posto que sua inter-relação trará benefícios para os pacientes e para a sociedade. Contudo, esse avizinhamento exigirá a superação dos obstáculos, dada a formação profissional fragmentada frente a tais conhecimentos. Nesse sentido, o Letramento em Saúde (LS) pode ser uma ferramenta fundamental para a transversalidade dos saberes e práticas de saúde

coerentes e complementares, unindo as duas áreas através do objetivo em comum de ampliar a autonomia e o empoderamento dos pacientes, seu núcleo familiar e seu entorno social.

Recentemente, começou-se a discutir a relação do LS com os comportamentos de risco à saúde. Como subcampos do LS, surgiram o Letramento em Saúde Bucal (LSB) e o Letramento Alimentar (LA), descrito por alguns como Letramento Nutricional (LN). No entanto, ainda são escassas as reflexões sobre as relações entre LS, LSB e LA como determinantes de saúde e, no caso aqui enfocado, sobre desfechos em saúde bucal. Neste capítulo, serão discutidos os aspectos conceituais do letramento no campo da saúde e, principalmente, os aspectos nutricionais ligados à saúde bucal, os aspectos conceituais da tríade LS, LSB e LAe, por fim, a inserção prática do LA no contexto da odontologia.

Letramentos no campo da saúde: aspectos conceituais

Neste subcapítulo, serão enfocados o LS, como tema principal, e dois de seus subtemas: o LSB e o LA. O LS tem evoluído ao longo do tempo, passando por diversas definições, desde sua primeira menção por Simonds, em 1974 (Simonds, 1974) até as definições contemporâneas (WHO, 2021), consolidando-se como um campo de conhecimento. Inicialmente, apenas uma dimensão do LS - a dimensão funcional - era reconhecida. No entanto, o LS possui três dimensões: funcional, interativa e crítica. De uma forma resumida, a dimensão funcional é restrita à capacidade leitora e de numeramento (compreendido como habilidades para realização de cálculos matemáticos simples); a dimensão interativa refere-se à habilidade adicional de interagir com os profissionais e serviços de saúde; e a dimensão crítica refere-se à habilidade de avaliar informações e serviços de saúde para tomar decisões favoráveis à saúde (Nutbeam, 2000). Os estudiosos concordam que uma definição abrangente deve contemplar essas dimensões. Assim, vale destacar três definições que permitem entender a evolução conceitual do LS.

A primeira, elaborada pela *World Health Organization* (WHO), em português, Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que o LSrefere-se a competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar informação em meios que promovem e mantém uma boa saúde (WHO, 1988).

A segunda, aqui destacada, é uma das mais utilizadas, proposta, em 2012, por Sørensen e colaboradores, como um consenso a partir de uma revisão sistemática que compilou todas as definições existentes. Assim, os autores salientam que o LS envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia a dia, no que tange ao cuidado da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida indefinidamente (Sørensen *et al.*, 2012).

Finalmente, a partir de 2021, o foco do LS deixou de ser somente o indivíduo e passou-se a considerar que não há como adquirir as habilidades citadas se não houver envolvimento ativo das organizações de saúde. Assim, o mais recente conceito de LS proposto pela OMS é referido como os conhecimentos e as competências pessoais que se acumulam através de gerações, interações sociais e atividades diárias, para acessar, compreender, avaliar e usar informação e serviços de forma a promover e manter boa saúde e bem-estar para si mesmas e para as pessoas que estão à sua volta, e que o desenvolvimento de tais conhecimentos e competências é mediado pelas organizações de saúde (WHO, 2021). Nessa perspectiva, a proposta americana para pessoas saudáveis, em 2030, propõe que o conceito de LS seja dividido em 2 segmentos: o Letramento em Saúde Pessoal (LSP) e o Letramento em Saúde Organizacional (LSO) (Santana *et al.*, 2021; Brach, 2024).

A importância da clareza conceitual do LS está em toda a operacionalização daí decorrente, desde a elaboração de materiais

educativos até a facilitação para navegação em sites de saúde, culminando com todo o processo de comunicação que venha a permitir o desenvolvimento das habilidades citadas. A compreensão desse campo do conhecimento permite identificá-lo como um determinante social da saúde, como bem pontuado por Zanchetta e Moraes (2023). Os determinantes sociais de saúde são representados pelas condições em que as pessoas vivem, envolvendo aspectos econômicos, sociais, étnicos, educacionais e psicológicos, entre outros, aí acrescentando-se o LS. Além dele próprio ser determinante, o LS pode influenciar os demais determinantes sociais da saúde, reduzindo as disparidades e iniquidades em saúde (Nutbeam; Lloyd, 2021).

Nessa visão mais ampla do LS, surge o desenvolvimento de outros subcampos, como Letramento em Saúde Ambiental (LSA) e Letramento em Saúde Mental (LSM), para citar alguns. Cada subcampo tem sua definição específica, bem como fundamentos para se propiciar um LS adequado, a exemplo do que acontece com o campo-mãe. Considerando o escopo deste capítulo, aqui serão enfocados o LSB e o LA. O LSB foi definido, pela *American Dental Association* (ADA),em 2022, como o grau em que indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços, para tomar decisões apropriadas em saúde bucal (American Dental Association, 2022).

No caso do LA, há nomes diferentes para esse campo. São encontradas citações de Letramento Alimentar (LA), Letramento Nutricional (LN) e Letramento Culinário (LC). Há necessidade de uma padronização dos termos, elucidando a que se refere cada um deles. No Brasil, ainda há um fator de confusão adicional, pois nenhum dos termos citados está indexado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Uma definição que parece mais apropriada é a de Krause e colaboradores,que recomendam o uso do termo LA, como um campo mais amplo,sendo o LN parte dele. Assim, LA significa ter conhecimentos e habilidades para: ler, compreender e julgar a

qualidade da informação; buscar e trocar conhecimentos relacionados à alimentação e nutrição; comprar e preparar alimentos; refletir, de forma crítica, sobre fatores que influenciam escolhas pessoais sobre alimentos e compreender o impacto dessas escolhas na sociedade (Krause *et al*., 2016).Em 2022, Albuquerque e colaboradores interpretaram essa definição afirmando que o letramento alimentar envolve o desenvolvimento de cinco habilidades essenciais: ler, compreender e avaliar a qualidade das informações nutricionais (letramento nutricional); buscar e compartilhar conhecimentos sobre alimentação e nutrição; adquirir e preparar alimentos (letramento culinário); refletir criticamente sobre os fatores que influenciam as escolhas alimentares individuais; e compreender o impacto dessas escolhas na sociedade.

Essa proposta está em acordo com a definição de Krause *et al.* (2016) e, também, na interpretação do que seja LN, que corresponde às habilidades para obter e compreender informações nutricionais. Os autores consideraram que essa conceituação esboça a perspectiva das três dimensões do LS (funcional, interativo e crítico), já bem estabelecida, embora nem tanto em definições dos diferentes subcampos (Albuquerque *et al.,* 2022). Também o modelo de Nutbeam, que se concentra nas dimensões funcionais, interativas e críticas,é uma estrutura útil para compreender as ligações potenciais entre os construtos de LS, LN e LA (Velardo, 2015).

Embora não seja objetivo deste subcapítulo, vale destacar que há vários instrumentos desenvolvidos, alguns validados no Brasil, para se aferir o LS, o LSB e o LA. Tais instrumentos podem auxiliar profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas a melhor conhecer a situação da população brasileira frente a estes constructos. Vale, ainda, ressaltar que há relevância em se preocupar em explorar esses campos do conhecimento. Vários estudos já estabeleceram associação do LS, do LSB e/ou do LA com fatores de risco à saúde.

O LSB refere-se à capacidade de um indivíduo obter, processar e usar informações sobre saúde bucal para serviços odontológicos e cuidados de problemas bucais (National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, United State Public Health Service, Department of Health and Human Services, 2005). Estudos têm verificado associações entre oLSB e desfechos comportamentais e clínicos odontológicos, em diversos grupos etários: adolescentes com níveis mais baixos de LSB apresentaram maior número de dentes lesionados por cárie (Dutra *et al.*, 2019); cuidadores com baixo grau de LSB tinham filhos em idade pré-escolar com uma maior prevalência de cárie dentária não tratada (Montes *et al.*, 2019). Além disso, foram constatadas relações de umLSB insuficiente e comportamentos de risco para a saúde, tais como associação entre lesões bucais e excesso de peso, menor consumo de carnes e ovos, e menores escores em testes de conhecimento e de LSB, que requerem ações de intervenção(-Cordeiro *et al.,* 2017).

A condição do LA exibe associação com diferentes fatores de risco à saúde, como, por exemplo, a constatada associação inversa entre LA e medidas antropométricas (Mearns *et al.*, 2017). Também foi detectada uma associação direta entre LA e habilidades culinárias (Begley; Butcher,*et al.*, 2019; Begley, Paynter *et al.*, 2019); na compreensão de rótulos nutricionais (Law; Yau; Chung, 2018); na qualidade da dieta (Fernandez, 2019) e no comportamento alimentar nocivo à saúde (Begley; Butcher, *et al.*, 2019; Begley, Paynter *et al.*, 2019; Liao, Lai, Chang, 2019).

Há uma conexão que parece clara entre o LS, LSB e LA. Inicialmente, reporte-se à compreensão de informações, que deve ser propiciada nos três contextos, através do aprimoramento do processo de comunicação, seja verbal, escrita ou digital. Outro ponto é a tomada de decisão informada, destacada nas três definições, adaptando-se para o âmbito geral, da saúde bucal e da alimentação. A promoção da saúde

é priorizada em todos os conceitos, como forma de promover o bem-estar, capacitando as pessoas a adotar comportamentos saudáveis e ações preventivas. A prevenção de doenças é outro aspecto destacado, seja de forma explícita ou implícita, ajudando as pessoas a entenderem e a estabelecerem relações entre fatores de risco, sintomas e medidas preventivas ou de controle de agravamento de doenças existentes.

Dessa forma, as organizações de cuidado à saúde podem oferecer uma abordagem holística da saúde, ao reconhecer a conexão da tríade citada. Trata-se de uma imensa colcha de retalhos, em que pedaços de cada tipo de diferentes tipos de LS se unem, através de orientações empoderadoras, para criar um todo individual e coletivo letrado em saúde.

Realmente, cada tipo de LS tem sua contribuição. Há indícios que ter um adequado ou favorável letramento em um segmento da saúde não implica em ter LS adequado em todos os segmentos. Mas é uma dúvida ainda não respondida contundentemente. A pergunta que pode ser feita no contexto deste capítulo é: ter adequado LS garante que o LSB e o LA sejam adequados? E o inverso é verdadeiro? Ou seja, um conhecimento adequado de LSB e de LA garante que há um adequado LS?

Como exemplo desse tipo de discussão tem-se um estudo que comparou resultados de LS e LA em mulheres apenadas em uma cidade do nordeste. Não houve diferença, evidenciando que LA adequado implicava em LS, também, adequado. Mas os autores fizeram várias reflexões sobre esses achados. Uma delas relativa ao tipo de instrumento, pois campo e subcampos possuem instrumentos de aferição específicos, que diferem em sua multidimensionalidade e estrutura. Acaso um instrumento demande habilidades de numeramento para ser respondido, e outro, não, há uma tendência a pior desempenho com essa demanda. Também há que ser considerado o tipo de amostra. Em amostras

mais homogêneas e com bom desempenho em diferentes tipos de instrumentos de aferição, pode ser difícil detectar diferenças de desempenho. Mas fica explícita a necessidade de estudos sobre esse aspecto (Feitosa *et al.,* 2023).

Relação entre aspectos alimentares e saúde bucal ao longo do ciclo de vida

Aspectos alimentares e de saúde bucal se relacionam ao longo do ciclo de vida, e muitas das doenças nutricionais e odontológicas apresentam causas em comum. Certamente, o exemplo mais evidente em ambas é o consumo de açúcar livre. A *World Health Organization* (WHO) identifica o consumo de açúcares livres como fator de risco comum para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis em adultos e crianças, especialmente cárie dentária e agravos associados ao ganho de peso não saudável (WHO, 2015). É importante observar que a interface nutrição-odontologia se estende do momento da concepção até o envelhecimento. Sabe-se que os primeiros mil dias de vida da criança são determinantes para o adequado crescimento e desenvolvimento humano, e já está consolidado na literatura que agravos durante a gestação podem interferir no desenvolvimento do esmalte dentário na criança (Lima; Ramos-Jorge; Soares, 2021).

Após o nascimento, a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde para uma alimentação saudável impacta positivamente na saúde bucal. Os doze passos propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil recomendam, dentre outros aspectos, não utilizar mamadeiras e chupetas, pois o aleitamento materno tem impacto positivo no desenvolvimento craniofacial (Thomaz *et al*., 2018). Quando as crianças não consumem açúcar até os dois anos de idade, observa-se evidente benefício na redução da prevalência de cárie dentária (Feldens *et al*.,2010; Moores;Sam; Moynihan, 2022; Feldens *et al*.,2023), com impacto na aceitação futura de alimentos saudáveis durante a infância (Harris; Coulthard, 2016) e na qualidade do esmalte formado (Pinho *et al*., 2019).

Na infância, além do controle da ingestão de açúcar é importante a adoção de uma dieta mais saudável, com a inclusão de frutas e verduras para o controle da cárie dentária (Morikawa *et al.,* 2018). Para essa dieta mais saudável e preventiva de cárie dentária, o comportamento parental se mostrou relevante tanto ao limitar o consumo de doces, refrigerantes e salgadinhos pela criança (Bonotto *et al.,* 2017), como também ao ter um consumo alimentar saudável, atuando como modelo para a criança (Costa *et al.,* 2022).

Em adolescentes, a obesidade esteve associada à Carga de Doença Bucal Crônica (variável latente composta por cárie, doença periodontal e placa dental) em um estudo de coorte de base populacional conduzido com jovens brasileiros de 18 a 19 anos (Ladeira *et al*., 2023). Além disso, adolescentes com padrões alimentares saudáveis apresentam uma redução na extensão e gravidade da periodontite (Costa *et al*., 2022).

O crescente aumento do interesse no papel da intervenção nutricional no microbioma oral e intestinal para a preservação da saúde verificou que a disbiose da microflora oral pode interferir no sistema imunológico, aumentando assim o desenvolvimento de periodontite que, por sua vez, aumenta o risco de doenças inflamatórias intestinais inespecíficas e outros processos patológicos sistêmicos complexos (Goździewska *et al*., 2024).

Também foi demonstrado que um estilo de vida saudável, baseado no modelo mediterrânico, tem impacto no estado geral de saúde do ser humano, incluindo na saúde oral. No geral, a dieta mediterrânea é rica em compostos anti-inflamatórios e antioxidantes veiculados, principalmente, pelo uso de grandes quantidades de hortaliças, frutas e azeite de oliva, os quais podem induzir efeitos benéficos em pacientes que sofrem de doenças bucais, representadas, principalmente, por cárie dentária e doenças periodontais, além de afetar, positivamente, o microbioma oral. Por outro lado, uma alimentação pouco

saudável afeta a composição da microbiota oral, levando à disbiose (Augimeri *et al*., 2024).

Pelo fato de ter um papel multifacetado, a nutrição na saúde humana pode impactar tanto positivamente quanto negativamente na saúde bucal. Maus hábitos alimentares podem influenciar na acidez da saliva, na proliferação bacteriana e nos processos inflamatórios, afetando, assim, a preservação dental (Aroso, 2021; Reisb *et al*., 2024). Por outro lado, uma dieta saudável e equilibrada fornece nutrientes cruciais para manter dentes fortes e saudáveis e uma boa saúde bucal. A ingestão adequada de vitaminas, minerais e fibras, aliada à hidratação adequada, ajuda a equilibrar o pH oral e manter um fluxo constante de saliva (Foguel, 2019).

Não se pode esquecer que a relação entre consumo de açúcar, cárie dentária e doença periodontal mantém-se durante toda a vida. (Alves-Costa *et al*., 2024). Cárie dentária e doença periodontal são as maiores responsáveis pela perda dentária, com evidente interferência na capacidade mastigatória. E a capacidade mastigatória está associada à diversos desfechos adversos à saúde do idoso, como fragilidade, sarcopenia e desnutrição. No entanto, recente revisão sistemática indicou que ainda são necessários mais estudos para definir a relação da interferência da função mastigatória no estado nutricional de idosos (Smit; Nijholt; Bakker; Visser, 2024).

Diversos efeitos da nutrição na saúde bucal foram identificados, com alguns alimentos sendo prejudiciais à saúde oral (Bento *et al*., 2023). Doenças, como as periodontais, que afetam as gengivas e os tecidos de suporte dos dentes, podem resultar de deficiências nutricionais ou de práticas de higiene oral inadequadas (Martinez, 2022). Essas condições podem levar à perda dentária (Colares Maia *et al*., 2020) e halitose. Além disso, o açúcar, especialmente a sacarose, é altamente cariogênico, promovendo a desmineralização dentária e aumentando o risco de cáries (Felix *et al*., 2021). As bebidas açucaradas

estão associadas a um risco aumentado de periodontite. consumo frequente de bebidas açucaradas está associado a uma maior chance de desenvolvimento de periodontite. Os autores identificaram que essa chance aumenta progressivamente de acordo com a frequência semanal de ingestão: indivíduos que consomem essas bebidas cinco vezes por semana já apresentam uma chance significativamente elevada. Essa chance se torna ainda maior entre aqueles que consomem sete ou mais vezes, sendo mais acentuado para os que relatam consumo igual ou superior a 14 vezes por semana. Essa associação foi especialmente evidente entre pessoas com diagnóstico de diabetes (Alves-Costa *et al*., 2024).

Considerando o efeito inflamatório dos alimentos, alguns autores propuseram verificar o índice inflamatório dietético (Shivappa *et al*., 2014). Dentre alimentos e/ou nutrientes pró-inflamatórios, os autores citam calorias, carboidrato, proteína, gordura total, gordura saturada, gorduras trans, colesterol, vitamina B12 e ferro, enquanto que álcool, fibra, ácidos graxos monoinsaturados, ácidos graxos poli-insaturados, ômega 3, ômega 6, niacina, tiamina, riboflavina, magnésio, zinco, selênio, vitamina A, vitamina C, vitamina D, vitamina E, vitamina B6, ácido fólico, beta caroteno, flavon-3-ol, flavonas, flavonol, flavononas, antocianidinas, isoflavonas, cafeína, eugenol, gengibre, alho, cebola, açafrão, cúrcuma, chá verde/preto, pimenta, orégano e alecrim são, todos, considerados anti-inflamatórios. O segredo não é excluir alimentos pró-inflamatórios, mas manter um bom balanceamento dessas duas categorias, inclusive porque muitos alimentos e/ou nutrientes pró-inflamatórios são importantes para a saúde. Uma dieta predominantemente pró-inflamatória foi associada com o maior risco de gengivite, mudanças microbianas na comunidade subgengival e aumento da concentração de alguns marcadores inflamatórios em indivíduos saudáveis (Reis *et al.,* 2024).

Certos alimentos ajudam no cuidado dental e na saúde oral, contribuindo para eliminar resíduos de alimentos aderidos às

superfícies dentárias. Exemplos comuns incluem frutas como pera, maçã, cenoura e laranja. Além disso, alimentos ricos em gorduras consideradas saudáveis (por exemplo, monoinsaturadas), folhas verdes escuras, queijo, iogurte, ovos, morango, peixe e feijão branco contribuem para a saúde bucal devido ao seu alto teor de ferro e/ou cálcio. Como tratado anteriormente, há nutrientes que mesmo pró-inflamatórios são protetores dos dentes, a exemplo do ferro, aqui mencionado. Nutrientes específicos, como cálcio, essencial para a força dos ossos e dentes, ajudam a elevar o pH oral, reduzindo o risco de cáries (Bento *et al*., 2023). As vitaminas, como a vitamina A (betacaroteno), essencial para o tecido epitelial e a reepitelização dentino-epitelial, e a vitamina C, que protege o tecido gengival contra lesões e auxilia na cicatrização, são vitais para a saúde oral (Yahia; García-Solís; Celis, 2019). A cenoura, supracitada entre os alimentos protetores, é um alimento rico em vitamina A e a laranja em vitamina C.

Promover uma boa nutrição, com incentivo a hábitos alimentares saudáveis e educação em saúde oral é fundamental para melhorar a saúde geral e a qualidade de vida. É importante ressaltar que, embora a dieta possa tanto ajudar quanto prejudicar a saúde oral, não há necessidade de restringir nenhum alimento específico para manter dentes e boca saudáveis. Em vez disso, recomenda-se manter uma dieta equilibrada, evitar excessos e reduzir a frequência de consumo de alimentos processados e açúcares (Bento *et al*., 2023).

Logo, uma equipe multiprofissional é fundamental para detectar, gerenciar e prevenir problemas relacionados a deficiências nutricionais que possam afetar a saúde oral e, consequentemente, à saúde sistêmica geral. O envolvimento dos pais, educadores e cirurgiões-dentistas é particularmente importante em todas as fases da vida, mas, principalmente, durante a adolescência, período de aprendizado significativo e formação de hábitos que influenciam em longo prazo a saúde oral (Silva; Machado, 2022; Sousa; Silva; Ferreira, 2014).

Concluindo, compreender a patogênese das cáries dentárias destaca a importância da dieta em seu desenvolvimento. A origem patogênica se dá pela mudança ecológica no biofilme oral, favorecendo bactérias acidogênicas e acidúricas, o que é facilitado pelo aumento da disponibilidade de sacarose. Isso leva a uma queda no pH do biofilme, promovendo a desmineralização do esmalte dentário (Cunha, 2022). No entanto, uma dieta saudável, equilibrada e rica em nutrientes não apenas protege contra cáries dentárias, mas, também, contra a obesidade, que tem implicações significativas para a saúde geral (Rodrigues; Silva; Pereira, 2018).

O letramento alimentar no contexto da atenção odontológica

Neste subcapítulo, vamos enfocar aspectos operacionais do LA no contexto da odontologia, como forma de contribuir para a saúde bucal das pessoas. Os autores deste capítulo consideram que não há necessidade do odontólogo se preocupar com diagnóstico de LA. Basta indagar algumas questões para se ter uma visão geral sobre as habilidades de autogestão da saúde bucal pelo paciente, no âmbito alimentar, pois, já faz parte da consulta odontológica aproximar a equipe profissional da realidade alimentar do paciente e de seu núcleo familiar. O profissional deve conduzir um diálogo que permita reconhecer seu nível de conhecimento sobre nutrição e sua relação com a saúde bucal, como também a autonomia que o paciente tem para a tomada de decisões que melhorem seu padrão alimentar.

Deve-se considerar que na atenção odontológica à criança, o relato é promovido pelos pais, portanto, os aspectos da realidade da criança podem se confundir com as crenças, experiências e percepções dos próprios pais. Assim, os dados obtidos fornecem informações não só sobre a realidade da criança, mas sobre como os pais a percebem. Para essa faixa etária, as ações devem ser direcionadas ao núcleo familiar. Questões simples podem ser levantadas com esse

objetivo, os autores desse capítulo trazem uma proposta baseada na seleção de três instrumentos de aferição que estão validados no Brasil, sendo interessante expor brevemente suas características. Deve ser lembrado que, devido ao fato do uso tradicional do termo LN, dois dos instrumentos de aferição aqui considerados utilizam esse nome.

Diamond,em 2007, propôs a *Nutritional Literacy Scale* (Diamond, 2007), posteriormente validada no Brasil (Zanella *et al.*, 2022). Dentre as 23 questões que compõem a versão brasileira, uma chama a atenção no contexto da saúde bucal. A questão enfoca que comer grãos, frutas, legumes e verduras é a base de uma alimentação saudável. Considerando o que foi abordado no primeiro subcapítulo, é importante saber que tipo de alimentação é considerada saudável pelo paciente.

Em 2018, foi desenvolvido o *Nutrition Literacy Assessment Instrument* (NLit) (Gibbs *et al.*, 2018), validado em 2022 no Brasil por Sarkis e colaboradores (Sarkis *et al.*, 2022). Esse instrumento oferece ideias importantes que podem ser investigadas no que tange à interpretação de rótulos de alimentos, ao conhecimento de que carboidrato é um macronutriente que inclui diferentes tipos de açúcar e amido, e ao conhecimento sobre alimentos que possuem mais açúcar que outros.

O último instrumento, aqui considerado, foi desenvolvido no Brasil para avaliar Letramento Alimentar de Adolescentes - LAA (Farias *et al.*, 2021). As autoras não definiram perguntas específicas sobre alimentação, enfocando-as sob o guarda-chuva de hábitos alimentares e deixando o respondente livre para indicar que tipo de informação havia buscado. Uma característica importante desse instrumento é que ele explicita que a investigação pretende verificar as habilidades de acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações sobre alimentação.

Assim, aqui está sendo proposto um pequeno roteiro, composto por algumas perguntas ainda que essas questões possam ser complementadas por outros aspectos que surjam a partir da anamnese e que sejam importantes para a realidade específica de

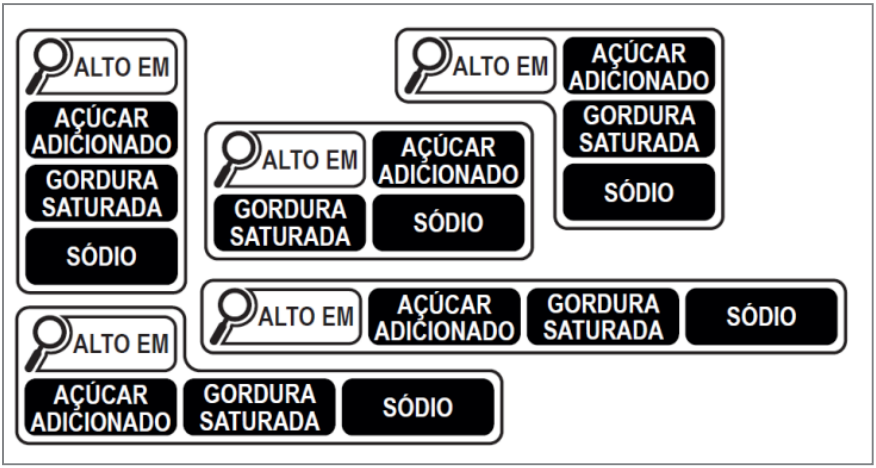
cada paciente e de seu núcleo familiar. As respostas obtidas são um ponto de partida para a comunicação dialógica que buscará construir soluções que sejam adaptadas às demandas bio-psico e sociais apresentadas pelo paciente. É um momento oportuno para difundir as melhores evidências científicas disponíveis, no entanto, sem perder a referência do contexto do paciente. Para isso, deve-se adotar uma linguagem simples, estimuladora e flexível. Para cada resposta, o odontólogo apresenta as evidências científicas atuais e constrói, junto ao paciente, as soluções para utilizá-las na realidade do núcleo familiar. Quando for enfocar os tópicos, é importante perguntar se os conhecimentos que eles têm são colocados em prática. Pode-se partir dessas perguntas iniciais para introduzir a temática na consulta odontológica e se aproximar do nível de LA:

- Na sua opinião, quais alimentos podem aumentar sua chance (ou de sua criança) de ter cárie ou de estragar seus dentes?
- Um alimento que prejudica muito os dentes é o açúcar. Cite 5 alimentos que, na sua opinião, têm açúcar.
- Na sua opinião,quais alimentos podem proteger seus dentes (ou de sua criança)?
- Nos rótulos dos alimentos, tem informação sobre o que tem neles. Você sabe onde fica essa informação?

O cirurgião dentista também pode incorporar em suas ações educativas a orientação sobre a análise dos rótulos dos alimentos. Atualmente, com a implementação das novas normas da Anvisa para a rotulagem nutricional ficou um pouco mais simples identificar os alimentos com alto teor de açúcar. De acordo com a Anvisa (RDC nº 429/2020 e IN N° 75/ 2020) (Brasil, 2020a; Brasil, 2020b), a rotulagem nutricional é toda a declaração destinada a informar ao consumidor as propriedades nutricionais do alimento. Ela compreende a tabela de informação nutricional (uma relação padronizada do conteúdo energético, de nutrientes e de substâncias bioativas presentes no alimento), a rotulagem nutricional frontal (uma declaração padronizada simplificada

do alto conteúdo de nutrientes específicos no painel principal do rótulo do alimento) e as alegações nutricionais (que contemplam qualquer declaração que indique que um alimento tem propriedades nutricionais positivas relativas ao seu valor energético ou teor de nutrientes). Os produtos com alto teor adicionado de açúcar, gordura saturada e/ou sódio recebem símbolo informativo que deve constar no painel da frente da embalagem (**Figura 1**). Essa figura pode ser mostrada à pessoa em atendimento. A figura traz os alertas presentes nos rótulos relativos aos 3 vilões alimentares: açúcar adicionado, gordura saturada e sódio. O odontólogo explica que o alerta pode existir apenas para um dos alimentos, para dois deles ou para os três.

Figura 1: Símbolos usados nos rótulos de alimentos, quando as quantidades de açúcares, gorduras saturadas e/ou sódio adicionados sejam iguais ou superiores aos limites definidos na Instrução Normativa – IN n° 75, de 8 de outubro de 2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).



Fonte: Instrução Normativa – IN n° 75, de 8 de outubro de 2020 da ANVISA.

Na verdade, na Instrução Normativa – IN n° 75, de 8 de outubro de 2020, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),foram

disponibilizados modelos de rótulos que devem ser usados em alimentos: 1.

Foram disponibilizados modelos de rótulos que devem ser usados em alimentos cujas quantidades de açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio sejam iguais ou superiores aos limites definidos no anexo XV da Instrução Normativa – IN n° 75, de 8 de outubro de 2020 da ANVISA dessa instrução normativa, como mostrado no Quadro 1.

Quadro 1: Limites de açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio para fins de declaração da rotulagem nutricional frontal:

Nutrientes	Alimentos sólidos ou semissólidos	Alimentos líquidos
Açúcares adicionados	Quantidade maior ou igual a 15 g de açúcares adicionados por 100 g do alimento.	Quantidade maior ou igual a 7,5 g de açúcares adicionados por 100 ml do alimento.
Gorduras saturadas	Quantidade maior ou igual a 6 g de gorduras saturadas por 100 g do alimento.	Quantidade maior ou igual a 3 g de gorduras saturadas por 100 ml do alimento.
Sódio	Quantidade maior ou igual a 600 mg de sódio por 100 g do alimento.	Quantidade maior ou igual a 300 mg de sódio por 100 ml do alimento.

Fonte: Instrução Normativa – IN n° 75, de 8 de outubro de 2020 da ANVISA.

Parte da consulta odontológica deve ser reservada para uma avaliação alimentar, o que permitirá conhecer um pouco da realidade alimentar do paciente e de seu núcleo familiar. Uma estratégia que pode ser considerada para melhorar a escolha dos alimentos e que pode ser executada no âmbito da consulta odontológica é o treinamento para o reconhecimento de alimentos que apresentem alto conteúdo de açúcares. Como esses alimentos, frequentemente, são ultraprocessados, a utilização da nova classificação dos alimentos em função de seu grau de processamento é um facilitador (Monteiro *et al.*, 2010). O odontólogo,

para identificar comportamento alimentar de risco à saúde, pode utilizar como apoio essa nova classificação (Monteiro *et al*., 2010; Monteiro, Cannon, Levy, 2019) para facilitar sua investigação. Além disso, ao utilizar a mesma terminologia adotada nas recomendações do Ministério da Saúde, o odontólogo participa do esforço nacional pela ampliação do LA na população. A nova classificação apresenta quatro grupos de alimentos (Monteiro, Cannon, Levy et *al*., 2019) (**Quadro 2**).

Quadro 2: Grupamento dos alimentos de acordo com a natureza, a extensão e o propósito de processamento pela indústria segundo a nova classificação:

GRUPO	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Alimentos in natura ou minimamente processados	Os alimentos da maneira como eles vêm da natureza são chamados *in natura*. Os alimentos minimamente processados são aqueles sofrem algum processamento antes de chegar ao consumidor, mas sem a adição de ingredientes ou transformações que os descaracterizem.	*In natura*: Sementes, frutas, folhas, raízes; músculos, ovos, leite; cogumelos e algas. Minimamente processados: grãos embalados, farinhas, cuscuz, polenta, pó de café, leite pasteurizado.
Ingredientes culinários processados	São substâncias extraídas de alimentos in natura por procedimentos físicos como prensagem, centrifugação e concentração. São ingredientes que convertem os alimentos do primeiro grupo em receitas e refeições deliciosas. Quando usados em pequenas quantidades, são perfeitamente compatíveis com uma alimentação nutricionalmente equilibrada e saudável.	É o caso, por exemplo, do azeite obtido de azeitonas, da manteiga obtida do leite e do açúcar obtido da cana ou da beterraba. Também podem ser extraídos diretamente da natureza, como o sal marinho e o sal de rochas.

GRUPO	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Alimentos processados	São os itens do primeiro grupo modificados por processos industriais relativamente simples e que poderiam ser realizados em ambiente doméstico e podem receber os ingredientes culinários. Se consumidos em pequenas quantidades e como parte de refeições baseadas em alimentos do primeiro grupo, são igualmente compatíveis com uma alimentação equilibrada nutricionalmente e saudável	Conserva de legumes ou de pescado, frutas em calda, e queijos e pães do tipo artesanal.
Alimentos e bebidas ultraprocessados	Comidas e bebidas que não são propriamente alimentos, mas formulações de substâncias obtidas por meio do fracionamento de alimentos do primeiro grupo. São frequentemente adicionados de corantes, aromatizantes, emulsificantes, espessantes e outros.	Refrigerantes, bebidas lácteas, néctar de frutas, misturas em pó para preparação de bebidas com sabor de frutas, salgadinhos de pacote, doces e chocolates, barras de "cereal", sorvetes, pães e outros panificados embalados, margarinas, bolachas ou biscoitos, bolos e misturas para bolos, "cereais" matinais, tortas, pratos de massa e pizzas pré-preparadas, nuggets de frango e peixe, salsichas, hambúrgueres, macarrão instantâneo e muitos outros produtos.

Fonte: Adaptado de Monteiro, Cannon, Levy *et al*., 2019.

O ideal é que a pessoa consuma muitos alimentos in natura e minimamente processados, pouca quantidade de alimentos processados e não consuma alimentos ultraprocessados. Pesquisas na área odontológica indicam que o maior consumo de alimentos ultraprocessados, com conteúdo cariogênico, está associado à maior prevalência de cárie dentária em crianças. Por outro lado, alimentos *in natura* ou minimamente processados

são associados à menor prevalência de cárie dentária em crianças (Cascaes *et al*., 2023). De acordo com o tipo de alimento consumido, o paciente será encaminhado ao nutricionista, pois, recomenda-se uma ação integrativa e integrada, de modo que a atuação dos profissionais da área odontológica seja coerente com as recomendações da nutrição.

No **Quadro 3,** é apresentado um exemplo de abordagem pautada no LS, a qual pode ser adotada pelo odontólogo. Essa abordagem,discutida no capítulo 13 deste livro, segue a técnica do *teach-back* (Abrams*et al.*, 2014), cuja estratégia consiste em não perguntar se o paciente entendeu, mas pedir para ele dizer com as próprias palavras o que ele entendeu daquilo que você explicou. É uma forma de facilitar compreensão, avaliação e aplicação de informações, aprimorando o LA das pessoas.

Quadro 3: Exemplo de utilização de linguagem simples e da técnica *teach back* para identificação de produtos com alto potencial cariogênico a partir da rotulagem:

Linguagem técnica	Adaptação do conteúdo para Linguagem simples	Orientação complementar	Teach back	Avaliação
Previamente à compra de um produto, observe os componentes expressos na embalagem; dessa forma, poderão ser identificados aqueles produtos que apresentam um alto potencial cariogênico.	Antes de comprar um produto, olhe o que tem nele. Assim, você pode ver se tem ingredientes que podem causar cárie nos dentes	Procure na parte da frente da embalagem e na parte de trás.	- Eu irei te mostrar uma embalagem. Por favor, me mostre onde você está vendo as informações sobre os ingredientes? - Qual ingrediente tem mais? - Você consegue encontrar o quadro de composição? Por favor, me mostre. - Esse produto tem açúcar adicionado? - Ele tem algum alerta? - Agora eu irei te mostrar várias embalagens. Por favor, separe os alimentos que devem ser evitados. - Por fim, vamos fazer uma pequena brincadeira. Como você explicaria para uma amiga como identificar os produtos que podem fazer mal aos dentes?	Respostas satisfatórias: Passe para outro tema. Respostas insatisfatórias: Retome o tema com uma abordagem diferente e complementar.
Na parte frontal da embalagem você encontrará, nos alimentos que possuem 15g ou mais de açúcar adicionado por 100 g do alimento sólido ou semissólido ou uma quantidade maior ou igual a 7,5 g de açúcares adicionados por 100 ml do alimento líquido, uma inscrição contendo símbolo informativo indicando que contém alto teor de açúcar adicionado.	Na frente do pacote, se para fabricar o produto foi colocado muito açúcar, vai ter uma LUPA e estará escrito "ALTO EM AÇÚCAR ADICIONADO".	Evite esses alimentos, são os mais perigosos para os dentes.		
A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece diretrizes específicas para a rotulagem de ingredientes em embalagens de alimentos. De acordo com essas normas, os ingredientes devem ser listados em ordem decrescente de predominância na composição do produto, ou seja, do mais abundante para o menos abundante	Sempre veja os ingredientes que tem no produto que você está comprando. Eles devem estar escritos na embalagem. Os ingredientes estão em ordem: os que têm mais são os primeiros e os que têm menos são os últimos.	Evite os alimentos que coloquem açúcar logo no começo da lista. Esses são os que tem muito açúcar e são os mais perigosos para os dentes		
A tabela de informação nutricional é uma relação padronizada do conteúdo energético, de nutrientes e de substâncias bioativas presentes no alimento. Observe na tabela a quantidade de carboidratos, especificamente de açúcares e de açúcares adicionados	Todo produto tem um quadro que mostra sua composição. Procure se nesse quadro aparece que tem açúcar adicionado.	Controle o consumo de alimentos que tenham açúcar mesmo que não tenha o símbolo da LUPA e ALTO EM AÇÚCAR ADICIONADO. Eles também podem fazer mal aos dentes.		

Essa atividade não demanda muito tempo. Além disso, o odontólogo, em geral, consulta o paciente mais de uma vez. Dessa forma, podem ser enfocados um ou dois tópicos por consulta. Ressalte-se, ainda, que odontólogos que atuam no contexto da atenção básica podem, em equipe, desenvolver materiais educativos de maior abrangência no campo do LA aplicado à odontologia, para isso podendo consultar orientações globais de elaboração de materiais educativos fundamentados no LS (Vasconcelos; Parente; Sampaio ;2019).

Considerações Finais

A promoção da saúde bucal deve considerar a interconexão entre nutrição, LSB e LA. A promoção de uma dieta equilibrada, bons hábitos de higiene bucal e o desenvolvimento do LA são fundamentais para a saúde bucal e a qualidade de vida geral. O cirurgião dentista, por meio da avaliação do LA e da educação em saúde, pode contribuir para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e para a melhoria da saúde bucal da população. A colaboração entre profissionais de saúde, educadores e indivíduos é essencial para promover hábitos alimentares saudáveis e garantir um cuidado bucal adequado.

Referências

ABRAMS, Mary Ann; KURTZ-ROSSI, Sabrina; RIFFENBURGH, Audrey; SAVAGE, Barbara.*Building Health Literate Organizations*: A Guidebook to Achieving Organizational Change. [*S. l.*]: [*s. n.*], 2014. Disponível em: https://dfwhcfoundation.org/wp-content/uploads/2018/10/Building-Health-Literate-Organizations.pdf. Acesso em: 03 jul. 2025.

ALBUQUERQUE, Ticiane de Oliveira; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; BARBOSA FILHO, ValterCordeiro; DE VASCONCELOS, Cláudia Machado Coelho Souza.*Letramento Alimentar*: conceitos, mensuração e perspectivas para a pesquisa e a prática no Brasil. 1. ed. [*S. l.*]: Editora CRV, 2022. Disponível em: https://www.editoracrv.com.br/produtos/detalhes/36792-crv. Acesso em: 12 mar. 2024.

ALVES-COSTA, Silas; NASCIMENTO, Gustavo G.; PERES, Marco A.; LI, Huihua; COSTA, Susilena Arouche; RIBEIRO, Cecilia Claudia Costa; LEITE, Fábio Renato Manzolli. Sugar-sweetened beverage consumption and periodontitis among adults: A population-based cross-sectional study. *Journal of Clinical Periodontology*, p. jcpe.13961, 7 mar. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38454156/. Acessoem: 03 jul. 2025.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA). *Health Literacy in Dentistry*. 2022. Disponível em: https://www.ada.org/resources/community-initiatives/health-literacy-in-dentistry. Acesso em: 12 mar. 2024.

AROSO, Ândrea. *Bom para o cérebro, bom para o intestino, o segundo cérebro*. 1. ed. [*S. l.*]: Cia do eBook, 2021.

AUGIMERI, Giuseppina; CAPARELLO, Giovanna; CAPUTO, Ippolito; REDA, Rodolfo; TESTARELLI, Luca; BONOFIGLIO, Daniela. Mediterranean diet: a potential player in the link between oral microbiome and oral diseases. *Journal of Oral Microbiology*, [*s. l.*], v. 16, n. 1, p. 2329474, 31 dez. 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10953787/. Acessoem: 03 jul. 2025.

BEGLEY, A.; BUTCHER, L.; *et al.* Identifying Participants Who Would Benefit the Most from an Adult Food-literacy Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [*s. l.*], v. 16, n. 7, p. 1272, 9 abr. 2019. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6480264/. Acessoem: 03 jul. 2025.

BEGLEY, Andrea; PAYNTER, Ellen; BUTCHER, Lucy M.; BOBONGIE, Vanessa; DHALIWAL, Satvinder S. Examining the Association between Food Literacy and Food Insecurity. *Nutrients*, [*s. l.*], v. 11, n. 2, p. 445, 20 fev. 2019. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6480264/. Acessoem: 03 jul. 2025.

BENTO, Geisa Siqueira; BALBINO, Carlos Marcelo; DE OLIVEIRA, Davi Fideles; RIBEIRO, Carolina Baptista; NEVES, Alden dos Santos. LOUREIRO, Lucrécia Helena. Contribuições nutricionais para a saúde oral: revisão sistemática. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, [*s. l.*], v. 16, n. 11, p. 26222–26242, 14 nov. 2023. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2595. Acessoem: 03 jul. 2025.

BONOTTO, Danielle Veiga; MONTES, Gisele Ristow; FERREIRA, Fernanda Morais; ASSUNÇÃO, Luciana Reichert da Silva; FRAIZ, Fabian Calixto. Association of parental attitudes at mealtime and snack limits with the prevalence of untreated dental caries among preschool children. *Appetite*, [*s. l.*], v. 108, p. 450–455, jan. 2017. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27818303/. Acessoem: 03 jul. 2025.

BRACH, Cindy (Ed.). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. 3. ed. Rockville, MD: Agência para Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ), 2024. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/health-literacy-universal-precautions-toolkit-3rd-edition.pdf. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 429, de 8 de outubro de 2020. Dispõe sobre a rotulagem nutricional dos alimentos embalados. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 9 out. 2020a. Disponível em: https ://www .in .gov .br /en /web /dou //-/resolucao -rdc -n -429 -de -8 -de -outubro -de -2020 -282070599. Acesso em: 09 de fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa – IN nº 75, de 8 de outubro de 2020. Estabelece os requisitos técnicos para declaração da rotulagem nutricional em alimentos embalados. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 9 out. 2020b. Disponível em: https ://www .in .gov .br /en /web / dou //-/instrucao -normativa -in -n -75 -de -8 -de -outubro -de -2020 -282070631. Acesso em: 09 de fev. 2025.

CASCAES, Andreia Morales; DA SILVA, Nathalia Ribeiro Jorge; FERNANDEZ, Matheus Dos Santos; BOMFIM, Rafael Aiello; VAZ, Juliana Dos Santos.Ultra-processed food consumption and dental caries in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, [*s. l.*], v. 129, n. 8, p. 1370–1379, 28 abr. 2023. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35894293/. Acessoem: 03 jul. 2025.

MAIA, Luciana Colares; COSTA, Simone de Melo; MARTELLI, Daniella Reis Barbosa;CALDEIRA; Antônio Prates. Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? *Revista Bioética*, [*s. l.*], v. 28, n. 1, p. 173–181, mar. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/nc8TS5ckwXLPy5Zj6M3d8hm/. Acessoem: 03 jul. 2025.

CORDEIRO, Mariana Dantas; ARRUDA, Soraia Pinheiro Machado; LIMA, Patrícia Paula De Carvalho Sampaio; DOS REIS, Dayanna Magalhães; MENDES, Renata Cristina Machado; MENDONÇA, Marina de Paula; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Associações entre letramento em saúde bucal, consumo alimentar e presença de lesões orais. *NutricionClinica y Dietetica Hospitalaria*, [*s. l.*], v. 37, n. 1, p. 49–56, 2017. Disponível em: https://www.revistanutricion.org/articles/associations-between-oral-health-literacy-food-consumption-and-the-presence-of-oral-lesions.pdf. Acesso em: 03 jul. 2025.

COSTA, Maria Dalla; CHAPANSKI, Vanessa da Rocha; CREMA, Aline Fabris de Araujo; MENONCIN, Bruna LetíciaVessoni; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida; FRAIZ, Fabian Calixto.Untreated early childhood caries: the role of parental eating behavior. *Brazilian Oral Research*, [*s. l.*], v. 36, p. e010, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35081228/. Acesso em: 03 jul. 2025.

CUNHA, Ana Júlia Pereira. *Salvando o sorriso*: um jogo digital sobre saúde bucal utilizando a educação lúdica. 2022. Monografia (Graduação em Engenharia Biomédica) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/49393. Acesso em: 12 mar. 2024.

DIAMOND, James J. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutrition Journal*, [*s. l.*], v. 6, n. 1, p. 5, 14 fev. 2007. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17300716/. Acesso em: 03 jul. 2025.

DUTRA, Laio da Costa; DE LIMA, Larissa Chaves Morais; NEVES, ÉrickTássio Barbosa; GOMES, Monalisa Cesarino; ARAÚJO, LuízaJordânia Serafim; FORTE, Franklin Delano Soares; PAIVA, Saul Martins; FERREIRA, Fernanda Morais; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia. Adolescents with worse levels of oral health literacy have more cavitated carious lesions. *PLOS ONE*, [*s. l.*], v. 14, n. 11, p. e0225176, 27 nov. 2019. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31774850/. Acesso em: 03 jul. 2025.

FARIAS, Paula Karoline Soares; SALES, Marinilza Soares Mota; BARBOSA, Ana Carolina Mota; MONTEIRO, Priscila Avelar; SOARES, PatríciaDawylla de Freitas; SOARES, LetíciaJosyane Ferreira; OLIVERIA, FabíolaBelkiss Santos de; FONSECA, Viviane Soares; LEITE, Agda Silene; ELEUTÉRIO, TatianePalmeira; REIS, Erika Cardoso dos; MONTEIRO, Elma Lúcia de Freitas; SANTOS, Aline Soares Figueiredo; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima.Desenvolvimento da validade de conteúdo e confiabilidade de um instrumento de avaliação do letramento alimentar de adolescentes. *Research, Society and Development*, [*s. l.*], v. 10, n. 16, p. e283101623631, 12 dez. 2021. Disponívelem: https://www.repositorio.ufop.br/items/dbeee7ad-1c2e-49cf-aaab-7b602b1266c0.Acesso em: 03 jul. 2025.

FEITOSA, Sara Alencar Xavier; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; GALIZA, DayzeDjanira Furtado de; PINTO, Mariana Ferreira. Letramento Alimentar de Mulheres Brasileiras Privadas de Liberdade. *Revista Contemporânea*, [*s. l.*], v. 3, n. 07, p. 8823–8839, 24 jul. 2023. Disponível em: https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/1234. Acesso em: 03 jul. 2025.

FELDENS, Carlos Alberto; ALVAREZ, Licet; ACEVEDO, Ana María; CEPEDA, Veronica; CHIRIFE, Maria Teresa; GÁLVEZ, Carmen Aminta; DEZAN-GARBELINI, Cássia; GUDIÑO-FERNÁNDEZ, Sylvia; MARTIGNON, Stefania; PÉREZ, Vidal; PAIVA, Saul Martins; ZAMBRANO, Olga; ZELADA, Diana; VILLENA, Rita. Early-life sugar consumption and breastfeeding practices: a multicenter initiative in Latin America. *Brazilian Oral Research*, [*s. l.*], v. 37, p. e104, 2023. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38055522/. Acesso em: 03 jul. 2025.

FELDENS, Carlos Alberto; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo; DUNCAN, Bruce Bartholow; DRACHLER, Maria de Lourdes; VÍTOLO, Márcia Regina. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, [*s. l.*], v. 38, n. 4, p. 324–332, ago. 2010. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20406273/. Acesso em: 03 jul. 2025.

FELIX, Luiz Carllos Almeida; OLIVEIRA, CintiaCarliene Santos de; RAMOS, Lucas Viana Silva; LIMA, Luiz Fernando Alves de; SANTOS, João Vítor Queiroz Mendes dos;PONZI, Elizabeth Arruda Carneiro. Estudo da relação entre alimentos cariogênicos da merenda escolar e a experiência de cárie em crianças atendidas em uma escola do Recife. *Research, Society and Development*, [*s. l.*], v. 10, n. 7, p. e52310713977, 4 jul. 2021. Disponívelem: https://www.researchgate.net/publication/353171696_Estudo_da_relacao_entre_alimentos_cariogenicos_da_merenda_escolar_e_a_experiencia_de_carie_em_criancas_atendidas_em_uma_escola_do_Recife.Acesso em: 03 jul. 2025.

FERNANDEZ, Melissa. *Food literacy and healthy diets of Canadian parents*: Associations and evaluation of the Eat Well Campaig**n**. 2019. Thesis (Graduaçãoem 2019) – Université Laval, Québec, Canadá, 2019. Disponívelem: https://core.ac.uk/download/pdf/442657124.pdf. Acesso em: 03 jul. 2025.

FOGUEL, Israel. *O Milagre Da Natureza*. São Paulo: Clube de Autores, 2019.

GIBBS, Heather D.; ELLERBECK, Edward F.; GAJEWSKI, Byron; ZHANG, Chuanwu; SULLIVAN, Debra K. The Nutrition Literacy Assessment Instrument is a Valid and Reliable Measure of Nutrition Literacy in Adults with Chronic Disease. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, [*s. l.*], v. 50, n. 3, p. 247-257.e1, mar. 2018. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29246567/.Acesso em: 03 jul. 2025.

GOŹDZIEWSKA, Małgorzata; ŁYSZCZARZ, Aleksandra; KACZORUK, Monika; KOLARZYK, Emilia. Relationship between periodontal diseases and non-specific inflammatory bowel diseases – an overview. Part I. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, [*s. l.*], v. 31, n. 1, p. 1–7, 25 mar. 2024. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38549470/.Acesso em: 03 jul. 2025.

HARRIS, Gillian; COULTHARD, Helen. Early Eating Behaviours and Food Acceptance Revisited: Breastfeeding and Introduction of Complementary Foods as Predictive of Food Acceptance. *Current Obesity Reports*, [*s. l.*], v. 5, n. 1, p. 113–120, mar. 2016. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26956951/.Acesso em: 03 jul. 2025.

KRAUSE, Corinna; SOMMERHALDER, Kathrin; BEER-BORST, Sigrid; ABEL, Thomas. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of

nutrition literacy and food literacy. Health Promot Int, v. 33, n. 3, p. 378-389, 2016. doi: 10.1093/heapro/daw084. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27803197/. Acessoem 31 jan. 2024.

LADEIRA, Lorena Lúcia Costa; NASCIMENTO, Gustavo Giacomelli; LEITE, Fábio Renato Manzolli; ALVES-COSTA, Silas; BARBOSA, JanaínaMaiana Abreu; ALVES, Claudia Maria Coelho; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; BATISTA, Rosangela Fernandes Lucena; RIBEIRO, Cecilia Claudia Costa. Obesity, Insulin Resistance, Caries, and Periodontitis: Syndemic Framework. *Nutrients*, [*s. l.*], v. 15, n. 16, p. 3512, 9 ago. 2023. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37630703/.Acesso em: 03 jul. 2025.

LAW, Queenie Pui Sze; YAU, Alice Hoi Ying; CHUNG, Joanne Wai Yee. Chinese adults' nutrition label literacy in Hong Kong: Implications for nurses. *Nursing & Health Sciences*, [*s. l.*], v. 21, n. 2, p. 171–177, 2018. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30345724/.Acesso em: 03 jul. 2025.

LIAO, Li-Ling; LAI, I-Ju; CHANG, Li-Chun. Nutrition Literacy Is Associated with Healthy-Eating Behaviour among College Students in Taiwan. *Health Education Journal*, ERIC Number: EJ1226818, v. 78, n. 7, p. 756–769, nov. 2019. Disponívelem: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0017896919836132.Acesso em: 03 jul. 2025.

LIMA, Laura Jordana Santos; RAMOS-JORGE, Maria Letícia; SOARES, Maria Eliza Consolação. Prenatal, perinatal and postnatal events associated with hypomineralized second primary molar: a systematic review with meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, [*s. l.*], v. 25, n. 12, p. 6501–6516, dez. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34414520/.Acesso em: 03 jul. 2025.

MARTINEZ, Gisele Lago. *O impacto dos ômegas 3 e 6 na periodontia*: da patogênese à terapia adjunta com suplementação alimentar. São Paulo: Editora Dialética, 2022. Disponível em: https://loja.editoradialetica.com/ciencias-da-vida/o-impacto-dos-omegas-3-e-6-na-periodontia-da-patogenese-a-terapia-adjunta-com-suplementacao-alimentar. Acesso em: 03 jul. 2025.

MEARNS, Gael. J.; CHEPULIS, Lynne; BRITNELL, Sally; SKINNER, Kelly. Health and Nutritional Literacy of New Zealand Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, [*s. l.*], v. 56, n. 1, p. 43–48, jan. 2017. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28118475/.Acesso em: 03 jul. 2025.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CANNON, Geoffrey; LEVY, Renata B.; MOUBARAC, Jean-Claude; LOUZADA, Maria Lc; RAUBER, Fernanda; KHANDPUR, Neha; CEDIEL, Gustavo; NERI, Daniela; MARTINEZ-STEELE, Euridice; BARALDI, Larissa G.; JAIME, Patricia C. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*, [*s. l.*], v. 22, n. 5, p. 936–941, abr. 2019. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30744710/.Acesso em: 03 jul. 2025.

MONTEIRO, Carlos Augusto; LEVY, Renata B.; CLARO, Rafael Moreira; CASTRO, InêsRugani Ribeiro de; CANNON, Geoffrey.A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cadernos de Saúde Pública*, [*s. l.*], v. 26, n. 11, p. 2039–2049, nov. 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21180977/.Acesso em: 03 jul. 2025.

MONTES, Gisele Ristow; BONOTTO, Danielle Veiga; FERREIRA, Fernanda Morais; MENEZES, José Vitor Nogara Borges; FRAIZ, Fabian Calixto. Caregiver's oral health literacy is associated with prevalence of untreated dental caries in preschool children. *Ciência&SaúdeColetiva*, [*s. l.*], v. 24, n. 7, p. 2737–2744, jul. 2019. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31340290/.Acesso em: 03 jul. 2025.

MOORES, C. J.; KELLY, S. A. M.; MOYNIHAN, P. J. Systematic Review of the Effect on Caries of Sugars Intake: Ten-Year Update. *Journal of Dental Research*, [*s. l.*], v. 101, n. 9, p. 1034–1045, ago. 2022. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35302414/.Acesso em: 03 jul. 2025.

MORIKAVA, Francine Sumie; FRAIZ, Fabian Calixto; GIL, GiovanaSolheid; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de; FERREIRA, Fernanda Morais. Healthy and cariogenic foods consumption and dental caries: A preschool-based cross-sectional study. *Oral Diseases*, [*s. l.*], v. 24, n. 7, p. 1310–1317, out. 2018. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29878498/.Acesso em: 03 jul. 2025.

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH; NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH; U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Invisible Barrier: Literacy and Its Relationship with Oral Health.: A Report of a Workgroup Sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, U. S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. *Journal of Public Health Dentistry*, [*s. l.*], v. 65, n. 3, p. 174–182, set. 2005. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16171263/.Acessoem: 03 jul. 2025.

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*, [*S. l.*], v. 15, n. 3, p. 259–267, 1 set. 2000. Disponívelem: https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/15/3/259/551108?redirectedFrom=fulltext. Acesso em: 31 jan. 2025.

NUTBEAM, Don; LLOYD, Jane E. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, [S. l.], v. 42, n. 1, p. 159–173, 1 abr. 2021. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33035427/. Acessoem: 03 jul. 2025.

PINHO, Judith Rafaelle Oliveira; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; RIBEIRO, CecíliaCláudia Costa; ALVES, Cláudia Maria Coelho; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Factors associated with the development of dental defects acquired in the extrauterine environment. *Brazilian Oral Research*, [*s. l.*], v. 33, p. e094, 2019. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31618294/. Acessoem: 03 jul. 2025.

REIS, Roberta Andrade; STOLF, Camila Schmidt; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; SILVA, Bruna Yhang da Costa; ÖZLÜ, Tuğçe; KENGER, EmreBatuhan; MIGUEL, Manuela Maria Vianal; SANTAMARIA, Mauro Pedrine; MONTEIRO, Mabelle de Freitas; CASATI, Marcio Zaffalon, CASARIN, Renato Corrêa Viana.Impact of dietary inflammatory index on gingival health. *JournalofPeriodontology*, [*s. l.*], v. 95, n. 6, p. 550–562, jun. 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38152036/.Acessoem: 03 jul. 2025.

RODRIGUES, Mariana Aparecida; SILVA, Renato Pereira da; PEREIRA, Patrícia Feliciano. Relação da cárie com o estado nutricional, fatores sociais e comportamentais em adolescentes de 15 a 19 anos. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN*, [*s. l.*], v. 9, n. 2, p. 103–110, 27 dez. 2018. Disponível em: https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/449.Acessoem: 03 jul. 2025.

SANTANA, Stephanie; BRACH, Cindy; HARRIS, Linda; OCHIAI, Emmeline; BLAKEY, Carter; BEVINGTON, Frances; KLEINMAN, Dushanka; PRONK, Nico. Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, [*s. l.*], v. 27, n. Supplement 6, p. S258–S264, nov. 2021. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729194/. Acessoem: 03 jul. 2025.

SARKIS, Lívia Botelho da Silva; TERUEL-CAMARGO, Juliana; GIBBS, Heather D.; NAKANO, Eduardo Y.; GINANI, Verônica Cortez; AGUIAR, Aline Silva de; CHAVES, Camila Dos Santos; ZANDONADI, Renata Puppin; BASTOS, Marcus Gomes. The Nutrition Literacy Assessment Instrument for Brazilians, NLit-Br: An Exploratory Cross-Cultural Validity Study. *Nutrients*, [*s. l.*], v. 14, n. 22, p. 4914, 20 nov. 2022. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36432600/. Acessoem: 03 jul. 2025.

SHIVAPPA, Nitin; STECK, Susan E.; HURLEY, Thomas G.; HUSSEY, James R.; HÉBERT, James R. Designing and developing a literature-derived, population-based dietary inflammatory index. *Public Health Nutrition*, [*s. l.*], v. 17, n. 8, p. 1689–1696, ago. 2014. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23941862/. Acessoem: 03 jul. 2025.

SILVA, João Victor Vaz e; MACHADO, Fabrício Campos. Saúde bucal na adolescência: importância e fatores modificadores – uma revisão narrativa da literatura. *Research, Society and Development*, [*s. l.*], v. 11, n. 13, p. e535111335688, 14 out. 2022. Disponívelem: https://www.researchgate.net/publication/364642570_Saude_bucal_na_adolescencia_importancia_e_fatores_modificadores_-_uma_revisao_narrativa_da_literatura. Acessoem: 03 jul. 2025.

SIMONDS, Scott K. Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, [*s. l.*], v. 2, n. 1_suppl, p. 1–10, 1 mar. 1974. Disponívelem: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10901981740020S102. Acessoem: 03 jul. 2025.

SMIT, Menke J. de; NIJHOLT, Willemke; BAKKER, Mieke H.; VISSER, Anita. The predictive value of masticatory function for adverse health outcomes in older adults: a systematic review. *The Journal of nutrition, health and aging*, [*s. l.*], v. 28, n. 5, p. 100210, maio 2024. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38489994/. Acessoem: 03 jul. 2025.

SØRENSEN, Kristine; BROUCHE, Stephan Van Den; FULAN, James; DOYLE, Jürgen Pelikan; SLONSKA, Zofia; BRAND, Helmut. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22276600/Acessoem: 9 maio 2025.

SOUSA, Zaira Andressa Alves de; SILVA, Julyana Gall da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, [*s. l.*], v. 18, n. 3, p. 400–406, 2014. Disponível em: https://www.eanjournal.org/article/doi/10.5935/1414-8145.20140057.Acessoem: 03 jul. 2025.

THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; ALVES, Cláudia Maria Coelho; GOMES E SILVA, Luciana Freitas; ALMEIDA, CecíliaCláudia Costa Ribeiro de; BRITTO E ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de; HILGERT, Juliana Balbinot; WENDLAND, Eliana M*.* Breastfeeding Versus Bottle Feeding on Malocclusion in Children: A Meta-Analysis Study. *Journal of Human Lactation*, [*s. l.*], p. 089033441875568, 29 mar. 2018. Disponívelem: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29596751/. Acessoem: 03 jul. 2025.

VASCONCELOS, Claudia Machado Coelho Souza de; PARENTE, Nara de Andrade; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. A relevância da Comunicação oral, escrita e digital; usuario – profissional de saúde – SUS. *In*: PASSAMAI, Maria da Penha Baião; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; henriques, Eliane Mara Viana (org.). *Letramento Funcional em saúde*: as habilidades do usuário e o Sistema Único de Saúde. 1. Ed. Curitiba: CRV, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guideline*: sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponívelem: https://iris.who.int/handle/10665/149782. Acesso em: 9 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponívelem: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038349. Acessoem: 12 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion glossary, 1998*. Geneva: World Health Organization, 1988. Disponívelem: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1. Acessoem: 03 jul. 2025.

YAHIA, Elhadi M.; GARCÍA-SOLÍS, Pablo; CELIS, María Elena Maldonado. Contribution of Fruits and Vegetables to Human Nutrition and Health. *Postharvest Physiology and Biochemistry of Fruits and Vegetables*, [*s. l.*]: Elsevier, 2019. p. 19–45. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128132784000026. Acesso em: 12 mar. 2024.

ZANCHETTA Margareth Santos; MORAES Katarinne Lima. Letramento em saúde: determinante social da saúde desafiador para a pesquisa e prática da enfermagem. *Revista baiana enfermagem*, 37:e56724, 2023. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/56724/32037. Acesso em: 14 jul. 2024.

ZANELLA, Christiane Pineda; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; LIMA, José Wellington Oliveira de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Cultural adaptation and content validity evidence of the Nutritional Literacy Scale Brazilian version. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [*s. l.*], v. 75, n. 6, p. e20210657, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35858028/. Acessoem: 03 jul. 2025.

CAPÍTULO 10

Letramento em saúde digital: um requisito indispensável para a odontologia moderna

Neida Ramos
Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
Helena Alves de Carvalho Sampaio

Introdução

Ter Letramento em Saúde (LS) adequado, ultrapassa simplesmente a habilidade de ler e interpretar informação médica; engloba, de forma essencial, a habilidade dos indivíduos de tomar decisões responsáveis pela sua saúde e de outros. O capítulo 1 deste livro discute terminologias e aspectos conceituais do letramento em saúde. O letramento em saúde pressupõe também ter letramento em doenças (Uva, 2024), o que é um aspecto mais específico do letramento em saúde, e que foca na compreensão e gestão de doenças específicas, ou seja, ter conhecimento suficiente que permita reconhecer os fatores de risco relacionados a uma doença em particular, e os sinais e sintomas que permitam saber os recursos a mobilizar e o tempo adequado para o fazer. Como exemplo, pode-se pensar em letramento em diabetes, letramento em oncologia, letramento em Covid-19, entre outras possibilidades. São subcampos que vão surgindo com os avanços do campo-mãe.

Na perspectiva da habilidade de acesso à informação, a era digital a revolucionou, devido à democratização da *internet* e o recurso massivo a *smartphones*. Atualmente, informações sobre saúde e doenças estão disponíveis e ao alcance de todos que possuam competências necessárias para acessá-las e compreendê-las. As redes sociais, as aplicações digitais sobre saúde, os *fórunsonline* e as páginas *web* especializadas em matérias de saúde oferecem um volume sem precedentes de informações de acesso global e contínuo. Perante tanta informação sobre saúde, é importante considerar quais as competências que as pessoas devem ter para entender essas informações e usá-las de modo que possam impactar positivamente a sua vida.

O Letramento Digital em Saúde (LDS) surge como um elemento determinante na junção entre tecnologia e saúde. A Organização Mundial da Saúde o define como a capacidade de buscar, localizar, compreender e julgar informações de saúde através de meios eletrônicos, e de aplicar essa informação para a resolução de um problema de saúde. Uma revisão recente sobre o tema traz o seguinte conceito, em tradução livre: LDS corresponde à capacidade de traduzir o conhecimento de saúde, adquirido em ambientes digitais, em ações, e seus atributos conceituais são quatro, a saber, regulação orientada por objetivos, processamento de informações, comunicação e utilização (Ban; Kim; Seomun, 2024).

Essa competência torna-se cada vez mais pertinente na odontologia. A sua importância tem sido ampliada pela rápida digitalização dos serviços de saúde e pela necessidade de que tanto profissionais como pacientes saibam manobrar com eficiência o ecossistema digital de informação sobre saúde. A saúde digital ganhou popularidade mesmo nos países em desenvolvimento, o que pode,potencialmente,mudar o panorama da saúde nesses países. A pandemia de Covid-19 serviu como evento dinamizador dessa mudança, levando os profissionais de saúde em todo o mundo a adotar e aplicar essas competências (Jin-yu *et al.*, 2024).

A importância do Letramento Digital em Saúde para Profissionais de Odontologia

As desigualdades digitais abrangem a falta de competências, juntamente com acesso, utilização e autopercepções. Essas desigualdades precisam de ser abordadas, uma vez que lhes é aplicado potencial para moldar as oportunidades de vida de múltiplas formas, sobretudo no setor da saúde (Tinmaz, *et al*., 2022).Por outro lado, o LDS é uma competência necessária para a prática da medicina moderna (Radovanovic *et al.,* 2020), e tornou-se essencial para os profissionais de odontologia, refletindo a crescente integração entre tecnologia e cuidados de saúde. Com essa habilidade, dentistas podem acessar uma ampla gama de informações atualizadas sobre novos estudos, técnicas avançadas e inovações na área.

Ter LDS constitui uma aptidão vantajosa para os profissionais de odontologia porque integra uma ferramenta essencial para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, e facilita a sua adaptação às céleres mudanças tecnológicas observadas no setor (Radovanovic *et al.,* 2020). Essas mudanças tornam importante que o profissional de saúde esteja em permanente formação em tecnologias emergentes (Mesko; Győrffy; Kollár, 2015).Este capítulo explora quatro aspectos da aplicação das competências de LDS em odontologia e a sua importância prática. São eles:

Acesso e Interpretação de Informações Clínicas Atualizadas

Uma vez que a importância de uma rotina diária adequada e de serviços médicos e dentários de emergência para todos não pode ser subestimada (Tella; Olanloye; Ibiyemi, 2019).Os profissionais de odontologia com habilidades em saúde digital podem oferecer um recurso adicional ao sistema de saúde para melhorar as condições de acesso e interpretação de informações, mesmo em condições remotas.

A teleodontologia é um ramo da telessaúde em que a tecnologia da informação é utilizada para a prestação de serviços odontológicos à distância, eliminando assim a necessidade das tradicionais interações presenciais. Teletriagem, teleconsulta, encaminhamento *on-line*, teletratamento, teleeducação, telemonitoramento e telecirurgia estão entre os serviços prestados no âmbito da teleodontologia (FDI, 2021).

A teleodontologia pode ser aplicada a odontopediatria, ortodontia e medicina oral. Essa prática permite, também, a redução de custos quando comparada com uma consulta de saúde oral convencional (Estai *et al*., 2018), e exemplifica uma aplicação prática do LDS, permitindo consultas remotas, diagnóstico e, até mesmo, planejamento de tratamento. A teleodontologia tem permitido diagnósticos remotos eficazes, especialmente em comunidades rurais ou com difícil acesso a cuidados de saúde (Tella; Olanloye; Ibiyemi, 2019), e sua eficácia, particularmente durante a pandemia de COVID-19, destacou sua utilidade em garantir a continuidade do cuidado odontológico, minimizando os riscos de transmissão do vírus (Homsi *et al*., 2023).

Melhoria na Comunicação com Pacientes e outros Profissionais

A capacidade de utilizar, eficientemente, ferramentas digitais para comunicação é claramente valorizada na odontologia e noutras áreas das ciências médicas. O uso de meios digitais para proporcionar melhores cuidados de saúde oral à população pode ser uma forma de reduzir o custo elevado desse tipo de cuidados e ampliar o acesso dos mesmos a diversos grupos de forma contínua e global.

A teleodontologia pode melhorar a comunicação e o entendimento dos pacientes sobre os seus tratamentos, promovendo maior envolvimento e satisfação do paciente e família (Estai *et al*., 2018), enquanto o telemonitoramento, outra ferramenta valiosa na gestão da saúde dos pacientes, permite o acompanhamento contínuo através de

sistemas eletrônicos. Essa tecnologia viabiliza o registro detalhado das condições de saúde do paciente e a subsequente transmissão desses dados para os profissionais médicos, via telefone, fax, ou plataformas digitais baseadas na internet (Tella; Olanloye; Ibiyemi, 2019; Estai *et al*., 2018). Adicionalmente, o monitoramento pode ser intensificado pela coleta e transmissão automática de dados clínicos para médicos colaboradores, facilitando um tratamento coordenado e mais eficaz (Tella; Olanloye; Ibiyemi, 2019).

A telecirurgia constitui um avanço, particularmente, transformador, permitindo que especialistas situados em centros urbanos ofereçam suporte remoto a cirurgiões em regiões rurais isoladas. Essa colaboração é realizada por meio de conexões de vídeo e áudio de alta qualidade, garantindo a realização de procedimentos cirúrgicos precisos e seguros (Tella; Olanloye; Ibiyemi, 2019).

Cumprimento de Normas Regulatórias e Éticas

A telemedicina e a teleodontologia representam inovações emergentes no campo da odontologia, introduzindo novas dimensões de cuidado e gestão de saúde (Golder; Brennan, 2000; Homsi *et al.*, 2023). Contudo, a implementação dessas tecnologias enfrenta desafios significativos, particularmente no âmbito legal (Mariño; Zaror, 2024), pois, a adoção de práticas de saúde digital na odontologia traz consigo considerações éticas e legais significativas, especialmente relacionadas com a privacidade e a segurança dos dados do paciente. A conformidade com normas regulatórias, incluindo a proteção de dados pessoais, é essencial. Por esse motivo, pessoas, individuais e coletivas, devem ser alertadas sobre a sua importância e exortadas a atuar em conformidade com a lei, num mundo cada vez mais sujeito a infrações digitais.

Assim, profissionais de odontologia devem estar cientes das regulamentações locais e internacionais ao implementar soluções de

saúde digital (Koops; Leenes, 2014) haja vista que muitas questões jurídicas pertinentes ainda aguardam resolução por parte dos órgãos legislativos ou judiciais. Pode dizer-se que o avanço tecnológico necessário para garantir a ausência de falhas durante consultas teledentais ainda não foi plenamente alcançado (Golder; Brennan, 2000).

Apesar desses desafios, o potencial transformador da telemedicina e da teleodontologia é vasto (Mariño; Zaror, 2024). Essas tecnologias prometem melhorar, significativamente, a acessibilidade aos cuidados de saúde, reduzindo os custos associados e democratizando o acesso a serviços médicos e odontológicos de qualidade. À medida que a telemedicina e a teleodontologia evoluem, elas têm o potencial de alterar, fundamentalmente, as práticas convencionais na medicina e na odontologia, oferecendo benefícios substanciais tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde (FDI,2021). A integração dessas práticas na rotina diária de cuidados médicos e odontológicos não apenas facilitará diagnósticos e tratamentos mais eficientes, mas também promoverá uma maior interconexão entre especialistas e pacientes em diversas localidades (Golder; Brennan, 2000).

Outro campo onde o LDS ganha destaque é a publicidade em odontologia, o que inclui anúncios em diversos meios de comunicação, como páginas da *web* e redes sociais. É uma ferramenta essencial para os dentistas em um mercado cada vez mais competitivo. No Brasil, não há leis que proíbam a publicidade dos serviços odontológicos, desde que sejam observadas as normas preconizadas. É necessário incluir o nome e o registro do profissional ou entidade e identificar o título profissional que se possui. Restrições específicas se aplicam ao uso de imagens de pacientes e à realização de consultas *online*. As limitações são uniformes para todos os tipos de serviços dentários, conforme estabelecido pela Lei nº 5081/66 e pelo Código de Ética Odontológica do Brasil (Melo *et al*., 2012).

Desenvolvimento Profissional Contínuo

O LDS suporta o desenvolvimento profissional contínuo, pois o treinamento contínuo em tecnologias digitais é determinante para que os dentistas mantenham a competência profissional frente às inovações tecnológicas. Esses profissionais também estão habilitados a oferecer aos pacientes recursos para a autogestão da saúde bucal, promovendo melhores práticas de higiene e acompanhamento de condições dentárias (FDI, 2021).

A constante evolução tecnológica impulsiona a necessidade de desenvolvimento profissional contínuo, com cursos e certificações em saúde digital se tornando indispensáveis para os dentistas que desejam não apenas aprimorar suas habilidades clínicas, mas também integrar novas tecnologias em suas práticas (FDI, 2021; Schleyer; Spallek, 2001). O LDS não apenas facilita a administração eficiente das práticas odontológicas, mas também enriquece a experiência do paciente e promove uma odontologia mais inovadora e acessível.

Tecnologias avançadas, como imagens digitais,design auxiliado por computador e fabricação auxiliada por computador (CAD/CAM), são utilizadas de forma mais eficaz por dentistas que são proficientes em literacia digital (Son Lee, 2021). Dessa forma, mesmo aqueles que detenham conhecimentos básicos de informática necessitam de aprimorá-los para alcançar o mesmo nível de LDS coletivo exigido para aplicação desses métodos, essencialmente, digitais. Assim, a integração do LDS na educação odontológica é essencial para preparar os futuros profissionais para o mercado de trabalho, digitalmente, avançado (Skiba, 2014). Programas de treinamento e currículos devem incluir competências digitais, desde o uso de prontuário eletrônico de saúde até a aplicação de novas tecnologias, como a impressão 3D, na prática clínica (Schleyer; Spallek, 2001).

Desafios na Implementação do Letramento Digital em Saúde

O LDS também desempenha um papel fundamental na capacidade dos pacientes de compreender e gerir a sua saúde bucal. Estudos têm demonstrado que um melhor LDS está, positivamente, correlacionado com melhores resultados de saúde bucal e uma maior autonomia do paciente na tomada de decisões sobre tratamentos (Estai *et al,* 2018; Esta; Kruger; Tennant, 2016). Isso ressalta a necessidade de programas educacionais que visem melhorar o LDS entre a população geral.

Apesar de seus benefícios, a implementação efetiva do LDS enfrenta vários obstáculos. A exclusão digital, que se refere a uma desigualdade no acesso, uso e impacto das tecnologias digitais de informação e comunicação (TIC), entre os agentes sociais é conhecida como a "divisão digital". A divisão digital foi uma denominação criada por Larry Irving, em 1990 (Compaine, 2001), e representa uma barreira significativa no acesso a meios digitais especializados em saúde ou outros setores, especialmente em regiões rurais ou entre populações de baixa renda, sendo uma nova forma de "divisão" social. Além disso, a resistência à mudança entre profissionais de saúde e pacientes pode limitar a adoção de práticas baseadas em tecnologia digital.

Considerações finais

O LDS é um componente essencial da odontologia contemporânea, influenciando tanto a prática profissional quanto a gestão da saúde bucal pelo paciente. As instituições devem acompanhar a evolução da tecnologia e estimular o desenvolvimento de competências digitais entre profissionais e pacientes, por ser vital para maximizar os benefícios da digitalização na saúde. Portanto, esforços conjuntos de instituições educacionais, organizações de saúde e governos são necessários para superar as barreiras na busca de competências em literacia em saúde digital, promovendo uma odontologia mais eficaz e acessível para todos.

Referências

BAN, Suyeon; KIM, Yirang; SEOMUN, GyeongAe. Digital health literacy: a concept analysis. Digital Health, [s.l.], v. 10, n. 15, p. 1-15, jan. 2024. SAGE Publications. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/20552076241287894. Acesso em: 2 fev. 2025.

COMPAINE, Benjamin M. The Digital Divide: Facing a Crisis Or Creating a Myth?MIT Press, 2001. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=9rvZAAAAMAAJ.Acesso em: 03 jul. 2025.

ESTAI, Mohamed; KANAGASINGAM, Yogesan; TENNANT, Marc; BUNT, Stuart. A systematic review of the research evidence for the benefits of teledentistry. J Telemed Telecare, v. 24, n. 3, p. 147-156, Apr 2018. ISSN 1357-633x. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28118778/.Acesso em: 03 jul. 2025.

ESTAI, Mohamed; KRUGER, Estie; TENNANT, Marc. Comment on "Accuracy of dental images for the diagnosis of dental caries and enamel defects in children and adolescents: A systematic review". Journal of Telemedicine and Telecare, v. 23, n. 5, p. 561-562, 2017/06/01 2016. ISSN 1357-633X. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1357633X16659965. Acesso em: 2024 abr. 21.

FDI WORLD DENTAL FEDERATION. Evidence-based Use of Teledentisty in Oral Health Services. Teledentistry, Switzerland,2021. Disponível em: https://www.fdiworlddental.com/sites/default/files/2022-10/20211213%20FDI%20Teledentistry%20Fact%20Sheet.pdf. Acesso em: 21/04/2024.

GOLDER, D. T.; BRENNAN, K. A. Practicing dentistry in the age of telemedicine. J Am Dent Assoc, v. 131, n. 6, p. 734-44, jun. 2000. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10860325/. Acesso em: 03 jul. 2025.

HOMSI, Karen; RAMACHANDRAN, Vinitha; CAMPO, Dhammacari Martin Del; CAMPO, Laura Martin Del; KUSNOTO, Budi; ATSAWASUWAN, Phimon; VIANA, Grace; OUBAIDIN, Maysaa; ALLAREDDY, Veerasathpurush; ELNAGAR, Mohammed H. The use of teleorthodontics during the COVID-19 pandemic and beyond - perspectives of patients and providers. BMC Oral Health, v. 23, n. 1, p. 490, Jul 15 2023. ISSN 1472-6831. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37454048/.Acesso em: 03 jul. 2025.

JIN-YU, Mandy Loh; MIN, Cheong Wayn; JIN, Jason Law Si; BABAR, Muneer Gohar; MAHDI; Syed Sarosh. Practical applications of teledentistry during the Covid-19 pandemic in ASEAN member states – a systematic review. BMC Oral Health, v. 24, n. 1, p. 421, 2024/04/05 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12903-024-04177-x. Acesso em: 03 jul. 2025.

KOOPS, Bert-Jaap; LEENES, Ronald E. Privacy regulation cannot be hardcoded: A critical comment on the 'privacy by design' provision in data-protection law: International Review of Law, Computers & Technology:1-13 p. 2014. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2564791. Acesso em: 03 jul. 2025.

MARIÑO, Rodrigo J.; ZAROR, Carlos. Legal issues in digital oral health: a scoping review. BMC Health Serv Res,v. 24, n. 1, p. 6, Jan 3 2024. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10765871/. Acesso em: 03 jul. 2025.

MELO, Allan Ulisses Carvalho de; ALBUQUERQUE JÚNIOR, Ricardo Luiz Cavalcanti; RIBEIRO, Cyntia Ferreira; VALENTE, Rômulo Oliveira de Hollanda; MARTORELLI, Sérgio Bartolomeu de Farias; SANTANA, Augusto Tadeu Ribeiro de. Publicidade odontológica na internet: considerações éticas e legais. Passo Fundo: RFO UPF. 17 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122012000200021. Acesso em: 03 jul. 2025.

MESKO, Bertalan; GYŐRFFY, Zsuzsanna; KOLLÁR, János. Digital Literacy in the Medical Curriculum: A Course With Social Media Tools and Gamification. JMIR Med Educ,v. 1, n. 2, p. e6, Oct 1 2015. ISSN 2369-3762 (Print) 2369-3762. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27731856/.Acesso em: 03 jul. 2025.

RADOVANOVIC, Danica; HOLST, Christine; BELUR, Sarbani; SRIVASTAVA, Ritu; HOUNGBONON, Georges Vivien; QUENTREC, Erwan Le; MILIZA, Josephine; WINKLER, Andrea S.; NOLL, Josef. Digital Literacy Key Performance Indicators for Sustainable Development. Social Inclusion,v. 8, n. 2, p. 151-167,2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341383748_Digital_Literacy_Key_Performance_Indicators_for_Sustainable_Development. Acesso em: 03 jul. 2025.

SCHLEYER, T.; SPALLEK, H. Dental informatics. A cornerstone of dental practice. J Am Dent Assoc,v. 132, n. 5, p. 605-13, May 2001. ISSN 0002-8177 (Print) 0002-8177. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11367964/.Acesso em: 03 jul. 2025.

SKIBA, Diane J. The connected age: mobile apps and consumer engagement. Nurs Educ Perspect, v. 35, n. 3, p. 199-201, may.-jun. 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24988726/. Acesso em: 03 jul. 2025.

SON, KeunBaDa; LEE, Kyu-Bok. Effect of computer literacy on the working time of the dental CAD software program. J Prosthodont Res,v. 65, n. 2, p. 255-260, jun. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33762504/. Acesso em: 03 jul. 2025.

TELLA, A. J.; OLANLOYE, O. M.; IBIYEMI, O. Potential of teledentistry in the delivery of oral health services in developing countries. Ann Ib Postgrad Med,v. 17, n. 2, p. 115-123, dec. 2019. Disponível em: https://aipmed.org/?page_id=883. Acesso em: 03 jul. 2025.

TINMAZ, Hasan; LEE, Yoo-Taek; FANEA-IVANOVICI, Mina; BABER, Hasnan. A systematic review on digital literacy. In: (Ed.): © The Author(s) 2022., v. 9, 2022 Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9175160/. Acesso em: 03 jul. 2025.

TINMAZ, Hasan; LEE, Yoo-Taek T.; FANEA-IVANOVICI, Mina; BABER, Hasnan. A systematic review on digital literacy. Smart Learning Environments, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 21, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s40561-022-00204-y. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9175160/. Acesso em: 4 jul. 2025.

UVA, ADS Literacia em saúde/Literacia em doença. Lisboa, 2024. Aesso em: 27/04/2024.

CAPÍTULO 11

Conceitos e classificações das tecnologias e tecnologias em saúde

Ana Tereza Silva e Diogo
Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
Luci Ana Santos da Cunha

Introdução

A tecnologia tem sido um elemento central no desenvolvimento da humanidade, moldando as sociedades e impulsionando mudanças em diferentes períodos históricos. Desde a criação de ferramentas rudimentares na pré-história até as inovações em inteligência artificial e biotecnologia na atualidade, o conceito de tecnologia evoluiu continuamente. No contexto da saúde, a incorporação de novas tecnologias transformou práticas médicas, promovendo avanços significativos na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

Este capítulo apresenta os principais conceitos e classificações das tecnologias, com ênfase nas tecnologias em saúde. Para isso, será realizada uma revisão histórica do desenvolvimento das tecnologias, destacando-se os propósitos e funções das tecnologias, e o percurso dos conceitos e das classificações da tecnologia em saúde, apresentando os diferentes marcos e a evolução da terminologia ao longo do tempo, bem como as implicações das tecnologias para a sociedade e para o setor da saúde, porquanto a compreensão das classificações

das tecnologias e suas aplicações na saúde torna possível a reflexão sobre o impacto dessas inovações na qualidade de vida da população e nos sistemas de saúde.

Além disso, serão exploradas definições e distinções entre os conceitos de descoberta, invenção e inovação.

BREVE REVISÃO HISTÓRICA DO DESENVOLVIMENTO DAS TECNOLOGIAS

Desde os tempos mais remotos, os seres humanos procuraram dominar a natureza, empregando mecanismos e métodos que garantissem sua sobrevivência e bem-estar,buscando, constantemente, superar suas limitações naturais e se adaptar ao contexto em que se encontram inseridos. Para isso, utilizou os recursos disponíveis e os conhecimentos acumulados para desenvolver sistemas, instrumentos e processos que melhorassem sua qualidade de vida. Dessa forma, a tecnologia pode ser compreendida como a capacidade de produzir, ou modificar,objetos e processos para atuar sobre a natureza, promovendo melhorias individuais e coletivas. A presença da tecnologia acompanha todas as etapas do desenvolvimento humano, evoluindo conforme o conhecimento se acumula e novas descobertas são feitas.

É fundamental compreender o conceito de tecnologia de maneira ampla, reconhecendo que as inovações atuais são frutos do esforço humano ao longo do tempo. À medida que o ser humano descobre e compreende as leis da natureza, ele busca transformá-las em benefício próprio, aplicando esse conhecimento na criação de novas ferramentas, materiais e sistemas. Assim, a tecnologia se caracteriza como uma atividade voltada para a solução de problemas práticos, servindo de guia para o aprimoramento das condições de vida e para o contínuo avanço da sociedade, influenciando a forma como interagimos com o mundo e tornando as tarefas mais fáceis e eficientes (Coccia, 2019).

A tecnologia é, essencialmente, o uso do conhecimento científico para resolver problemas. O significado de tecnologia, porém, é muito mais amplo, não se resumindo a aparelhos eletrônicos ou máquinas complexas, mas, incluindo, também, ferramentas simples, como martelos, métodos agrícolas e sistemas que mantêm a economia funcionando. O conceito moderno abrange desde a internet e a inteligência artificial até processos avançados de fabricação, sendo vista, hoje, como a principal força por trás do crescimento econômico, das transformações sociais e da inovação em, praticamente, todas as áreas (Coccia, 2019).

Interconexões tornam a trajetória do desenvolvimento de tecnologias intrincadamente entrelaçada com a jornada da humanidade. As visões contrastantes atuais sobre o que é tecnologia, muitas vezes, acontecem porque as pessoas não entendem bem a evolução sociocultural da humanidade (Veraszto, 2009).Para entender melhor como a humanidade e a tecnologia contribuem para o avanço da sociedade, podemos analisar como as habilidades evoluíram ao longo da história, considerando o contexto sociocultural de cada época. Isso nos ajuda a aprimorar nossa compreensão do que realmente significa "tecnologia" (Veraszto, 2004), definida como um conjunto de conhecimentos, habilidades, métodos e processos utilizados na criação, desenvolvimento e aplicação de ferramentas, máquinas, sistemas e técnicas para resolver problemas humanos, melhorar a qualidade de vida e transformar a sociedade (Arthur, 2009). A tecnologia envolve a aplicação prática de descobertas científicas e avanços técnicos para desenvolver soluções inovadoras que atendam às necessidades humanas em diversos setores, incluindo comunicação, saúde, transporte, energia, educação e entretenimento, e é, intrinsecamente, ligada ao contexto sociocultural e econômico em que é desenvolvida e utilizada, sendo tanto um produto quanto um agente de mudança social (Arthur, 2009).

Etimologicamente, o termo *téchne,* que significa arte, talento, técnica ou habilidade,relacionado ao substantivo *teûchos,* ferramenta

ou instrumento, remonta a dois verbos - *teuchẽin*e *tiktẽin* - ambos denotando a ação de criar, fabricar, construir ou dar origem, cujas raízes remontam, pelo menos, ao período arcaico, sendo atestados em Homero e Hesíodo. A origem da palavra "tecnologia" resulta, então, da união das expressões gregas *téchne* e *lógos*, que denota, entre seus muitos significados, o conceito de pensamento, razão, conhecimento, estudo, sabedoria. Portanto, tecnologia é o estudo ou ciência das técnicas e habilidades (Veraszto, 2009; Salbego *et al*., 2016).

A evolução das tecnologias remonta à pré-história, quando o período paleolítico testemunhou a criação de ferramentas de pedra lascada e o manejo do fogo. Na sequência, surgiram recursos tecnológicos como o arco e flecha, anzóis e pontas de lança. Durante o período neolítico, a revolução agrícola marcou outro avanço significativo nas tecnologias, com a domesticação de plantas e animais, bem como o processamento de seus produtos, desencadeando a evolução social, o refinamento de técnicas e a construção de abrigos (Marques *et al*., 2016).

Na Antiguidade, houve a invenção da roda, o desenvolvimento da agricultura, os avanços na metalurgia e a construção de grandes estruturas (pirâmides, aquedutos), bem como os primeiros vestígios da escrita, que possibilitaram a preservação e o compartilhamento de ideias, promovendo o crescimento intelectual da humanidade (Andrade, 2000). Na Idade Média, ocorreram as grandes navegações e o desenvolvimento de novas tecnologias agrícolas, como o arado pesado. No Renascimento, ocorreu uma revolução científica, com a invenção da imprensa por Gutenberg (1450), além de avanços na medicina e astronomia (Marques *et al*., 2016). Nos séculos XVIII-XIX, houve a Revolução Industrial, com o uso de máquinas a vapor, o desenvolvimento da indústria têxtil, da ferrovia e da eletricidade. No século XX, a invenção do avião, do automóvel e das tecnologias de comunicação,como rádio, televisão, computadores e internet e,já no século XXI,houve avanços em tecnologias digitais, inteligência

artificial, redes de comunicação, biotecnologia, energias renováveis e exploração espacial (Marques *et al*., 2016).

As tecnologias digitais e as redes de comunicação possibilitam o compartilhamento de informações e abrangem todas as facetas de expansão, pesquisa, atualização e construção do conhecimento, representando uma das maiores conquistas tecnológicas na história da humanidade (Monteiro, 2001). Através da conexão global de pessoas e dados, está ocorrendo uma reconfiguração do processo de comunicação que, por sua vez, está configurando a sociedade contemporânea. Essa evolução na comunicação é, frequentemente, referida como a Era da Mídia (Rubim, 2000).

PROPÓSITOS E FUNÇÕES DAS TECNOLOGIAS

As tecnologias têm múltiplos propósitos e desempenham papéis essenciais em diversas áreas da sociedade. Seguem alguns dos principais propósitos e funções da tecnologia (Marcondes, 2024):

1. Facilitar a Comunicação: internet, smartphones e aplicativos de mensagens permitem que as pessoas se conectem instantaneamente, independentemente da distância geográfica.

2. Automatizar Processos: em setores industriais e comerciais, a tecnologia melhora processos, aumentando a eficiência e reduzindo erros e desperdícios.

3. Aprimorar a Educação: as tecnologias educacionais facilitam o aprendizado e o acesso ao conhecimento.

4. Avanços na Área da Saúde: a tecnologia contribui para diagnósticos mais precisos, tratamentos avançados e pesquisa médica.

5. Inovação e Pesquisa: a tecnologia impulsiona a inovação e a pesquisa em diversos campos, permitindo descobertas importantes.

Dependendo do tipo de produto que geram, as tecnologias são classificadas em três categorias (Moraes, 2016):

1. Tecnologias duras: essas tecnologias utilizam princípios das ciências exatas, como engenharia, matemática, física e química. O resultado é algo visível e tangível, como a criação de um dispositivo móvel, computadores, ferramentas industriais e sistemas de transporte.

2. Tecnologias leves: essas tecnologias se baseiam em conhecimentos das ciências humanas ou sociais, como sociologia, psicologia e economia. Elas são usadas para melhorar processos e aumentar a eficiência em instituições ou empresas. O produto obtido não é visível nem tangível; geralmente envolve o desenvolvimento de serviços, estratégias ou teorias, como no caso do desenvolvimento de *software*, habilidades de comunicação, estratégias de gestão e métodos de ensino.

3.Tecnologia Leve-Dura: combina elementos das duas categorias anteriores, envolvendo conhecimentos estruturados (duros) aplicados com flexibilidade e adaptabilidade (leves). Por exemplo, a aplicação de princípios de engenharia em projetos de *software*.

Quanto ao nível de inovação, as tecnologias são classificadas em (Brynjolfsson; Mcafee, 2014):

1. Tecnologia de ponta ou alta tecnologia refere-se a tecnologias mais avançadas, disponíveis em um determinado local e momento.

2. Tecnologias apropriadas são aquelas projetadas considerando-se o impacto ambiental, social e econômico em uma sociedade específica.

Entre as tecnologias de ponta atuais, destacam-se (Brynjolfsson; Mcafee, 2014; MIT, 2024):

1. Tecnologias digitais (Tecnologias da Informação): incluem computadores, smartphones, e dispositivos de IoT (Internet das Coisas), que transformaram a forma como comunicamos, trabalhamos e acessamos informações.

2. Tecnologias de Comunicação: inclui meios como telefones, televisões, rádio, satélites e redes de comunicação,que facilitam a troca de informações em tempo real.

3. Tecnologias *Online* e em Rede: referem-se à internet e às redes sociais, que possibilitam a comunicação instantânea e a troca de informações em escala global. Exemplos incluem plataformas como *Facebook, Twitter* e *LinkedIn*.

4. Inteligência Artificial (IA): ramo da ciência da computação que desenvolve sistemas capazes de realizar tarefas que, normalmente, requerem inteligência humana, como reconhecimento de voz, visão computacional e tomada de decisão. Exemplos incluem assistentes virtuais como Siri e Alexa.

5. Realidade Virtual (RV) e Aumentada (RA): a RV cria ambientes imersivos, enquanto a RA mescla o mundo real com elementos virtuais. Aplicações: jogos, treinamento, design e turismo.

6. Chatbots: programas de computador que simulam conversas humanas usando IA. São utilizados em atendimento ao cliente, marketing e suporte técnico. Exemplos incluem o Chat GPT, da Open AI, e *chatbots* de serviços ao cliente, em empresas como bancos e e-commerce.

7. Robótica: usa ferramentas e conhecimentos de várias disciplinas (engenharia eletrônica, engenharia elétrica, ciência da computação) para o projeto e a fabricação de robôs. Espera-se que esses robôs possam automatizar tarefas repetitivas e trabalhos rotineiros e tediosos para os humanos, ou diminuir os custos de produção nas indústrias.

8. Impressão 3D: é uma tecnologia de impressão adicional que constrói objetos em camadas, criando padrões tridimensionais de maneira precisa. Ela é utilizada para produzir peças exclusivas e geometrias complexas em diversos materiais.

9. Veículos autônomos: carros sem motorista que são programados para imitar a direção humana e as capacidades de controle. Esse tipo de veículo detecta o ambiente por meio de sistemas de laser, radares e visão computadorizada. Diversos programas estão avaliando essa nova tecnologia para verificar sua viabilidade em uso extensivo.

10. Tecnologias na Indústria: automação e Internet das Coisas

(IoT) otimizam processos de produção e logística.

11. Tecnologias de Energia Renovável: engloba fontes como energia solar, eólica e hidrelétrica. Essas tecnologias estão revolucionando a produção de energia e reduzindo a dependência de fontes não renováveis.

12. Tecnologias na Educação: plataformas *online*, recursos interativos e realidade virtual estão redefinindo os métodos de ensino e aprendizado.

13. Tecnologias Vestíveis (*Wearables*): integram-se ao corpo ou ao vestuário, fornecendo funcionalidades avançadas, como relógios inteligentes, monitores de atividade física e sensores que coletam dados de saúde. *Smartwatches* e *fitnesstrackers* são exemplos populares.

14. Biotecnologia: disciplina que usa a tecnologia para criar produtos a partir de sistemas biológicos e organismos vivos. A biotecnologia desempenha um papel fundamental na elaboração de vacinas e anticorpos, sendo aplicada nos campos da medicina, agricultura, indústria e preservação ambiental.

15. Tecnologias na Saúde: telemedicina, inteligência artificial e dispositivos médicos avançados estão transformando o diagnóstico e tratamento de pacientes.

PERCURSO DOS CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

O escopo do termo "tecnologias" expandiu-se significativamente, desde suas primeiras definições. As tecnologias transcenderam sua associação original com materiais de trabalho, ou tecnologias materiais, e passaram a abranger processos, conhecimentos e todas as intervenções e serviços de saúde. Esse conceito aborda todas as formas de conhecimento empregados para solucionar ou mitigar questões de saúde individuais ou coletivas (Panerai *et al*., 1989). As Tecnologias em Saúde (TS) englobam desde tecnologias biomédicas e medicamentos até ferramentas e técnicas procedimentais, sistemas organizacionais,

conhecimentos educacionais e de apoio, além de programas e protocolos assistenciais, todos usados para fornecer cuidados de saúde à população (Brasil, 2005; Brasil, 2009). Esse amplo conceito engloba a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, prognóstico e tratamento de doenças (Brasil, 2006). Na área da saúde, com o transcorrer dos anos e com o surgimento de novas invenções, pesquisadores propuseram conceitos e classificações para as tecnologias. Visando dar visibilidade a esse percurso, foi elaborada uma linha do tempo quanto aos conceitos e classificações das tecnologias na área da saúde.

O objetivo deste tópico é descrever os conceitos de "Tecnologias em Saúde", organizados de forma cronológica, porém, não sem antes esclarecer uma diferença fundamental entre os termos "conceito" e "definição", que, embora sejam relacionados, têm significados distintos quando se trata de explicar algo. Um conceito é uma ideia geral e abstrata que representa um entendimento amplo, enquanto uma definição é uma explicação precisa e específica que delimita e esclarece as características fundamentais de algo. Assim, as definições são usadas para esclarecer os conceitos, tornando-os mais compreensíveis e específicos.

O termo "Tecnologia em Saúde" começou a ganhar relevância no final do século XIX e início do século XX, com o avanço da medicina moderna e a introdução de equipamentos como o estetoscópio (1816) e o raio-X (1895). Esses desenvolvimentos marcaram o início da integração da tecnologia nas práticas de saúde. Desde sua origem até sua consolidação como conceito, nos anos 70-80, a TS refere-se a qualquer ação voltada para a promoção do bem-estar (Pereira, 2008). Essa abordagem engloba tecnologias conhecidas como tecnologias biomédicas, tais como medicamentos e equipamentos que interagem, diretamente, com o paciente. Inclui, também, os procedimentos denominados tecnologias médicas, que abrangem a anamnese, e outras técnicas e normas de procedimento realizadas por profissionais de saúde. Além disso, a TS envolve sistemas organizacionais e de suporte que sustentam a

prestação de serviços de saúde (Brasil, 2009). A seguir, serão destacados alguns marcos históricos referentes à TS.

Durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Almati (República Socialista Soviética do Cazaquistão), em **1978**, foi estabelecida a primeira definição de consenso global para a Atenção Primária à Saúde (APS). O termo "tecnologia" foi incorporado ao sexto parágrafo dessa declaração, com a seguinte redação:

> Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação(OMS, 1978).

Em **1979**, em o "Conjunto Ideal Geral de Ações de Autocuidado", concebido por Melba Anger Malatesta (Orem, 1985), o autocuidado foi conceituado, com as tecnologias constando como parte de suas operações. O autocuidado é visto como uma ação realizada por meio de três tipos de operações: operações estimativas, operações transitórias e operações produtivas. Elas são operações de avaliação e tomada de decisão, passando de julgamentos sobre o que é e o que pode ser feito nas condições existentes, e as condições para o que deve e será feito em relação ao cumprimento dos requisitos de autocuidado, sendo as operações transitórias úteis no desenvolvimento de meios ou tecnologias utilizáveis para atender a cada requisito de autocuidado (Orem, 1985).

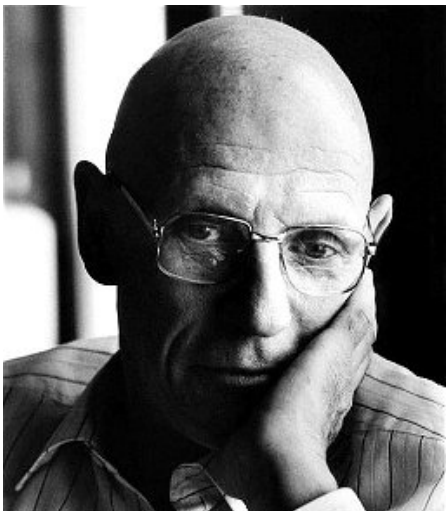
O **"**Conjunto Ideal Geral de Ações de Autocuidado" é um guia abrangente que orienta o desenvolvimento de práticas de autocuidado associadas ao uso de tecnologias específicas, com foco nas necessidades individuais. Entre suas diretrizes, destaca-se a importância de participar e vivenciar processos tecnológicos voltados para restaurar ou manter o funcionamento humano, incorporando esses

recursos às rotinas de autocuidado. Esses processos envolvem o autocuidado em situações como: cirurgias corretivas com enxertos ósseos ou de pele, quimioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia e o uso de medicamentos antipsicóticos e anticoagulantes (Orem,1985).

Nas décadas de 1980 e 1990, a tecnologia em saúde expandiu-se, significativamente, com a introdução de tecnologias como a ressonância magnética (1980) e a tomografia computadorizada. Além disso, a computação e a informatização dos registros de saúde se tornaram mais prevalentes. Alguns marcos desse período:

O filósofo Foucault (Quadro1),em uma Palestra na Universidade de Vermont, em outubro de **1982**, considerou tecnologias como sendo técnicas específicas que o ser humano utiliza para compreender a si mesmo.

Quadro 1: Imagem e mini biografia de Paul-Michel Foucault



Fonte https://www.roger-viollet.fr/image-photo/paul-michel-foucault--1926-1984-french-1077647

Paul-Michel Foucault

Graduado em Filosofia e Psicologia. Tornou-se assistente de ensino na Universidade de Lille e terminou seu curso de Psicologia Patológica, em 1952. O filósofo lecionou e proferiu conferências e palestras em diversas universidades na França, Alemanha, Estados Unidos e Suíça, estando, inclusive, na Universidade de São Paulo (USP), em 1965 e em 1975. Dono de um estilo literário único, Foucault revolucionou as estruturas filosóficas do século XX ao analisá-las por meio de uma nova ótica. Profundamente influenciado por Nietzsche, Marx e Freud, o filósofo contemporâneo também recebeu influências do filósofo e amigo Gilles Deleuze, da medicina e da psiquiatria.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Paul-Michel Foucault classificou quatro tipos principais dessas tecnologias, cada uma representando uma matriz de racionalidade prática que, raramente, opera isoladamente, embora estejam ligadas a formas particulares de dominação. Esses quatro tipos de tecnologias, embora não estejam vinculadas diretamente às TS, são tecnologias que acabam por interferir na saúde das pessoas e são as seguintes:

a) Tecnologias de produção, que possibilitam a fabricação e manipulação de objetos.

b) Tecnologias de sistemas de signos, que nos capacitam a usar símbolos, sentidos e significados.

c) Tecnologias do poder, que moldam o comportamento das pessoas, submetendo-as a certos fins ou formas de dominação, objetivando assim o sujeito.

d) Tecnologias do eu, que permitem aos indivíduos realizarem, por si mesmos ou com assistência de outros, diversas operações sobre seu corpo, mente, pensamentos, comportamento ou qualquer aspecto de sua existência. Isso possibilita a transformação pessoal, visando alcançar estados de felicidade, pureza, sabedoria ou até imortalidade (Foucault, 1988).

O autor sugere que as duas primeiras tecnologias são comumente empregadas no estudo científico e linguístico, enquanto as duas últimas correspondem às tecnologias do domínio e do sujeito. Cada uma dessas tecnologias implica diferentes formas de aprendizagem e modificação dos indivíduos, abrangendo a aquisição de habilidades e atitudes específicas. No contexto da "Tecnologia do eu", o autor a define como o conjunto de conhecimentos que os seres humanos têm desenvolvido a respeito de si mesmos. Nas tecnologias de poder, como nas do poder pastoral, os seres humanos são considerados objetos, através das suas condutas e sujeitos a determinados fins ou dominações (Foucault, 1990).

Em **1985 (Quadro 2),** Dorothea Orem relata que existem duas categorias principais de tecnologias em saúde, que são:

Quadro 2: Imagem e mini biografia de Dorothea Orem

 **Fonte:** https://nursingtheoryandtheoristsroyorem.weebly.com/dorothea-orem.html	**Dorothea Orem** Foi uma enfermeira e teórica norte-americana que desenvolveu a Teoria do Autocuidado, uma das teorias de enfermagem mais influentes e amplamente utilizadas. Graduada em enfermagem e educação, e mestre em enfermagem e educação, ambas pela *Catholic University of America*. Trabalhou em várias posições, incluindo enfermeira, educadora, administradora e consultora. Desenvolveu sua teoria do autocuidado, acreditando que os indivíduos têm a capacidade e a responsabilidade de cuidar de si mesmos e que a enfermagem deve apoiar e promover esse autocuidado.

Fonte: elaborado pelas autoras.

1) Tecnologias Sociais e Interpessoais da Ação Comunicativa: Essas tecnologias envolvem a interação entre profissionais da saúde e pacientes, bem como a comunicação entre os próprios pacientes. Exemplos incluem:

Educação em Saúde: programas de conscientização sobre prevenção, tratamento e autocuidado.

Aconselhamento: conversas entre profissionais da saúde e pacientes para fornecer suporte emocional e informações.

Grupos de Apoio: redes sociais e grupos que compartilham experiências e conhecimentos.

Comunicação Interpessoal: habilidades de comunicação entre profissionais da saúde e pacientes.

2) Tecnologias Regulatórias da Manutenção da Vida: essas tecnologias estão relacionadas à manutenção da saúde e ao gerenciamento de condições médicas. Exemplos incluem:

Equipamentos Médicos: dispositivos, como monitores cardíacos, ventiladores e máquinas de hemodiálise,dentre outros.

Medicamentos: incluindo drogas para tratamento e prevenção de doenças.

Procedimentos Cirúrgicos: intervenções médicas para corrigir problemas de saúde.

Tecnologia da Informação em Saúde: sistemas de registro eletrônico de saúde e análise de dados clínicos.

Essas categorias abrangem uma ampla gama de ferramentas e práticas que contribuem para a melhoria contínua do atendimento ao paciente e a otimização da gestão em saúde (Orem, 1985).

Em **1989**, no livro *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermeira*, Colliére apresenta uma definição de tecnologia (Quadro 3).

Quadro 3: Imagem e mini biografia de Marie Françoise Colliére



Fonte: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013

Marie Françoise Colliére

Foi professora da Escola Internacional de Ensino Superior de Enfermagem (EIEIS) de Lyon e é amplamente reconhecida na França e internacionalmente por sua contribuição pioneira à história da enfermagem e à abordagem antropológica do cuidado. Ao longo de sua carreira, abordou, em escritos e conferências, questões fundamentais sobre o cuidado e as práticas de enfermagem — reflexões que permanecem atuais. Suas contribuições reforçam a necessidade contínua de compreender a essência do cuidado e de consolidar a identidade profissional da enfermagem, processo que ainda está em construção.

Fonte: elaborado pelas autoras.

É possível perceber na definição de Colliére que, com a evolução do termo "tecnologia em saúde", a tecnologia deixa de ser um mero instrumento físico de procedimentos de barbearia ou cirurgia, para incluir a chegada de tecnologias elaboradas. A assistência médica orientou-se para uma complexa restauração da saúde, que se tornaria campo de especialistas (Colliére, 1989). Colliére classifica as tecnologias em saúde como:

1) Tecnologias de manutenção (instrumentos para os cuidados cotidianos e habituais); e

2) Tecnologias de informação.

Na obra de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (Gonçalves, 1994), é possível identificar dois saberes tecnológicos específicos na área da saúde moderna (Quadro 4). Esses saberes referem-se à:

Quadro 4: Imagem e mini biografia de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves



Fonte: https://www.scielosp.org/article/scol/2022.v18/e4084/es/

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves

Formou-se em Medicina em 1971 e, entre 1972 e 1974, concluiu a Residência Médica em Medicina Preventiva e Social, no Departamento de Medicina Preventiva da USP. Depois, em 1977, concluiu a Especialização em Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública da USP. Desde 1975, já fazia parte do corpo docente do Departamento de Medicina Preventiva, e trabalhou com figuras importantes e de grande relevância na construção da saúde coletiva brasileira, como o professor Guilherme Rodrigues da Silva (1928-2006), Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983), Euclides Ayres de Castilho e Moisés Goldbaum, entre outros, e amigos mais próximos, como sua colega da USP, Lilia Schraiber, e seu companheiro e grande amor André Mota (ALMEIDA-FILHO, AYRES, 2022.

Fonte: elaborado pelas autoras.

1) Epidemiologia, que é o conhecimento tecnológico relacionado ao trabalho em saúde pública; e à

2) Clínica, que está associada ao trabalho de assistência médica.

Ambos têm origem comum, mas representam abordagens técnicas distintas para atender às necessidades de saúde, seja em uma perspectiva populacional ou em uma individual.

Nessa mesma obra,Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, com base nos trabalhos de Maria Cecília F. Donnangelo, desenvolveu, durante a elaboração de sua tese de doutorado, reflexões que culminaram no desenvolvimento de um conceito de tecnologia em saúde, que passa a ser entendida como "o conjunto de saberes e instrumentos que expressam, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social" (Gonçalves, 1994, p. 32).

Em **1995**, no livro *"Disruptive Technologies: Catching the Wave*", Bower e Christensen discorrem sobre as tecnologias disruptivas, afirmando que as tecnologias disruptivas são aquelas que surgem para substituir processos, produtos ou tecnologias já estabelecidas, introduzindo uma nova abordagem de operação, tanto para consumidores quanto para organizações (Bower; Christensen, 1995). (Quadros 5 e 6).

Quadro 5: Imagem e mini biografia de Joseph L. Bower

 **Fonte:** https://www.hbs.edu/news/releases/Pages/joseph-bower-family-fund.aspx	**Joseph L. Bower** Professor emérito da *Harvard Business School*, contribuiu para a estratégia corporativa, organização e liderança. Graduou-se em Harvard em 1959, obtendo seu MBA em 1961 e o DBA em 1963. Ocupou cargos administrativos e ajudou a criar programas de gestão. Seus principais livros incluem *Managing the Resource Allocation Process* (1970); *The CEO Within* (2007); e *Capitalism at Risk* (2011). Coescreveu o artigo "Disruptive Technologies: Catching the Wave" (1995) com Clayton Christensen, que introduziu o conceito de tecnologias disruptivas. Bower pesquisa o futuro do capitalismo e o papel das empresas na inovação e resolução de desafios globais.

Fonte: elaborado pelas autoras.

As tecnologias disruptivas têm um impacto significativo na área da saúde, transformando a maneira como os serviços são prestados e melhorando a eficiência. Algumas aplicações relevantes de tecnologias, previamente, desenvolvidas serão destacadas no próximo capítulo.

Quadro 6: Imagem e mini biografia de Clayton M. Christensen



Fonte: https://www.hbs.edu/news/releases/Pages/clayton-christensen-obituary.aspx

Clayton M. Christensen (1952–2020) foi professor, autor e consultor conhecido por desenvolver a teoria da "inovação disruptiva". Graduou-se em Economia pela Universidade Brigham Young, obteve um mestrado em econometria aplicada pela Universidade de Oxford e completou MBA e DBA pela *Harvard Business School* (HBS). Entre suas principais obras estão *O Dilema da Inovação* (1997), que introduziu o conceito de inovação disruptiva, *The Innovator's Solution* (2003), *How Will You Measure Your Life?* (2012) e *Competing Against Luck* (2016). Sua teoria influenciou grandes líderes, como Steve Jobs e Jeff Bezos, e ele cofundou a consultoria *Innosight*. Membro ativo da Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, foi missionário na Coreia do Sul.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Goodman abordou diversas questões pertinentes ao uso e à avaliação de tecnologias no campo da saúde (Institute of Medicine, 1988: Institute of Medicine, 1990; Goodman, 1992; Goodman, 1993; Goodman, 1998; Goodman, 2004).

Ele abordou a necessidade de repensar a avaliação de tecnologias em saúde, propondo que esse processo seja mais amplo e inclua diferentes categorias e dimensões tecnológicas. O autor propõe uma distinção entre as tecnologias em saúde com base em seu nível, impacto e outros aspectos relevantes, incluindo:

1. Tecnologias existentes (established technologies) — aquelas já incorporadas e usadas rotineiramente no cuidado à saúde.
2. Tecnologias emergentes (emerging technologies) — inovações em fase inicial que apresentam potencial para modificar práticas clínicas ou sistemas de saúde.

3. Tecnologias substitutivas (substitutive technologies) — tecnologias que substituem métodos ou procedimentos antigos.
4. Tecnologias complementares (complementary technologies) — que aprimoram ou auxiliam tecnologias já existentes.
5. Tecnologias controversas (controversial technologies) — aquelas cuja eficácia, segurança ou custo-efetividade ainda são questionadas.

Goodman enfatiza que a avaliação de tecnologia deve ir além da análise técnica e econômica, incluindo impacto social, ético e organizacional.

Goodman propõe ainda uma nova classificação para as tecnologias na área da saúde, dividindo-a em três categorias (Quadro 7), baseadas nas seguintes condições4):

1) Composição do material (equipamentos, produtos biológicos, softwares etc.);

2) Propósito (prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação);

3) Extensão da disseminação (uso experimental, limitado ou amplo).

Em relação à composição do material, é interessante observar que, muitas vezes, as pessoas tendem a associar o termo "tecnologia" principalmente a dispositivos mecânicos, instrumentação ou à tecnologia da informação, relacionando-a a computadores, *softwares* e outros equipamentos e processos para o gerenciamento de informações. Dentro dessa classificação, as categorias estão intimamente ligadas. Por exemplo, as vacinas, sendo produtos biológicos, são empregadas em programas de imunização, assim como os testes de triagem para patógenos em sangue doado são utilizados pelos bancos de sangue (Goodman, 2004).

Quadro 7: Imagem e mini biografia de Clifford Goodman



Fonte: https://nccn.digitellinc.com/b/sp/clifford-goodman-1051

Clifford Goodman

Ph.D e consultor independente em tecnologia e política de saúde. Foi vice-presidente sênior do *The Lewin Group*, uma empresa de consultoria em políticas de saúde. Atuou em áreas como avaliação de tecnologias de saúde, cuidados de saúde baseados em evidências, pesquisa de eficácia comparativa, diretrizes de prática clínica, economia da saúde, e estudos relativos à inovação, regulamentação e pagamento em cuidados de saúde e em estudos e projetos para diversas agências governamentais internacionais; empresas farmacêuticas, de biotecnologia e de dispositivos médicos; instituições prestadoras de cuidados de saúde; e grupos de defesa de profissionais, da indústria e de pacientes.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Nietsche **(1999),** em sua tese de doutorado *Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?* utilizou as "tecnologias do eu" propostas por **Foucault** para nortear a classificação do saber científico da área da enfermagem e desenvolver o conceito de tecnologia emancipatória (Nietsche, 1999) (Quadro 8).

Quadro 8: Imagem e mini biografia de Nietsche



Fonte: https://www.researchgate.net/profile/Elisabeta-Nietsche-2

Elisabeta Albertina Nietsche

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia, Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Titular da Universidade Federal de Santa Maria, pesquisadora do CNPQ e da FAPERGS. Faz parte do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior -SINAES do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais- MEC. Experiência na área de Educação, com ênfase em Educação em Enfermagem e Saúde, atuando, principalmente, nos seguintes temas: educação, enfermagem, tecnologia, emancipação e tecnologia educacional, ética e bioética, cuidado e educação em saúde e enfermagem.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Segundo Nietsche, a ideia é que as tecnologias produzem consequências sobre as relações humanas, emancipando, ou não, os indivíduos (Nietsche, 1999).

> Minhas reflexões acerca do termo tecnologia, que em hipótese nenhuma pretendem ser fechadas e imutáveis, me [*sic*] levam a considerar tecnologia como processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos/saberes ordenados, organizados e articulados, para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com uma finalidade prática específica (Nietsche, 1999, p.32).

Posto isso, concluiu que"a tecnologia serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos

e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica" (Nietsche, 1999, p.33).Nesse mesmo trabalho, Nietsche propõe uma tipologia classificatória: Tecnologia do cuidado corporal; Tecnologia de concepções; Tecnologias interpretativas de situações de clientes; Tecnologias de administração; Tecnologias de educação no cuidado de saúde e Tecnologias de processos de comunicação (Nietsche, 1999).

Ainda em **1999**, Schraiber aborda a tecnologia como um conhecimento que vai além da mera habilidade técnica de realizar transformações por meio da intervenção manual. Ela destaca que a tecnologia é construída, valorizada e compreendida, principalmente, por sua natureza de conhecimento complexo, assemelhando-se a uma forma de teoria (Pereira, 2008) (Quadro 9).

Quadro 9: Imagem e mini biografia de Schraiber

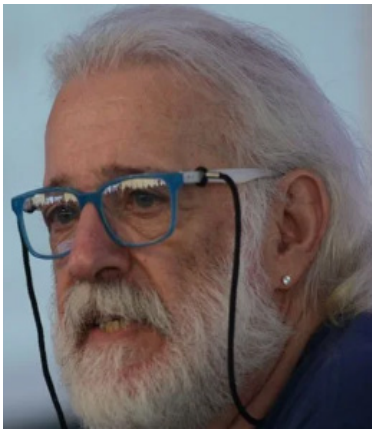
 **Fonte:** https://interface.org.br/entrevistas/	Lilia Blima Schraiber Graduada em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP), com mestrado, doutorado e livre-docência em Medicina Preventiva pela mesma instituição. Especializou-se em Saúde Pública e Planejamento para o setor saúde pela USP. Participou da criação e coordenou o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. Foi Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva na USP. Atuou como membro da Cátedra UNESCO de Educação para a Paz, Direitos Humanos, Democracia e Tolerância. Editora Científica do periódico *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*. Suas pesquisas incluem violência, gênero e saúde, além da história das práticas de saúde e medicina.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Com o advento do século XXI, a tecnologia em saúde evoluiu para incluir inovações que têm transformado a maneira como os cuidados de saúde são prestados, melhorando a precisão, a eficiência e a acessibilidade.

Em **2000**, Merhy escreveu um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas, o qual contribuiu para a compreensão das reestruturações produtivas do setor saúde. Os conceitos de Merhy têm sido utilizados como referência pelo Ministério da Saúde do Brasil (Quadro 10).

Quadro 10: Imagem e mini biografia de Merhy

 **Fonte:** https://abrasco.org.br/emerson-merhy-um-brincante-de-mundos-outros-que-convida-e-instiga-saude-coletiva-dancar/	**Emerson Elias Merhy** Médico sanitarista com doutorado em Saúde, livre-docência em Planejamento e Gestão em Saúde, Professor Titular de Saúde Coletiva na UFRJ. Possui estudos em psicossociologia crítica, comunidades ativas, produção cotidiana e políticas públicas voltadas para grupos socialmente vulneráveis. Sua experiência na área de Saúde Coletiva abrange Avaliação da Produção do Cuidado, Mundo do Trabalho em Saúde, Educação Permanente, Processos de Subjetivação e Construção de Territórios Existenciais. Coordena grupos de pesquisa em Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva, além de liderar a Rede de Observatórios de Políticas Públicas, Educação e Cuidado em Saúde.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Segundo Merhy,

> o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma, vinculada à sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por tecnologias duras; outra, está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém tecnologias leves, implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato (Merhy, 2000, p. 109).

Brian Jeffrey Fogg, em **2003**, foi um dos pioneiros na tecnologia persuasiva, definindo-a em seu livro *Persuasive Technology: Using Computers to Change What We Think and Do*, em português, *Tecnologia Persuasiva – Usando computadores para mudar o que pensamos e fazemos*, considerado um marco no estudo da tecnologia persuasiva, pois analisa como sistemas computacionais podem influenciar o comportamento das pessoas.

A tecnologia persuasiva engloba aquelas criações desenvolvidas com o propósito de influenciar atitudes ou comportamentos de seus usuários, utilizando a persuasão e a influência como ferramentas, porém, sem recorrer à coerção. Esse campo está surgindo como uma área de pesquisa interdisciplinar que se concentra no *design*, no desenvolvimento e na avaliação de tais tecnologias (Foog; Eckles, 2007) (Quadro 11).

Quadro 11: Imagem e mini biografia de Fogg



Fonte: https://podcastnotes.org/knowledge-project/bj-fogg/

Brian Jeffrey Fogg

Bacherel em artes e mestre em inglês pela Universidade Brigham Young. Mestre edoutor em comunicação em Stanford , onde atuou como assistente de ensino do psicólogo Filipe Zimbardo. Cientista social, pesquisador associado e professor na Universidade de Stanford. Ele é o fundador e diretor do Stanford Behavior Design Lab, anteriormente conhecido como *Persuasive Technology Lab*. Além de se dedicar à investigação e à pesquisa, Fogg dirige *boot camps em Design* Comportamental para inovadores e também lidera a *Tiny Habits Academy*, ajudando pessoas de todo o mundo.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O objetivo primordial das tecnologias persuasivas é fomentar a conscientização acerca de comportamentos específicos e instigar a adoção de mudanças comportamentais. Diversos setores das atividades humanas, como vendas, diplomacia, política, religião, treinamento militar, saúde pública e gestão, fazem uso dessas tecnologias de maneira abrangente.

Em **2005**, Nietschee os membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (GEPES/ UFSM) elaboraram o conceito de tecnologia como o resultado da experiência do dia a dia e da pesquisa, que visa desenvolver um conjunto de conhecimentos científicos para a criação de produtos materiais ou imateriais, destinados a intervenções específicas em situações práticas da saúde. Nessa mesma pesquisa, foi proposta a classificação das tecnologias em (Nietsche, 2005):

1) Tecnologias Educacionais (TE);

2) Tecnologias Gerenciais (TG); e

3) Tecnologias assistenciais (TA);

As TE referem-se ao conjunto de conhecimentos enriquecidos por ações humanas, indo além da mera construção e utilização de artefatos ou equipamentos, pois transcendem o simples uso de recursos, atuando como um meio facilitador que conecta o indivíduo ao mundo e à educação, capacitando o educando a construir e reconstruir conhecimento (Nietsche, 2005).

As TE abrangem saberes científicos que facilitam o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento de todo o processo educacional, formal e informal. Implementar uma abordagem de TE, seja processual ou voltada ao produto, exige que o educador (profissional de saúde) seja um facilitador do processo de ensino-aprendizagem, enquanto o educando (clientela) participa, ativamente, utilizando criatividade e sensibilidade para promover o crescimento pessoal e profissional.

As TG são conceituadas como um processo sistematizado e comprovado de ações teórico-práticas (planejamento, execução e avaliação) usadas para gerenciar cuidados e serviços de saúde. As TG visam intervir na prática profissional, buscando aprimorar a qualidade e aproveitando, de maneira eficaz, os recursos humanos e materiais disponíveis. Suas abordagens fomentam o diálogo entre os envolvidos, promovendo interação, escuta e comunicação tanto entre profissionais como com a clientela, em um ambiente de trabalho criativo e positivo, e encorajam o processo de ensino-aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento humano na construção de um mundo melhor (Nietsche, 2005).

Por fim, as TA, que são colocadas como o saber técnico-científico originado de investigações, teorias e experiências dos profissionais e dos pacientes. Elas englobam ações destinadas a fornecer assistência de qualidade em todas as dimensões do ser humano: física, psíquica, espiritual, social, intelectual e emocional, promovendo a interação e permitindo que os profissionais usem seus sentidos para a escolha e execução da assistência, enquanto reafirmam valores como sensibilidade, solidariedade, ética e respeito a si mesmo e aos outros. O propósito das TA é apoiar, manter e promover a qualidade de vida das pessoas em situações de saúde e doença (Nietsche, 2005).

Em **2006,** ocorreu a primeira conferência internacional de tecnologias persuasivas e, em **2007,** a segunda conferência, que superou a primeira. Coordenada pela equipe de Stanford, foi finalizada com a publicação de um livro que compilou todos os trabalhos apresentados, destacando-se o trabalho de Fogg e Eckles.

O Modelo de Comportamento de Fogg oferece uma estrutura simplificada para entender as complexidades do comportamento humano. De acordo com esse modelo, o comportamento ocorre quando três elementos essenciais se alinham no mesmo momento:

1. Motivação: refere-se à vontade ou desejo de realizar uma

ação específica. Para projetar soluções que mudem o comportamento dos usuários, é essencial mapear suas motivações por meio de ferramentas, como jornadas do usuário, personalidades e mapas de experiência do usuário.

2. Habilidade: representa a capacidade de uma pessoa executar a tarefa desejada. Mesmo que haja motivação, se a habilidade for insuficiente, o comportamento não ocorrerá. Avaliar a capacidade inexplorada por meio de pesquisa contextual é fundamental para garantir que as ferramentas necessárias estejam acessíveis aos usuários.

3. *Prompt* (instrução ou comando): refere-se a um gatilho ou estímulo que ativa o comportamento,podendo ser interno (como um pensamento ou emoção) ou externo (como um lembrete ou notificação). Quando motivação, habilidade e *prompt* se alinham, o comportamento acontece.

Um exemplo prático disso é um famoso aplicativo de corrida, que permite que os usuários comecem com pequenos passos (baixa motivação e habilidade) e, gradualmente, aumentem o tempo de corrida (aumentando os "passos") para formar um hábito duradouro.

Em relação ao trabalho de Fogg e Eckles, eles desenvolveram e validaram uma cadeia de comportamentos por meio de um estudo de séries de casos. Essa cadeia descreve uma sequência de ações significativas que levam a um comportamento específico. Embora o estudo tenha se concentrado em tecnologias persuasivas, seus achados também destacaram a importância de investigações semelhantes em outros setores, como a área da tecnologia em saúde (Fogg; Eckes, 2007).

A imagem e mini biografia de **Brian Jeffrey Fogg** já foi anteriormente apresentada no Quadro 11. Segue a de **Dean Eckles** (Quadro 12).

Quadro 12: Imagem e mini biografia de Eckles

 **Fonte**: https://mitsloan.mit.edu/faculty/directory/dean-eckles	**Dean Eckles** Professor de marketing no MIT Sloan, do *Institute for Data, Systems & Society* no *Schwarzman College of Computing*. Examinou as interações das pessoas com e por meio das tecnologias de comunicação, especialmente as formas como essas tecnologias intercedem, amplificam e direcionam a influência social. Trabalha com estatística aplicada, experimentos de campo e inferência causal. Foi cientistano *Facebook, News, Feed*, Nokia e Yahoo. Bacharel em filosofia, bacharel e mestre em ciências cognitivas, mestre em estatística e doutor em comunicação, pela Universidade de Stanford.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Em **2008**, na obra *Dicionário da educação profissional em saúde*, Schraiber, Mota e Novaes escreveram um capítulo sobre tecnologia em saúde e apresentaram a definição de tecnologias em saúde. Essa definição abrange a visão holística, incluindo não apenas os equipamentos, mas também os conhecimentos e ações necessários para operá-los (Schraiber; Mota; Novaes, 2008). A visão de Schraiber, Mota e Novaes destaca a importância de se considerar as tecnologias em saúde como ferramentas que abrangem tanto aspectos físicos quanto intelectuais, afirmando que a tecnologia em saúde:

> ... deve ser compreendida como um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos (Schraiber, Mota e Novaes, 2008, p. 382).

A imagem e mini biografia de **Schraiber** já foi anteriormente apresentada no Quadro 9. Segue a de **André Mota** (Quadro 13).

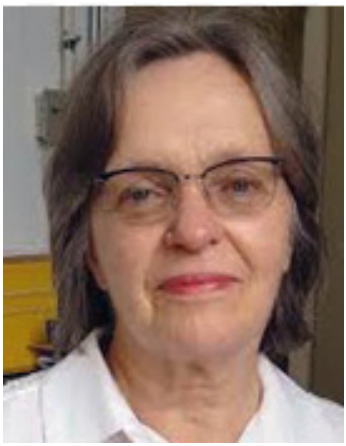
Quadro 13: Imagem e mini biografia de Mota

 **Fonte:** http://www.iea.usp.br/midiateca/foto/eventos-2017/jornada-franco-brasileira-27-de--novembro-de-2017/andre-mota/image_view_fullscreen	**André Mota** Graduado em História pela FFLCH-USP em 1994, concluindo seu projeto de doutorado com a tese *Tropeços da medicina bandeirante, São Paulo, 1892-1920*. Pós-doutorado focado na pesquisa "Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina no Brasil: o caso paulista entre 1930-1950". Em 2019, foi professor visitante na *Universidad Miguel Hernández de Elche* (Espanha). Membro do Centro Interuniversitário deHistória das Ciências e da Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. Concentrou-se no estudo da história da saúde coletiva brasileira, com enfoque nas particularidades do Estado de São Paulo. Professor no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e Coordenador do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da USP.

Fonte: elaborado pelas autoras.

No quadro a seguir, apresentamos imagem e mini biografia de **Hillegonda Maria Dutilh Novaes,** uma das autoras da "Gênese do Conceito de tecnologia" do *Dicionário da educação profissional em saúde* **(**Quadro14).

Quadro 14: Imagem e mini biografia de Hillegonda Maria Dutilh Novaes



Fonte:http://www.iea.usp.br/pessoas/pasta-pessoam/maria-novaes

Hillegonda Maria Dutilh Novaes

Médica pela Universidade Estadual de Campinas, mestre e doutora em Medicina Preventiva pela USP e pós-doutora pelo *Institut National de Santé et Recherches Médicales de* Paris. Foi Professora na USP, coordenando o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da USP. Pesquisadora do Conselho Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia do CNPq em Avaliação de Tecnologias da Saúde. Sua pesquisa abrange saúde coletiva, com ênfase em avaliação em saúde e políticas, em temas como avaliação de tecnologias e serviços de saúde, vigilância epidemiológica, avaliação econômica em vacinas, sistemas de informação hospitalares e de sistemas de saúde, saúde materno-infantil e mortalidade perinatal.

Fonte: elaborado pelas autoras.

As tecnologias em saúde evoluíram ao longo da história, e sua aplicação abrange desde dispositivos físicos até soluções digitais e inteligência artificial, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a assistência aos pacientes. Apresentamos, em seguida, de forma agrupada, o histórico das tecnologias em saúde no Brasil e no mundo, destacando os aspectos mais relevantes (Brasil, 2015; WHO,2024).

2000-2010: Início da Digitalização e Inovações Tecnológicas

A publicação *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*, lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta uma visão estratégica global para o desenvolvimento e implementação de tecnologias digitais na área da saúde ao longo do quinquênio 2020 a 2025. Reconhecendo o potencial transformador das soluções digitais, o documento enfatiza a necessidade

de integrar essas tecnologias de forma sustentável, equitativa e segura nos sistemas de saúde dos países (WHO, 2021).

O documento detalha diretrizes para fortalecer a infraestrutura digital, promover a interoperabilidade dos sistemas, garantir a proteção de dados pessoais e estimular a capacitação de profissionais de saúde e usuários. Além disso, destaca a importância da governança digital inclusiva, que deve envolver diversos atores, incluindo governos, setor privado, comunidades e a sociedade civil.

A estratégia orienta para o uso da saúde digital como ferramenta fundamental para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente no que tange ao acesso universal e à cobertura de saúde de qualidade. O relatório também reconhece desafios como desigualdades no acesso à tecnologia, riscos de exclusão digital e a necessidade de investimentos contínuos para inovação e segurança (WHO, 2021).

Com uma abordagem que privilegia a equidade, a sustentabilidade e a participação social, o documento serve como um guia essencial para países que buscam aprimorar seus sistemas de saúde por meio da digitalização, assegurando que as tecnologias beneficiem a todos, sem deixar ninguém para trás (WHO, 2021).

A publicação *Compendium of Innovative Health Technologies for Low-Resource Settings*, em sua 7ª edição (WHO, 2024), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta uma coletânea cuidadosamente selecionada de tecnologias de saúde com potencial para impactar positivamente sistemas de saúde em contextos com recursos limitados. O documento visa apoiar gestores, formuladores de políticas públicas, profissionais de saúde e investidores na identificação de soluções acessíveis, eficazes e adaptáveis às realidades de países em desenvolvimento ou regiões vulneráveis.

A obra reúne 35 tecnologias inovadoras, classificadas em categorias como diagnóstico, triagem, tratamento, monitoramento e suporte assistencial. Cada item descrito no compêndio inclui

informações sobre funcionalidade, nível de desenvolvimento, custo estimado, aplicabilidade em campo, além de dados sobre eficácia e escalabilidade. A seleção segue critérios de relevância clínica, viabilidade de implementação e sustentabilidade, com foco em tecnologias que atendam necessidades urgentes de saúde pública.

Um dos principais méritos da publicação é seu compromisso com a equidade no acesso à inovação, evidenciando soluções de baixo custo, muitas vezes adaptadas a ambientes sem infraestrutura elétrica contínua, rede de internet ou disponibilidade de mão de obra especializada. Entre os destaques estão dispositivos portáteis de diagnóstico, sistemas de monitoramento remoto, tecnologias assistivas e equipamentos de esterilização e saneamento simplificados.

O compêndio também reconhece a importância de parcerias globais e incentiva a cooperação entre governos, organizações não governamentais, empresas e centros de pesquisa para facilitar a produção local, a transferência de tecnologia e a capacitação técnica. Além disso, o relatório sugere mecanismos para acelerar a incorporação dessas inovações nos sistemas de saúde, por meio de avaliação regulatória ágil e financiamento internacional.

Em síntese, o *Compendium* da OMS representa uma ferramenta estratégica para a promoção da inovação com propósito social, colocando a ciência e a tecnologia a serviço da redução de desigualdades em saúde. Trata-se de uma publicação essencial para aqueles comprometidos com a melhoria das condições de saúde em comunidades historicamente desassistidas, e que visam promover soluções sustentáveis, escaláveis e centradas nas necessidades reais da população (WHO, 2024).

Diante do avanço das tecnologias em saúde, tanto em nível global quanto nacional, duas publicações da Organização Mundial da Saúde se destacam por oferecer diretrizes e exemplos concretos de inovação. A *Global Strategy on Digital Health 2020–2025* (WHO, 2021) propõe caminhos para que os países integrem soluções digitais de forma segura e

equitativa aos seus sistemas de saúde. Já o *Compendium of Innovative Health Technologies for Low-Resource Settings* (WHO, 2024) apresenta tecnologias acessíveis, pensadas especialmente para contextos com recursos limitados. Essas obras ajudam a compreender como a transformação digital pode ampliar o acesso, reduzir desigualdades e qualificar o cuidado.

A seguir, apresenta-se um panorama da evolução das tecnologias em saúde no mundo e no Brasil, dividido por períodos históricos e com destaque para estratégias e inovações implementadas em cada contexto.

Mundo - Panorama Global

Medicina Baseada em Evidências (MBE): a consolidação da MBE nos anos 2000 reforçou o uso de tecnologias de informação para sistematizar e disseminar conhecimentos clínicos, promovendo tratamentos mais eficazes e seguros.

Telemedicina e Telessaúde: a telemedicina começou a ser amplamente adotada, especialmente em regiões remotas, permitindo consultas e diagnósticos a distância

Brasil

Início da implementação de sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esses sistemas foram fundamentais para melhorar a coleta e a gestão de dados na atenção básica e no sistema de saúde como um todo.

Telessaúde Brasil Redes: o Ministério da Saúde lançou o programa Telessaúde Brasil Redes em 2007, com o objetivo de melhorar

o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento em áreas remotas, utilizando tecnologias de comunicação e informação (Brasil, 2015).

2010 – 2020: Expansão e Consolidação das Tecnologias

Mundo - Panorama Global (WHO,2021; WHO,2024):

Big Data e Análise de Dados em Saúde: a década de 2010 viu um aumento significativo no uso de *big data* e análises avançadas em saúde. A coleta e análise de grandes volumes de dados de saúde permitiram avanços em pesquisas epidemiológicas, personalização de tratamentos e previsão de surtos de doenças.

Inteligência Artificial (IA) e Aprendizado de Máquina: a IA começou a ser aplicada em diagnósticos médicos, análise de imagens, desenvolvimento de novos medicamentos e gestão de sistemas de saúde. Exemplos incluem o uso de algoritmos de aprendizado profundo para analisar imagens de raios-X e tomografias.

Brasil

e-SUS: em 2010, o governo brasileiro iniciou o desenvolvimento do e-SUS, um sistema de informação em saúde que integra diversos dados de pacientes e serviços de saúde, visando à informatização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Programa Nacional de Telessaúde: a expansão do Programa Nacional de Telessaúde consolidou o uso da telemedicina no Brasil, permitindo consultas, laudos e capacitação a distância para profissionais de saúde (Brasil, 2015).

e-SUS APS: a partir de 2013, o e-SUS Atenção Primária à Saúde (APS) foi implementado para aprimorar o atendimento na atenção básica, facilitando a integração de informações e melhorando a gestão dos serviços.

2020: Resposta à Pandemia e Novas Fronteiras Tecnológicas

Mundo - Panorama Global (WHO, 2021; WHO, 2024):

Pandemia de COVID-19: a pandemia acelerou a adoção de tecnologias de saúde, incluindo telemedicina, monitoramento remoto de pacientes e rastreamento de contatos.

Vacinas de mRNA: o rápido desenvolvimento e aprovação das vacinas de mRNA contra a COVID-19 representaram um marco significativo na biotecnologia e abriram novas possibilidades para o tratamento de outras doenças.

Brasil (Brasil, 2023):

Plataforma Conecte SUS: em 2020, o Ministério da Saúde lançou essa plataforma, que integra informações de saúde e permite que cidadãos e profissionais de saúde acessem dados clínicos e históricos de vacinação, promovendo maior eficiência e transparência no sistema de saúde.

Inovação em Diagnósticos e Tratamentos: a pandemia impulsionou a inovação no diagnóstico e tratamento de doenças no Brasil, com o uso crescente de testes rápidos, plataformas de monitoramento de saúde e o desenvolvimento de novos tratamentos baseados em biotecnologia. Na sequência, veremos outras possibilidades de ferramentas e recursos relacionados às Tecnologias em Saúde.

Desenvolvimento e Classificação da Tecnologia Assistiva como uma das possibilidades de Tecnologia em Saúde

A Tecnologia Assistiva (TA) é um subcampo essencial das tecnologias em saúde, focando em ampliar a capacidade funcional e em promover a autonomia das pessoas com deficiência. As TAs incluem desde recursos simples até complexos dispositivos eletrônicos, todos voltados para facilitar o dia a dia dos usuários e integrá-los, plenamente, na sociedade.

A expressão "Tecnologia Assistiva", uma adaptação brasileira do termo *Assistive Technology*, suscita diferentes percepções e classificações em diversas nações. A Tecnologia Assistiva, enquanto forma de mediação instrumental, está, intrinsecamente, ligada aos processos que promovem, compensam, ampliam ou facilitam, inclusive no contexto escolar, as habilidades ou funções pessoais afetadas pela deficiência. Essas funções, frequentemente, abrangem as seguintes funções (Galvão Filho, 2013):

1) motoras;

2) visuais;

3) auditivas e

4) de comunicação.

No quadro abaixo, apresentamos a imagem e mini biografia de Galvão Filho, que apresentou a expressão "Tecnologia Assistiva" (Quadro 15).

Quadro 15: Imagem e mini biografia de Teófilo Alves Galvão Filho

 **Fonte:** https://eventos.galoa.com.br/cbei-2021/speaker-area/speakers/200817	**Teófilo Alves Galvão Filho** Graduado em Engenharia Civil pela Universidade Católica de Pelotas, Doutor e Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia UFBA. Pós-Doutor pela UFBA. Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no curso de Engenharia de Tecnologia Assistiva e Acessibilidade, e no Mestrado em Educação Científica, Inclusão e Diversidade. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Tecnologia Assistiva e Acessibilidade, e pesquisador do grupo de pesquisa Educação Inclusiva e Necessidades Educacionais Especiais da UFBA. Consultor nas áreas de Tecnologia Assistiva, Educação Inclusiva e Políticas de Inclusão Social, e membro do Comitê de Ajudas Técnicas, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, desde sua criação em 2006.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

De maneira ampla, o conceito de Tecnologia Assistiva refere-se ao conjunto de recursos e serviços desenvolvidos para ampliar a capacidade funcional, visando promover a autonomia e a inclusão das pessoas com deficiência. Qualquer produto ou estratégia que facilite a realização de uma atividade por um indivíduo com limitações pode ser considerado Tecnologia Assistiva (Bersch, 2017).A classificação original, concebida por José Tonolli e Rita Bersch, em 1998,foi atualizada em 2017, organizando-se os recursos tecnológicos em 12 categorias:1) Auxílios para a vida diária e vida prática; 2) Comunicação Aumentativa e Alternativa; 3) Recursos de acessibilidade ao computador;4) Sistemas de controle de ambiente; 5) Projetos arquitetônicos para acessibilidade; 6) Órteses e próteses; 7) Adequação Postural; 8) Auxílios de mobilidade; 9) Auxílios para ampliação da função visual e recursos que traduzem

conteúdos visuais em áudio ou informação tátil; 10) Auxílios para melhorar a função auditiva e recursos utilizados para traduzir os conteúdos de áudio em imagens, texto e língua de sinais; 11) Mobilidade em veículos; 12) Esporte e Lazer. Esta classificação foi utilizada pelo Ministério da Fazenda; Ciência, Tecnologia e Inovação e pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República na publicação da Portaria Interministerial Nº 362, de 24 de Outubro de 2012 que trata sobre a linha de crédito subsidiado para aquisição de bens e serviços de Tecnologia Assistiva destinados às pessoas com deficiência e sobre o rol dos bens e serviços (Bersch, 2017).

No quadro abaixo, apresentamos a imagem e mini biografia de Rita de Cassia Reckziegel Bersch (Quadro 16).

Quadro 16: Imagem e mini biografia de Rita de Cassia Reckziegel Bersch



Fonte: https://www.instagram.com/assistiva_/p/CZP78jqgppD/

Rita de Cassia Reckziegel Bersch

Fisioterapeuta, Mestre em *Design*, pesquisadora de Tecnologia Assistiva. Atuou na formação de professores para o Atendimento Educacional Especializado, nas áreas de Tecnologia Assistiva e Comunicação Alternativa. Sócia Fundadora da Assistiva Tecnologia e Educação. Formada em Tecnologia Assistiva pelo Programa de Certificação Aplicadaà Tecnologia Assistiva na Universidade Estadual Northridge da California, EUA, e, também, pela Fundação Don Carlo Gnocchi de Milão, Itália. Membro da Sociedade Internacional para a Comunicação Aumentativa e Alternativa e do Comitê de Ajudas Técnicas da Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República. Autora de livros e artigos que abordam o tema da Tecnologia Assistiva no contexto educacional inclusivo.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No âmbito educacional, a Tecnologia Assistiva é reconhecida somente quando utilizada por alunos com deficiência para superar

obstáculos sensoriais, motores ou cognitivos, com uma finalidade didática. Cada categoria considera a existência de recursos e serviços, seguindo as diretrizes gerais do *American with Disabilities Act*(ADA) (Bersch, 2017).

A classificação de Bersch foi adotada, no Brasil, pelo Ministério da Fazenda, Ciência, Tecnologia e Inovação, bem como pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República, na publicação da Portaria Interministerial nº 362, de 24 de outubro de 2012, que versa, delineando o rol dos itens abrangidos, sobre a linha de crédito subsidiado para aquisição de bens e serviços de Tecnologia Assistiva destinados às pessoas com deficiência (Bercsh, 2017).Essas categorias englobam diversos dispositivos e serviços que auxiliam indivíduos com deficiência, mostrando a diversidade e a abrangência das tecnologias em saúde.

Desafios da Educação comunitária enquanto tecnologia em saúde

Na área da educação em saúde comunitária, há diversos desafios no que diz respeito à produção e validação de tecnologias educacionais, independentemente da modalidade. Um dos principais desafios é promover estudos que permitam à comunidade expressar suas necessidades, identificando as informações que consideram relevantes e as tecnologias educacionais mais acessíveis e utilizáveis para diferentes grupos etários (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Outro desafio essencial é o desenvolvimento de pesquisas metodológicas para validar essas tecnologias educacionais. Elas devem passar por uma avaliação de conteúdo por parte de especialistas na área e uma análise de forma pelo público-alvo, garantindo assim um processo participativo e inclusivo (Teixeira, 2010). Apresentamos a imagem e mini biografia de **Elizabeth Teixeira** (Quadro 17).

Quadro 17: Imagem e mini biografia de Elizabeth Teixeira

 **Fonte:** https://www.researchgate.net/profile/Elizabeth-Teixeira-5	**Elizabeth Teixeira** Professora da UEPA. Líder da Rede de Estudos de Tecnologias Educacionais (RETE). Diretora do CEPEn - ABEn-PA, gestão 2022-2025. Estágio Pós-doutoral na Universidade de Coimbra. Doutorado em Ciências pela UFPA. Mestre em Educação pela UERJ. Livre Docente em Enfermagem pela UNIRIO. Enfermeira da Marinha e Docente na Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ, Faculdade de Enfermagem da UERJ e UEA. Adota, majoritariamente, a pesquisa metodológica com abordagens múltiplas e participativas e realiza atividades de ensino nas áreas de Tecnologias Aplicadas à Saúde, Pesquisa Metodológica, Práticas Educativas em Saúde e Educação em Enfermagem.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os desafios na produção e validação de tecnologias educacionais na saúde comunitária refletem a necessidade de desenvolver ferramentas eficazes e acessíveis para diferentes grupos populacionais. Isso inclui a criação de materiais educativos e a validação desses recursos com a participação da comunidade, garantindo que sejam, realmente, úteis e eficazes.

Tecnologias em Saúde: apropriadas e intermediárias

A concepção de tecnologia apropriada emergiu na Índia, nas décadas de 1920 e 1930, durante o movimento liderado por Gandhi para a libertação do país do domínio britânico, através da utilização de tecnologias simples, enraizadas no ambiente e na cultura local, enfatizando os recursos disponíveis, como a terra, a mão-de-obra e os pequenos instrumentos manuais, assim como o conhecimento popular, especialmente no que diz respeito à alimentação e aos medicamentos (Caldas e Alves, 2013).

Caldas e Alves realizaram uma investigação abrangente, através de um levantamento de casos, sobre as manifestações das tecnologias conhecidas como "tecnologias apropriadas", desde sua origem na Índia até sua disseminação no Brasil (Caldas e Alves, 2013)(Quadros 19 e 20).

Quadro 19: Imagem e mini biografia de Eduardo de Lima Caldas

 **Fonte:** http://www.iea.usp.br/midiateca/foto/eventos-2016/ii-escola-internacional-da-rede-de-pos-graduacao-em-sociedade-e-meio-ambiente-sociedade-ambiente-e-mudanca-climatica-24-a/eduardo-de-lima-caldas/image_view_fullscreen	**Eduardo de Lima Caldas** Graduado em Economia pela Universidade de São Paulo (USP), em 1995. Posteriormente, realizou dois mestrados: um em Administração Pública e Governo, pela Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP), em 2002, e outro em Ciência Política, pela USP, em 2003. Concluiu seu doutorado em Ciência Política pela mesma instituição em 2008. Em 2013, realizou um pós-doutorado em Gestão do Território pelo *Centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement* (CIRAD). Em 2017, obteve livre-docência em Ciências Sociais Aplicadas, pela USP. Pesquisador associado ao Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP, onde contribuiu para o desenvolvimento de políticas públicas no Brasil.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 20: Imagem e mini biografia de Mario Aquino Alves

 **Fonte:** https://www.bbc.com/portuguese/brasil-61576484	**Mario Aquino Alves** Graduado em Administração Pública e Direito. Doutor e Mestre em Administração de Empresas. Professordo Departamento de Gestão Pública da FGV. Professor na *Business School Paris e na Cardiff Business School*. Membro do *Board of Directors* e do Comitê Executivo da *International Society for Third Sector Research*. Membro do Colegiado do Centro de Estudos em Administração Pública e Governo. Formação em Estudos Organizacionais epesquisas sobre: sociedade civil (movimentos sociais, 3º setor, ONGs), responsabilidade social corporativa).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Muitas das ideias de Gandhi foram, posteriormente, aplicadas na China durante o período maoísta, nas décadas de 1950 e 1960, e influenciaram o economista Ernst Friedrich Schumacher, crítico do crescimento industrial ocidental e defensor da tecnologia descentralizada (Caldas e Alves, 2013). Schumacher fundou o Grupo de Desenvolvimento de Tecnologia Intermediária, em 1965, posteriormente conhecido como *Practical Action*, e publicou, em 1973, o livro *O Negócio é Ser Pequeno.* Nessa obra, Schumacher traduziu, adaptou, analisou e disseminou a ideia de tecnologia apropriada de Gandhi, denominando-a de "tecnologia intermediária".

Essa forma de tecnologia seria mais produtiva que as tecnologias rudimentares, mais acessível que as de ponta, além de simples, compreensível, de fácil manutenção e geradora de empregos, por ser intensiva em mão-de-obra. No entanto, a "tecnologia intermediária" possuía um viés mais econômico do que social, distinguindo-se, assim, da "tecnologia apropriada"(Caldas e Alves, 2013).O conceito de **Tecnologia Apropriada**, conforme discutido por **Eduardo de Lima Caldas**, refere-se ao desenvolvimento e uso de tecnologias que são

adequadas ao contexto social, cultural e ambiental de uma determinada comunidade. Essas tecnologias devem ser acessíveis, sustentáveis e alinhadas às necessidades locais, promovendo a autonomia e a inclusão social.No artigo "Tecnologia Apropriada: uma Modesta Apresentação de Pequenos Casos", Caldas e Alves (2013) exploram a trajetória desse conceito, desde sua origem na Índia até sua expressão no Brasil. Eles destacam que a Tecnologia Apropriada deve ser vista como um recurso do usuário, não do profissional, diferenciando-se de outras formas de tecnologia, como a de reabilitação e a educacional.

A introdução de tecnologias apropriadas no semiárido brasileiro, como a construção de cisternas de cimento para abastecimento de água, exemplifica a aplicação prática desse conceito. Essas tecnologias não apenas combatem a desigualdade no acesso à água, mas, também, minimizam vulnerabilidades socioambientais, respeitando as condições socioeconômicas locais. Dessa forma, a concepção de Tecnologia Apropriada enfatiza a importância de soluções tecnológicas que sejam culturalmente relevantes, ambientalmente sustentáveis e que atendam às necessidades específicas das comunidades, promovendo desenvolvimento social e inclusão.

As tecnologias apropriadas e intermediárias focam na utilização de recursos locais e no conhecimento popular para solucionar problemas de saúde, promovendo uma abordagem mais sustentável e inclusiva. Essa perspectiva é muito importante em áreas com recursos limitados, onde soluções simples e eficazes podem ter um grande impacto na saúde pública.

Tecnologias apropriadas no Brasil

Durante a década de 1970, no contexto de contestação ao regime ditatorial, as ideias de tecnologia apropriada surgiram no Brasil, abrangendo tanto artefatos quanto estratégias alternativas de utilização de recursos locais. Governos e movimentos sociais

promoveram a participação popular através dessas abordagens. Exemplos, como a gestão do prefeito de Lages, Dirceu Carneiro, que usou recursos locais na saúde, e a adoção da tecnologia apropriada pelo governador Franco Montoro, em 1983, destacaram-se. O governo de Cristovam Buarque. no Distrito Federal, entre 1995 e 1998, também apoiou essas iniciativas, evidenciando a capacidade de empoderamento da população local e a solução de problemas com investimentos modestos (Caldas e Alves, 2013).

No início do século XXI, muitas das práticas associadas ao conceito de "tecnologias apropriadas" passaram a ser identificadas como "tecnologias sociais", refletindo uma evolução na terminologia e no entendimento dessas abordagens. A discussão atualmente se amplia com a introdução do conceito de tecnologia social, abarcando uma gama mais ampla de intervenções e iniciativas voltadas para o desenvolvimento humano e social (Caldas e Alves, 2013).No contexto brasileiro, as tecnologias apropriadas evoluíram para tecnologias sociais, refletindo uma abordagem mais ampla e inclusiva para o desenvolvimento humano e social. Essas tecnologias, adaptadas ao contexto local, ajudam a empoderar as comunidades e melhorar a saúde pública, com investimentos modestos e soluções inovadoras.

Tecnologias emergentes

Em 2015, em seu artigo intitulado "*What is an emerging technology*?", Rotolo, Hicks e Martins definem tecnologia emergente como um tipo de inovação radicalmente nova, que apresenta rápido crescimento e certo grau de coerência ao longo do tempo. Essa tecnologia possui potencial significativo para impactar os domínios socioeconômicos, influenciando a composição de atores, instituições e os padrões de interação entre eles, além dos processos de produção de conhecimento envolvidos. No entanto, seu impacto mais expressivo tende a se manifestar no futuro, tornando a fase de emergência ainda incerta e marcada por ambiguidades (Rotolo, *et al*., 2015).

As tecnologias emergentes são aquelas que ainda estão em desenvolvimento e têm potencial para causar impactos significativos no futuro. São caracterizadas por inovação radical, crescimento rápido, e um certo grau de incerteza e ambiguidade quanto aos seus efeitos finais. Elas se correlacionam com as tecnologias em saúde de várias maneiras, impulsionando inovações, melhorando a qualidade do cuidado e expandindo as possibilidades de tratamentos e diagnósticos.

Essas tecnologias estão moldando o futuro das tecnologias em saúde, oferecendo novos métodos para diagnóstico, tratamento e monitoramento de pacientes. Essas inovações não só melhoram a eficiência e a eficácia dos cuidados de saúde, mas, também, ampliam o acesso a serviços médicos de qualidade, especialmente em populações vulneráveis e em áreas remotas. A integração contínua dessas tecnologias no sistema de saúde promete um futuro com cuidados mais personalizados, acessíveis e avançados. Os quadros 21, 22 e 23 apresentam as imagens e mini biografias de Rotolo, Hicks e Martin (Quadros 21, 22 e 23).

Quadro 21: Imagem e mini biografia de Daniele Rotolo



Fonte: https://deeptransitions.net/deeptransitions-author/daniele-rotolo/

Daniele Rotolo

Professor de *Science Policy Research Unit* (SPRU), *University of Sussex Business School* e professor do Departamento de Mecânica, Matemática e Gestão, Universidade Politécnica de Bari. Foi pesquisador da UE na SPRU e na Escola de Políticas Públicas do Instituto de Tecnologia da Geórgia (Atlanta, EUA). Ph. D em Gestão da Inovação pela Scuola Interpolitecnica (Itália), um programa de doutorado conjunto entre as Universidades Politécnicas de Bari, de Milão e de Turim. Durante seu doutorado, foi pesquisador visitante na University College London (Londres, Reino Unido) e na *Stern Business School* da *New York University* (Nova York, EUA).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 22: Imagem e mini biografia de Diana Hicks

 **Fonte:** https://research.gatech.edu/people/diana-hicks	**Diana Hicks** Professora na Escola de Políticas Públicas do *Institute of Technology* da Geórgia, especializada em métricas. 1ª autora do Leiden Manifesto sobre métricas de pesquisa, publicado na *Nature*. Ganhou o prêmio Ziman, de 2016, da EASST. Tem influenciado políticas nos EUA, Europa e Japão e assessora organismos como a OCDE, de Flandres, da República Tcheca e da Suécia. Foi presidente da Escola de Políticas Públicas, copreside a Conferência Internacional de Atlanta sobre Políticas de Ciência e Inovação, e é editora da revista *Research Evaluation*. Lecionou na *Haas School of Business* (UC Berkeley) e na SPRU (Universidade de Sussex). Em 2018, foi eleita membro da AAAS por suas contribuições à avaliação de pesquisa e desenvolvimento.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 23: Imagem e mini biografia de Ben R. Martin

 **Fonte:** https://www.ires.ma/fr/centre-des-ressources-prospectives/ressources-prospectives/prospective-selon/ben-r-martin	**Ben R. Martin** Professor de Estudos de Políticas de Ciência e Tecnologia no SPRU (*Science and Technology Policy Research*, Universidade de Sussex), onde foi diretor de 1997 a 2004. Ele também é associado do *Centre for Science and Policy* (CSaP) e Pesquisador Sênior Visitante no *Centre for Business Research, Judge Business School.* Ele possui um BA (com honras de primeira classe) em Ciências Naturais (Física), pela Universidade de Cambridge (onde foi Kitchener Scholar no Churchill College) e um MSc (sobre A Estrutura e Organização da Ciência e Tecnologia) pela Universidade de Manchester.

Fonte: elaborado pelas autoras.

As tecnologias emergentes estão, intimamente, relacionadas aos conceitos de descoberta, invenção e inovação. Para entender essas relações, é importante definir cada um desses termos e explorar como eles interagem no contexto das tecnologias em saúde. No artigo "What Is an Emerging Technology?" os autores propõem uma definição de "tecnologia emergente" baseada em cinco atributos:

1) Novidade radical: tecnologias que introduzem inovações significativas em relação ao estado atual do conhecimento ou das práticas existentes.

2) Crescimento relativamente rápido: adoção e desenvolvimento acelerados em um curto período.

3) Coerência: integração e alinhamento interno entre os componentes tecnológicos e com outras tecnologias existentes.

4) Impacto proeminente: potencial para causar mudanças significativas em setores específicos ou na sociedade como um todo.

5) Incerteza e ambiguidade: nível elevado de desconhecimento sobre os resultados e implicações da tecnologia, devido à sua novidade e complexidade.

Esse artigo serve como base para a operacionalização do conceito de tecnologias emergentes, oferecendo um framework para sua identificação e análise. Essas contribuições destacam a importância de compreender as características e os impactos das tecnologias emergentes, bem como os desafios associados à formulação de políticas eficazes para sua gestão e desenvolvimento.

Integração entre Tecnologia e Prática

Em 2016, buscando o entrelaçamento entre tecnologia e prática, Salbego e colaboradores desenvolveram um novo conceito de tecnologia. O conceito de Salbego e colaboradores sobre o processo cuidativo-educacional integra a tecnologia e a prática, enfatizando a importância da experiência e do contexto de vida dos indivíduos. Essa

abordagem holística busca transformar os profissionais de saúde em agentes de mudança, promovendo um cuidado mais humano e empoderador (Salbego *et al*., 2016).

No quadro a seguir, apresentamos a imagem e mini biografia de Salbego (Quadro 24).

Quadro 24: Imagem e mini biografia de Cléton Salbego

 **Fonte:** https://www.researchgate.net/profile/Cleton-Salbego	**Cléton Salbego** Doutor em Enfermagem. Docente. Membro Fundador da Rede de Estudos de Tecnologias Educacionais. Membro de Rede ibero-americana de investigação em educação em enfermagem. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria. Consultor *ad hoc* de periódicos na area da Enfermagem, Educação, Cuidado e Trabalho. Atuação gerencial e assistencial em saúde e enfermagem, em Gestão e Assistência em Terapia Intensiva, Urgência, Emergência, Trauma e Centro Cirúrgico. Pesquisa nas áreas de Enfermagem, Educação e Cuidado, com ênfase no desenvolvimento/construção, validação e avaliação de Tecnologias e Conceitos em Enfermagem e Saúde, Formação de Profissionais em Saúde e Processo de Morte e Morrer.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O conceito de tecnologia de Salbego visa o cuidado e a educação, enfatizando que o processo

> ... cuidativo-educacional é relacional e progressivo, e tende a valorizar a experiência do viver, o modo e o contexto de vida, transformando os envolvidos em seres humanos possuidores de um pensar crítico, reflexivo, autônomo, empoderador e em agentes de mudança da sua própria realidade, seja ela profissional ou social. Isso os torna cidadãos éticos e protagonistas de sua própria vida (Salbego *et al*., 2016).

Definições e Distinções entre os Conceitos de Descoberta, Invenção e Inovação

Tradicionalmente, a descoberta é vista como a identificação de algo que já existia, mas não era conhecido, a invenção é a criação de um novo produto ou processo para resolver um problema técnico, e a inovação é a comercialização dessa invenção (Chen, 2022). Entretanto, Suxiang Chen argumenta que, ao contrário dessas visões convencionais, descoberta, invenção e inovação são, essencialmente,estados diferentes do mesmo conhecimento, comparáveis aos estados físicos da matéria: gás (descoberta), líquido (invenção) e sólido (inovação). A descoberta é a fase mais intangível e maleável do conhecimento, a invenção é uma fase mais tangível, mas ainda flexível, e a inovação é a fase final, altamente especificada e imutável (Chen, 2022).

Descoberta

A descoberta é a identificação de algo que já existia, mas que não era conhecido ou compreendido anteriormente. Exemplo: A penicilina foi descoberta por Alexander Fleming, em 1928. Ele observou que uma placa de Petri contaminada com o fungo *Penicillium notatum* impedia o crescimento de bactérias ao redor. Fleming identificou a penicilina, que já existia na natureza, mas que ainda não havia sido descoberta como um antibiótico.

Invenção

A invenção é a criação de um novo produto, processo ou técnica para resolver um problema específico. É uma fase mais tangível do conhecimento. Exemplo: Reação em Cadeia da Polimerase (PCR): Kary Mullis inventou a técnica de PCR, em 1983. Essa técnica permite a amplificação de pequenas sequências de DNA, revolucionando a biologia molecular e a genética. Embora os princípios subjacentes da PCR (como a replicação do DNA) fossem conhecidos, a técnica específica para amplificar DNA em laboratório foi uma invenção de Mullis.

Inovação

A inovação é a fase em que a invenção é implementada e comercializada, tornando-se uma solução prática e amplamente utilizada. Exemplo: Metformina: originalmente descoberta em 1922, a metformina foi redescoberta e sua aplicação como um medicamento antidiabético foi estabelecida mais tarde. A inovação ocorreu quando a metformina foi desenvolvida, testada e aprovada como um tratamento seguro e eficaz para diabetes tipo 2, sendo comercializada e, amplamente, utilizada no mundo todo.

Pensamento Contrário e Não Linear

Conceito: pensar de maneira contrária e não linear envolve abordar problemas e questões de ângulos inesperados e não convencionais, rompendo com a lógica linear tradicional. Exemplos:

Pensamento contrário: ao invés de buscar, diretamente, uma solução para um problema, pode-se começar pelo resultado desejado e trabalhar de trás para frente. Por exemplo, ao desenvolver uma nova droga, em vez de começar pela química do composto, os pesquisadores podem começar pelos efeitos desejados no organismo e retroceder para identificar compostos potenciais.

Pensamento não linear: em vez de seguir uma sequência passo a passo, os pesquisadores podem explorar várias direções, simultaneamente. Um exemplo seria a pesquisa em inteligência artificial, em que abordagens paralelas, como aprendizado supervisionado, aprendizado não supervisionado e aprendizado por reforço, são exploradas, simultaneamente, para acelerar o progresso.

Utilidade na Geração de Novos Conhecimentos

Pensar de maneira contrária e não linear pode ser útil na geração de novos conhecimentos porque:

1. Fomenta a criatividade: ao quebrar as barreiras da lógica linear, os pesquisadores podem encontrar soluções inovadoras e inesperadas para problemas complexos.

2. Promove a interdisciplinaridade: pensar fora da caixa incentiva a colaboração entre diferentes disciplinas, combinando conhecimentos e técnicas diversas para abordar problemas de maneira holística.

3. Acelera a descoberta e a inovação: explorando múltiplas abordagens simultaneamente, os pesquisadores podem identificar, rapidamente, os caminhos mais promissores e evitar becos sem saída.

4.Desafia suposições estabelecidas: ao questionar a ordem estabelecida e as suposições convencionais, os pesquisadores podem identificar novas oportunidades de pesquisa e desenvolvimento.

As distinções entre descoberta, invenção e inovação, conforme descritas por Chen, e o uso de pensamento contrário e não linear, são ferramentas poderosas para promover a criatividade e a geração de novos conhecimentos. Ao romper com as abordagens convencionais e incentivar a colaboração interdisciplinar, os pesquisadores podem explorar novas fronteiras do conhecimento e desenvolver soluções inovadoras para problemas complexos.

Considerações Finais

As reflexões deste capítulo permitem compreender que o avanço tecnológico em saúde vai além da mera sofisticação de equipamentos ou da adoção de recursos digitais. Ele está profundamente relacionado à promoção da qualidade de vida, à equidade no acesso aos serviços e à humanização do cuidado. Quando bem aplicadas, as tecnologias contribuem para ampliar as possibilidades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, além de fortalecer o autocuidado e a autonomia dos indivíduos, especialmente daqueles em situação de vulnerabilidade.

Observou-se que o conceito de tecnologia em saúde deve ser compreendido de forma ampla, abrangendo desde práticas simples até inovações de alta complexidade. A articulação entre o conhecimento científico, as políticas públicas e as necessidades reais da população é essencial para garantir o uso ético, acessível e efetivo dessas tecnologias.

Reforça-se, portanto, a importância de uma abordagem crítica e reflexiva quanto à incorporação tecnológica na saúde, considerando seus impactos sociais, culturais, econômicos e humanos. O desafio está em construir um sistema de saúde que, ao integrar tais inovações, mantenha como princípio central o cuidado centrado na pessoa.

Cada tema abordado ao longo deste capitulo evidenciou diferentes dimensões e aplicações das tecnologias em saúde. Da concepção mais abrangente e holística até as especificidades das tecnologias assistivas, apropriadas, intermediárias e emergentes, torna-se evidente que essas inovações são multifacetadas e fundamentais para o aprimoramento contínuo da saúde pública e individual.

As tecnologias emergentes, em particular, estão diretamente associadas aos processos de descoberta, invenção e inovação. Cada um desses elementos impulsiona a evolução tecnológica no campo da saúde, promovendo avanços significativos capazes de transformar o setor e melhorar a qualidade de vida das populações. Integrar essas tecnologias de forma eficaz exige uma compreensão profunda de seus benefícios, limitações e contextos de aplicação, assegurando seu uso ético e eficiente para a promoção da saúde e do bem-estar coletivo.

Referências

ALMEIDA-FILHO, Naomar de; AYRES, José Ricardo. *Texto inédito de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves*. *Salud Colectiva*, Lanús (Argentina), v. 18, e4084, 3 jun. 2022. DOI: 10.18294/sc.2022.4084. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/scol/2022.v18/e4084/. Acesso em: 6 jul. 2025.

ANDRADE, LeilaMinatti. A escrita, uma evolução para a humanidade. *Linguagem em (Dis) curso*, v. 1, n. 1, 2000. Disponível em: https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/Linguagem_Discurso/article/view/167/181. Acesso em: 06 jul. 2025.

ARTHUR, W. B. (2009). The Nature of Technology: What It Is and How It Evolves. Free Press. Disponível em: file:///C:/Users/andre/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TonnReviewoftheNatureofTechnology.pdf.Acesso em: 06 jul. 2025.

BERSCH, Rita. *Introdução à tecnologia assistiva*. São Paulo: Instituto Paradigma, 2017. bei688 Disponível em: https://iparadigma.org.br/wp-content/uploads/Introducao-a-Tecnologia-Assistiva-1.pdf. Acesso em: 6 jul. 2025.

BOWER, Joseph L.; CHRISTENSEN, Clayton. M. Disruptive technologies: Catching the wave. *From the* Magazine, jan.-fev. 1995. Disponível em: https://hbr.org/1995/01/disruptive-technologies-catching-the-wave. Acesso em: 6 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Criação da Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica (CPG) no âmbito do SUS. Brasília: MS, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html. Acesso em: 6 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília, 2009. 112 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf. Acesso em: 6 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica; Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 6 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes*. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/programa_nacional_telessaude_bbrasil_redes_2015.pdf. Acesso em: 6 jul. 2025.

BRYNJOLFSSON, Erik; McAFEE, Andrew. *The Second Machine Age: Work, Progress, and Prosperity in a Time of Brilliant Technologies*. New York: W. W. Norton & Company, 2014.

CALDAS, Eduardo de Lima; ALVES, Mario Aquino. Tecnologia apropriada: uma modesta apresentação de pequenos casos. *Revista NAU Social*, v. 4, n. 7, p. 16–26, nov. 2013/abr. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262261394. Acesso em: 6 jul. 2025.

CHEN, S. Descoberta, invenção e inovação: elas são realmente diferentes? *Cartas da Academia*, Artigo 4747, 2022.

COCCIA, Mario. A new concept of technology with systemic purposeful perspective: theory, examples and empirical application. *arXiv.org e-Print Archive*, Cornell University, set. 2019. Disponível em: http://arxiv.org/abs/1909.05689. Acesso em: 6 jul. 2025.

COLLIÈRE, M. F. Promover a vida: da prática das mulheres d*e virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa (PT): Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.

FOGG, Brian Jeffrey, ECKLES, Dean. The behavior chain for online participation: how successful web services structure persuasion. In: *International Conference on Persuasive Technology*, 2007, Berlin, Heidelberg. Anais [...]. Berlin, Heidelberg: Springer, 2007. p. 199–209. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-77006-0_25. Acesso em: 6 jul. 2025.

FOUCAULT, Michel. *Tecnologias do self*. Palestras proferidas na Universidade de Vermont, outubro de 1982. In: MARTIN, Luther H.; GUTMAN, Huck; HUTTON, Patrick H. (org.). *Technologies of the Self: a seminar with Michel Foucault*. Amherst: University of Massachusetts Press, 1988. p. 16–49. Disponível em: https://foucault.info/documents/foucault.technologiesOfSelf.en/. Acesso em: 6 jul. 2025.

FOUCAULT, Michel; MOREY, Miguel; ALLENDESALAZAR, Manuel. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1990.

GALVÃO FILHO, T. A. A construção do conceito de Tecnologia Assistiva: alguns novos interrogantes e desafios. *Revista Entreideias: educação, cultura e sociedade*, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em: https://www.galvaofilho.net/TA_desafios.htmAcesso em: 6 jul. 2025.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes.*Tecnologia e organização social das práticas de saúde*: *características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.* São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. p. 278.

GOODMAN, Clifford Spencer. *It's time to rethink health care technology assessment*. International Journal of Technology Assessment in Health Care, Cambridge, v. 8, n. 2, p. 335–358, Spring 1992. DOI: 10.1017/S0266462300013568. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1628915/. Acesso em: 6 jul. 2025.

GOODMAN, Clifford Spencer. *Healthcare technology assessment: methods, framework, and role in policy making*. American Journal of Managed Care, [S.l.], v. 4, p. SP200SP214, 1998. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10185995/. Acesso em: 6 jul. 2025.

GOODMAN, Clifford Spencer. *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices*. Estocolmo, Suécia: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 1993.

GOODMAN, Clifford Spencer. *Introduction to health care technology assessment: ten basic steps*. [S.l.]: National Information Center on Health Services Research and Health Care Technology (NICHSR), U.S. National Library of Medicine, 1998 (atualizado em 2004). Disponível em: https://www.inahta.org/wp-content/uploads/2014/09/HTA-101_Goodman_2004.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

Institute of Medicine (US) Council on Health Care Technology. Improving Consensus Development for Health Technology Assessment: An International Perspective. Goodman C, Baratz SR, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990. PMID: 25144084.Disponível em https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144084/ Acesso em: 6 jul. 2025

Institute of Medicine (US) Council on Health Care Technology. Medical Technology Assessment Directory: A Pilot Reference To Organizations, Assessments, and Information Resources. Goodman C, editor. Washington (DC): National Academies Press (US); 1988. PMID: 25032304. Disponível em https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25032304/ Acesso em: 6 jul. 2025.

MARCONDES, José Sergio *Tecnologia*: *O que é, sua origem, principais tipos e exemplos*. Disponível em Blog Gestão de Segurança Privada: 2024. Disponível em: https://gestaodesegurancaprivada.com.br/tecnologia-significado-aplicacoes/. Acesso em 19 jul 2024.

MARQUES, Paulo Leonardo Ponte Marques; LAMBOGLIA, Carminda Maria Goersch Fontenele; FREITAS, Kerma Márcia de ; GOIS, Francisca Maria Damasceno; SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima. *Da pré-história à idade "mídia": a evolução da tecnologia no desenvolvimento da humanidade.* In: SANTOS, Zélia Maria de Souza Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque; MARTINS, Aline Barbosa Teixeira. (Orgs.). *Tecnologias em saúde: da abordagem teórica à construção e aplicação no cenário do cuidado*. Fortaleza: EdUECE, 2016. p. 24-42. Disponível em https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/09/TecnologiaSaude-uece.pdf Acesso em: 6 jul. 2025.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface-comunicação, saúde, educação*, v. 4, p. 109-116, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/hWjdyMG9J4YhwPLLXdY3kfD/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 6 jul. 2025.

MONTEIRO, Luís. A internet como meio de comunicação: possibilidades e limitações. In: *Congresso Brasileiro de Comunicação.* 2001. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/149354770/A-INTERNET-COMO-MEIO-DE-COMUNICACAO-POSSIBILIDADES-E-LIMITACOES Acesso em: 6 jul. 2025.

SABINO, Leidiane Minervina Moraes de; BRASIL, Débora Rabelo Magalhães; CAETANO, Joselany Áfio; SANTOS, Míria Conceição Lavinas; ALVES, Maria Dalva Santos. Uso de tecnologia levedura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. *Aquichan*, Chía, v. 16, n. 2, p. 230–239, jun. 2016. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.10. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n2/v16n2a10.pdf Acesso em: 6 jul. 2025.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; BACKES, Vânia Marli Schubert; COLOMÉ , Clara Leonida Marques; CERATTI, Rodrigo do Nascimento; FERRAZ, Fabiane. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, p. 344-352, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/D73Y67Whnhmbtqq X58czmzL/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 9 jul. 2025.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. *Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?* 1999. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/80758. Acesso em: 9 jul. 2025.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; LEOPARDI, Maria Tereza. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 9, n. 1, p. 129–152, jan.–abr. 2000. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-475544. Acesso em: 8 jul. 2025.

OREM, Dorothea Elizabeth. A concept of self-care for the rehabilitation client. *Rehabilitation Nursing Journal*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 33–36, maio 1985. DOI: 10.1002/j.2048-7940.1985.tb00428.x. Disponível em: https://journals.lww.com/rehabnursingjournal/citation/1985/05000/a_concept_of_self_care_for_the_rehabilitation.11.aspx. Acesso em: 6 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Declaração de Alma-Ata. Genebra: OMS; UNICEF, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

PANERAI, Ronney B.; PEÑA MOHR, Jorge. *Health technology assessment methodologies for developing countries.* Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1989. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HealthTechnologyAssessmentEng.pdfAcesso em: 8 jul. 2025.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fundação Oswaldo Cruz, 2008. 478 p. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada. Acesso em: 8 jul. 2025.

ROTOLO, Daniele; HICKS, Diana; MARTIN, Ben Russell. What is an emerging technology? *Research Policy*, [S.l.], v. 44, n. 10, p. 1827–1843, 2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048733315001031. Acesso em: 8 jul. 2025.

RUBIM, Antonio Albino Canelas. A contemporaneidade como idade mídia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 4, p. 25–36, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/SwghkRBRw9wQNqG7qYsqTmN/?lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2025.

SALBEGO, Cleton. Tecnologias cuidativo-educacionais: a práxis de enfermeiros em um hospital universitário. 2016. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7476. Acesso em: 8 jul. 2025.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Inês Baptistella; CASTANHERA, Elen Rose L.; KON, Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 221–242, 1999. Disponível em:https://www.scielo.br/j/csc/a/TvtKzPc3nZQTskgqLyDL9hv/?format=pdf&lang=ptAcesso em: 8 jul. 2025.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh Novaes. Tecnologias em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fundação Oswaldo Cruz, 2008. p. ??–??. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada. Acesso em: 8 jul. 2025.

TEIXEIRA, Elizabeth. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 598–600, 2010. Disponível emhttps://revistas.ufg.br/fen/article/view/12470/8458. Acesso em: 8 jul. 2025.

VERASZTO, Estéfano Vizconde; SILVA, Dirceu da; MIRANDA, Nonato Assis; SIMON, Fernanda Oliveira. Tecnologia: buscando uma definição para o conceito. *Prisma.com*, n. 8, p. 19–46, 2009. Disponível em: https://ojs.letras.up.pt/index.php/prismacom/article/view/2065/1901Acesso em: 8 jul. 2025.

VERASZTO, Estéfano Vizconde. *Projeto Teckids: educação tecnológica no ensino fundamental*. 2004. Tese (Doutorado) – [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em: https://www.semanticscholar.org/paper/Projeto-teckids-%3A-educa%C3%A7%C3%A3o-tecnologicano-ensino-Veraszto-Silva/6491d521ecd73fecc4ef6441b52764521ea3dbce. Acesso em: 9 jul. 2025.

VERASZTO, Estéfano Vizconde. *Tecnologia e sociedade: relações de casualidade entre concepções e atitudes de graduandos do Estado de São Paulo*. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 2009. Disponível em: https://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/448582 Acesso em: 9 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Compendium of innovative health technologies for low-resource settings. 7. ed. Geneva: World Health Organization, 2024. 89 p. ISBN 978-92-4-009521-2. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240095212. Acesso em: 6 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 9 jul. 2025.

CAPÍTULO 12

Tecnologias utilizadas em intervenções odontológicas baseadas nos princípios do letramento em Saúde

Ana Luiza Peres Baldiotti
Isolda Mirelle de Lima Ferreira Prata
Érick Tássio Barbosa Neves
Ana Flávia Granville-Garcia
Fernanda de Morais Ferreira

Introdução

A comunicação é um componente essencial para a obtenção de informações cotidianas, entre elas, as informações sobre saúde. O acesso e compreensão destas fazem parte do pilar para o empoderamento pessoal, tornando o indivíduo capaz de tomar decisões, ter maior autonomia e participar, ativamente, da gestão de sua própria saúde (Car *et al*., 2011).

Como já foi bem descrito nos capítulos anteriores, o Letramento em Saúde (LS) é a capacidade de obter, entender, agir e comunicar informações sobre saúde e é um construto, diretamente, ligado às disparidades em saúde (Kickbusch, 2013), sendo o baixo nível de LS uma barreira que pode afetar a compreensão, a avaliação e o uso de

informações em saúde. Diante disso, estudos sugerem que pessoas que apresentam baixo nível de LS têm menor frequência de utilização dos serviços de saúde preventivos, taxas mais elevadas na utilização de serviços de emergência, e menos capacidade de interpretar as informações de saúde recebidas (Sørensen *et al.*, 2021), sendo que esse problema se torna ainda mais proeminente entre idosos e pessoas com menor nível educacional e socioeconômico (Berkman *et al*., 2011; Sørensen *et al.,* 2015).

No cenário nacional, no qual 29% dos adultos são analfabetos funcionais, aprimorar o LS é necessário para melhores desfechos em saúde (Berkman *et al*., 2011), e, consequentemente, também,melhores desfechos em saúde bucal (Batista; Lawrence; Sousa*,* 2018). No entanto, os serviços de saúde, independente da esfera privada ou pública, são de natureza complexa, exigindo um nível de organização que nem sempre leva em conta a capacidade de compreensão dos pacientes, dificultando o acesso adequado às informações necessárias para tomadas de decisões (Rudd; Comings; Hyde, 2003). Essa barreira limita o uso efetivo de recursos, incluindo a navegação dentro de sistemas informatizados, a comunicação no contexto de saúde e o entendimento das informações. Dessa forma, são gerados impactos negativos em seus resultados na saúde (Groene, Rudd, 2011; Berkman *et al*., 2011; Heijmans *et al.,* 2015; Kaper *et al.,* 2021).

Diante deste cenário, estratégias com o intuito de melhorar o LS da população têm sido desenvolvidas nas áreas da enfermagem, medicina e, mais recentemente, na odontologia. Intervenções educativas em saúde melhoram resultados de saúde através da aquisição de conhecimentos e habilidades, que levam a ações benéficas ao indivíduo (Ebrahimi; Farokhi, 2022). Essas ferramentas vão desde instrumentos menos sofisticados, como cartilhas e pôsteres a vídeos e aplicativos de celulares. Independente do investimento e robustez da ferramenta, elas se convergem em objetivos similares: informar, conscientizar e empoderar a população sobre sua saúde. Essas

estratégias têm provado serem capazes de reduzir as desigualdades e demandas dos cuidados em saúde (Kaper *et al.,* 2021).

As intervenções de LS podem ser direcionadas a três níveis (Kaper *et al.,* 2021):

1. Nível paciente/usuário: temo intuito de melhorar tanto a comunicação (oral, escrita, digital) como a acessibilidade aos serviços, além de "dar voz" às dúvidas, reclamações e comentários sobre os serviços de saúde;
2. Nível profissional: capacitar a comunicação efetiva e amigável;
3. Nível organizacional: melhorar e facilitar políticas organizacionais (sistema de funcionamento e estruturas de serviços de saúde).

No Brasil, as intervenções com o objetivo de melhorar o Letramento em Saúde Bucal (LSB) são, em sua maioria, o desenvolvimento de materiais impressos. No entanto, vídeos e aplicativos têm tido uma notável ascensão. O problema é que, na maioria das vezes, essas ferramentas são desenvolvidas de forma empírica, não levando em consideração os princípios do LSB, as metodologias necessárias para validação, reprodução e distribuição desses materiais, ou a forma de se comunicar com clareza e efetividade com a população-alvo. Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, o Canadá e a Finlândia, lugares onde o investimento em pesquisas e educação é maior, além das ferramentas utilizadas por aqui, estratégias mais robustas são executadas. Estas variam de aplicativos, vídeos, minicursos semanais a até disciplinas inseridas no currículo escolar do Ensino Fundamental ao Médio (Car *et al.*, 2011; Summanen *et al*., 2022).

As redes sociais se tornaram também uma forma comum de disseminar conteúdos de saúde. É fácil encontrar perfis de cirurgiões-dentistas, por exemplo, em redes sociais, porém, é rara a confecção de materiais baseados em evidências científicas e de acordo com a versão brasileira do Índice de Comunicação com Clareza (Marinho *et*

al., 2022). Universidades, Ministérios e Organizações costumam ter suas páginas com informações seguras. Entretanto, essas não são tão divulgadas para as massas.

As intervenções de LS podem ser descritas como qualquer intervenção que se concentra em melhorar a capacidade do indivíduo em acessar, entender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde (Zibellini *et al*., 2021). Apesar disso, poucos estudos têm utilizado o conceito de LS para orientar o desenvolvimento das intervenções, além de não apresentarem clareza quanto à distinção entre uma intervenção de LS e uma intervenção comportamental ou educacional (Nutbeam; Mcgill; Premkumar, 2018; Zibellini *et al*., 2021).

Ferramentas ou tecnologias utilizadas em intervenções que têm como propósito aumentar os níveis de Letramento em Saúde entre as pessoas:

Os materiais educativos podem ser divididos em quatro principais tipos (Almeida, 2024):

1. Materiais impressos: transmitem informações através da escrita. Ex: cartilhas, folhetos, livros, panfletos, bulas, folder.
2. Materiais audiovisuais: possuem imagem e som. Ex: filmes e vídeos.
3. Materiais demonstrativos: permitem demonstrar tarefas para posterior reprodução. Ex: modelos e simuladores.
4. Materiais digitais: recursos digitais, tais como aplicativos, jogos, apresentações multimídia e animações.

A utilização de materiais educativos faz parte de estratégias para capacitar os pacientes a serem participantes mais ativos em seus cuidados de saúde (Sudore, Schillinger, 2009).Para que esses materiais possam ser utilizados com maior confiabilidade, é necessário que sejam validados. No Brasil, encontramos alguns trabalhos

que desenvolveram e validaram materiais educativos em saúde, direcionados a públicos específicos, como: diabéticos (Galdino *et al*., 2019; Menezes *et al*., 2022), pacientes em tratamento de câncer (Perdigão *et al*., 2019; Sugisaka; Andrzejevski; Rotta, 2020), pessoas com dor crônica (Vieira *et al*., 2019), estudantes (Rodrigues Junior *et al*., 2017; Gigante *et al*., 2021; Nogueira *et al*., 2022), recém nascidos (Nascimento; Teixeira, 2018), adolescentes (Leite *et al*., 2022), mulheres (Lins *et al*., 2021), idosos (Silva *et al*., 2020) e na prevenção e controle da obesidade (Lima *et al*., 2022).

Cartilhas, folders, manuais, histórias em quadrinhos, álbum seriado, vídeos, podcasts e aplicativos são ferramentas utilizadas para a educação em saúde. A elaboração desses materiais se deu a partir de evidências na literatura sobre o tema de interesse, consultas às diretrizes, além de considerar as dúvidas e necessidades dos pacientes e utilizar as recomendações para a construção de materiais educativos impressos e audiovisuais. Independente da ferramenta escolhida (materiais impressos, audiovisuais, demonstrativos ou digitais) é importante que, antes de sua implementação, tenha sido verificada a capacidade do material em transmitir o conteúdo desejado com clareza. Isso pode ser verificado através de instrumentos e de avaliações para constatar se o público-alvo foi capaz de compreender e absorver a informação (Almeida, 2024; Leite *et al.,* 2018).

Cartilha

As cartilhas são materiais educativos impressos que têm o objetivo de comunicar informações que auxiliem pacientes, familiares, cuidadores e comunidades a tomar decisões mais assertivas sobre sua saúde (Reberte, 2008; Almeida, 2024). Essas ferramentas educativas devem apresentar as informações de forma leve e dinâmica, e seu conteúdo deve abranger textos, imagens, ilustrações, fluxogramas e/ou infográficos (Almeida, 2024).

Ao elaborar uma cartilha, os seguintes aspectos devem ser levados em consideração (Almeida, 2024):

1. Linguagem clara e objetiva;
2. Design leve e atraente;
3. Adequação ao público-alvo
4. Conteúdo baseado em evidências científicas.

A cartilha apresentada como exemplo na Figura 1 se trata de um material desenvolvido pelo Projeto de Extensão de Traumatismos Dentários na Dentição Decídua, da Universidade Federal de Minas Gerais.

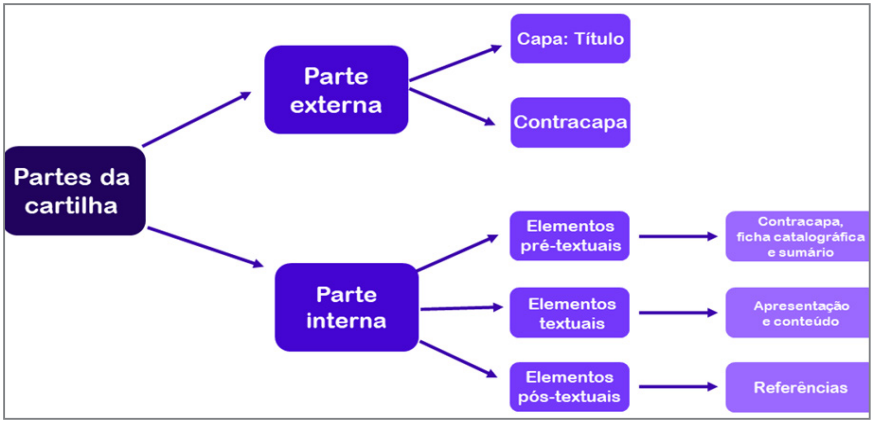
Figura 1: Exemplo de cartilha.



Fonte: Zarzar, 2017

Na Figura 2, são apresentados os componentes de uma cartilha (Sabino, 2016).

Figura 2: Componentes da cartilha (Sabino, 2016).



Fonte: Adatpado de Sabino, 2016

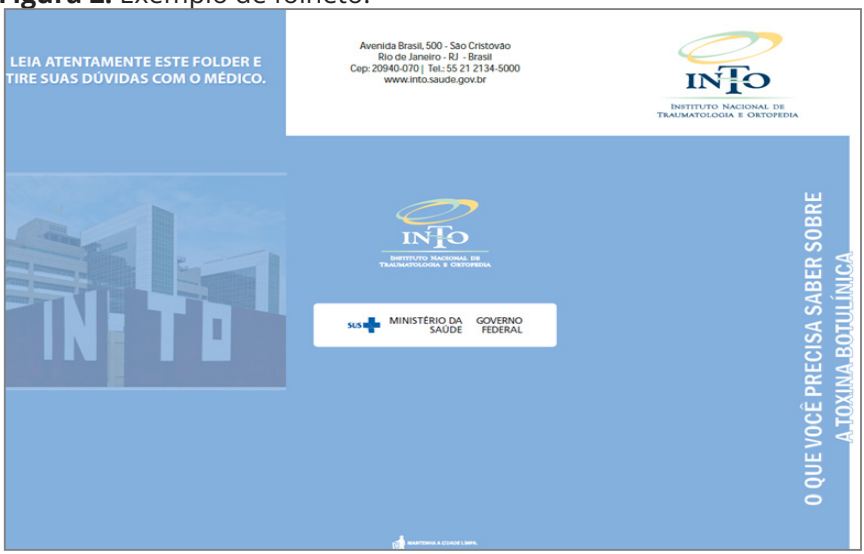
Folheto

O folheto consiste em uma folha impressa frente e verso, com uma ou mais dobras, sendo que seu conteúdo tem o intuito de informar sobre determinado tema (Costa *et al.,* 2022). É importante que as informações sejam transmitidas de forma clara e objetiva e na linguagem adequada para a faixa etária e público-alvo. Para a confecção de um folheto, as seguintes etapas são necessárias (Costa *et al.,* 2022):

1) Pesquisa bibliográfica;
2) Elaboração do conteúdo teórico;
3) Confecção do design;
4) Avaliação do material por especialistas no tema, por profissionais da educação e pelo público-alvo;
5) Alterações de acordo com as sugestões recebidas no item 4;
6) Confecção do folheto final.

O folheto apresentado na Figura 2 se trata de um folheto desenvolvido pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), em associação com o Ministério da Saúde.

Figura 2: Exemplo de folheto.



Fonte: INTO (2019).

Cartaz

Os cartazes deixam o ambiente mais agradável e receptivo, porém, seu principal motivo é sua funcionalidade. Classicamente, os cartazes podem ter o objetivo de venda ou de comunicação de mensagens entre alguma instituição e a massa. Pensando no cartaz como uma ferramenta educativa, a segunda função exposta é a que nos atrai, pois, ele funciona como um difusor de mensagens e seu principal objetivo é a informação (Botassoli, 2014). Os cartazes costumam estar expostos em locais de fácil visualização a muitas pessoas, de forma que a mensagem seja captada de maneira rápida. Para isso, a mensagem deve ser clara e objetiva.

O cartaz apresentado na Figura 3 foi desenvolvido com parcerias entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Sistema Único de Saúde e o Ministério da Saúde.

Figura 3: Exemplo de cartaz.



Fonte: ANVISA, 2025

Jogos

Jogos também podem ser utilizados como ferramentas educativas. Eles são desenvolvidos para transmitir informações ao público-alvo de forma lúdica e criativa, difundindo seu conteúdo, diretamente ou indiretamente, por meio de metáforas e analogias. Além disso, têm a capacidade de contemplar os três domínios da aprendizagem: cognitivo, afetivo e psicomotor (Laprano, 2015; Almeida, 2024).

A Figura 4 apresenta um exemplo de jogo educativo. É importante salientar que os jogos podem ser tanto no padrão tradicional, de tabuleiro, como também em padrão virtual.

Figura 4: Exemplo de jogo educativo.



Fonte: Secretaria de Alfabetização, 2020

Esse é um exemplo de jogo desenvolvido como ferramenta educativa, o “Grapho Game” (https://alfabetizacao.mec.gov.br/grapho-game), um jogo para celular com o intuito de auxiliar no processo de alfabetização. Essa estratégia foi desenvolvida pelo Ministério da Educação.

Vídeo

O vídeo também é uma estratégia que pode ser utilizada como ferramenta educacional. Diante da ascensão do mundo digital, principalmente com a difusão em massa das redes sociais, a confecção de vídeos educativos pode ser uma grande auxiliar na transmissão de informações de saúde. Para a confecção de um vídeo educativo, algumas etapas devem ser seguidas (Teixeira; Mota, 2011; Rosa *et al.*, 2015):

1) Pesquisa bibliográfica;
2) Elaboração do roteiro;
3) Avaliação do roteiro por especialistas na temática, por profissionais da educação e pelo público-alvo;
4) Alterações de acordo com as sugestões recebidas no item 3;
5) Gravação do vídeo;
6) Edição do vídeo;
7) Nova avaliação do roteiro por especialistas na temática, por profissionais da educação e pelo público-alvo;
8) Alterações de acordo com as sugestões recebidas no item 7;
9) Edição final do vídeo.

O exemplo apresentado na Figura 5 se trata de um vídeo educativo desenvolvido e validado pelas autoras Ana Luiza Peres Baldiotti e Fernanda de Morais Ferreira, do Programa de Pós-graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Figura 5: Exemplo de vídeo educativo.



Fonte: Produzido por Ana Luiza Peres Baldiotti

Páginas em redes sociais

Diante da ascensão da internet e consequente acesso em massa da população às redes sociais, estas se tornaram um local frequente de busca por informações de saúde. Assim, é comum que instituições, universidades, ministérios, e profissionais de saúde possuam páginas em redes sociais, como o Instagram. Estas podem ser muito úteis para a disseminação rápida e em grande escala de informações de saúde baseadas em evidências científicas. O exemplo de página em rede social apresentado na Figura 6 se trata da conta oficial do Instagram do Ministério da Saúde (@minsaude).

Figura 6: Exemplo de página em rede social destinada a disseminar informações de saúde.



Fonte: https://www.instagram.com/minsaude/

Aplicativos

Os aplicativos são mais um exemplo de ferramenta com grandes perspectivas de crescimento na área da saúde. De acordo

com a Agência Nacional de Telecomunicações, em janeiro de 2023,existiam 251,6 milhões de celulares ativos no Brasil (https://informacoes.anatel.gov.br/paineis/acessos), número maior do que o da própria população nacional. Portanto, o acesso a aplicativos é uma realidade e, consequentemente, utilizá-los com o intuito de informar, auxiliar e empoderar o paciente em relação a sua saúde são estratégias bem-vindas.

O exemplo exposto na Figura 7 se trata de um aplicativo de prevenção em saúde bucal desenvolvido pela Professora Dra. Fernanda Bartolomeu Freire-Maia (https://www.q21odonto.com.br/),do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Figura 7: Exemplo de aplicativo na área da saúde.



Fonte: https://www.q21odonto.com.br/#RECURSOS

Intervenções que visam aumentar os níveis de letramento em saúde entre as pessoas e na coletividade

É possível encontrar na literatura estudos que desenvolveram e avaliaram intervenções que têm como propósito aumentar os níveis de letramento em saúde entre as pessoas e na coletividade. As intervenções podem ser direcionadas às necessidades especificas de algumas pessoas ou de um determinado grupo de pessoas que compartilham fatores de risco a um determinado desfecho em saúde.

Melhorias nos níveis de LS podem ser avaliadas por meio da medição das mudanças no conhecimento e nas habilidades relacionadas à saúde (Nutbeam; Mcgill; Premkumar, 2018).Sugere-se que esses avanços estão associados a melhores resultados de saúde, incluindo adesão ao tratamento medicamentoso, acesso aos cuidados, menor risco de exacerbação da doença, redução das taxas de hospitalizações evitáveis e melhoria da qualidade de vida (Palumbo, 2017; Zheng *et al*., 2018). Portanto, é necessário que os profissionais de saúde compreendam como desenvolver e testar tais intervenções.

Um estudo sobre as intervenções com tal propósito, desenvolvido na União Europeia, demonstrou que existem lacunas consideráveis sobre quais intervenções são mais eficazes para melhorar os níveis de LS, ou quanto aos resultados relacionados ao LS na Europa. Seus achados revelam que a maioria das intervenções se concentra no LS funcional, e, nos distintos estudos, o LS foi medido de forma diferente. Assim, sugere-se que as intervenções a serem desenvolvidas com o propósito de aumentar os níveis de LS sejam adaptadas às necessidades dos pacientes. Essas intervenções devem abordar habilidades funcionais, críticas e interativas. Além disso, a apresentação do texto falado animado não deve ser difícil (Visscher *et al*., 2018), ou seja, deve-se adotar um vocabulário adequado à população-alvo.

A importância de envolver a população-alvo no desenvolvimento de intervenções é cada vez mais reconhecida. Um estudo nos

Estados Unidos usou informações de pais e adolescentes no desenvolvimento de uma ferramenta de treinamento baseada na Internet para melhorar as habilidades de meninas adolescentes em encontrar, avaliar e usar informações de saúde *on-line*. Como resultado, as adolescentes responderam positivamente à ferramenta e tiveram aumentos significativos no letramento em *eHealth*, após usá-la (Zaim *et at.*, 2021). O letramento em *eHealth* engloba a capacidade de encontrar, entender e avaliar informações de saúde *on-line* (Norman; Skinner, 2006).

Apesar dos métodos tradicionais serem as ferramentas educativas mais utilizadas, o uso de recursos e novas tecnologias disponíveis é recomendado para incorporar estratégias inovadoras e melhorar as habilidades e conhecimentos advindos de intervenções que tem como propósito aumentar os níveis de LS (Meherali; Punjavi; Mevawala, 2020). Além disso, intervenções multifacetadas, ou seja, aquelas que incluem mais de uma estratégia que considere os princípios do LS, parecem ser mais propensas a melhorar os resultados de saúde das pessoas e da coletividade (Housten *et al*., 2021).

Perspectivas na Odontologia

Dentro da odontologia, os estudos ainda são incipientes. Poucos trabalhos tiveram como objetivo desenvolver intervenções e testar sua eficácia na população-alvo. E, apesar do Brasil ser o sexto país que mais publica trabalhos sobre Letramento em Saúde Bucal (LSB) (Sun *et al.,* 2021), identificamos apenas duas intervenções de LSB desenvolvidas no Brasil (Lotto *et al.,* 2020; Lisboa *et al.,* 2023).

Dentro desses poucos trabalhos encontrados, alguns foram apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Estudos de intervenção desenvolvidos com o objetivo de melhorar o nível de LSB nos indivíduos ou na comunidade

Título do artigo	Autor, ano	País	Habilidades	População-alvo	Intervenção
Investigating the impact of a community-based geriatric dentistry rotation on oral health literacy and oral hygiene of older adults.	Hjertstedt*et al.,* 2014	EUA	Educação em relação à saúde e higiene bucal.	Idosos	Cinco visitas domiciliares de duas horas cada durante seis meses.
Does an oral health education program increase oral health literacy and access to dental care in a refugee population?	Muller, 2016	EUA	Educação em saúde e higiene bucal.	Refugiados	Aulas de 60 a 90 minutos, uma vez por semana, por três semanas, com atividades práticas de técnicas de escovação e uso do fio dental.
Effect of intervention using a messaging app on compliance and duration of treatment in orthodontic patients.	Li *et al.,* 2016	China	Melhorar a adesão dos pacientes e reduzir a duração do tratamento ortodôntico.	Pacientes em tratamento ortodôntico	Envio de mensagens com lembrete de consulta e mensagens educativas através de aplicativo de mensagem durante todo tratamento ortodôntico.
Efficacy of an oral health literacy intervention among indigenous Australian adults.	Ju *et al.,* 2017	Austrália	Letramento em saúde bucal.	Indígenas	Cinco oficinas interativas, de 90 minutos de duração cada, aplicadas durante um ano.
Four-level evaluation of health promotion intervention for preventing early childhood caries: a randomized controlled trial.	Basir *et al.,* 2017	Irã	Educação e higiene em saúde bucal.	Mães	Sessões de perguntas e respostas, palestras, discussões em grupo e envio de mensagens de texto motivacionais a cada duas semanas durante seis meses.
Using Interprofessional Education to Promote Oral Health Literacy in a Faculty-Student Collaborative Practice.	Farokhi *et al.,* 2018	EUA	Habilidades adequadas de alfabetização em saúde bucal e maneiras de navegar e acessar cuidados de saúde bucal, entender cuidados preventivos e se envolver no autocuidado de saúde bucal.	Pacientes refugiados, membros da comunidade e estudantes de medicina e enfermagem.	Demonstração de livreto ilustrado sobre alfabetização em saúde bucal em uma apresentação de 15 a 20 minutos, e técnicas de escovação e uso do fio dental. Além disso, os refugiados receberam instruções de higiene oral, por escrito, em seus idiomas nativos, e um kit de higiene oral.
The impact of anticipatory guidance on early childhood caries: a quasi-experimental study.	Ismail *et al.,* 2018	Malásia	Educação e higiene em saúde bucal.	Pré-escolares e suas mães.	Sessões de uma hora de duração cada, a cada seis meses, por três anos.
Parental-oriented educational mobile messages to aid in the control of early childhood caries in low socioeconomic children: A randomized controlled trial.	Lotto *et al.,* 2020	Brasil	Informações preventivas e educativas sobre cárie da primeira infância	Pais/responsáveis de pré-escolares.	Mensagens via *WhatsApp*, a cada 2 semanas, por seis meses.
Effectiveness of "Safeguard Your Smile," an oral health literacy intervention, on oral hygiene self-care behaviour among Punjabi immigrants: A randomized controlled trial.	Kaur *et al.,* 2019	Canadá	Educação e higiene em saúde bucal.	Imigrantes	Explicações e demonstração de cuidados com a saúde bucal, incentivo, acompanhamento diário por três meses e ligações periódicas.
Association between Level of Parental Oral Health Literacy and the Rational Use of Fluoride for Children from 0 to 4 Years of Age after Instruction: An Intervention Trial.	Lisboa *et al.,* 2023	Brasil	Uso racional de flúor.	Pais/responsáveis	Instruções de forma oral, escrita e visual sobre o uso racional de flúor em crianças.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Além desses trabalhos publicados, o uso de mensagens eletrônicas via SMS ou *WhatsApp* afim de estimular a assiduidade do paciente em consultas tem sido cada vez mais utilizadas. Especialmente, na ortodontia, esse recurso tem se mostrado de grande valia visto que estimula o paciente na cooperação com o tratamento em casa e nas idas frequentes ao consultório odontológico, reduzindo assim o tempo de tratamento e quebra de bráquetes (Li *et al.,* 2016).

Aplicativos para celulares também são ferramentas utilizadas na odontologia. Destacamos aqui o aplicativo Q21, desenvolvido pela Professora de Odontopediatria, da Universidade Federal de Minas Gerais, Fernanda Bartolomeu Freire-Maia, e focado na prevenção da cárie dentária em pacientes pediátricos (https://www.q21odonto.com.br/). Em suma, diante do crescente reconhecimento da necessidade de investir no LSB (Sun *et al.,* 2021) e dos resultados positivos encontrados nos trabalhos existentes, a expectativa é que o número de trabalhos que desenvolvam ferramentas e testem sua eficácia aumente nos próximos anos.

Resultados do uso de ferramentas no letramento em saúde bucal

Um estudo nos Estados Unidos investigou o impacto de visitas domiciliares por estudantes de odontologia no Letramento em Saúde Bucal (LSB) e no estado de higiene bucal de idosos (Hjertstedt *et al*, 2014). O objetivo da primeira visita domiciliar foi construir um relacionamento entre os estudantes e os idosos e coletar informações demográficas dos participantes. Durante as quatro visitas seguintes, os alunos discutiram com os idosos os tópicos relacionados à saúde bucal e higiene bucal e realizaram a coleta de dados sobre o LSB e o estado de higiene bucal. Em cada visita, os alunos avaliavam as mudanças no estado de higiene bucal do idoso e o cumprimento de recomendações prévias de autocuidado.

O LSB foi medido usando um teste de reconhecimento de palavras e, ao longo do estudo, o LSB aumentou expressivamente,

enquanto os escores de placa diminuíram. Os resultados desse estudo sugerem que uma intervenção na qual sejam fornecidas informações relacionadas à saúde bucal e recomendações de higiene bucal durante vários contatos, pode contribuir para melhorar o LSB e a higiene bucal em idosos.

Para adultos indígenas australianos (Ju *et al*., 2017), foi realizada uma intervenção específica ao contexto, ou seja, adequada para o grupo populacional em termos de sua cultura, características sociodemográficas e localização geográfica. Ao total, foram realizadas cinco oficinas de saúde bucal interativas, em um período de 1 ano, e abordados temas como cárie dentária, doença periodontal e acesso a serviços odontológicos, dentre outros. Como resultado, a intervenção foi bem-sucedida na melhoria do conhecimento odontológico, no entanto, na melhoria do LSB, a intervenção foi somente parcialmente bem-sucedida.

Um programa de educação em saúde bucal foi a ferramenta utilizada por um estudo nos EUA para intervir no LSB e nas percepções de saúde bucal de refugiados (Muller, 2016). Na primeira fase, foi medido o LSB em inglês e na língua nativa e, na segunda fase, que ocorreu após duas semanas, foi realizado o Programa de Educação em Saúde Bucal. O programa consistia em apresentações no *Power Point* juntamente com uma demonstração visual e atividades práticas com o intuito de educar sobre técnicas corretas de escovação e uso do fio dental.

Após a apresentação, as habilidades de escovação e uso do fio dental pelos participantes foram avaliadas utilizando o método "*teach back*" e foi aplicado o pós-teste de avaliação do LSB. Duas semanas após, foi realizada a terceira e última fase, na qual os participantes foram solicitados a realizar um pós-teste final do LSB e responder, mais uma vez, a um questionário de higiene bucal. Os resultados indicaram que o programa de educação em saúde bucal teve um efeito significativo no LSB dos refugiados e em suas percepções e práticas de saúde bucal.

Uma intervenção educacional, também nos EUA, com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre LSB, incluiu, além de refugiados, membros de uma comunidade e estudantes de medicina e enfermagem. Os participantes da pesquisa faziam parte de uma clínica colaborativa entre professores, alunos e uma igreja local, que aborda cuidados de saúde geral e bucal para refugiados. No pré-teste, os grupos responderam a questionários que avaliavam conhecimentos básicos de saúde bucal dos participantes, práticas de higiene bucal, ingestão alimentar e uso de tabaco e álcool. Em seguida, um livreto ilustrado foi usado para envolver e informar os participantes sobre LSB. Após a apresentação, as técnicas de escovação e uso do fio dental foram demonstradas utilizando recursos visuais (modelos de dentes). Depois da intervenção, um pós-teste foi realizado para avaliar o conhecimento adquirido. Os resultados mostraram que houve um aumento significativo no LSB de todos os participantes e no conhecimento sobre cuidados preventivos. A intervenção melhorou o conhecimento dos refugiados sobre como acessar os cuidados, ao mesmo tempo em que facilitou que os estudantes de enfermagem e medicina, como cuidadores, obtivessem uma visão mais aprofundada da promoção da saúde bucal (Farokhi *et al*., 2018).

Um estudo com imigrantes no Canadá avaliou se a intervenção de LSB "*Safeguard Your Smile*" (SYS) seria eficaz na promoção de um comportamento positivo de autocuidado em higiene bucal (Kaur *et al*., 2019). A intervenção compreendeu a demonstração de ferramentas e habilidades adequadas de higiene bucal, emprego do "*teach back*" e telefonemas pelo pesquisador para reforçar os comportamentos dos participantes, dentre outros. Os pesquisadores forneceram uma intervenção "SYS" de uma hora aos participantes do grupo de intervenção e deram um panfleto convencional ao grupo controle. O grupo que recebeu a intervenção "SYS" mostrou melhorias no conhecimento e comportamento de autocuidado em higiene bucal, letramento em saúde bucal, índice de placa e índice gengival.

Na China, um estudo com pacientes em tratamento ortodôntico teve como objetivo determinar a eficácia de um aplicativo de mensagens em melhorar a adesão dos pacientes e reduzir a duração do tratamento ortodôntico (Li *et al*., 2016). Os participantes receberam mensagens de lembrete de atendimento com texto breve, enviadas duas vezes (1 semana e 1 dia) antes da consulta e foram solicitados a responder aos lembretes, se possível. Além disso, também foram enviadas mensagens educativas com textos ricos e imagens, focados na mudança de comportamento. As mensagens educativas foram vinculadas a artigos sobre dicas e conhecimentos de saúde bucal. A intervenção foi eficaz na redução da duração do tratamento ortodôntico, melhorou o atendimento e reduziu a falha na colagem de bráquetes, porém, a tentativa de melhorar a higiene bucal dos pacientes por meio das mensagens educativas não obteve sucesso.

Um estudo brasileiro também utilizou mensagens de texto educativas como auxílio no controle da Cárie na Primeira Infância (CPI), em crianças de baixo nível socioeconômico (Lotto *et al*., 2020). As mensagens eletrônicas foram conceituadas com linguagem simples e compreensível, para aumentar a conscientização dos pais sobre os fatores de risco e as consequências da CPI e para a adoção de comportamentos saudáveis. Os pais ou cuidadores responderam à versão brasileira validada da *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) (Maschio; Silva, 2019) e um questionário sobre hábitos alimentares (Llena; Forner, 2008) no início do estudo e com 6 meses de acompanhamento. Como resultado, a intervenção foi eficaz para controlar a gravidade da cárie, melhorando o letramento em *eHealth* dos pais e mudando os padrões alimentares das crianças.

Outra intervenção voltada para a prevenção de cárie dentária em crianças foi realizada no Irã (Basir *et al*., 2017). As sessões educativas foram realizadas com base em perguntas e respostas, palestras e discussões em grupo. Após breves intervenções presenciais, lembretes educativos de mensagens curtas foram enviados, quinzenalmente, durante 6 meses para as mulheres a fim de mantê-las motivadas sobre

o atendimento odontológico de seus filhos. Após 6 meses, foram coletadas informações de acompanhamento e os dentes das crianças foram examinados para verificar a presença de cárie dentária. Nesse estudo, explicações educacionais simples, juntamente com a chance de interagir com o dentista, ajudaram os participantes a promover seu LSB. Houve uma melhora nos comportamentos de saúde bucal e uma redução da incidência de cárie dentária em crianças.

Na Malásia, pesquisadores avaliaram o impacto do "*Family Dental Wellness Program*" (FDWP) na redução da incidência de cárie em crianças de 2 a 3 anos de idade e seus irmãos de 4 a 6 anos com alto risco de cárie, bem como o impacto no LSB de suas mães. O FDWP é um pacote de saúde bucal projetado para fornecer exames odontológicos e educação em saúde bucal por meio de técnica de orientação antecipada para o grupo de intervenção, em intervalos de seis meses, ao longo de 3 anos. O processo de orientação antecipada foi guiado por algumas perguntas-gatilho e, com base nas respostas dadas pelas mães, foram fornecidas instruções relevantes. Repetidas rodadas de orientação antecipada foram dadas nas visitas semestrais seguintes, usando diferentes perguntas para as mães, com base nas atividades das quais elas participaram durante as visitas. Os resultados desse estudo mostraram que a intervenção foi eficaz na redução da incidência de cárie entre crianças com idade igual ou inferior a seis anos e melhorou o letramento em saúde bucal das mães após 3 anos de implementação (Ismail *et al*., 2018).

Um estudo brasileiro avaliou a associação entre o LSB dos pais/responsáveis e a quantidade de dentifrício fluoretado utilizada em crianças de 0 a 4 anos de idade. Os participantes foram alocados em quatro grupos de intervenção com base no tipo de aconselhamento (escrito, oral, escrito + fotografia e oral + fotografia). Os pais/responsáveis foram instruídos a colocar a quantidade adequada de dentifrício em uma escova de dentes para crianças de 0 a 4 anos de idade, antes e após a intervenção. Em conclusão, os participantes com LSB

adequado quantificaram melhor o dentifrício com flúor antes e após a intervenção educativa e se aproximaram da quantidade adequada de dentifrício após a intervenção educativa (Lisboa *et al*., 2023).

Considerações finais

As intervenções educacionais podem ser de grande valia no processo de compartilhamento de informações, prevenção, manejo da assiduidade do paciente com o tratamento e consultas, além do empoderamento pessoal. Entretanto, como a utilização dessas estratégias ainda são incipientes na odontologia, mais estudos são necessários para determinar a periodicidade e duração efetiva das intervenções. Ademais, seria interessante entender a ação de mais de uma estratégia, de forma simultânea.

É importante o desenvolvimento de ensaios randomizados, seguindo metodologias robustas e protocolos internacionais de qualidade que levem em consideração aspectos como amostragem, calibração, randomização, cegamento e controle de vieses e perdas. Além disso, é necessário que a população desempenhe papel de protagonismo na criação das intervenções, de forma que elas sejam adequadas à sua realidade e necessidade específica, sempre levando em consideração a maneira como as informações em saúde são apresentadas para facilitar a compreensão, assimilação e aplicação das mesmas. Assim, o envolvimento de profissionais da odontologia na pesquisa em LSB, avaliação e desenvolvimento de intervenções é fundamental para a melhoria do LSB da população.

Referências

ALMEIDA, D. M. Elaboração de materiais educativos. Documento desenvolvida para a disciplina Ações Educativas na Prática de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, p. 1-36, 2017.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *O uso de luvas não substitui a higiene das mãos – Profissionais de saúde* [cartaz eletrônico]. Brasília: ANVISA, atualizado em 25 abr. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/higienizacao-das-maos-1/dia-mundial-da-higiene-das-maos/dia-mundial-da-higiene-das-maos-2025. Acesso em: 06 jul. 2025.

BATISTA, Marilia Jesus; LAWRENCE, Herenia Procópio; SOUSA, Maria da Luz Rosário de. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, v. 18, p. 1–9, 2018. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5530456/. Acesso em: 06 jul. 2025.

BASIR, Leila; RASTEH, Bita; MONTAZERI, Ali; ARABAN, Marzieh. Four-level evaluation of health promotion intervention for preventing early childhood caries: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, v. 17, p. 1–9, 2017. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5625785/pdf/12889_2017_Article_4783.pdf. Acesso em: 06 jul. 2025.

BERKMAN, Nancy D.; SHERIDAN, Stacey L.; DONAHUE, Katrina E.; HALPERN, David J.; CROTTY, Karen. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, v. 155, n. 2, p. 97–107, 2011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21768583/. Acesso em: 06 jul. 2025.

BOTASSOLI, Mara Adriana Peiter. Cartazes: uma proposta de produção e leitura de imagens no ensino de arte. In: PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. *Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE*. [S.l.]: [s.n.], 2014. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_unicentro_arte_artigo_mara_adriana_peiter.pdf. Acesso em: 06 jul. 2025.

CAR, Josip; LANG, Britta; COLLEDGE, Anthea; UNG, Chuin; MAJEED, Azeem. Interventions for enhancing consumers' online health literacy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 6, CD007092, 2011. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6464831/pdf/CD007092.pdf. Acesso em: 06 jul. 2025.

COSTA, Mariana Pires da; AMORIM, Camila Silva; JURAL, Lucas Alves; MAGNO, Marcela Baraúna; MAIA, Lucianne Cople. Desenvolvimento, validação e avaliação da eficácia de um folheto educativo sobre protetores bucais para crianças e adolescentes: uma estratégia de prevenção aos traumatismos dentários durante a prática de esportes. *Revista da ABENO*, v. 22, n. 2, p. 1–10, 2022. Disponível em: https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/2030/1273. Acesso em: 06 jul. 2025.

EBRAHIMI, Tayebe; FAROKHI, Moshtagh R. Effectiveness of oral health education interventions on oral health literacy levels in adults: a systematic review. *MedRxiv*, abr. 2022. Disponível em: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.04.04.22273407v1.full-text. Acesso em: 06 jul. 2025.

FAROKHI, Moshtagh R.; MUCK, Andrew; LOZANO-PINEDA, Juanita; BOONE, Stephanie L.; WORABO, Heidi. Using interprofessional education to promote oral health literacy in a faculty-student collaborative practice. *Journal of Dental Education*, v. 82, n. 10, p. 1091–1097, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30275144/. Acesso em: 06 jul. 2025.

GALDINO, Yara Lane Santiago; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; MARQUES, Antonio Dean Barbosa; SILVA, Francisca Alexandra Araújo da. Validação de cartilha sobre autocuidado com pés de pessoas com Diabetes Mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 780–787, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/LPNP8DyP7cPH9np3Rk3S79K/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 06 jul. 2025.

GIGANTE, Vanessa Calmont Gusmão; OLIVEIRA, Rafaela Cruz de; FERREIRA, Darlisom Sousa; TEIXEIRA, Elizabeth; MONTEIRO, Wagner Ferreira; MARTINS, Anete Leda de Oliveira; NASCIMENTO, Marcia Helena Machado. Construção e validação de tecnologia educacional sobre consumo de álcool entre universitários. *Cogitare Enfermagem*, v. 26, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cenf/a/LmxcRMvw9KHrpvWCjk4ByzF/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 06 jul. 2025.

HEIJMANS, Monique; WAVERIJN, Geeke; RADEMAKERS, Jany; VAN DER VAART, Rosalie; RIJKEN, Mieke. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, v. 98, n. 1, p. 41–48, 2015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399114004133?via%3Dihub. Acesso em: 06 jul. 2025.

HJERTSTEDT, Jadwiga; BARNES, Stacy L.; SJOSTEDT, Jennifer M. Investigating the impact of a community-based geriatric dentistry rotation on oral health literacy and oral hygiene of older adults. *Gerodontology*, v. 31, n. 4, p. 296–307, 2014. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ger.12038. Acesso em: 06 jul. 2025.

HOUSTEN, Ashley J.; BAILEY, E. B.; ATANDA, A. A. et al. Health literacy interventions in cancer: a systematic review. *Journal of Cancer Education*, v. 36, p. 240–252, 2021. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-020-01915-x. Acesso em: 06 jul. 2025.

ISMAIL, Azhani; RAZAK, Ishak A.; AB-MURAT, Norintan. The impact of anticipatory guidance on early childhood caries: a quasi-experimental study. *BMC Oral Health*, v. 18, p. 1–8, 2018. Disponível em: https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0589-0. Acesso em: 06 jul. 2025.

JU, Xiangqun; BRENNAN, David; PARKER, Eleanor; MILLS, Helen; KAPELLAS, Kostas; JAMIESON, Lisa. Efficacy of an oral health literacy intervention among Indigenous Australian adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 45, n. 5, p. 413–426, 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12305. Acesso em: 06 jul. 2025.

KAUR, Navdeep; KANDELMAN, Daniel; POTVIN, Louise. Effectiveness of "Safeguard Your Smile," an oral health literacy intervention, on oral hygiene self-care behaviour among Punjabi immigrants: a randomized controlled trial. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, v. 53, n. 1, p. 23, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331152863_Effectiveness_of_Safeguard_Your_Smile_an_oral_health_literacy_intervention_on_oral_hygiene_self-care_behaviour_among_Punjabi_immigrants_A_randomized_controlled_trial_Navdeep_Kaur_Daniel_Kandelman_Loui#fullTextFileContent. Acesso em: 06 jul. 2025.

KAPER, Marise S.; SIXSMITH, Jane; REIJNEVELD, Sijmen A.; WINTER, Andrea F. de. Outcomes and critical factors for successful implementation of organizational health literacy interventions: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 22, p. 11906, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8622809/pdf/ijerph-18-11906.pdf. Acesso em: 06 jul. 2025.

KICKBUSCH; Ilona; PELIKAN; Jürgen; APFEL, Franklin; TSOUROS, Agis (Eds.). Health literacy: the solid facts. Geneva: World Health Organization, 2013. Regional Office for Europe. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/326432. Acesso em: 20 de maio de 2024.

LAPRANO, Manoela Gomes Grossi. Jogo de tabuleiro: cenário inovador na formação de professores de enfermagem. 2015. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/D.7.2015.tde-25062015-151336. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-25062015-151336/pt-br.php. Acesso em: 06 jul. 2025.

LEITE, Sara de Sá; ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo; CARVALHO, Luciana Vieira de; SILVA, Jacqueline Mota da; ALMEIDA, Paulo César de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construction and validation of an educational content validation instrument in health. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 1635–1641, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/xs83trTCYB6bZvpccTgfK3w/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 06 jul. 2025.

LI, Xue; ZHEN-RUI, Xu; TANG, NA; YE, Cui; ZHU, Xiao-Ling; ZHOU, Ting; ZHAO, Zhi-He. Effect of intervention using a messaging app on compliance and duration of treatment in orthodontic patients. Clinical Oral Investigations, v. 20, p. 1849–1859, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26631059/Acesso em: 06 jul. 2025.

LIMA, Raissa Maria Alves; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; VASCONCELOS-FILHO, José Eurico; VERGARA, Clarice Maria Araújo Chagas; CACAU, Leandro Teixeira; BRITO, Filipe Oliveira de; RODRIGUES, Andrew Braga. Tecnologia mHealth e obesidade: redesign e validação do LISA Obesidade. *Saúde (Santa Maria)*, Santa Maria, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/65909/50686. Acesso em: 06 jul. 2025.

LISBOA, Sara Oliveira; ASSUNÇÃO, Cristiane Meira; DRUMOND, Clarissa Lopes; SERRA-NEGRA, Junia Maria Cheib; MACHADO, Marcia Gomes Penido; PAIVA, Saul Martins; FERREIRA, Fernada de Morais. Association between level of parental oral health literacy and the rational use of fluoride for children from 0 to 4 years of age after instruction: an intervention trial. *Caries Research*, v. 56, n. 5-6, p. 535–545, 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36382660/ Acesso em 06 de julho de 2025.

LOTTO, Matheus; STRIEDER, Anna Paola; AGUIRRE, Patricia Estefania Ayala; OLIVEIRA, Thais Marchini; MACHADO, Maria Aparecida Andrade Moreira; RIOS, Daniela; CRUVINEL, Thiago. Parental-oriented educational mobile messages to aid in the control of early childhood caries in low socioeconomic children: a randomized controlled trial. *Journal of Dentistry*, v. 101, p. 103456, 2020. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7438225/pdf/main.pdf. Acesso em: 6 jul. 2025.

MACHIO, Kaiane Fátima; SILVA, Kimberly Kamila da. "The eHealth Literacy Scale" (eHEALS) – tradução e validação da versão brasileira de uma escala de alfabetização em saúde eletrônica. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó, Chapecó, 2019. Disponível em: https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/3704. Acesso em: 06 jul. 2025.

MARINHO, Angélica Maria Cupertino Lopes; BAUR, Cynthia; COSTA, Lucas Emanuel Oliveira; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo; FERREIRA, Fernanda Morais; BORGES-OLIVEIRA, Ana Cristina; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. Some psychometric properties of the Brazilian CDC clear communication index. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, v. 6, n. 2, p. e84–e87, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8973746/pdf/hlrp0422marinhoabreubr-prt.pdf. Acesso em: 6 jul. 2025.

MENEZES, Luciana Gomes Catunda; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; OLIVEIRA, Sherida Karinini Paz de; ROCHA, Roseanne Montargil; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; SILVA, Lúcia de Fátima da; MOURA, Denizielle de Jesus Moreira; COELHO, Manuela de Mendonça Figueirêdo. Production and validation of the short film Pés que te quero®: educational technology for people with diabetes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, e20210329, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/X3pFP7QBZN39YFhvXT5NdCN/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 6 jul. 2025.

MEHERALI, Salima; PUNJANI, Neelam Saleem; MEVAWALA, Amynah. Health literacy interventions to improve health outcomes in low- and middle-income countries. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, v. 4, n. 4, p. e251–e266, 2020. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7751448/pdf/hlrp1220punjani.pdfAcesso em: 06 jul. 2025.

MULLER, Romana. Does an oral health education program increase oral health literacy and access to dental care in a refugee population? 2016. 63 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Eastern Washington University, Cheney, 2016. Disponível em: https://dc.ewu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1380&context=theses. Acesso em: 06 jul. 2025.

NASCIMENTO, Mônica Helena Mendes do; TEIXEIRA, Eridan. Educational technology to mediate care of the "kangaroo family" in the neonatal unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, supl. 3, p. 1290–1297, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326209267_Educational_technology_to_mediate_care_of_the_kangaroo_family_in_the_neonatal_unit#fullTextFileContentAcesso em: 06 jul. 2025.

NORMAN, Cameron D.; SKINNER, Harvey A. eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, v. 8, n. 4, e507, 2006. Disponível em: https://www.jmir.org/2006/4/e27/PDFAcesso em: 06 jul. 2025.

NUTBEAM, Don.; MCGILL, Bronwyn; PREMKUMAR, Pav. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International*, v. 33, n. 5, p. 901–911, 2018. Disponível em: https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/33/5/901/3091768?redirectedFrom=fulltext&login=falseAcesso em: 06 jul. 2025.

PALUMBO, Rocco. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs: an evidence synthesis. *Services Management Research*, v. 30, n. 4, p. 197–212, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29034727/Acesso em: 06 jul. 2025.

PERDIGÃO, Marcela Maria de Melo; RODRIGUES, Andrea Bezerra; MAGALHÃES, Tayanne de Lima; FREITAS, Fernanda Macedo Cartaxo; BRAVO, Lia Guedes; OLIVEIRA, Patrícia Peres de. Tecnologia educativa para manejo da fadiga relacionada à quimioterapia antineoplásica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 1519–1525, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/dBb6GZZSRyc5ySLQcqbdLzR/?format=pdf&lang=ptAcesso em: 06 jul. 2025.

REBERTE, Luciana Magnoni. *Celebrando a vida: construção de uma cartilha para promoção da saúde da gestante.* 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. doi:10.11606/D.7.2008.tde-05052009-112542. Disponível em:https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-05052009-112542/pt-br.phpAcesso em: 06 jul. 2025.

ROSA, Bruna Vanessa Costa de; Desenvolvimento e validação de vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia por câncer [vídeo]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2015. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSM_7f243991414345873bc0445a74032902Acesso em: 06 jul. 2025.

RUDD, Rima E.; COMINGS, John P.; HYDE, James N. Leave no one behind: Improving health and risk communication through attention to literacy. *Journal of Health Communication*, v. 8, suppl. 1, p. 104–115, 2003. Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/278572812_Leave_no_one_behind_Improving_health_and_risk_communication_through_attention_to_literacy#fullTextFileContentAcesso em: 06 jul. 2025.

RODRIGUES JUNIOR, Jânio Cavalcanti.; REBOUÇAC, Cristiana Brasil de Almeida; CASTRO, Régia Christina Moura Barbosa; OLIVEIRA, Paula Marciana Pinheiro de; ALMEIDA,Paulo César de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde ocular em escolares. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 26, e06760015, 2017. Disponível em:https://www.scielo.br/j/tce/a/ZzNCSYS5HXbLPmrFRPYTyRK/?lang=pt&format=pdfAcesso em: 06 jul. 2025.

SECRETARIA DE ALFABETIZAÇÃO (MEC). *GraphoGame Brasil* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Educação, 2020. Disponível em: http://alfabetizacao.mec.gov.br/grapho-game. Acesso em: 06 jul. 2025.

SILVA, Cynthia Roberta Dias Torres; FELIPE, Sarah Giulia Bandeira.; CARVALHO, Khelyane Mesquita de; GOUVEIA, Marcia Teles de Oliveira; SILVA-JUNIOR, Fernando Lopes; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Construction and validation of an educational gerontotechnology on frailty in elderly people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/kdp4wpvLq5TyRKtpZX3rZsC/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 06 jul. 2025.

SØRENSEN, Kristine; PELIKAN, Jurgen M;ROTHLIN, Florian; GANAHL, Kristin; SLONSKA, Zofia; DOYLE,Gerardine; FULLAM, James; KONDILIS, Barbara; AGRAFIOTIS, Demosthenes; UITERS, Ellen; FALCON, Maria; MENSING, Monika; TCHAMOV, Kancho; BROUCKE, Stephan van den; BRAND, Helmut. 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. Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/274571242_Health_literacy_in_Europe_Comparative_results_of_the_European_health_literacy_survey_HLS-EU#fullTextFileContentAcesso em: 06 jul. 2025.

SØRENSEN, KRISTINE; LEVIN-ZAMIR, DIANE; DUONG, TUYEN V; OKAN, ORKAN; BRASIL, VIRGINIA VISCONDI; NUTBEAM, DON. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, v. 36, n. Supplement 1, p. i13-i23, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34897445/ Acesso em: 9 maio 2025.

SUDORE, Rebecca L; SCHILLINGER, Dean. Interventions to improve care for patients with limited health literacy. *Journal of Clinical Outcomes Management*, v. 16, n. 1, p. 20, 2009. Disponível em:https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2799039/Acesso em: 06 jul. 2025.

SUGISAKA, Ana Carolina Anversa; ANDRZEJEWSKI, Vânia Mari Salvi; ROTTA, Inajara. Validação de materiais educativos para orientação de pacientes em tratamento de câncer de mama com hormonioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 4, 2020. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1079/739Acesso em: 06 jul. 2025.

SUN, Yue; LI, Chunying; ZHAO, Yan; SUN, Jing. Trends and developments in oral health literacy: a scientometric research study (1991–2020). *BDJ Open*, v. 7, n. 1, p. 13, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7977145/pdf/41405_2021_Article_66.pdfAcesso em: 06 jul. 2025.

TEIXEIRA, Elizabeth; MOTA, Vera Maria S. S. (Orgs.) *Tecnologias educacionais em foco*. São Paulo: Difusão Editora, 2011. 104 p. *(Série Educação em saúde; 2)*. ISBN 9788578081041. Disponível em: Acesso em: 06 jul. 2025.

VIEIRA, Ana Shirley Maranhão; CASTRO, Kamyle Villa-Flor de; CANATTI, Janine Ribeiro; OLIVEIRA, Iasmyn Adélia Victor Fernandes de; BENEVIDES, Silvia Damasceno; SÁ, Katia Nunes. Validation of an educational booklet for people with chronic pain: EducaDor. *Brazilian Journal of Pain (BrJP)*, v. 2, n. 1, p. 39–43, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/brjp/a/XnkNprGB3nPtgZSjMXyf8sk/?lang=pt&format=pdfAcesso em: 06 jul. 2025.

VISSCHER, Boudewijn B; STEUNENBERG, Bas; HEIJMANS, Monique; HOFSTEDE, Jolien M.; DEVILLÉ, Walter; VAN DER HEIDE, Iris; RADEMAKERS, Jany. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 18, p. 1–12, 2018. Disponível em:file:///C:/Users/andre/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/12889_2018_Article_6331.pdfAcesso em: 06 jul. 2025.

ZAIM, Hannah; KEEDY, Hannah; DOLCE, Millie; CHISOLM, Deena. Improving teen girls' skills for using electronic health information. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, v. 5, n. 1, p. e26–e34, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/andre/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/hlrp0221zaim.pdfAcesso em: 06 jul. 2025.

ZARZAR, Patrícia Maria Pereira de Araújo; FERREIRA, Fernanda Morais (org.). *Guia de cuidados imediatos para traumatismos em dentes de leite*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, 2017. 14 p. ISBN 978-85-93368-06-6. Disponível em: https://www.odonto.ufmg.br/opo/wp-content/uploads/sites/6/2017/11/guia-de-CUIDADOS-IMEDIATOS-para-traumatismos-em-dente-de-leite-EBOOK.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

ZHENG, Mengyun; JIN, Hui; SHI, Naiyang;DUAN, Chunxiao; WANG, Donglei; Yu, Xiaoge; LI, Xiaoning. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 16, p. 1–10, 2018. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6192335/pdf/12955_2018_Article_1031.pdfAcesso em: 06 jul. 2025.

ZIBELLINI, Jessica; MUSCAT, Daniele Marie; KIZIRIAN, Nathalie; GORDON, Adrienne. Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. *Women and Birth*, v. 34, n. 2, p. 180–186, 2021Disponível em:https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519219308546?via%3Dihub.Acesso em: 06 jul. 2025.

Capítulo 13

Avaliação da qualidade de tecnologias educativas baseadas nos princípios do Letramento em Saúde

Alex Júnio Silva da Cruz
Eliane Maria Mascarenhas da Silva
Angélica Cupertino Lopes Marinho
Flávio de Freitas Mattos
Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Introdução

Os materiais educativos e informativos em saúde são um dos pilares para a prevenção de doenças e promoção da saúde bucal (WHO, 2021). Esses materiais, quer sejam impressos ou eletrônicos (*online*), como cartilhas, folders, cartazes, boletins epidemiológicos, sites, aplicativos, *podcasts*, vídeos e jogos, em sua maioria, são elaborados por profissionais da saúde, ou por equipes multidisciplinares, interdisciplinares ou transdisciplinares. Tais materiais podem abordar temática geral e de interesse de uma ampla audiência, como orientações de higiene bucal, ou tratar de conteúdo específico, por exemplo, alterações bucais em pacientes submetidos a radioterapia. Ainda, podem ser direcionados à família ou aos cuidadores, com o objetivo de aperfeiçoar o cuidado na área da saúde (Hoffmann; Worrall, 2004; Paiva; Vargas, 2017; Silva *et al*., 2019).

Embora a comunicação verbal e a troca de saberes entre profissional e paciente seja um momento importante no processo ensino-aprendizado, os materiais educativos, em suas variadas apresentações, são complementares e podem reforçar a informação apresentada verbalmente. Portanto, o material educativo é um facilitador da experiência de aprendizado, de modo que não deve ser simplesmente considerado um objeto que transmite informação. Ademais, permite consultas recorrentes e esclarecimento de dúvidas (Hoffmann; Worrall, 2004; Bado; Mialhe, 2019).

O uso de materiais educativos mostrou-se eficaz para melhorar os desfechos clínicos, satisfação e adesão ao tratamento e ampliar o autocuidado. Além disso, podem auxiliar no empoderamento de indivíduos para a tomada de decisões e melhorar a capacidade dos usuários navegar, de forma adequada, pelos sistemas de saúde, em seus diferentes níveis de atenção (Jönsson *et al*., 2009; Lee; Choi; Jung, 2020; Lemos, Veríssimo, 2020; Oliveira; Mialhe, 2022). Contudo, para alcançar tais propósitos, é necessário que a comunicação em saúde aconteça de forma clara e adequada aos diversos níveis de entendimento dos sujeitos que receberão a(s) informação(ões). É fundamental que essa comunicação seja feita por mensagens não apenas claras, mas que também considere as especificidades dos indivíduos e seus contextos socioculturais (Peerson; Saunders, 2009; Baur; Prue, 2014; Paiva; Vargas, 2017).

No caso da produção de materiais que sejam amigáveis ao letramento em saúde bucal, recomenda-se que a construção deles siga critérios técnicos que contribuam para a compreensão e, após a construção deles, essa informação seja testada com o envolvimento de seu público-alvo final. Ou seja, uma vez diagnosticado o nível de Letramento em Saúde (LS) de determinado público, pré-requisito para uma comunicação eficaz, é necessário adequar as informações que se pretende disponibilizar a esse nível previamente obtido e testar, por fim, diretamente, com a participação desse mesmo

público-alvo (Rudd; Mccray; Nutbean, 2012; Baur; Prue, 2014; Rudd, 2015). É importante salientar a necessidade de uma seleção, normalmente por profissionais *experts* em cada campo de conhecimento que se pretende abordar, de conteúdos a serem contemplados em cada material educativo e, para tal, é necessária certa objetividade. O aspecto subjetivo de cada material deve ser considerado, através de uma consulta ao público-alvo para o qual foi elaborado, por meio de testes dos materiais feitos nesse público.

Porém, muitos materiais são criados sem se levar em consideração os níveis de compreensão inerentes aos diversos públicos para os quais são destinados e, tampouco, são usados critérios que contribuam com a compreensão. Contudo, se não forem compreendidos pelo público, esses materiais podem, além de não informar, promover 'desinformação', o que pode provocar agravos à saúde (Langbecker; Janda, 2012; Maybury *et al*., 2013; Brütting *et al*., 2019). A desinformação em saúde, particularmente, tem despertado maior preocupação, sobretudo em tempos de disseminação em massa de conteúdos falsos, os quais tornam-se atraentes devido ao uso dos chamados "gatilhos mentais" que impactam na recepção desses conteúdos como se fossem verdadeiros. Nesse sentido, profissionais e instituições comprometidos com evidências não apenas precisam inserir tais evidências em seus materiais educativos como devem produzir materiais claros e atrativos para que logrem sucesso contra a persuasão dos falsos conteúdos atualmente configurados como "infodêmicos" (WHO, 2021).

Sendo o acesso à informação um dos pressupostos para a promoção da saúde (WHO, 2021), sobretudo no que tange à educação em saúde, torna-se preocupante a baixa qualidade da comunicação. Essa baixa qualidade na clareza das informações representa um grande desafio tanto para profissionais quanto para os serviços de saúde. Considerando-se a pertinência da elaboração e distribuição de materiais educativos em várias vertentes da saúde bucal,

diversos instrumentos dedicados à construção e validação de conteúdo educativo foram desenvolvidos. Essas ferramentas apontam vários itens (facilidade de leitura, *layout*, elementos visuais, organização das ideias principais, dentre outros) que podem estar presentes nesses materiais, os quais impactam na compreensão dos conteúdos abordados nos mesmos. Sendo assim, ao longo deste capítulo, apresentaremos alguns instrumentos para guiar os leitores na elaboração e avaliação de materiais educativos em saúde. Não pretendemos, nos limites deste capítulo, esgotar o assunto, uma vez que, além de ser este um campo de estudo ainda em amplo movimento e novos instrumentos estarem em construção, não conduzimos uma revisão sistemática. Sendo assim, será apresentado um panorama de algumas ferramentas que podem ser úteis durante o processo de desenvolvimento de conteúdo educativo em saúde bucal.

Elaboração de materiais educativos impressos e *online* a partir de instrumentos validados

Os materiais impressos e *online* são ferramentas auxiliares no processo de educação em saúde, rotineiramente, usados pelos serviços de saúde. Foi demonstrado que a utilização destes são úteis para a diminuição de barreiras assistenciais que impactam, tanto nos desfechos em saúde quanto na autonomia dos indivíduos. Durante a elaboração de materiais educativos em saúde, deve-se levar em conta algumas recomendações baseadas na literatura científica. Tais recomendações visam assegurar a facilidade de leitura, a clareza na transmissão de informações, a compreensibilidade das mensagens e, consequentemente, instrumentalizar os leitores para a mudança de hábitos e para o autocuidado (Batterham *et al*., 2016; Keçeci; Toprak; Kiliç, 2017; Bado; Mialhe, 2019; Haji *et al*., 2019; Szabó; Bíró; Kósa, 2021).

A seguir são apresentados alguns instrumentos auxiliares durante o processo de elaboração e avaliação de materiais

educativos impressos e, em alguns casos, materiais *online*. Todos os instrumentos descritos foram elaborados ou adaptados para o português do Brasil. Além disso, foram validados, ou seja, tem-se confiabilidade que o questionário, realmente, mede aquilo que propõe (Kimberlin; Winterstein, 2008).

Evaluation of Printed Education Materials

Elaborado por Castro *et al.*(2007), o *Evaluation of Printed Education Materials* (EVALPEM) é um instrumento específico para a avaliação de materiais impressos. A construção dessa ferramenta compreendeu três etapas: a identificação na literatura dos domínios relevantes para a qualidade dos materiais educativos, a criação de itens para cada domínio e o delineamento do instrumento.

Para a validação do EVALPEM, materiais educativos foram elaborados com a introdução de erros, previamente, estabelecidos. Dessa forma, verificou-se se os avaliadores, ao aplicar o instrumento, seriam capazes de detectar tais erros. Esse método de validação foi empregado, pois, segundo os autores, na época não foi possível encontrar um número suficiente de especialistas em educação de pacientes no Brasil para compor um comitê de *experts* (Castro *et al*., 2007).

A versão final do EVALPEM possui 55 itens, distribuídos em sete domínios. São eles: 1) acurácia científica (2 itens); 2) conteúdo (4 itens); 3) apresentação literária (14 itens); 4) ilustrações (6 itens); 5) material suficientemente específico e compreensível (11 itens); 6) características de legibilidade e impressão (12 itens); 7) qualidade da informação (6 itens). Cada item é avaliado como discordo totalmente, concordo parcialmente e concordo totalmente, sendo atribuídos zero, um ou dois pontos, respectivamente. Se o material avaliado não incluir algum item do instrumento, responder "não se aplica" (NA) (Castro *et al.*, 2007). Entretanto, a descrição de um

escore e/ou de pontos de corte para classificação dos materiais educativos não é apresentada pelos autores. Assim, a interpretação dos resultados após a aplicação do instrumento pode, de certa forma, ser subjetiva e variar a depender dos avaliadores. Outro aspecto negativo observado é que os itens do instrumento foram apresentados no artigo apenas em língua inglesa, o que pode limitar sua aplicabilidade em contextos de fala não inglesa.

Suitability Assessment of Materials

Idealizado por Doak, Doak, e Root, em 1996, o instrumento americano *Suitability Assessment of Materials* (SAM) foi originalmente elaborado para ser aplicado em conteúdo educativo impresso e ilustrações, porém, o seu uso pode se estender para áudios e vídeos (Doak; Doak; Root, 1996). Posteriormente, o instrumento foi traduzido e adaptado para o português do Brasil. Resumidamente, o processo de adaptação envolveu a tradução, a retrotradução e a submissão a um comitê com cinco juízes, alcançando, ao final do processo, a versão em língua portuguesa do instrumento (Sousa; Turrini; Poveda, 2015). A versão brasileira do SAM consiste num *checklist* contendo seis domínios, com 22 itens no total (Quadro 1).

Quadro 1: Versão em português do *Suitability Assessment of Materials* (SAM), Brasil, 2015

Domínios e itens do SAM	Avaliação			
	0 (Não adequado)	1 (Adequado)	2 (Ótimo)	Não se aplica
Conteúdo				
1. O propósito está evidente	☐	☐	☐	☐
2. O conteúdo trata de comportamentos	☐	☐	☐	☐
3. O conteúdo está focado no propósito	☐	☐	☐	☐
4. O conteúdo destaca os pontos principais	☐	☐	☐	☐
Exigência de alfabetização				
5. Nível de leitura	☐	☐	☐	☐
6. Usa escrita na voz ativa	☐	☐	☐	☐
7. Usa vocabulário com palavras comuns no texto	☐	☐	☐	☐
8. O contexto vem antes de novas informações	☐	☐	☐	☐
9. O aprendizado é facilitado por tópicos	☐	☐	☐	☐
Ilustrações				
10. O propósito da ilustração referente ao texto está claro	☐	☐	☐	☐
11. Tipos de ilustrações	☐	☐	☐	☐

12. As figuras/ilustrações são relevantes	☐	☐	☐	☐
13. As listas, tabelas, etc. tem explicação	☐	☐	☐	☐
14. As ilustrações têm legenda	☐	☐	☐	☐
Layout e apresentação				
15. Característica do layout	☐	☐	☐	☐
16. Tamanho e tipo de letra	☐	☐	☐	☐
17. São utilizados subtítulos	☐	☐	☐	☐
Estimulação / Motivação do aprendizado				
18. Utiliza a interação	☐	☐	☐	☐
19. As orientações são específicas e dão exemplos	☐	☐	☐	☐
20. Motivação e autoeficácia	☐	☐	☐	☐
Adequação cultural				
21. É semelhante à sua lógica, linguagem e experiência	☐	☐	☐	☐
22. Imagem cultural e exemplos	☐	☐	☐	☐

Fonte: Sousa *et al*., 2015, p.7860-1.

Após a leitura do material educativo a ser avaliado, a adequação de cada item deve ser mensurada em uma escala de zero a dois pontos (0 ponto para não adequado, 1 ponto para adequado, 2 pontos para ótimo, e NA se o item não pode ser avaliado). A pontuação pode variar de zero a 44 pontos, e o cálculo do escore total é feito a partir da soma dos escores individuais dos 22 itens, divididos por 44 e multiplicados por 100. Caso haja item(ns) com código NA, a soma máxima possível é recalculada subtraindo-se 2 pontos para cada NA do total de 44. A interpretação se dá da seguinte forma: 70-100% (Material superior), 40-69% (Material adequado) ou 0-39% (Material inadequado) (Doak; Doak; Root, 1996; Sousa; Turrini; Poveda, 2015).

A aplicação do SAM tem algumas vantagens, dentre elas, a praticidade e rapidez; menos de 15 minutos, segundo os autores. O instrumento está validado em vários idiomas, além de ter sido utilizado em diversas publicações que avaliaram material educativo em saúde no Brasil (Galdino *et al*., 2019; Santos *et al*., 2020; Alves *et al*., 2021).Apesar disso, é importante mencionar que o instrumento não foi submetido a todas as etapas de validação, incluindo a avaliação das propriedades psicométricas.

Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde

O Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) foi elaborado por Leite *et al*. (2018), para ser utilizado por profissionais da saúde de nível superior que buscam construir e validar conteúdos educativos para qualquer público-alvo. O percurso metodológico para a construção e validação do instrumento seguiu sete etapas: 1) estabelecimento da estrutura conceitual; 2) definição dos objetivos e população; 3) construção, seleção e organização dos itens; 4) estruturação do instrumento; 5) opinião de especialistas; 6) pré-teste, e finalmente, 7) validade de conteúdo.

O IVCES pode ser empregado para validar conteúdo de cartilhas, folders, vídeos, jogos e *websites*. Porém, ressalta-se que o instrumento tem foco exclusivo na avaliação do conteúdo escrito dos materiais. Portanto, ilustrações não são contempladas pela ferramenta, o que de certa forma é uma limitação, devido a maioria dos materiais educativos possuírem imagens, gráficos e fluxogramas em seu conteúdo.

A configuração final do instrumento resultou em 18 itens, divididos em três domínios (Quadro 2), com opções de respostas em forma de escala, sendo 0 (discordo), 1 (concordo parcialmente), 2 (concordo totalmente) (Leite *et al*., 2018). Embora seja descrito que o escore total do instrumento é calculado através da união de todos os itens dos três domínios, os autores não apresentam pontos de corte para categorização dos materiais educativos.

Quadro 2: Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), Brasil, 2018

Domínios e itens do IVCES	Avaliação		
	0(Discordo)	1(Concordo parcialmente)	2(Concordo totalmente)
Objetivos: propósitos, metas ou finalidades			
1. Contempla tema proposto	☐	☐	☐
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	☐	☐	☐
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	☐	☐	☐
4. Proporciona reflexão sobre o tema	☐	☐	☐
5. Incentiva mudança de comportamento	☐	☐	☐
Estrutura/Apresentação: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência			
6. Linguagem adequada ao público-alvo	☐	☐	☐
7. Linguagem apropriada ao material educativo	☐	☐	☐

8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	☐	☐	☐
9. Informações corretas	☐	☐	☐
10. Informações objetivas	☐	☐	☐
11. Informações esclarecedoras	☐	☐	☐
12. Informações necessárias	☐	☐	☐
13. Sequência lógica das ideias	☐	☐	☐
14. Tema atual	☐	☐	☐
15. Tamanho do texto adequado	☐	☐	☐
Relevância: significância, impacto, motivação e interesse			
16. Estimula o aprendizado	☐	☐	☐
17. Contribui para o conhecimento na área	☐	☐	☐
18. Desperta interesse pelo tema	☐	☐	☐

Fonte: Leite *et al*. (2018, p.1736).

Clear Communication Index dos Centers for Disease Control and Prevention

O *Clear Communication Index,*dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC-CCI), foi validado no idioma inglês norte-americano por Baur e Prue, em 2014 (Baur; Prue, 2014). Oportunamente, a tradução, adaptação transcultural e validação para o português do Brasil foi conduzida, em 2020, por Marinho e colaboradores (Marinho *et al*., 2020). O instrumento é uma ferramenta indicada para profissionais de saúde não apenas para a criação, mas também para a avaliação de mensagens em saúde compatíveis com diversas audiências.

O CDC-CCI consiste em quatro questões introdutórias abertas e 20 questões fechadas, divididas em sete domínios. As quatro questões iniciais abordam os objetivos da informação que se pretende transmitir, a mensagem principal pretendida, o público-alvo para quem o material educativo está sendo criado e informações sobre os níveis de conhecimento em saúde que esse público possui. As questões fechadas

não requerem que o avaliador estabeleça gradações de valores para cada item; o avaliador apenas define se o item está presente (SIM), ausente (NÃO) ou Não se aplica (NA) (Baur; Prue, 2014; Marinho *et al*., 2020). O instrumento é apresentado no Quadro 3.

Quadro 3: Versão em português *do Clear Communication Index* dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC-CCI), Brasil, 2020

Questões introdutórias

Quem é seu público principal?

O que você sabe sobre as habilidades de letramento em saúde do seu público?

Qual é o seu principal objetivo de comunicação?

Qual é a mensagem principal do material?

Partes, domínios e itens do CDC-CCI	Avaliação
Parte A: Núcleo - Mensagem principal e chamada para a ação	
1. O material contém uma mensagem principal?	☐Sim=1☐Não=0
2. A mensagem principal está no topo, no início ou na parte da frente do material?	☐Sim=1 ☐Não=0
3. A mensagem principal é enfatizada com indicações visuais?	☐Sim=1 ☐Não=0
4. O material contém pelo menos um elemento visual que transmita ou dê suporte à mensagem principal?	☐Sim=1 ☐Não=0
5. O material inclui uma ou mais chamadas para ação direcionada(s) ao público?	☐Sim=1 ☐Não=0
6. A mensagem principal e a chamada para ação usam a voz ativa?	☐Sim=1 ☐Não=0
Linguagem	
7. O material sempre usa palavras que o público está acostumado?	☐Sim=1☐Não=0
Design da informação	
8. O material usa listas com marcadores ou números?	☐Sim=1 ☐Não=0
9. O material é organizado em blocos com títulos?	☐Sim=1 ☐Não=0
10. A informação mais importante para o público encontra-se resumida no primeiro parágrafo ou seção?	☐Sim=1 ☐Não=0
Estado da Ciência	
11. O material explica o que fontes confiáveis, tais como especialistas no assunto e representantes governamentais, sabem e não sabem sobre o tema?	☐Sim=1☐Não=0

Parte B: Recomendações de Comportamento	
12. O material inclui uma ou mais recomendações de comportamento para o público principal?	☐Sim=1 ☐Não=0
13. O material explica por que a(s) recomendação(s) de comportamento(s) são importantes para o público principal?	☐Sim=1 ☐Não=0
14. As recomendações de comportamento incluem instruções específicas sobre como realizar o comportamento?	☐Sim=1 ☐Não=0
Parte C: Números	
15. O material sempre apresenta números que o público utiliza?	☐Sim=1 ☐Não=0
16. O material sempre explica o que os números significam?	☐Sim=1 ☐Não=0
17. O público deverá realizar cálculos matemáticos?	☐Sim=1 ☐Não=0
Parte D: Risco	
18. O material explica a natureza do risco?	☐Sim=1 ☐Não=0
19. O material aborda tanto os riscos quanto os benefícios dos comportamentos recomendados?	☐Sim=1 ☐Não=0
20. A probabilidade numérica usada para descrever o risco também é explicada com palavras ou recursos visuais?	☐Sim=1 ☐Não=0

Fonte: Marinho *et al*., 2020, p. 7-12. NA Não se Aplica.

Para o cálculo do escore final, aplica-se a equação N/D*100, onde: N (numerador) = corresponde ao total de pontos que o material alcançou na avaliação pelo CDC-CCI. D (Denominador) = corresponde ao total de pontos possíveis que o material poderia ter ganho (Em situações específicas, alguns itens talvez não sejam aplicáveis a determinados materiais, assim, o número total de questões será menor que 20 sem prejudicar a qualidade do mesmo).

O escore total para cada material avaliado varia de 0 a 100, sendo recomendados valores acima de 90. Quando o CDC-CCI for usado para a elaboração ou revisão de material educativo e o escore for 89 ou menos, o avaliador deve rever os itens de baixo desempenho e usá-los como um guia de revisão para que o produto tenha uma pontuação de 90 ou mais (Baur; Prue, 2014). Por suas características, a aplicação do CDC-CCI

é vantajosa, pois reduz subjetividade de avaliação, possibilita abordar públicos de diferentes níveis de LS e permite maior agilidade na pontuação. As propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento foram testadas, apresentando validade e confiabilidade para seu uso na avaliação de materiais educativos e informacionais em saúde (Marinho et al., 2022).

Instrumento de Avaliação de Materiais Educativos Impressos com foco no Letramento em Saúde para o Brasil

Tendo em vista a necessidade de um instrumento para a elaboração e a avaliação de materiais educativos impressos em saúde que atendam aos pressupostos do LS, Abreu *et al.* (2021) desenvolveram e validaram o Instrumento de Avaliação de Materiais Educativos Impressos com foco no Letramento em Saúde para o Brasil (AMEELS-BR). O percurso metodológico para a elaboração desse instrumento consistiu na identificação e compilação de diretrizes propostas na literatura nacional e internacional, além do levantamento de diretrizes, a partir do discurso dos usuários dos serviços públicos de saúde que avaliaram materiais educativos distribuídos pelo Governo Federal. Em seguida, o processo de validação do AMEELS-BR aconteceu por meio da validação de conteúdo (Abreu *et al*., 2021).

O AMEELS-BR é composto por 56 questões, divididas em seis domínios. Os domínios e itens do AMEELS-BR estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4: Instrumento de Avaliação de Materiais Educativos Impressos com foco no Letramento em Saúde para o Brasil (AMEELS-BR), Brasil, 2021

Domínios e itens do AMEELS-BR	Avaliação			
	0 (Não adequado)	1 (Adequado)	2 (Ótimo)	Não pode ser avaliado
Conteúdo				
1. O propósito está evidente	☐	☐	☐	☐
2. O conteúdo trata de comportamentos	☐	☐	☐	☐
3. O conteúdo está focado no propósito	☐	☐	☐	☐
4. O conteúdo destaca pontos principais	☐	☐	☐	☐
5. Usa poucas ideias principais	☐	☐	☐	☐
6. O conteúdo é cientificamente comprovado	☐	☐	☐	☐
7. Informa nome do autor e ano de publicação	☐	☐	☐	☐
8. Apresenta recomendações que possam ser atendidas pelo serviço de saúde	☐	☐	☐	☐
9. Não usa citação de pesquisa, estatística, instituição e especialista na área	☐	☐	☐	☐
10. Excesso de definições ou informações desnecessárias	☐	☐	☐	☐
11. A linguagem é neutra (sem adjetivos comparativos, sem ser promocional e sem apelos que não são verdadeiros)	☐	☐	☐	☐
12. A sequência de informações é consistente, fácil predizer o fluxo	☐	☐	☐	☐

13. Os termos técnicos, quando usados, são definidos	☐	☐	☐	☐
14. Os títulos e subtítulos são claros e informativos	☐	☐	☐	☐
15. As ideias e os conceitos abstratos, quando utilizados, devem ser acompanhados de exemplos	☐	☐	☐	☐
Linguagem				
16. A leitura é fácil para um indivíduo que cursou até o ensino fundamental	☐	☐	☐	☐
17. Usa escrita no estilo conversação e voz ativa	☐	☐	☐	☐
18. Usa vocabulário com palavras comuns no texto	☐	☐	☐	☐
19. O contexto vem antes de novas informações	☐	☐	☐	☐
20. O aprendizado é facilitado por tópicos (informa o que estar por vir)	☐	☐	☐	☐
21. Usa linguagem não autoritária, que promove autonomia e liberdade do indivíduo	☐	☐	☐	☐
22. Utiliza linguagem que evita julgar o indivíduo	☐	☐	☐	☐
23. Usa parágrafos curtos	☐	☐	☐	☐
24. Usa poucas ideias por sentença	☐	☐	☐	☐
25. Usa palavras curtas (01 ou 02 sílabas) predominantemente	☐	☐	☐	☐
26. Coloca informações mais importantes no início	☐	☐	☐	☐

27. Diz o que se deve fazer e evita dizer o que não se deve	☐	☐	☐	☐
28. A linguagem deve ser compreensível, explicativa e adequada à população	☐	☐	☐	☐
29. Não deve existir ideia preconceituosa	☐	☐	☐	☐
30. Os conceitos e ideias devem ser claros e concisos	☐	☐	☐	☐
31. Não são usadas palavras ou sentenças com sentido dúbio	☐	☐	☐	☐
32. As abreviaturas são evitadas	☐	☐	☐	☐
Ilustrações				
33. O propósito da capa referente ao texto está claro	☐	☐	☐	☐
34. O propósito das demais ilustrações referentes ao texto está claro	☐	☐	☐	☐
35. As ilustrações são simples, apropriadas e familiares ao público-alvo	☐	☐	☐	☐
36. As figuras/ilustrações são relevantes	☐	☐	☐	☐
37. As listas, tabelas etc. são autoexplicativas	☐	☐	☐	☐
38. As ilustrações têm legenda	☐	☐	☐	☐
39. Cada ilustração corresponde a 01 mensagem	☐	☐	☐	☐
40. O número de ilustrações não é excessivo	☐	☐	☐	☐

41. As ilustrações são de boa qualidade (alta resolução)	☐	☐	☐	☐
42. As ilustrações, quando correspondem à sequência, estão numeradas	☐	☐	☐	☐
43. Evita ilustrações que suscitem polêmica, quando não é o objetivo	☐	☐	☐	☐
44. As imagens utilizadas evitam apelo negativo	☐	☐	☐	☐
Layout, tipografia e apresentação				
45. O layout é adequado (espaço em branco adequado, uso da cor não é distração, as ilustrações estão ao lado do texto relacionado, sinaliza os conteúdos importantes por seta ou por outro dispositivo visual)	☐	☐	☐	☐
46. O tamanho da letra é adequado (mínimo 12)	☐	☐	☐	☐
47. O tipo de letra é adequado (serif maiúsculas e minúsculas)	☐	☐	☐	☐
48. São utilizados subtítulos	☐	☐	☐	☐
Estímulo/motivação do aprendizado				
49. Utiliza a interação	☐	☐	☐	☐
50. As orientações são específicas e dão exemplos	☐	☐	☐	☐
51. O conteúdo é subdividido em pequenas partes	☐	☐	☐	☐
52. As mensagens têm potencial para despertar emoções positivas nos indivíduos	☐	☐	☐	☐
53. As mensagens são comunicadas por uma pessoa famosa	☐	☐	☐	☐

54. Uso apropriado de humor nas mensagens	☐	☐	☐	☐
Adequação cultural				
55. A mensagem é culturalmente apropriada ao público-alvo	☐	☐	☐	☐
56. Usa imagens e exemplos que expressam a cultura local positivamente	☐	☐	☐	☐

Fonte: Abreu *et al*., 2021, p.8-9.

Para cada uma das 56 questões, são apresentadas quatro opções de respostas que geram a pontuação no escore final da escala: 1) 0 para quando o item não estiver adequado; 2) 1 ponto para quando estiver adequado; 3) 2 pontos quando o item for ótimo; 4) Não se aplica (NA) é registrado se o item não pode ser avaliado e não recebe pontuação. Nesse sentido, a pontuação máxima totaliza 112 pontos. Caso haja questão(ões) com código NA, a soma máxima possível é recalculada. Assim, o cálculo da pontuação do material educativo é o resultado da divisão da pontuação alcançada pela avaliação do material dividida pela pontuação máxima possível. A apresentação desse cálculo é feita em termos percentuais. O material educativo impresso com valores entre 0% e 39% não é aceitável. Se o percentual estiver entre 40% e 69%, ele é considerado adequado. O material é classificado como ótimo se alcançar um percentual entre 70% e 100% (Abreu *et al*., 2021).

Apesar de ser um instrumento relativamente longo, os autores apontam que o mesmo se diferencia dos demais existentes na literatura por ter um foco no leitor do material educativo em saúde. Maiores análises de propriedades psicométricas desse instrumento são necessárias para a sua ampla utilização. O Quadro 5 apresenta uma síntese dos instrumentos validados úteis para a elaboração de material educativo amigo do Letramento em Saúde Bucal (LSB).

Quadro 5: Síntese dos instrumentos para avaliação e auxílio na elaboração de materiais educativos em saúde.

Instrumento	País de origem, Ano	Autoria/Validação para o português	Nº domínios	Nº itens	Aspectos positivos	Aspectos negativos
Evaluation of Printed Education Materials (EVALPEM)	Brasil 2007	Castro *et al.*	Oito	55	- Instrumento abrangente; - Engloba vários itens relevantes para a clareza na comunicação em saúde.	- Instrumento longo, o que pode aumentar consideravelmente o tempo de avaliação dos materiais educativos; - Ausência de um escore e/ou de pontos de corte para classificação dos materiais educativos; - O instrumento é apresentado em inglês.
Suitability Assessment of Materials (SAM)	Estados Unidos 2015	Sousa; Turrini; Poveda	Seis	22	- Aplicação prática e rápida; - O instrumento está validado em vários idiomas, além do português.	- A versão brasileira do SAM não passou por todas as etapas do processo de validação; - Ausência de análises das propriedades psicométricas.
Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES)	Brasil 2018	Leite *et al.*	Três	18	- Instrumento suscinto; - Aplicação prática e rápida.	- Ausência de pontos de corte para classificação dos materiais educativos; - O IVCES não contém itens para avaliação de ilustrações.
Clear Communication Index dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC-CCI)	Estados Unidos 2020	Marinho *et al.*	Sete	20	- Instrumento utilizado pelo CDC para a elaboração/ avaliação de materiais educativos em saúde; - Avalia propriedades psicométricas; - Aplicação prática e fácil; as respostas de cada item são sim ou não, o que diminui a subjetividade. - Manual instrutivo para aplicação do instrumento em português.	- O instrumento validado avaliou apenas um material educativo.
Instrumento de Avaliação de Materiais Educativos Impressos com foco no Letramento em Saúde para o Brasil (AMEELS-BR)	Brasil 2021	Abreu *et al.*	Seis	56	- Instrumento abrangente; - Foco no letramento em saúde.	- Instrumento longo; - As propriedades psicométricas não foram testadas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Avaliação de materiais educativos disponibilizados *online*

Desde a pandemia provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2(Covid-19), as tecnologias digitais de informação e comunicação tornaram-se essenciais para aumentar o alcance das práticas de educação em saúde. Na literatura, tem sido defendida a capacidade da comunicação pela internet de modificar comportamentos, reduzir os riscos à saúde, melhorar adesão a tratamentos e os resultados de saúde em geral. A internet deve ser reconhecida como base para educação e capacitação de pacientes, fornecendo informações sobre problemas de saúde, prevenção e serviços de saúde. O grande diferencial do uso da internet se dá pela sua capacidade de ampliar e facilitar o acesso às informações de saúde (Daraz *et al*., 2019; Alencar *et al*., 2020; Palacio; Takenami, 2020).

Com a expansão do uso de informações de saúde *online*, a qualidade e legibilidade destas variam consideravelmente. A disponibilidade de conteúdos sem critérios de qualidade e adequados à comunicação se tornaram um grande desafio para profissionais que atuam na área da educação em saúde. Diante disso, a adoção de ferramentas validadas capazes de avaliar a qualidade de informações em saúde *online* torna-se essencial (Costa; Marinho; Abreu, 2021). A seguir são apresentados instrumentos que avaliam a qualidade e auxiliam na elaboração de materiais educativos em saúde *online*. Vale ressaltar que tais instrumentos não são validados na língua portuguesa e, em alguns casos, não são validados em sua língua nativa.

Instrumentos que avaliam a qualidade e auxiliam na elaboração de materiais educativos em saúde *online*

DISCERN

Elaborado por Charnock *et al*. em 1999, o DISCERN foi desenvolvido para avaliar a qualidade da informação escrita em *sites*, em

termos de conteúdo, sobre opções de tratamentos para determinado problema de saúde (Charnock *et al*., 1999). Sua construção foi realizada em duas etapas: 1) testado inicialmente por um grupo de especialistas e 2) posteriormente testado por provedores nacionais de informações de saúde e de autoajuda em informações de saúde do consumidor sobre escolha de tratamentos. É uma ferramenta que possui 16 itens, que pode receber uma pontuação de 1 a 5, que vai desde qualidade do critério não totalmente atendida (1), até cumprimento completo do critério de qualidade (5). Os itens são divididos por temáticas. Os itens de 1-8 abordam a confiabilidade, 9-15 são específicos sobre as opções de tratamentos oferecidas. O item 16 consiste na avaliação geral considerando os itens anteriores e possui pontuação diferente, onde a pontuação 1 indica deficiências graves ou extensas e uma pontuação de 5 representa deficiências mínimas (Bompastore; Cisu; Holoch, 2018). Para o obter o escore final, apenas os resultados da parte 1 e 2 são utilizados. Eles são categorizadas como: muito ruim (15-62 pontos) ruim (27-38 pontos), regular (39-50 pontos), bom (51-62 pontos) e excelente (63-75 pontos). O DISCERN tem como limitação não abordar aspectos específicos como a legibilidade e *design* dos materiais escritos, mas tem como vantagem apresentar um manual para facilitar sua aplicação (Moult; Franck; Brady, 2004; Daraz *et al*., 2019; Aguirre *et al*., 2022). Apesar de já haver relato na literatura sobre o uso do DISCERN para avaliar vídeos do Youtube, o instrumento foi criado para avaliar informações escritas, portanto, não é adequado para vídeos (Azer, 2020).

Brief DISCERN

O *Brief* DISCERN é uma versão resumida do DISCERN, que tem como objetivo auxiliar os usuários da internet a verificar, mais rapidamente, a qualidade da informação em *sites*sobre as escolhas de tratamento. O *Brief* foi extraído com base em estudos anteriores sobre saúde mental utilizando o DISCERN. É composto por 6 questões, focadas na fonte da informação, descrição de tratamentos, benefícios, riscos

e efeitos do tratamento na qualidade de vida. As propriedades psicométricas foram investigadas para analisar a validação do instrumento que se mostrou eficaz. É pontuado em uma escala 5 pontos (5= sim, que indica que os critérios de qualidade foram atendidos, 2–4= critérios de qualidade parcialmente atendidos, 1= não, ou seja, os padrões não foram atendidos (Banasiak; Meadows-Oliver, 2017; Khazaal *et al*., 2009).

Global Quality Score

O *Global Quality Score* (GQS) foi criado por Bernard *et al*., (2007) para avaliar a qualidade da informação sobre a doença de Crohn e colite ulcerosa em *sites* (Bernard *et al*., 2007). O escore foi criado, inicialmente, para avaliar *sites*, entretanto, foi modificado para avaliar vídeos. Atualmente, seu uso predominante na literatura é para avaliação de vídeos do Youtube. Consiste em cinco escores que vão desde péssima qualidade a excelente qualidade da informação. Além da qualidade geral, também avalia o fluxo de informações e facilidade de uso do *site* ou vídeo (Afful-Dadzie; Afful-Dadzie; Egala, 2023). Entretanto, o GQS é um escore subjetivo, apresentando a possibilidade de viés em seu resultado (Langille *et al*., 2010).

Journal of the American Medical Association Benchmark

Em 1997, os critérios do *Journal of the American Medical Association* (JAMA) foram publicados por Silberg, Lundberg, Musacchio (Silberg; Lundberg; Musacchio, 1997), com o objetivo de avaliar a qualidade da informação na internet sobre cuidados de saúde. Consiste em quatro características-chaves que devem estar claras em um *site*, que abordam a: 1) autoria, 2) atribuição de referências, 3) divulgação de conflito de interesses ou financiamento e 4) data de carregamento da publicação. Se os itens forem satisfatórios, recebem 1 ponto cada, sendo que a pontuação máxima é 4 e representa alta qualidade (Olkun; Demirkaya, 2018; Ozsoy-Unubol; Alanbay-Yagci, 2021). Apesar de ser

frequentemente aplicado em vídeos, o ideal é que seja aplicado apenas em *sites,* pois vários critérios adotados não podem ser aplicados em vídeos do YouTube (Azer, 2020).

University of Michigan Healthcare Website Evaluation Checklist

O *Healthcare Website Evaluation Checklist* foi criado pela Universidade de Michigan para avaliar a qualidade de sites de saúde. A ferramenta contém 43 perguntas com opções de sim e não. A pontuação máxima é de 80 pontos. Ele apresenta 10 domínios sobre qualidade do conteúdo, usabilidade e *design* do site, abordando a autoria, circulação, informação, escopo e seleção, público, valor, precisão, publicidade, navegação, velocidade e o acesso (Bailey *et al*., 2012; Lynch *et al*., 2017).

Ensuring Quality Information for Patients

A *Ensuring Quality Information for Patients* (EQIP) foi desenvolvida em 2004, e tem como objetivo avaliar a qualidade da apresentação das informações escritas sobre cuidados em saúde. Foi elaborada em três etapas: 1) elaboração da ferramenta, 2) teste piloto de validação e, por fim, 3) avaliação da confiabilidade e a utilidade entre avaliadores. Foi organizada utilizando-se uma variedade de informações em saúde e aplicada em três auditorias anuais, em folhetos de cuidados de saúde de um hospital infantil, com sucesso. O *checklist* aborda 20 itens que avaliam a qualidade da escrita, *design* e a coerência das informações. Atualmente existe uma versão modificada do EQIP, com 36 itens. A versão modificada foi criada para estar em concordância com as diretrizes da Associação Médica Britânica e em colaboração com os Padrões Internacionais de Auxílio à Decisão do Paciente. Uma das vantagens da versão modificada desse instrumento foi a redução da subjetividade que o original apresentava. O EQIP tem, como desvantagem, não avaliar com rigor a legibilidade ou a compreensão da informação escrita (Moult; Franck; Brady, 2004; Fan *et al*., 2020).

Patient Education Materials Assessment Tool

O *Patient Education Materials Assessment Tool* (PEMAT-P) tem como objetivo avaliar a compreensibilidade e a acionabilidade de materiais educativos em saúde, impressos e audiovisuais. Foi, inicialmente, construído através de um compilado de instrumentos existentes que um painel de especialistas avaliou quanto à validação de conteúdo. As etapas seguintes consistiram em rodas de testes de confiabilidade, produção de evidências de validade de construto com consumidores e comparação dos resultados de compreensibilidade com as de avaliação de legibilidade. O PEMAT-P pode auxiliar profissionais leigos e de saúde a escolher materiais de educação do paciente que reduzam as demandas de alfabetização em saúde. O instrumento é calculado com base em 24 critérios. Entretanto, o instrumento não avalia a legibilidade, e é recomendado que uma avaliação desse aspecto seja feita em conjunto (Shoemaker; Wolf; Brach, 2014; Magrath *et al*., 2022). Os materiais educativos são considerados compreensíveis quando leitores de diferentes níveis de LS conseguem processar e explicar a mensagem, e são acionáveis quando os leitores podem identificar que ação pode ser feita com base no que foi apresentado. O PEMAT-P resulta em escores separados de compreensibilidade e acionabilidade. Os escores são expressos em porcentagem (0-100%), no qual 70% é considerado o padrão mínimo para resultados adequados. Maiores escores do PEMAT-P correspondem a materiais mais compreensíveis e acionáveis (Skalitzky *et al*., 2021; Magrath *et al*., 2022).

LIDA

O LIDA é um instrumento que tem como objetivo medir, através de 41 itens, a acessibilidade, usabilidade e confiabilidade de *sites* de saúde. O instrumento foi validado por dois avaliadores que aplicaram o LIDA em 40 *sites* sobre câncer de próstata, quando os resultados foram comparados e analisados estatisticamente. A acessibilidade

representa o quão fácil é o acesso ao site, seja para usuários com ou sem deficiência. Já a usabilidade trata da possibilidade de o usuário conseguir acessar o site. Escores superiores a 90% significam bons resultados e, menos de 50%, maus resultados (Grewal; Alagaratnam, 2013; Keogh *et al*., 2014; Minervation, 2023).

Manual de Princípios Éticos para Sites de Medicina e Saúde na Internet

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, através da Resolução CREMESP Nº 97, de 20 de fevereiro de 2001, torna obrigatório a médicos e instituições de saúde registrados no CREMESP a adoção do 'Manual de Princípios Éticos para Sites de Medicina e Saúde na Internet' (São Paulo, 2001). O guia estabelece princípios éticos e padrões de qualidade, segurança e confiabilidade para *sites* de medicina e saúde. Esses princípios podem ser usados para nortear a construção de uma política de autorregulamentação e de conduta de *sites* de saúde na internet. O guia aborda a transparência, honestidade, qualidade, consentimento livre e esclarecido, privacidade, ética médica, responsabilidade e procedência (Mendonça; Neto, 2015).

Diante dos instrumentos apresentados, evidenciamos a existência de uma lacuna no que diz respeito à construção e avaliação de materiais educativos *online*. Mostra-se importante maiores investimentos em validação transcultural de instrumentos que norteiam os materiais educativos *online*, visto que, atualmente, é uma comum fonte de informações em saúde.

Considerações finais

Diante do advento da 'era da informação', caracterizada pela difusão da internet e de novas tecnologias da comunicação, surgiram novas formas de acessar, produzir, comunicar e compartilhar informações. Certamente, o maior dinamismo na difusão do conhecimento, especialmente na área da saúde, contribuiu para a democratização do

acesso à informação. No entanto, a divulgação de mensagens pouco claras, repleta de termos técnicos e com baixo rigor científico têm o potencial de gerar desinformação (González-Pérez, 2020). Nesse contexto, há a necessidade de elaborar e aplicar diretrizes para garantir uma comunicação clara e efetiva, especialmente, para os materiais educativos em saúde.

Convém destacar que as formas inapropriadas de criação de materiais educativos em saúde, sem critérios metodológicos rigorosos, sem a aplicação de instrumentos validados, bem como o desconhecimento do nível de LS da população-alvo impactam na disseminação do conhecimento. Isso pode resultar na distribuição de materiais educativos equivocados, tanto nos aspectos técnicos quanto didático-pedagógicos. Dessa forma, faz-se necessário a utilização de ferramentas que norteiem a elaboração desses materiais.

Há de se mencionar a possibilidade dos instrumentos que guiam a elaboração de materiais educativos em saúde contribuírem, não apenas, para o setor de saúde, mas, também, para o setor de economia. Uma população autônoma nas tomadas de decisões pode condizer com a diminuição da incidência de doenças preveníveis e menor demanda por serviços mais complexos devido à diminuição da agudização de doenças crônicas, inadequadamente, controladas. Acrescenta-se a possibilidade de melhor utilização de recursos financeiros devido à elaboração de materiais educativos e informativos em saúde mais efetivos.

A comunicação e a educação, quando praticadas numa perspectiva dialógica, emancipadora e participativa, são importantes estratégias para a promoção da saúde e prevenção das doenças bucais (Memarpour *et al*., 2016; Menegaz; Silva; Cascaes, 2018; Ghaffari *et al*., 2018). Nessa perspectiva, para que os materiais educativos sejam úteis é preciso que a elaboração destes sigam critérios rigorosos, e sejam testados e adequados antes da ampla divulgação.

Caso contrário, a população-alvo, para a qual o material foi elaborado, pode não usufruir do conteúdo e, consequentemente, este perderia a sua finalidade prima.

Referências

ABREU, Raquel Bezerra de; CARIOCA, Antônio Augusto Ferreira; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; VASCONCELOS, Cláudia Machado Coelho Souza de. Validação do Instrumento de Avaliação de Materiais Educativos Impressos com foco no Letramento em Saúde para o Brasil (AMEELS-BR). *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 12, p. e68101220104, set. 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20104/17981. Acesso em: 8 jul. 2025.

AFFUL-DADZIE, Eric; AFFUL-DADZIE, Anthony; EGALA, Sulema Bankuoru. Social media in health communication: a literature review of information quality. *Health Information Management*, Melbourne, v. 52, n. 1, p. 3–17, jan. 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33818176/. Acesso em: 8 jul. 2025.

AGUIRRE, Patricia Estefania Ayala; STRIEDER, Aníbal Augusto Pacheco; LOTTO, Matheus; RIZZATO, Vanessa Lopes; CRUVINEL, Amanda Fernandes Pereira; RIOS, Daniela; CRUVINEL, Thiago. Online quality and readability assessment of Early childhood caries information available on websites from distinct countries: a cross-sectional study. *European Journal of Paediatric Dentistry*, Milão, v. 23, n. 1, p. 15–20, mar. 2022. Disponível em: https://www.ejpd.eu/wp-content/pdf/EJPD_2022_23_01_03.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

ALVES, Larissa de Fátima Pontes Aguiar; MAIA, Manoel Miqueias; ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de; DAMASCENO, Marta Maria Coelho; FREITAS, Roberto Wagner Júnior Freire de. Desenvolvimento e validação de uma tecnologia MHEALTH para a promoção do autocuidado de adolescentes com diabetes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1691–1700, mai. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/kch9Sc3FL3RTQw3JBN3yTHx/?format=pdf&lang=ptAcesso em 08 jul 2025

AZER, Samy A. Are DISCERN and JAMA suitable instruments for assessing YouTube videos on thyroid cancer? Methodological concerns. *Journal of Cancer Education*, Nova York, v. 35, n. 6, p. 1267–1277, dez. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32472374/. Acesso em: 8 jul. 2025.

BADO, Fernando Maria Rovai; MIALHE, Fábio Luiz. Letramento em saúde bucal: um campo emergente para a promoção da saúde bucal. *FOL*, Piracicaba, v. 29, n. 2, p. 49–55, jul./dez. 2019.

BAILEY, Marc A.; COUGHLIN, Patrick A.; SOHRABI, Soroush; GRIFFIN, Kathryn J.; RASHID, Tawqeer; TROXLER, Max A.; SCOTT, D. Julian A. Quality and readability of online patient information for abdominal aortic aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*, Nova York, v. 56, n. 1, p. 21–26, jul. 2012. Disponível em: https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(11)03111-9/pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

BANASIAK, Nancy Cantey; MEADOWS-OLIVER, Mikki. Evaluating asthma websites using the Brief DISCERN instrument. *Journal of Asthma and Allergy*, v. 10, p. 191–196, jun. 2017. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5481277/pdf/jaa-10-191.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

BATTERHAM, R.W. *et al*. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities.*Public Health.*, Londres, v.132, p.3-12, mar. 2016.

BAUR C.B.; PRUE C. The CDC Clear Communication Index is a new evidence-based tool to prepare and review health information. *Health Promot Pract.*, Thousand Oaks, v.15, n.5, p.629-637, set. 2014.

BERNARD, André; LANGILLE, Morgan B.; HUGHES, Stephanie B.; ROSE, Caren; LEDDIN, Desmond; VAN ZANTEN, Sander Veldhuyzen. A systematic review of patient inflammatory bowel disease information resources on the World Wide Web. *The American Journal of Gastroenterology*, Nova York, v. 102, n. 9, p. 2070–2077, 2007. Disponível em: https://journals.lww.com/ajg/abstract/2007/09000/a_systematic_review_of_patient_inflammatory_bowel.34.aspx. Acesso em: 8 jul. 2025.

BOMPASTORE, N. J.; CISU, T.; HOLOCH, P. Separating the Wheat From the Chaff: an evaluation of readability, quality, and accuracy of online health information for treatment of peyronie disease. *Urology*, Nova York, v.118, p.59-64, ago. 2018.

BRÜTTING, J. et al. Quality, readability, and understandability of German booklets addressing melanoma patients. JournalofCancerEducation, v. 34, n.4, p. 760-767, Aug. 2019.

CASTRO, Mauro Silveira de; PILGER, Diogo; FUCHS, Flávio Danni; FERREIRA, Maria Beatriz Cardoso. Development and validity of a method for the evaluation of printed education material. *Pharmacy Practice (Granada)*, Granada, v. 5, n. 2, p. 89–94, 2007. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4155157/pdf/pharmpract-05-089.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

COSTA, L. E. O.; MARINHO, A. M. C. L.; ABREU, M. H. N. G. Clareza na comunicação de materiais educativos em saúde bucal do Brasil e do Canadá. *Educação em Foco*, Belo Horizonte, v.24, n.43, p.360-379, mai.-ago. 2021.

DARAZ, L. *et al*. Can Patients Trust Onl1ine Health Information? A Meta-narrative Systematic Review Addressing the Quality of Health Information on the Internet. *J Gen Intern Med.*, Secaucus, v.34, n.9, p.1884-1891, set. 2019.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. Assessing Suitability of Materials. In: DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. *Teaching Patients with Low Literacy Skills*. Philadelphia: Lippincott Company, 1996. Cap.4, p.41-60.

FAN, Ka Siu; GHANI, Shahi Abdul; MACHAIRAS, Nikolaos, LENTI, Lorenzo; FAN, Ka Hay; RICHARDSON, Daniel; SCOTT, Aneya; ARISTOTLE, Dimitri. COVID-19 prevention and treatment information on the internet: a systematic analysis and quality assessment. *BMJ Open*, Londres, v. 10, n. 9, p. e040487, set. 2020. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/9/e040487.full.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

GALDINO, Yara Lanne Santiago; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; MARQUES, Antonio Dean Barbosa; SILVA, Francisca Alexandra Araújo da. alidação de cartilha sobre autocuidado com pés de pessoas com Diabetes Mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 3, p. 817–824, mai./jun. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/LPNP8DyP7cPH9np3Rk3S79K/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 jul. 2025.

GHAFFARI, M. *et al*. Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. *Int J Dent Hyg.*, Oxford, v.16, n.1, p.59-67, fev. 2018

GONZÁLEZ-PÉREZ, Yared. Disinformation in the information age. *European Journal of Hospital Pharmacy*, Londres, v. 27, n. 6, p. 319–322, nov. 2020. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7856149/pdf/ejhpharm-2020-002213.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

GREWAL, P.; ALAGARATNAM, S. The quality and readability of colorectal cancer information on the internet. *Int J Surg.*, Londres, v.11, n.5, p.410-413, jun. 2013.

HAJI, Alhan. Patients' utilisation and perception of the quality of printed health education materials in primary health care: a cross-sectional study. *BJGP Open*, Londres, v. 3, n. 4, p. 1–8, nov. 2019. Disponível em: https://bjgpopen.org/content/bjgpoa/3/4/bjgpopen19X101672.full.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

HOFFMANN, Tammy; WORRALL, Linda. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disability and Rehabilitation*, Londres, v. 26, n. 19, p. 1166–1173, out. 2004. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/09638280410001724816?needAccess=true. Acesso em: 9 jul. 2025.

JÖNSSON, Birgitta; ÖHRN, K; OSCARSON, N; LINDBERG; P. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). *Journal of Clinical Periodontology*, Copenhagen, v. 36, n. 12, p. 1025–1034, dez. 2009. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-051X.2009.01453.x. Acesso em: 9 jul. 2025.

KEÇECI, A.; TOPRAK S.; KILIÇ, S. How Effective Are Patient Education Materials in Educating Patients? *Clin Nurs Res.*, Newbury Park, v.28, n.5, p.567-582, jun. 2017.

KEOGH, C.J. *et al*. Assessing the quality of online information for patients with carotid disease. *Int J Surg.*, Londres, v.12, n.3, p.205-208, mar. 2014.

KHAZAAL, Y. *et al*. Brief DISCERN, six questions for the evaluation of evidence-based content of health-related websites. *Patient Educ Couns.*, Limerick, v.77, n.1, p.33-37, out. 2009.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm.*, Bethesda, v.65, n.23, p.2276-2284, dez. 2008.

LANGBECKER Danette; JANDA Monika. Quality and readability of information materials for people with tumors and their families. *J Cancer Educ.*, Nova York, v.27, p.738-743, dez. 2012. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-012-0401-9. Acesso: 09 jul 2025

LANGILLE, M. *et al*. Systematic Review of the Quality of Patient Information on the Internet Regarding Inflammatory Bowel Disease Treatments. *Clin Gastroenterol Hepatol.*, v.8, n.4, p.322-328, abr. 2010.

LEE, Kyeong Hee; CHOI, Yoon Young; JUNG, Eun Seo. Effectiveness of an oral health education programme for older adults using a workbook. *Gerodontology*, Oxford, v. 37, n. 4, p. 374-382, dez. 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ger.12472. Acesso em: 09 jul. 2025.

LEITE, Sarah de Sá; ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo; CARVALHO, Luciana Vieira de; SILVA, Jacqueline Mota da; ALMEIDA, Paulo César de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1635-1641, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/xs83trTCYB6bZvpccTgfK3w/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 09 jul. 2025

LYNCH, N. P. et al. Breast reconstruction post mastectomy – Let's Google it: Accessibility, readability and quality of online information. *Breast*, Amsterdam, v. 32, p. 126-129, abr. 2017.

MAGRATH, W. J. et al. Readability Analysis and Accessibility of Online Materials About Transgender Voice Care. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, Oxford, v. 167, n. 6, p. 952-958, dez. 2022.

MARINHO, Angélica Maria Cupertino Lopes; BAUR, Cynthia; FERREIRA, Fernanda Morais; BORGES-OLIVEIRA, Ana Cristina. Cross-cultural adaptation of the Clear Communication Index to Brazilian Portuguese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, p. 26, mar. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/HjWRhXjZdDzYzLS36yLpDLt/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 9 jul. 2025.

MARINHO, Angélica Maria Cupertino Lopes; BAUR, Cynthia; COSTA, Lucas Emanuel Oliveira; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo; FERREIRA, Fernanda Morais; BORGES-OLIVEIRA, Ana Cristina; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. Some psychometric properties of the Brazilian CDC Clear Communication Index. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, Thorofare, v. 6, n. 2, p. e84-e87, jan. 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8973746/pdf/hlrp0422marinhoabreubr-prt.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

MAYBURY, Catherine; HOROWITZ, Alice M.; WANG, Min Qi; KLEINMAN, Dushanka V. Use of communication techniques by Maryland dentists. *Journal of the American Dental Association*, Chicago, v. 144, n. 12, p. 1386-1396, dez. 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24282269/. Acesso em: 9 jul. 2025.

MEMARPOUR, Mahtab; DADAEIN, Shorangize; FAKHRAEI, Ebrahim; VOSSOUGUI, Mehrdad. Comparison of oral health education and fluoride varnish to prevent early childhood caries: a randomized clinical trial. *Caries Research*, Basel, v. 50, p. 433–442, ago. 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27504845/. Acesso em: 9 jul. 2025.

MENDONÇA, Ana Paula Bernardo; PEREIRA-NETO, André. Critérios de avaliação da qualidade da informação em sites de saúde: uma proposta. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 1-15, 2015. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/930/1575. Acesso em: 9 jul. 2025.

MENEGAZ, Aryane Marques; SILVA, Alexandre Emídio Ribeiro; CASCAES, Andreia Morales. Intervenções educativas em serviços de saúde e saúde bucal: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, p. 52, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/GwQJsrc68j9gr8DQyKNWWGM/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 9 jul. 2025.

MINERVATION LTD. LIDA: a tool for assessing accessibility, usability and reliability of health websites (versão 2023). Brighton: Minervation Ltd., 2007. Atualizado em 2023. Disponível em: https://www.minervation.com/health-information-quality-tools/. Acesso em: 9 jul. 2025.

MOULT, Beki; FRANCK, Linda S.; BRADY, Helen. Ensuring quality information for patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. *Health Expectations*, Oxford, v. 7, n. 2, p. 165-175, jun. 2004. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2004.00273.x. Acesso em: 09 jul. 2025.

OLKUN, Hatice Kübra; DEMIRKAYA, Arzu Arı. Evaluation of Internet information about lingual orthodontics using DISCERN and JAMA tools. *Turkish Journal of Orthodontics*, Istanbul, v. 31, n. 2, p. 50-54, jun. 2018. Disponível em: https://turkjorthod.org/pdf/26a6643d-3380-4766-8ed8-4703e5d7d038/articles/TurkJOrthod.2018.17042/Turk%20J%20Orthod-31-50-En.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

OZSOY-UNUBOL, Tugba; ALANBAY-YAGCI, Ebru. YouTube as a source of information on fibromyalgia. *International Journal of Rheumatic Diseases*, Oxford, v. 24, n. 2, p. 197-202, fev. 2021. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1756-185X.14043. Acesso em: 09 jul. 2025.

PAIVA, Aline Patrícia Ribeiro Costa; VARGAS, Eliane Pereira. Material educativo e seu público: um panorama a partir da literatura sobre o tema. *Revista Práxis*, Volta Redonda, v. 9, n. 18, p. 89-99, dez. 2017.

PEERSON, Alison; SAUNDERS, Mark. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, Eynsham, v. 24, n. 3, p. 285–296, set. 2009.

RUDD, Rima; MCCRAY, Alexa T.; NUTBEAM, Don. Health literacy and definitions of terms. In: BEGORAY, Deborah L.; GILLIS, Darlene; ROWLANDS, Glenn (Eds.). Health Literacy in Context: International Perspectives. Nova York: Nova Science Publishers Inc., 2012. Cap. 2, p. 13-32. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/127/o/Rudd_2012_Chapter_Health_Literacy_and-Definition_of_terms.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

RUDD, Rima. The evolving concept of health literacy: new directions for health literacy. *Journal of Communication in Healthcare*, Londres, v. 8, p. 7-9, mar. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276927733_The_evolving_concept_of_Health_literacy_New_directions_for_health_literacy_studies. Acesso em: 09 jul. 2025.

SANTOS, Aliniana da Silva; RODRIGUES, Lidiane do Nascimento; ANDRADE, Késia Cartaxo; SANTOS, Maria Solange Nogueira dos; VIANA, Maria Corina Amaral; CHAVES, Edna Maria Camelo. Construction and validation of an educational technology for mother-child bond in the neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, n. 4, p. e20190083, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341805620_Construction_and_validation_of_an_educational_technology_for_mother-child_bond_in_the_neonatal_intensive_care_unit. Acesso em: 09 jul. 2025.

SÃO PAULO (Estado). Resolução nº 097/2001 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) que institui o Manual de Princípios Éticos para Sites de Medicina e Saúde. *Guia de ética para sites de medicina e saúde na internet*. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SP/2001/97_2001.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

SHOEMAKER, Sarah J.; WOLF, Michael S.; BRACH, Cindy. Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): a new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. *Patient Education and Counseling*, Limerick, v. 96, n. 3, p. 395–403, set. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5085258/. Acesso em: 9 jul. 2025.

SILBERG, William M.; LUNDBERG, George D.; MUSACCHIO, Robert A. Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the internet: *caveant lector et viewor* – let the reader and viewer beware. *JAMA*, Chicago, v. 277, n. 15, p. 1244–1245, abr. 1997.

SILVA, Eduarda Luna Oliveira da; MENDEZ, Sandra Porciuncula; BAPTISTA, Abrahão Fontes; SÁ, Katia Nunes. Métodos de elaboração de materiais de educação em saúde para adultos: revisão integrativa. *Saúde & Tecnologia*, Lisboa, v. 21, p. 60–67, mai. 2019. Disponível em: https://journals.ipl.pt/stecnologia/article/view/541. Acesso em: 9 jul. 2025.

SOUSA, Cristina Silva; TURRINI, Ruth Natalia; POVEDA, Vanessa Brito. Tradução e adaptação do instrumento "Suitability Assessment of Materials" (SAM) para o português. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 9, n. 5, p. 7854–7861, abr. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275832478_TRADUCAO_E_ADAPTACAO_DO_INSTRUMENTO_SUITABILITY_ASSESSMENT_OF_MATERIALS_SAM_PARA_O_PORTUGUES#fullTextFileContent. Acesso em: 9 jul. 2025.

SZABÓ, Palmo; BÍRÓ, Éva; KÓSA, Karolina. Readability and comprehension of printed patient education materials. *Frontiers in Public Health*, Lausanne, v. 9, p. 725840, nov. 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8670754/pdf/fpubh-09-725840.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Promoting health: guide to national implementation of the Shanghai Declaration*. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: https://who.foundation/?s=Promoting+Health%3A+Guide+to+national+implementation+of+the+Shanghai+Declaration.
Acesso em: 19 dez. 2022.

CAPÍTULO 14

Tendências para o Letramento em Saúde Bucal

Mariane Carolina Faria Barbosa
Amanda Cristina Rocha
Saul Martins de Paiva
Fabian Calixto Fraiz
Fernanda de Morais Ferreira

Introdução

Nos últimos anos, tem sido atribuída à saúde e ao bem-estar dos indivíduos uma posição fundamental na visão sistêmica de desenvolvimento sustentável. A Assembleia Geral das Nações Unidas, no ano de 2015, indicou que um dos principais objetivos a serem conquistados até o ano de 2030 é garantir que todos os seres humanos possam realizar seu potencial em dignidade e igualdade, em um ambiente saudável (PNUD, 2015).Com base nessas premissas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou, na Declaração de Xangai, a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Nela foram descritas as ações necessárias para a promoção da saúde, reafirmando que a saúde é um direito universal, um recurso essencial para a vida e uma prioridade política para todos os países. A Declaração de Xangai também destacou a necessidade do desenvolvimento de políticas e ações públicas para acelerar esse processo, tais como ações de boa governança, de

mobilização social e de investimento em Letramento em Saúde (LS) (WHO, 2016).

A Organização Pan-Americana da Saúde produziu um Guia de Promoção da Saúde para apoiar a implementação dos compromissos e recomendações da Declaração de Xangai no âmbito nacional. O guia destaca 20 medidas que devem ser implementadas para alcançar os objetivos elencados na referida conferência, tais como ações para promover o letramento em saúde, a capacitação dos profissionais e a transformação tecnológica e científica. Dentre outras recomendações, o guia indica uma grande ênfase nas pessoas e destaca a centralidade do LS, sendo que suas bases são: o acesso inclusivo e equitativo à educação de qualidade e à aprendizagem sobre saúde ao longo de toda a vida, por meio da inclusão nos currículos escolares (OPAS, 2018).

Sabe-se que grande parte da população brasileira e mundial apresentam níveis de LS inadequados. Em adição, é crescente a evidência de que o LS inadequado está associado a piores desfechos em saúde (Berkman *et al.,* 2011; Bado *et al*., 2022). Para obter melhorias nos níveis de LS, é crucial que os pacientes (Simmons *et al.*,2014) e os profissionais de saúde possuam um papel ativo (Johnson, 2014; Saunders; Palesy; Lewis, 2019) e incorporem modelos assistenciais que compreendam o LS como questão de saúde pública e de qualidade assistencial (Cesar *et al,* 2022).

Formação educacional dos profissionais em letramento em saúde bucal

Os profissionais de saúde são considerados uma das principais fontes de informação e capacitação para pacientes e suas famílias. Com base nesse aspecto, as principais organizações de saúde recomendam que o LS seja, formalmente, incorporado aos currículos dos estudantes das áreas de saúde (Johnson, 2014; Saunders; Palesy; Lewis, 2019; *Institute of Medicine*, 2004). O guia brasileiro de promoção da saúde destacou a importância da realização de capacitação para os profissionais

envolvidos no processo de promoção da saúde no Brasil (OPAS, 2018).

É bem descrito na literatura que os profissionais de saúde sem capacitação para o LS podem criar barreiras na comunicação com o paciente por meio de uma comunicação ineficaz, uso de terminologia técnica, instruções incompreensíveis e por não reservarem tempo adequado para verificar a compreensão do paciente ou como ele pretende colocar em prática as instruções (Saunders; Palesy; Lewis, 2019; Coleman; Hudson; Maine, 2013). Outro aspecto relevante é o fato de que os profissionais de saúde podem negligenciar ou apresentar dificuldade em identificar os pacientes com baixo letramento em saúde (Saunders; Palesy; Lewis, 2019; Dickens *et al*., 2013).

As faculdades de odontologia têm o objetivo de formar profissionais adequadamente preparados para responder às necessidades e desafios do mundo cada vez mais diversificado e interconectado. No entanto, grande parte das instituições de ensino superior não possuem conteúdos voltados para o LS em suas grades curriculares. Os argumentos apresentados para essa lacuna são: tempo insuficiente para realizar a capacitação dos estudantes em LS, currículo sobrecarregado de conteúdos e falta de uma literatura sobre como ensinar LS e Letramento em Saúde Bucal (LSB) para estudantes e profissionais de saúde (Saunders; Palesy; Lewis, 2019; Coleman; Hudson; Maine, 2013).

Pensando nesses aspectos, Coleman, Hudson e Maine, no ano de 2013, reuniram um grupo de especialistas estadunidenses em educação em saúde para identificar um conjunto de competências educativas de LS e comportamentos-alvo, ou práticas relevantes para a formação de todos os profissionais de saúde (Coleman; Hudson; Maine, 2013). Esse consenso foi adaptado e testado para outros locais, como a China (Chang *et. al*., 2019)e países europeus (Karuranga *et al*, 2017). Os resultados das adaptações demonstraram que grande parte das competências do consenso estadunidense poderiam ser aplicadas para outras populações. Além disso, essas competências demonstraram boa efetividade quando

testadas para profissões específicas, como a enfermagem (Toronto, 2016).

Com base nesses documentos, recentemente foi proposta uma versão brasileira das competências necessárias para a prática do LS, direcionada para os profissionais de saúde. O consenso foi formulado por um comitê de especialistas que incluiu médicos, dentistas e enfermeiros, dentre outros profissionais de saúde. Entre as competências destacadas, o conhecimento prático do LS apresentou grande importância, incluindo seu impacto e a detecção dos sinais do baixo LS. As habilidades consideradas importantes para os profissionais foram a adequação de linguagem e materiais, a verificação da aprendizagem e a realização das estratégias de reforço. Além disso, foi destacada a necessidade do suporte social, além da atitude educativa e do empoderamento dos pacientes para assumir a corresponsabilidade do processo educativo e de sua saúde (Cesar *et al,* 2022).Contudo, para alcançar tais competências é necessário realizar a capacitação do profissional, desenvolver e implantar cursos de educação continuada voltados para o aumento dos níveis LS entre as pessoas, bem como atualizar a formação de novos profissionais, tendo em vista que, até o momento, não existe uma estrutura curricular básica de LS (Saunders; Palesy; Lewis, 2019).

No Brasil, foi publicada, em 2021, a revisão atualizada das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em odontologia, a qual preconizou que os estudantes devem adquirir competências e habilidades gerais referentes à tomada de decisão, à comunicação, à liderança, ao gerenciamento e à educação permanente. As novas DCN estimulam, ainda, que os estudantes se envolvam, desde o início do curso, em atividades curriculares ligadas à promoção, prevenção, reabilitação e à recuperação da saúde, considerando os determinantes sociais envolvidos no processo de saúde/doença (Brasil, 2021).

Assim, apesar da última atualização das DCN dos cursos de odontologia não abordar o LS de forma direta, ela destaca, em vários aspectos, a importância das ações de promoção de saúde. Até o momento, observa-se que muitos dos currículos nacionais de odontologia possuem um enfoque para a intervenção terapêutica, com carga horária elevada para clínicas odontológicas reabilitadoras, em comparação com outros eixos do currículo, o que resulta na formação de um cirurgião-dentista direcionado para a prática curativa devido a um modelo cirúrgico-restaurador (Angar *et al*., 2021).

Embora haja recomendações para que o LS seja trabalhado nas grades curriculares com a criação de disciplinas ou de espaços específicos para aprofundamento e conhecimento na área, seria interessante também que o currículo apresentasse o LS de uma maneira transversal, visto que ele permeia todas as relações de comunicação entre dentista/profissional e paciente, não importando a especialidade ou a área.

Nos EUA, a *American Dental Education Association* (ADEA) declarou que os dentistas devem apresentar competências para realizar a promoção da saúde/prevenção de doenças. Com base nesse aspecto, a *Indiana University School of Dentistry,* nos EUA, introduziu mudanças curriculares no programa do curso de graduação em odontologia, com a incorporação do LS na prática clínica (Jackson *et al*., 2010). No ano de 2019, mensurou-se a eficácia da capacitação em LS de estudantes de medicina da Holanda. O processo de capacitação durou apenas 11 horas e produziu efeitos positivos, visto que os alunos apresentaram melhores competências que persistiram por pelo menos 5 semanas (Kaper *et al*. , 2019).

Contudo, são poucas as instituições que incluem o LS nos currículos dos cursos da área da saúde. Uma recente revisão sistemática trouxe uma visão geral das intervenções realizadas para a capacitação de estudantes de graduação da área da saúde, principalmente farmacêuticos, médicos e enfermeiros. Foi identificada uma escassez mundial

de pesquisas sobre o campo da capacitação de profissões de saúde em LS, demonstrando a urgência de avançar os conhecimentos nessa área (Saunders; Palesy; Lewis, 2019).

Desse modo, é imprescindível realizarmos uma rápida atualização do processo de formação dos estudantes de odontologia e de todas as áreas da saúde, para contemplar o LS e o LSB, bem como ações de prevenção, tratamento e manutenção da saúde. A atualização curricular pode ser a chave para obter melhores desfechos em saúde e saúde bucal da população (Angar, 2021).

Letramento em saúde bucal no contexto da odontologia/ Implicações para a prática da odontologia

No contexto da odontologia, o conceito de LSB tem ganhado notoriedade e está relacionado à capacidade do indivíduo de acessar, processar e compreender informações básicas sobre saúde bucal; acessar e compreender os serviços básicos de saúde bucal; e tomar decisões de saúde apropriadas em relação a informações e serviços básicos de saúde bucal (Kaur *et al*., 2015). A dificuldade em compreender e utilizar as informações de saúde bucal pode prejudicar o paciente e aumentar o custo do cuidado prestado (Bado *et al.*, 2022; Holtzman *et al.*, 2017).

É bem descrito na literatura que níveis mais baixos de LSB podem ocasionar maior ocorrência de cárie e de doença periodontal, menor compreensão dos conceitos odontológicos, maior autorrelato de saúde bucal insatisfatória/ruim, menor busca de informações de saúde, menor acesso a atendimento odontológico e menor adesão ao tratamento (Bado *et al*., 2022; Firmino *et al.*, 2017; Holtzman *et al*., 2017; Neves *et al*., 2020). Além disso, as consequências das doenças bucais são extensas e podem impactar, negativamente, a qualidade de vida (Ferreira *et al*., 2017; Zaror *et al*., 2022).

Vale ressaltar que, desde o século XX, a prática e os cuidados

de saúde devem seguir um modelo centrado nas pessoas, ou seja, um modelo que reconhece e valoriza o indivíduo como um todo. No Brasil, a integralidade é um dos princípios do SUS e está relacionada à compreensão integral do ser humano, atendendo a todas as suas necessidades. Isso exige que os dentistas, durante a prática clínica, considerem as necessidades específicas de cada paciente, como seu nível de LS, em seu contexto sociocultural. Dessa forma, as práticas de comunicação dos dentistas são fundamentais para se alcançar um cuidado centrado na pessoa e diminuir as iniquidades em saúde bucal (Lawler *et al*., 2023).

A produção científica brasileira sobre o LS teve início no ano de 2009, fato que demonstra o quanto as pesquisas nacionais nessa temática são recentes. As áreas da saúde que mais estudam o tema são: a saúde coletiva, interdisciplinar, odontologia e enfermagem (Rigolin *et al*., 2018). Em relação ao LSB, o Brasil encontra-se na sexta posição do ranking de países que mais estudam a temática e possui quatro brasileiros entre os 10 maiores pesquisadores na área de LSB (Sun *et al*., 2021).

Na odontologia, as pesquisas até o momento estão concentradas em realizar a adaptação transcultural, testar as propriedades psicométricas dos instrumentos de mensuração e avaliar o nível de LS associado à saúde bucal da população brasileira (Rigolin *et al*., 2018). Contudo, para a efetiva implementação das práticas de letramento pelos dentistas, é importante avançarmos os conhecimentos sobre os métodos e intervenções educativas eficazes para melhorar o LS e o LSB da população.

Os profissionais da odontologia precisam compreender seu papel para contribuir com os pacientes em seu processo de entendimento e de melhora da sua saúde bucal. Ao realizar as intervenções educativas, o profissional pode seguir as sete técnicas básicas de comunicação, que incluem cinco itens de comunicação interpessoal: abordar apenas dois a três conceitos por vez; perguntar ao paciente se ele

gostaria que familiares/amigos participassem das discussões; desenhar ou utilizar imagens; falar devagar; e usar linguagem simples. Além de dois itens do método *teach-back*: pedir ao paciente para repetir o que foi orientado; e pedir ao paciente para falar os cuidados preventivos que realizará em casa(Tseng *et al*., 2021).

Outros recursos que podem ser utilizados são instruções impressas com linguagem clara e direta e ferramentas digitais, como aplicativos para *smat phones* e vídeos(Tseng *et al*., 2021). É necessário aplicar, na prática clínica, os princípios do LSB ao desenvolver materiais educativos, sabendo que pacientes com baixo letramento podem apresentar dificuldades com a leitura e a escrita. Desse modo, as informações impressas devem ser escritas em um nível básico, utilizando-se de recursos visuais. As tecnologias utilizadas em ações educativas baseadas nos princípios do LSB foram melhor abordadas no capítulo 13 desta obra.

Vale ressaltar a importância do planejamento do tempo profissional para viabilizar o momento destinado à educação em saúde. Ademais, um espaço pouco utilizado para ações educativas nos serviços públicos e clínicas é a sala de espera. Sua utilização atrelada a intervenções educativas de LS pode proporcionar um melhor relacionamento entre os pacientes e os serviços de saúde. Além disso, pode potencializar a comunicação, favorecer o acolhimento e fortalecer o vínculo entre profissionais-pacientes (Rigolin *et al*., 2018).Dessa forma, as abordagens em LS utilizadas no contexto da odontologia podem facilitar a implementação dos princípios doutrinários do SUS, como a integralidade e a equidade, e pode contribuir para o cuidado integral dos pacientes (Rigolin *et al*., 2018).

Além da prática individual, com profissionais capacitados para abordagem do LS, é necessário trabalhar também as questões estruturais das instituições, protocolos e ambientes. O letramento em saúde organizacional retrata justamente a capacidade das organizações de

saúde estabelecerem relações claras com os pacientes, fornecendo materiais de fácil compreensão, além de proporcionarem uma infraestrutura adequada e acessível para atender às necessidades de informação de pessoas que vivem com habilidades limitadas de LS (Brach *et al*., 2012; Palumbo, 2016).

Embora o sistema de saúde seja um ambiente cada vez mais complexo, alguns tipos de intervenções foram identificadas na literatura (Brach *et al*., 2012; Farmanova; Bonneville; Bouchard, 2018; Willis *et al*., 2014) para aprimorar o letramento organizacional em saúde: ações institucionais, direcionadas para implementação e reforço em normas de promoção do letramento organizacional, além de regulação, financiamento e padrões profissionais; ações organizacionais, que trabalham estratégias educativas direcionadas aos profissionais de saúde que estão em contato com pacientes de baixo LS e que incentivam a participação da comunidade no desenvolvimento de intervenções para identificar e atender às necessidades para melhorias no LS; e ações de parceria, com a finalidade de envolver diferentes setores na facilitação do acesso pelos usuários aos recursos de LS de base comunitária, aumentando, assim, sua capacidade de navegar, adequadamente, no sistema de serviços de saúde (Palumbo, 2016; Willis, 2014).

Por fim, a melhoria do letramento em saúde organizacional deve ser trabalhada em conjunto com o letramento em saúde pessoal, tornando-se uma estratégia necessária para ir além do ciclo de cuidados do paciente, o que resultará em maior acesso aos serviços de saúde, maior qualidade dos cuidados e economia de custos. O capítulo 5 deste livro aborda, de forma mais detalhada, esse tema.

Letramento digital em saúde

O crescente avanço da tecnologia e a ampliação do acesso a mídias digitais têm modificado o contato da população com as informações de saúde. Estima-se que, aproximadamente, 5 bilhões de pessoas estejam conectadas à internet em todo o mundo e que 78% dos

brasileiros com idade superior a 10 anos estão conectados às mídias (IBGE, 2018; ITU, 2021). Nesse cenário de inserção digital, as ferramentas tecnológicas de saúde têm ganhado destaque devido à possibilidade de facilitar a implementação de abordagens inovadoras e de baixo custo para a promoção da saúde (OPAS, 2018; Smith; Magnani, 2019). Essas estratégias de saúde digital (eSaúde) podem ser aplicadas para populações de áreas de difícil acesso e indivíduos em vulnerabilidade social. Contudo, essa população pode apresentar desafios com o letramento em saúde no meio digital (Smith; Magnani, 2019).Em consonância, a agenda de prioridades de pesquisa no Brasil destacou a importância de realizar pesquisas sobre comunicação e informação em saúde nas mídias; mapear e desenvolver modelos de gestão de tecnologias em saúde; e desenvolver e/ou avaliar as estratégias e tecnologias para aumentar o acesso e a resolubilidade da atenção primária à saúde em áreas remotas (Brasil, 2018).

Atualmente, as informações relacionadas à saúde estão cada vez mais sendo pesquisadas pela população. Entretanto, grande parte dos conteúdos apresentam baixa qualidade e/ou fonte duvidosa. Nos últimos anos, observamos uma elevada disseminação das chamadas *Fake News*, que ocasionam a desinformação dos indivíduos (Vosoughi; Roy; Aral, 2018). O volume excessivo de informações, precisas ou não, circulando nas mídias ocasionou a chamada infodemia que, segundo a OMS, é uma ameaça à saúde pública e tem efeitos adversos na sociedade. São necessárias ações multissetoriais para combater a infodemia e a desinformação, por meio de políticas legais, criação e promoção de campanhas de conscientização e melhora do Letramento Digital em Saúde (LDS) da população (Nascimento *et al*., 2022; WHO, 2016; WHO, 2018).

Visando, justamente, o combate à desinformação e a construção de uma sociedade mais saudável, a Finlândia incluiu o letramento digital de forma transversal no currículo escolar, sendo aplicado em todas as disciplinas do ensino básico para desenvolver

o pensamento crítico dos alunos. Por exemplo, na disciplina de história, o currículo aborda como o uso de determinadas palavras ou imagens pode ser usado para influenciar a população. Com essas ações o país passou a ser considerado o mais resistente à desinformação entre as nações europeias e referência no combate a *Fake News* pelo mundo (Gross, 2023).

É de suma importância que os países promovam ações para a melhoria do LDS, visto que pessoas com um adequado letramento digital avaliam os critérios de relevância dos conteúdos, observando os problemas de vários ângulos possíveis, por meio de um pensamento crítico,a fim de tomarem decisões baseadas em informações seguras. Elas também se tornam mais propensas a reconhecer e a resistir a informações falsas, mostrando a importância e a valorização de trabalhar o LS na grade curricular, desde o período pré-escolar, de forma multissetorial (Gross, 2023). Pensando nisso, é importante mensurar o nível de LDS dos brasileiros e realizar intervenções a longo prazo, desde a infância e a adolescência, para desenvolver as habilidades necessárias em LDS.

É importante que os profissionais de saúde inseridos nas mídias digitais divulguem informações de saúde fidedignas e baseadas em evidências científicas (Nascimento *et al*., 2022). Além disso, é necessário que as tecnologias digitais de saúde, assim como as tecnologias físicas, sejam formuladas seguindo alguns cuidados, como clareza, facilidade de leitura, layout agradável e boa navegabilidade, entre outros aspectos que foram melhor abordados nos capítulos 13 e 14 do presente trabalho.

Considerações finais

Nos últimos anos, o LS e LSB ganharam notoriedade nas discussões das organizações de saúde devido ao fato de uma grande parte da população brasileira e mundial apresentar níveis inadequados de letramento, o que pode resultar em consequências negativas para a saúde e qualidade de vida desses indivíduos. Neste capítulo, destacamos as

principais tendências sobre o letramento em saúde bucal no Brasil e apresentamos sete medidas essenciais a serem abordadas para promover avanços nessa área (Figura 1). Em nível populacional, para alcançarmos melhorias significativas, é necessário tratar o LS e o LSB como conceitos transversais, a serem trabalhados em diferentes contextos e de maneira contínua, incentivando essa abordagem desde o ensino básico, para a construção do pensamento crítico a partir da infância. Além disso, deve-se estimular o empoderamento do paciente para promover uma melhor compreensão de sua responsabilidade para com seus desfechos em saúde.

Simultaneamente, é fundamental avançar em medidas institucionais, como a atualização curricular dos cursos de graduação da área da saúde e a capacitação dos profissionais para uma abordagem baseada no letramento em saúde. Também é necessário estimular a adaptação das organizações e provedores de serviços de saúde frente ao conceito de letramento organizacional, para que se tornem organizações letradas em saúde, visando garantir um acesso equitativo para toda a população. Diante do cenário de inserção digital na saúde, é preciso também incentivar o avanço da saúde no Brasil nas plataformas digitais e realizar ações para promover o letramento digital em saúde da população. Além disso, é crucial promover ações para combater a desinformação em saúde e mitigar a propagação de Fake News.

Figura 1: Medidas essenciais a serem abordadas nas próximas década para promover avanços no Letramento em Saúde e Letramento em Saúde Bucal no Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores.

Referências

ANGAR, Karine; BUSATO, Adair Luiz Stefanello; SANTOS, Rubem Beraldo dos; VARGAS, Ivana Ardenghi; MACEDO, Ricardo Prates; HERNÁNDEZ, Pedro Antônio González. Estrutura curricular dos cursos de graduação em Odontologia nos países constituintes do Mercosul. *Revista da ABENO*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 1–9 (número 1199), 2021. Disponível em: https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1199. Acesso em: 9 jul. 2025.

BADO, Fernanda Maria Rovai; BARBOSA, Taís de Souza; SOARES, Gustavo Hermes; MIALHE, Fábio Luiz. Oral Health Literacy and Periodontal Disease in Primary Health Care Users. *International Dental Journal*, v. 72, n. 5, p. 654–658, 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9485508/pdf/main.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

BERKMAN, Nancy D.; SHERIDAN, Stacey L.; DONAHUE, Katrina E.; HALPERN, David J.; CROTTY, Karen. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, v. 155, n. 2, p. 97–107, 2011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21768583/. Acesso em: 06 jul. 2025.

BRACH, Cindy; KELLER, Debra; HERNANDEZ, Lyla M.; BAUR, Cynthia; PARKER, Ruth; DREYER, Bernard; SCHYVE, Paul; LEMERISE, Andrew J.; SCHILLINGER. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *NAM Perspectives*, Washington, DC, 2012. Disponível em: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf, Acesso em: 9 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021: institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 76–78, 22 jun. 2021. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file. Acesso em: 9 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde—APPMS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf Acesso: 09 jul 2025.

CESAR, Flaviane Cristina Rocha; SOUSA, Thassara Felipe de; ALVES, Angela Gilda; MORAES, Katarinne Lima; BARBOSA, Maria Alves; OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante. Competencies of health personnel for the practice of health literacy in Brazil: a Delphi consensus survey. *PLoS One*, v. 17, n. 7, p. e0271361, 29 jul. 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9337629/pdf/pone.0271361.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

CHANG, Li-Chun; CHEN, Yu-Chi; WU, Fei Ling; LIAO, Ling. Exploring health literacy competencies towards patient education programme for Chinese-speaking healthcare professionals: a Delphi study. *BMJ Open*, v. 7, n. 1, p. e011772, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5253604/. Acesso em: 9 jul. 2025.

COLEMAN, Clifford A.; HUDSON, Stan; MAINE, Lucinda L. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *Journal of Health Communication*, v. 18, n. 1, p. 82–102, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814998/. Acesso em: 9 jul. 2025.

DICKENS, Carolyn; LAMBERT, Bruce L.; CROMWELL, Terese; PIANO, Mariann R. Nurse overestimation of patients' health literacy. *Journal of Health Communication*, v. 18, n. 1, p. 62–69, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814908/pdf/uhcm18_62.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

FARMANOVA, Elina; BONNEVILLE, Luc; BOUCHARD, Louise. Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry: a Journal of Medical Care Organization, Provision, and Financing*, v. 55, p. 46958018757848, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29569968/. Acesso em: 9 maio 2025.

FERREIRA, Meire Coelho; DIASPEREIRA, A. C.; BRANCODEALMEIDA, L. S.; MARTINS, C. C.; PAIVA, S. M. Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *Journal of Periodontal Research*, v. 52, n. 4, p. 651–665, 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jre.12436. Acesso em: 9 jul. 2025.

FIRMINO, Ramon Targino; FERREIRA, Fernanda Morais; PAIVA, Saul Martins; GRANVILLEGARCIA, Ana Flávia; FRAIZ, Fabian Calixto; MARTINS, Carolina Castro. Oral health literacy and associated oral conditions: a systematic review. *Journal of the American Dental Association*, v. 148, n. 8, p. 604–613, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28477838/. Acesso em: 14 maio 2025.

GROSS J. How Finland Teaches Even Youngest Pupils To Spot Misinformation. *The New York Times*, section A, p. 10, Jan, 2023.

HOLTZMAN, Jennifer S.; ATCHISON, Kathryn; MACEK, Mark D.; MARKOVIC, D. Oral health literacy and measures of periodontal disease. *Journal of Periodontology*, v. 88, n. 1, p. 78–88, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27523517/. Acesso em: 2 jul. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*: acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2018. PNAD Contínua; 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnadcontinua. html?edicao=30362. Disponível em: Acesso: 09 jul. 2025.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON HEALTH LITERACY. *Health Literacy*: A Prescription to End Confusion. Nielsen-Bohlman,Lynn;PANZER, Allison M., KINDIG, David A; Editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216032/Acesso: 09 jul. 2025.

INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION. *Measuring digital development*: Facts and figures. Geneva: ITU Publication; 2021. Disponível em: https://www.itu.int/hub/publication/D-IND-ICT_MDD-2024-4/ . Disponível em: Acesso: 09 jul. 2025.

JACKSON, Richard D.; COAN, Lorinda L.; HUGHES, Elizabeth; ECKERT, George J. Introduction of health literacy into the allied dental curriculum: first steps and plans for the future. *Journal of Dental Education*, v. 74, n. 3, p. 318–324, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20203332/. Acesso em: 9 jul. 2025.

JOHNSON, Anne. Health literacy, does it make a difference? *Australian Journal of Advanced Nursing*, v. 31, n. 3, p. 39–45, 2014. Disponível em: https://www.ajan.com.au/archive/Vol31/Issue3/5Johnson.pdf. Acesso em: 9 jul. 2025.

KAPER, Marise S.; REIJNEVELD, Sijmen A.; VAN ES, Frank D.; ZEEUW, Janine de; ALMANSA, Josué; KOOT, Jaap A. R.; WINTER, Andrea F. de. Effectiveness of a comprehensive health literacy consultation skills training for undergraduate medical students: a randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 1, p. 81, 2019. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/1/81. Acesso em: 09 jul. 2025.

KARURANGA, Suvi; SØRENSEN, Kristine; COLEMAN, Clifford; MAHMUD, Amina Jama. Health literacy competencies for European health care personnel. *Health Literacy Research and Practice*, v. 1, n. 4, p. e247–e256, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31294270/. Acesso em: 09 jul. 2025.

KAUR, Navdeep; KANDELMAN, Daniel; NIMMON, Laura; POTVIN, Louise. Oral health literacy: findings of a scoping review. *Journal of Dental Education*, v. 87, p. 287–294, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281686526_Oral_Health_Literacy_Findings_of_a_Scoping_Review. Acesso em: 09 jul. 2025.

LAWLER, Heather M.; FARRELL, Chris; FITZGERALD, Mark; JONES, Darlene; CULLEN, Jennifer. Oral health literacy education and practice in US dental hygiene programs: a national survey. *Journal of Dental Education*, v. 87, p. 287–294, 2023. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jdd.13129. Acesso em: 09 jul. 2025.

NASCIMENTO, Israel Júnior Borges do; PIZARRO, Ana Beatriz; ALMEIDA, Jussara M.; AZZOPARDI-MUSCAT, Natasha; GONÇALVES, Marcos André; BJÖRKLUND, Maria; NOVILLO-ORTIZ, David. Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 100, n. 9, p. 544–561, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9421549/pdf/BLT.21.287654.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

NEVES, Érick Tássio Barbosa; DUTRA, Laio da Costa; GOMES, Monalisa Cesarino; PAIVA, Saul Martins; DE ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães; FERREIRA, Fernanda Morais; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia. The impact of oral health literacy and family cohesion on dental caries in early adolescence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 48, n. 3, p. 232–239, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Guia para a implementação nacional da Declaração de Xangai*. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/39050/632567/Promoc%C2%B8a~o+da+sau%C2%B4de+-ODS+Guia+OPAS.pdf/7da634b1-d269-4b46-9564-9ebc1aaed76f. Acesso em: 09 jul. 2025.

PALUMBO, Rocco. Designing health-literate health care organization: a literature review. *Health Services Management Research*, v. 29, n. 3, p. 79–87, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295854832_Designing_health-literate_health_care_organization_A_literature_review. Acesso em: 09 jul. 2025.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Os objetivos do desenvolvimento sustentável 2015*. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/sdgs. Acesso em: 09 jul. 2025.

RIGOLIN, Camila Carneiro Dias; BASTOS, José Carlos; MELLO, Livia Coelho de; CARVALHO, Carolina Cisoto Barbosa. A produção científica brasileira de teses e dissertações sobre health literacy. *Revista Tecnologia e Sociedade*, v. 14, n. 34, p. 178–195, 2018. Disponível em: https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/7599/5410. Acesso em: 09 jul. 2025.

SAUNDERS, Carla; PALESY, Debra; LEWIS, Joanne. Systematic review and conceptual framework for health literacy training in health professions education. *Health Professions Education*, v. 5, n. 1, p. 13–29, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323871221_Systematic_Review_and_Conceptual_Framework_for_Health_Literacy_Training_in_Health_Professions_Education#fullTextFileContent Acesso: 09 jul. 2025.

SIMMONS, Leigh Ann; WOLEVER, Ruth Q.; BECHARD, Elizabeth M.; SNYDERMAN, Ralph. Patient engagement as a risk factor in personalized health care: a systematic review of the literature on chronic disease. *Genome Medicine*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 16, 2014. Disponível em: https://genomemedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/gm533. Acesso em: 09 jul. 2025.

SMITH, Benjamin; MAGNANI, Jared W. New technologies, new disparities: the intersection of electronic health and digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, [S.l.], v. 292, p. 280–282, 2019. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6660987/pdf/nihms-1531062.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

SUN, Yue; LI, Chunying; ZHAO, Yan; SUN, Jing. Trends and developments in oral health literacy: a scientometric research study (1991–2020). *BDJ Open*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 13, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7977145/pdf/41405_2021_Article_66.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

TORONTO, Coleen E. Health literacy competencies for registered nurses: an e-Delphi study. *Journal of Continuing Education in Nursing*, [S.l.], v. 47, n. 12, p. 558–565, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27893919/. Acesso em: 09 jul. 2025.

TSENG, Winston; PLEASANTS, Elizabeth; IVEY, Suzan L.; SOKAL-GUTIERREZ, Karen; KUMAR, Jayanth; HOEFT, Kristin S.; HOROWITZ, Alice M.; RAMOS-GOMEZ, Francisco; SODHI, Miku; LIU, Jessica; NEUHAUSER, Linda. Barriers and facilitators to promoting oral health literacy and patient communication among dental providers in California. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 216, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7795206/pdf/ijerph-18-00216.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

VOSOUGHI, Soroush; ROY, Deb; ARAL, Sinan. The spread of true and false news online. *Science*, [S.l.], v. 359, n. 6380, p. 1146–1151, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29590045/. Acesso em: 09 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Atlas of eHealth country profiles 2015: the use of eHealth in support of universal health coverage. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204523/9789241565219_eng.pdf. Acesso em: 09 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Shanghai declaration on health promotion. China: WHO, 2016. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 09 jul. 2025.

WILLIS, Cameron D.; SAUL, Jessie E.; BITZ, Jasmine; HARRIS, Jennifer K.; PIERCE, Jennifer; MURPHY, Mark; KAUFMAN, Ann. Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review. *Public Health*, [S.l.], v. 128, p. 515–524, 2014. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350614000316?via%3Dihub. Acesso em: 09 jul. 2025.

ZAROR, Carlos; MATAMALA-SANTANDER, Andrea; FERRER, Montse; RIVERA-MENDOZA, Fernando; ESPINOZA-ESPINOZA, Gerardo; MARTÍNEZ-ZAPATA, María José. Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Dental Hygiene*, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 120–135, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/idh.12494. Acesso em: 09 jul. 2025.

Organizadoras

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins



Graduada em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, mestre e doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. É professora do curso de Odontologia e do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Professora nas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE). Trabalhou na assistência e na gestão como funcionária da Prefeitura Municipal de Montes Claros. Tem experiência na área de Saúde Coletiva/Epidemiologia. Principais linhas de pesquisa: Avaliação de programas e serviços de saúde; Saúde bucal; Saúde do trabalhador e Letramento em Saúde. É líder do Grupo de Pesquisa "Vigilância e Letramento em Saúde" (CNPq), da Unimontes. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da FUNORTE. Membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e da Rede Brasileira de Letramento em Saúde.

Fernanda de Morais Ferreira



Graduada e Mestre em Odontologia/Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAO-UFMG), e Doutora em Ciências Odontológicas/ Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP). Foi bolsista de Pós-Doutorado Júnior da Fapemig junto à FAO-UFMG (2008), professora adjunta do Departamento de Estomatologia (Disciplina de Odontopediatria) e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Paraná (2008-2015), e professora visitante sênior na National Dental Research Institute Singapore / National Dental Centre Singapore / Duke-NUS Medical School (2023-2024). É Professora Associada do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFMG e líder do grupo de pesquisa "Letramento em Saúde Bucal", CNPq/UFMG.

Autores

Alex Junio Silva da Cruz

Graduação, mestrado e doutorado em Odontologia Faculdade de Odontologia da UFMG (Saúde Coletiva /linha de pesquisa: epidemiologia e controle das doenças bucais). Na graduação, participou de iniciação científica, de projetos de extensão e foi monitor. Temas de pesquisa: Medicamentos essenciais, Atenção Primária à Saúde, Analgésicos, Assistência farmacêutica.

Aline Fabris de Araujo Crema

Graduada em Odontologia e Mestre em Odontologia com ênfase em Odontopediatria – UFPR Doutoranda em Odontologia com ênfase em Odontopediatra – UFPR Especialista em Odontopediatria – UFPR.

Amanda Cristina Rocha

Graduada e Mestre em Odontologia, Universidade Federal do Paraná- UFPR. Especialista em: Odontopediatria, Saúde Coletiva, Saúde da Família e Análise Situacional de Saúde. Trabalhou como Cirurgiã-Dentista ESF; foi Coordenadora de Saúde Bucal, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e preceptora do Programa PET- SAÚDE.

Ana Flávia Granville-Garcia

Graduada em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba. Professora adjunta IV do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), campus I. Especialista em Odontopediatria. Mestre em Clínicas Odontológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Odontologia pela Universidade de Pernambuco (FOP-UPE).

Ana Luiza Peres Baldiotti

Graduada em Odontologia pelo Instituto de Saúde de Nova Friburgo (UFF). Especialista em Saúde Coletiva. Mestra e Doutora em Odontopediatria (UFMG), com doutorado sanduíche na University of Massachusetts Boston (UMass Boston), EUA. Atualmente, realiza estágio pós-doutoral na University of Washington (UW), Seattle, EUA.

Ana Paula Xavier Oliveira Santos

Graduada em Fisioterapia, Centro Universitário do Cerrado Patrocinio (2002), graduação em Enfermagem, Faculdades Unidas do Norte de Minas(2009), especialização em Gestão hospitalar pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais(2004).

Ana Tereza Silva e Diogo

Graduada em Odontologia pela Universidade de Uberaba. Mestre em Prótese - SLMandic. Especialista em: Endodontia, Ciências da Saúde - FUNORTE/SOEBRAS e Especialista em Docência do ensino Superior – Unimontes. Aperfeiçoamento em implantodontia - ABO/MOC. Atuante na odontologia clínica desde 2000. Docente do ensino superior em odontologia, na Universidade...., desde 2005.

Angélica Cupertino Lopes Marinho

Graduada em Odontologia (UFMG). Especialista: Periodontia (FOBUSP) e Saúde Coletiva (UFMG). Mestre em Saúde Pública (UFMG). Doutora em Saúde Coletiva (UFMG/University of Maryland). Pós-doutoranda em Odontologia (UFMG), especializando-se em implantodontia e prótese dentária (FACSETE). Dentista (2002-2018), coordenadora da Atenção em Saúde Bucal, Conselheira Municipal.

Claudiojanes do Reis

Graduado em Odontologia pela Universidade de Uberaba (2000). Mestre em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia (2004) e Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES (2016). Possui especializações em Neurociências e Comportamento pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Gestão Microrregional em Saúde, Ciências da Saúde, Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa e professo da FUNORTE. Membro da Sociedade Brasileira de Anatomia. Projetos: Inovação e Tecnologia em Saúde. Experiência na gestão do Serviço Municipal de Saúde.

Eliane Maria Mascarenhas da Silva

Graduada em Odontologia Técnica em Agroindústria pelo Instituto Federal do Tocantins, campus Paraíso do Tocantins, em 2017. Mestre e Doutoranda em Odontologia,na Universidade....., na área de concentração de Saúde Coletiva, na linha de pesquisa de Políticas, Instituições e Serviços de Saúde, desenvolvendo trabalhos na área de Comunicação em Saúde.

Érick Tássio Barbosa Neves

Graduado,Universidade Estadual da Paraíba(UEPB). Mestre em Odontologia pelo Programa de Pós Graduação em Odontologia (PPGO) da Universidade Estadual da Paraíba. Doutor, e Pós doutor em Odontologia com área de concentração em clínica Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Saúde Coletiva e Gerenciamento de Serviços de Saúde. Trabalha na temática do letramento em saúde bucal em colaboração com o centro de letramento em saúde da Universidade de Maryland nos Estados Unidos (EUA). Professor adjunto na graduação e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO-UEPB).

Fabian Calixto Fraiz

Graduado em Odontologia Universidade Federal do Paraná. Mestre, Doutor em odontopediatria. Universidade de São Paulo. Pós-doutor em Odontopediatria, FO/UFMG. Professor dos Programas de Pós-graduação em Odontologia e Saúde Coletiva Universidade Federal do Paraná. Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia do Programa de Pós-graduação em Odontologia. Integra a rede de pesquisas *Oral Health Literacy*. Temas: epidemiologia das doenças bucais, alfabetismo em saúde bucal, odontopediatria, alimentação e saúde bucal.

Flávio de Freitas Matos

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1992), mestrado em Odontologia pela University of Leeds (UK) (1997) e doutorado em Odontologia Restauradora pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2001).

Atualmente é Professor Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia Social e Preventiva, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, ensino, saúde bucal, saúde coletiva.

Gabriela Macedo Fraiz

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e em Gastronomia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Experiência em Ciência sem Fronteiras. Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar na Saúde do Adulto e do Idoso. Mestrado em Ciência da mestrado em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Doutorando com dupla titulação no *Programa de Doctorado en Alimentación, Fisiología y Salud da Universidad de Navarra*. Faz parte do grupo de pesquisa Estudos em Nutrição e Obesidade da UFV.

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1976), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (1987) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (1996). É professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE), lecionando nesta desde 1980 e é membro do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da UECE, respondendo pelas disciplinas Nutrição e Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Letramento em Saúde. Docente permanente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da UECE, respondendo pela disciplina Gestão da Clínica em Saúde e Estratégias de Letramento em Saúde. Especialista em Literacia

em Saúde na Prática, Métodos, Estratégias e Intervenção, pelo Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), de Portugal. Bolsista de Produtividade CNPq - PQ2, triênio 2024-2026. É lider do grupo de pesquisa Letramento em Saúde, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas. É integrante da International Health Literacy Association (IHLA), da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) e da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS). Na REBRALS integra a diretoria executiva e a diretoria científica. Também é membro fundador da Academia Cearense de Saúde Pública (ACESP).

Isabela Almeida Pordeus

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1980), com Mestrado em Odontopediatria pela Universidade de São Paulo (1986) e Doutorado em Epidemiology and Public Health - University College London (1991). É professora titular em Odontopediatria da Universidade Federal de Minas Gerais, estando como Pró-Reitora de Pós-Graduação (2022-2026). Compõe o Grupo Assessor Especial da Diretoria de Relações Internacionais da CAPES (GAE/DRI/CAPES) e o Comitê Assessor da Diretoria de Relações Internacionais da UFMG. Preside o Comitê Assessor da Área de Ciências da Saúde/PRPq/UFMG (2018-2023). Pertenceu ao Comitê de Assessoramento - Área de Odontologia (CA-OD) do CNPq (2021-24; 2015-18), coordenando-o no período de 2017 a 2018. Presidiu a Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO (2018-2020), sendo hoje de seu Conselho Diretor. Coordenou a Área de Odontologia na CAPES (Período 2008/2010 e 2011/14), tendo sido representante titular da Área de Ciências da Vida na Câmara de Ensino Superior do Conselho Técnico-Científico (CTC-ES) (Período 2008/2010 e 2011/14). Foi Diretora-Adjunta de Relações Internacionais da UFMG (Período 2006-2009) e Pró-Reitora Adjunta

de Pós-Graduação da UFMG (Período 2009-2010). Coordenou e planejou a instalação do Espaço UFMG do Conhecimento (Período 2007-2009). Pertence ao Educational Committe e da Organization For Safety And Assepsis Procedures - OSAP. Atua na interface Odontologia, Epidemiologia e Ciências Sociais. Sua linha de investigação versa principalmente sobre os seguintes temas: promoção da saúde, qualidade de vida, epidemiologia da saúde, ações afirmativas no ensino e na pesquisa.

Isolda Mirelle de Lima Ferreira Prata

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Avaliação em Saúde Aplicada à Vigilância (Fiocruz/ UFPE). Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Atualmente é doutoranda em Odontologia (UEPB), atuando na linha de pesquisa Epidemiologia e Promoção de Saúde em Odontologia.

Karina Duarte Vilella

Graduada em Odontologia. Especialista em Saúde da Família (Residência Multiprofissional) e Mestre em Odontologia com ênfase em Odontopediatria. Doutoranda em Odontologia (PPGO- UFPR) e atua como Cirurgiã-Dentista da atenção primária à saúde.

Luci Ana Santos da Cunha

Doutoranda na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Mestra em Didática, Metodologia e Teorias do Ensino pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Especialização em Alfabetização e Psicopedagogia. Graduada em Pedagogia pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Possui ampla

experiência na área de Alfabetização e Letramento, Educação e Gestão, com ênfase em formação de professores. Experiência profissional: Docente no Ensino Superior (Graduação e Pós); Supervisora de Estágio Curricular; Coordenadora do Programa Bolsa Alfabetização e do Projeto Liga das Universidades Leitoras; Professora convidada no Instituto Sedes Sapientiae-CNRVV; Supervisora Escolar da Rede Municipal de Ensino de São Paulo; Assessora Pedagógica de Sindicatos de profissionais da educação; Psicopedagoga institucional; Coordenadora dos cursos de Pedagogia, Psicopedagogia e do NOP (Núcleo de Orientação Psicopedagógica). Desenvolvimento de conteúdo, videoaulas, videoconferências e tutoria para EaD..

Luciana Reichert da Silva Assunção

Graduada em Odontologia (PUC-PR). Especialista em Odontopediatria (UNOPAR) e em Estatística, com ênfase em pesquisa (PUC-PR). Mestre e Doutora em Odontopediatria (FOA/UNESP). Professora Associada e Pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, integrante do grupo de pesquisa Letramento/Literacia em saúde Bucal (CNPq).

Luisa Gatti Reis

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2018), com período de Graduação Sanduíche no Exterior (CNPq), na University of Alberta. Mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2022). É estudante de doutorado em Odontologia, área Odontopediatria, na Universidade Federal de Minas Gerais (2025).

Marajane de Alencar Loyola

Possui graduação em Psicologia (2007) pelas Faculdades Integradas Pitágoras; Artes (1994) e Letras pela Universidade Estadual de Montes Claros (2000). É pós-graduada em Educação Artística Aplicada. É Mestre em Ciência da Educação. É mestre em Biotecnologia da Informação Aplicada à Saúde. É pós-graduada em Atendimento Sistêmico a Famílias e Redes Sociais pela PUC. É especialista em Obesidade e Síndrome Metabólica pela Faculdade Estadual de Maringá no Paraná. É especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional. É especialista em Psicologia Forense e Jurídica. Atualmente atua como Psicóloga em Consultório particular e leciona a matéria Psicologia Jurídica em curso de Direito. Atua como supervisora de atendimento clínico em consultório particular. Atua como facilitadora de Círculos de Paz. É conciliadora e mediadora. É assessora das Políticas Estudantis na UNIMONTES.

Mariane Carolina Faria Barbosa

Graduada em Odontologia e Mestre em Ciências Odontológicas pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG). Especialista em Odontopediatria pela São Leopoldo Mandic. Doutora em Odontopediatria pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atualmente é bolsista de Pós-Doutorado Júnior do CNPq junto à Faculdade de Odontologia da UFMG.

Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Professor Titular no Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da UFMG. Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da

UFMG, mestrado em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da UFMG, doutorado em Ciência Animal, área de concentração Epidemiologia pela Escola de Veterinária da UFMG e programa Estágio Sênior no Exterior financiado pela CAPES no The Forsyth Institute/Harvard School of Dental Medicine. Atua principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva, epidemiologia, clínica odontológica.

Nadja Ferreira Rabelo de Melo

Graduações: Ciências Biológicas(Universidade Potiguar, UnP, Natal/RN). Bacharela em Direito (FAINOR) e Gastronomia (UNIFTC). Especialista em Bioquímica da Nutrição (UFRN) e Mestre em Bioquímica (UFRN). Foi Docente da UnP, lecionando a Cátedra Bioquímica para os Cursos da Saúde (Odontologia, Nutrição, Enfermagem, Estética e Cosmetologia, Fisioterapia, Farmácia e Ciências Biológicas), Química Orgânica (Ciências Biológicas) e Bromatologia (Nutrição). Foi representante da Diretoria do Curso de Nutrição na condição de suplente (Resolução n. 051/2005-ConSUni/UnP: Núcleo de Educação Permanente em Saúde da UnP - NEPS). Atualmente é docente de Ensino Superior, classe Adjunto, Dedicação Exclusiva, nível A. Lotada no Departamento de Ciências Naturais, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB. Coordenadora do Laboratório de Química II - Bioquímica (UESB). Membra da Plenária do Colegiado de Engenharia Agronômica/UESB. Tem experiência na área de Bioquímica, com ênfase nos seguintes temas: Biomoléculas, Metabolismo, Glicosaminoglicanos e Sistemas Enzimáticos. Ministra: Bioquímica Metabólica (Engenharia Agronômica), Bioquímica II (Ciências Biológicas/Licenciatura/Bacharelado). Ministrou: Bioquímica I (Ciências Biológicas) e Bioquímica (Engenharia Florestal); Palestras no Módulo de Metabolismo Glicídico e Lipídico (Curso de Medicina).

Foi Presidente do Processo Administrativo Disciplinar (Portaria n 1521/2010, de 12 de agosto de 2010, D.O.E. de 14 e 15 de agosto 2010); Parecerista Ad hoc. Foi pesquisadora do GEPECC-UESB. Foi membra do N.D.E. do Colegiado de Engenharia Agronômica (RES. PORTARIA N. 271, 22/06/2020 - UESB). É Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/ Unimontes /INPES). Membra do projeto Letramento em saúde entre pessoas que vivem com diabetes cadastradas na Atenção Primária à Saúde: um ensaio clínico randomizado, CNPq/MCTI/FNDCT N 18/2021-Faixa B-Grupos Consolidados. Membra nos Grupos de Pesquisa: Química Analítica e Ambiental-UESB; Vigilância e Letramento em Saúde-Unimontes e Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos do Corpo/UESB.

Neida Neto Vicente Ramos

Graduada em Medicina Geral Mestre em Saúde e desenvolvimento pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa em Portugal, e Doutoranda em Saúde Global e Doenças Tropicais na mesma universidade. É investigadora na área de Literacia em saúde nos países de língua e expressão portuguesa, Portugal, Angola, Moçambique e São Tomé. Membro da direção da African Health Literacy Network; Membro da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde; Membro da International Health Literacy Association. Foi professora do Departamento de Ciências da Saúde do Instituto Superior Politécnico de Benguela, Angola, lecionando as disciplinas de Epidemiologia, Bioética e Investigação fase Empírica. Atuou como médica no Hospital Militar Principal de Luanda/Instituto Superior em Luanda, Angola, e atualmente exerce funções como médica no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Portugal. É Coordenadora Científica do Congresso Nacional de Médicos Internos de Formação Geral de 2024 “MEDSTART” em Portugal. Tem publicações científicas na forma de artigos e capítulos de livro na

área da literacia em saúde do adolescente e do adulto e participações em congressos internacionais na forma de poster e comunicação oral.

Patrícia Paula de Carvalho Sampaio Lima

Graduada em Odontologia - Universidade de Fortaleza (2005) - *University of Texas Health Science Center San Antonio, Texas, United States* (2022). Pós-Graduada em Saúde Pública e em Prótese e Especialista em Ortodontia. Voluntária no *Post Doctorate Research Fellow*, *Dr. Bennett Amaechi Research Laboratory* (2018-2020). *Volunteer Dental Assistant at Haven for Hope Dental Clinic* (2019-2020).

Patrícia Santos Silva

Graduada em Odontologia pela Universidade de Itaúna (2017). Especialista em Odontopediatria pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2021). Mestre em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2022). É estudante de doutorado em Odontologia, área Odontopediatria, na Universidade Federal de Minas Gerais (2025).

Pedro Eleutério dos Santos-Neto

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutorado e Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unimontes. Especialista em Fisiologia Humana Aplicada às Ciências da Saúde. Especialista em Educação em Saúde. Especialista em Ciências da Saúde. Atua como professor na Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), na Faculdade de Ciências Odontológicas (FCO) e nas Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte). Ocupa cargo de Coordenador de Pesquisa e Extensão (COPEX) na FCO e de

Membro do Comitê de Ética em Pesquisa e de Orientador de TCC no curso médico da Funorte. Ocupa cargo público efetivo de cirurgião-dentista no Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG). Tem experiência nas áreas de Fisiologia e Anatomia Humana, Fisiologia Oral, Semiologia Odontológica, Letramento em Anatomia Humana e Avaliação de Aprendizagem.

Raquel Ajub Moyses

Graduada em Medicina. Especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, pelo Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP e pela Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Doutorado USP.Master in Public Health - Clinical Effectiveness - Harvard School of Public Health. Linhas de pesquisa: Letramento em Saúde, modelos preditivos no desenvolvimento e prognóstico do câncer de cabeça e pescoço.

Roberto César Faria

Graduado em Administração e Ciências Contábeis. Mestre em Administração, pela Faculdade de Estudos Administrativos (FEAD). Doutor em Ciências da Saúde, pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Professor de ensino superior (efetivo) na Unimontes.

Saul Martins Paiva

Possui graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1986), mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991), doutorado em Odontologia pela Universidade de São Paulo (1999) e pós-doutorado pela Universidade McGill, Montreal, Canadá (2008).

Professor Titular do Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Minas Gerais. Presidente do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria (gestão 2020-2022). Professor Visitante no Departamento de Epidemiologia e Saúde Publica da McGill University (2007-2008), Canadá. Membro do Comitê Assessor da FAPEMIG, CNPq (2018-2021; 2024-2027) e CAPES. Membro do Conselho Diretor da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPQO) e Editor Chefe da Brazilian Oral Research (2019-2024). Membro do IADR Awards Review Committee da International Association for Dental Research (IADR) (2018-2020); Membro do Observatório de Investigación de Caries Dental en Latino America da Latin American Region da International Association for Dental Research (OICAL-LAR-IADR), Membro do Core Team Group of Cariology da LAOHA (Latin America Oral Health Association), Membro do Consenso de Cárie Dentaria para América Latina e Caribe (LAOHA). Presente entre os 2 mais influentes pesquisadores do mundo nos anos de 2021, 2022, 2023 e 2024 no ranking da Stanford University - Elsevier. Tem experiência nas áreas de Odontologia e Saúde Coletiva, com ênfase em Odontopediatria, Epidemiologia e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: indicadores psicossociais, desfechos relatados pelo paciente, qualidade de vida, cárie dentária, traumatismo dentário e maloclusão.

Tatiane Palmeira Eleutério

Possui graduação em Nutrição pela Escola de Nutrição (ENUT) da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) (2006), especialização em Gestão da Segurança dos Alimentos pelo Serviço Nacional do Comércio (SENAC/MG) (2012) e em Nutrição Clínica pela Universidade Gama Filho (UGF) (2008), mestrado pelo Programa

de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCS/Unimontes) (2020) e doutorado em andamento pelo mesmo programa. Pesquisadora do Projeto "Aprimoramento da atenção à saúde de adultos com obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde" do Ministério da Saúde em parceria com Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Experiência em Nutrição na área de gestão, docência de ensino superior e de curso técnico; além de supervisão de estágio curricular de nível superior. Atua principalmente nas seguintes áreas: letramento em saúde, alfabetização em saúde, obesidade, segurança alimentar.