



HISTÓRIA DO LETRAMENTO EM SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Health literacy history: a narrative review

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins¹
Helena Alves de Carvalho Sampaio²
Ana Tereza Silva e Diogo³
Pablo Xavier Versiani Lima⁴
Leticia Gomes Monteiro Mesquita⁵
Cláudia de Andrade Souto⁶
Nair Amélia Prates Baretto Lima⁷

RESUMO

Objetivo: Conduzir uma revisão narrativa sobre os aspectos históricos do letramento em saúde. **Métodos:** Foram acessadas as bases de dados SciELO/BVS/PubMed, em português e em inglês, independente do ano de publicação, utilizando as palavras-chave “Letramento em saúde”, “História” e “Educação em saúde”.

¹Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde pública. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: martins.andreaamebl@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1205-9910>

²Nutricionista. Doutora em Farmacologia. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Avenida Doutor Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, 60741-000, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: dr.hard2@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5353-8259>.

³Cirurgiã-dentista. Mestre em Prótese dentária. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: anatsd@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1986-9438>.

⁴Graduando do curso de Medicina. Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: pabloxv123@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8101-6853>.

⁵Graduanda do curso de Medicina. Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: lgmm.monteiro@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3226-5372>.

⁶Professora Universitária; Mestra em Letras/Estudos Literários. Departamento de Comunicação e Letras da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes - Montes Claros/MG. Avenida Rui Braga, sem número, Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: claudiaasouto@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3474-4177>.

⁷Professora. Mestre em Saúde Pública (UNIFESP). Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: nair.barreto@unimontes.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6036-252X>.

Recebido em	Aceito em	Publicado em
12-08-2022	09-09-2022	15-09-2022

Identificaram-se traduções para o português do Brasil e definições e/ou conceitos do termo “*health literacy*”. Além das publicações encontradas, considerou-se documentos oficiais mundiais e brasileiros, dentre outras publicações. **Resultados:** Identificou-se 4865 publicações e 6 documentos oficiais. Os artigos selecionados apresentaram aspectos da história do letramento em saúde, e os documentos, informações relacionadas às organizações letradas em saúde. **Conclusão:** O letramento em saúde é um fenômeno heterogêneo, com origens diversas e ainda em evolução. Ao longo do tempo, o tema ganhou relevância devido à conscientização sobre a sua importância, não apenas para a saúde individual e coletiva, mas também para a qualidade de vida das pessoas. Apesar disso, ainda há um longo caminho para a disseminação do tema de forma geral e para a total implementação do letramento em saúde, especialmente no contexto das organizações letradas em saúde.

Palavras-chaves: : Letramento em saúde; História; Educação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To conduct a narrative review of historical aspects of health literacy. **Methods:** The SciELO/BVS/PubMed databases were accessed, in Portuguese and in English, regardless of the year of publication, using the keywords “Health literacy”, “History” and “Health education”. Translations into Brazilian Portuguese and definitions and/or concepts of the term “health literacy” were identified. In addition to the publications found, official world and Brazilian documents were considered, among other publications. **Results:** 4865 publications and 6 official documents were identified. The selected articles presented aspects of the history of health literacy, and the documents presented information related to health literate organizations. **Conclusion:** Health literacy is a heterogeneous phenomenon, with diverse origins and is still evolving. Over time, the topic has gained relevance due to awareness of its importance, not only for individual and collective health, but also for people's quality of life. In spite of this, there is still a long way to go for the dissemination of the theme in general and for the full implementation of health literacy, especially in the context of literate health organizations.

Keywords: Health literacy; History; Health education.

INTRODUÇÃO

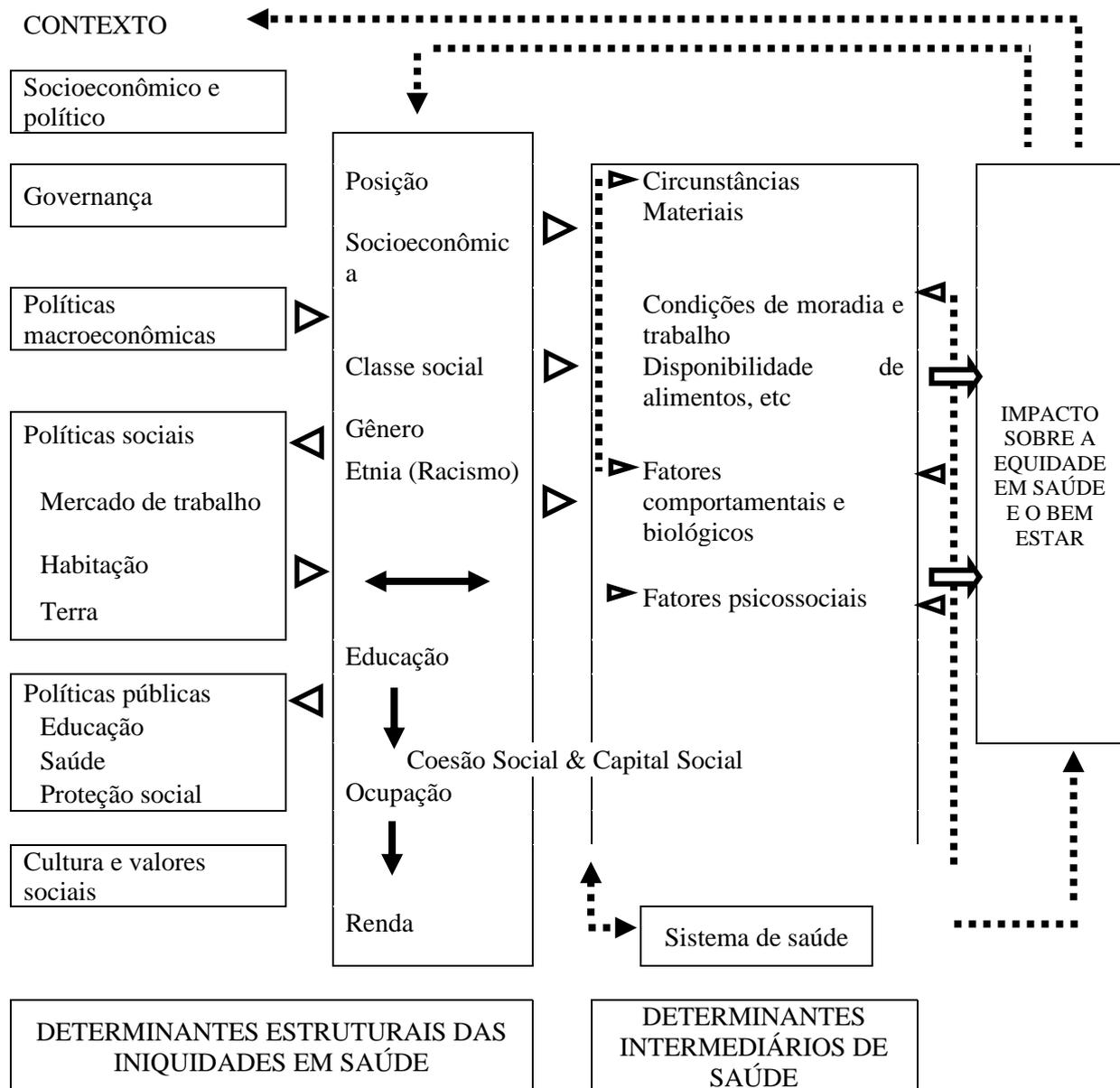
Ao longo dos anos, a sociedade passou por transformações e as pessoas foram expostas, de forma crescente, às informações e desinformações sobre saúde. Nesse sentido, ser uma pessoa letrada em saúde tornou-se um grande desafio. Uma pessoa é considerada letrada em saúde quando tem motivação, conhecimento e habilidades para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde, tendo em vista a manutenção ou a melhoria de sua condição de saúde. A dificuldade no processamento dessas informações pode levar a comportamentos inadequados referentes à saúde, predispondo ao aumento dos índices de internações, piora na qualidade de vida e redução da autogestão em saúde^{1,2}.

O termo “educação em saúde” tem sido usado como sinônimo de “letramento em saúde”, porém, Rootman *et al*, define o Letramento em Saúde (LS) como um processo distinto, mas relacionado à educação em saúde. Para Rootman, a educação em saúde geralmente se refere às estratégias orientadas pela educação para capacitar as pessoas para decisões de saúde apropriadas e comportamentos de saúde que levarão a resultados positivos de saúde. Dessa forma, a educação em saúde pode, mas não necessariamente, envolver o ensinamento das habilidades de LS para as pessoas ficarem aptas a encontrar, compreender, avaliar e transmitir informações relacionadas à saúde. Assim, o LS seria um resultado da educação em saúde³.

Por meio da educação em saúde e do letramento em saúde, as pessoas podem se tornar empoderadas para fazer escolhas saudáveis e desfrutar de resultados positivos em saúde²⁻³. Por isso, o LS decorre do conceito de promoção da saúde, definido na Carta de Ottawa (1986), como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo um maior controle dos indivíduos e da comunidade sobre o processo saúde-doença⁴. Tem sido demonstrado em pesquisas que essa delegação de poder é um dos indicadores que mais contribuem para a variação do LS e que um maior nível de LS implica em maior empoderamento. Portanto, o fortalecimento do LS pode levar a um aumento da promoção de autonomia⁵. Ao se considerar o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão e empoderamento das pessoas, o conceito de LS pode ser conectado aos determinantes sociais da saúde⁶, que são mecanismos sociais, econômicos e políticos que dão origem a um conjunto de hierarquias sociais, nas quais as populações são estratificadas de

acordo com renda, educação, ocupação, sexo, gênero/orientação sexual, raça/etnia, dentre outros fatores, conforme tradução apresentada a seguir⁷. (Figura 1)

Figura 1. Tradução do Modelo Teórico Conceitual para Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin, em 2010.



Fonte: Solar & Irwin, 2010.

Essas posições socioeconômicas, por sua vez, moldam determinantes específicos do estado de saúde, os determinantes estruturais, bem como os intermediários, que refletem

como os indivíduos experimentam, de diferentes formas, a exposição e a vulnerabilidade das condições comprometedoras de saúde. Esses padrões de estratificação social, ou seja, a distribuição desigual de poder, recursos e prestígios entre grupos da sociedade, são responsáveis pelas iniquidades em saúde⁷. Em 2021, o conceito de LS foi alinhado pela *World Health Organization* (WHO). Com os avanços no setor, a importância da conexão indivíduos e organizações de saúde foi reconhecida. Dessa forma, LS corresponde aos conhecimentos e competências pessoais que se acumulam por meio das atividades diárias, interações sociais e através de gerações. 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 quem está à sua volta⁸. O baixo LS pode impedir que os indivíduos se envolvam plenamente com a sociedade e alcancem seus objetivos de vida. Por conseguinte, melhorar o LS é um elemento importante ao se considerar as estratégias para reduzir as iniquidades em saúde⁶.

Constata-se a necessidade de informações em saúde confiáveis e acessíveis, adaptadas às particularidades e circunstâncias de cada um dos diferentes grupos sociais⁹. O LS, anteriormente relacionado apenas aos indivíduos, com o passar do tempo, recebeu uma definição mais ampla^{1,10,11}. O papel essencial das organizações que fornecem informações e serviços relacionados à saúde para melhorar o LS, bem como o nível de dificuldade e a complexidade das informações foram reconhecidos. Os serviços de saúde, isto é, uma das organizações que devem considerar o LS, desempenham um papel crucial em determinar se as pessoas serão capazes de tomar as decisões e seguir as ações informadas conforme proposta do LS. Há uma tendência em se responsabilizar as organizações que vêm se fortalecendo com a expansão do conceito do LS. A equidade foi considerada imperativa na Organização Letrada em Saúde (OLS), incentivando, assim, uma abordagem sistemática para melhorar o LS¹⁰. Na literatura, existem termos relacionados ao termo “OLS”. Dentre eles, foram registrados o “letramento em saúde organizacional”, a “organização de cuidado à saúde letrada em saúde” e a “responsividade ao letramento em saúde organizacional”¹²⁻¹⁴. Neste estudo foi adotado o termo OLS.

A concepção da OLS surgiu diante da necessidade de se reduzir a complexidade dos sistemas de saúde e melhorar a forma na qual as organizações de saúde fornecem as

informações e os serviços. De acordo com o relatório *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations* (2012), “uma OLS é aquela que apoia pessoas com baixo LS a navegar, entender e usar informações e serviços para cuidar de sua saúde”¹³. Este conceito defende uma abordagem de precauções universais, de modo a oferecer serviços de saúde nos quais se supõe que todos os usuários possam ter baixo LS. Assim sendo, estrutura os serviços de forma a reduzir a complexidade e as barreiras para facilitar o acesso para todos¹⁵.

Diante da conscientização global da importância do LS, entender as origens desse fenômeno pode ser fundamental para compreendê-lo como uma peça-chave na promoção da saúde. Objetivou-se, portanto, conduzir uma revisão narrativa sobre os aspectos históricos do LS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa sobre os aspectos históricos do LS. A busca das publicações/artigos foi realizada, no mês de julho de 2022, na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e PubMed. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português foram: “Letramento em saúde”, “História”, “Educação em saúde”; em inglês foram “*Health literacy*” e “*History*”. Os descritores foram utilizados associando o operador booleano “AND”. Utilizando os descritores combinados em português, foram encontrados um total de 901 artigos, sendo 550 artigos na BVS, 80 artigos na SciELO e nenhum no PubMed com os descritores “Letramento em saúde AND História”. Com os descritores “Letramento em saúde AND História AND Educação em saúde”, foram encontrados 271 artigos no BVS e nenhum no Pubmed e Scielo. Com os descritores na língua inglesa, foram identificados 2969 artigos na BVS, 990 artigos na PubMed e 5 artigos na SciELO.

Foram encontrados 4865 artigos na busca inicial. A seleção dos artigos foi realizada a partir de uma pré-seleção com a leitura dos resumos, identificando aqueles que se enquadravam no objetivo da pesquisa. Em seguida, foi realizada a leitura dos artigos na íntegra pelos autores e realizada uma nova seleção. Foram incluídos artigos na língua inglesa e portuguesa que estivessem disponíveis na íntegra e de acordo com o tema proposto por este artigo. Foram excluídos os artigos que se apresentavam em duplicidade ou como traduções, e aqueles que não trouxeram a história relacionada ao LS ou informações relacionadas às organizações letradas em saúde. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, um

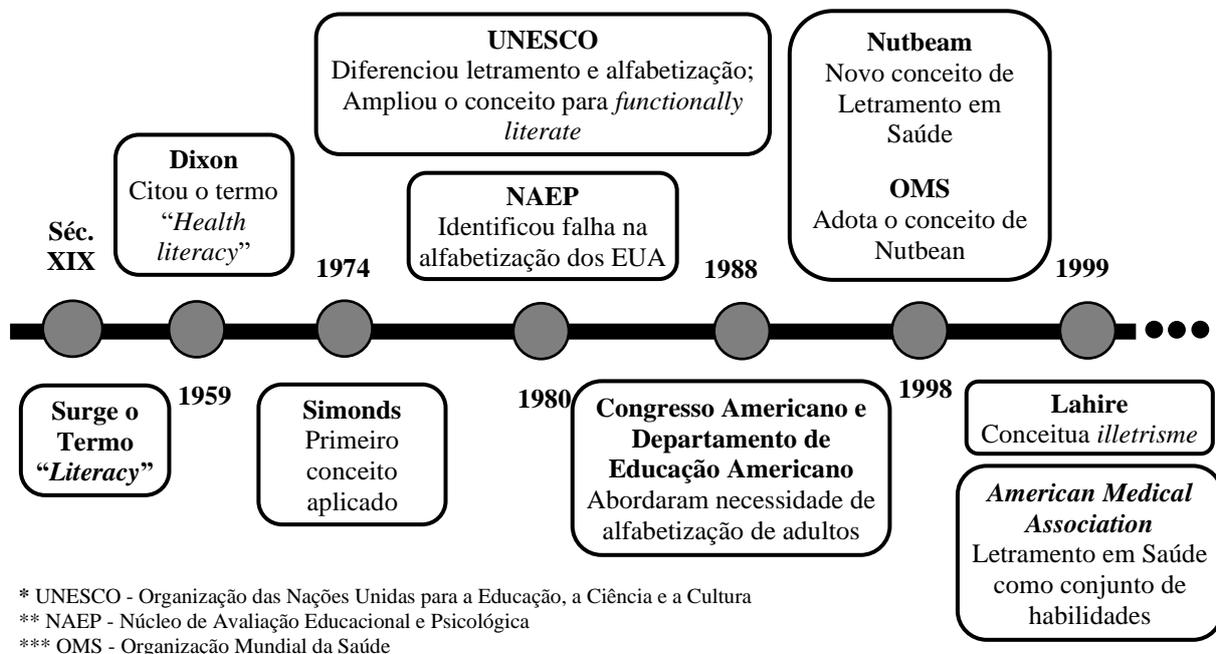
total de 34 publicações foram selecionadas para o presente estudo, sendo 6 documentos e 28 artigos.

RESULTADOS

Foram identificadas 34 publicações, das quais foram incluídos 28 artigos completos que, em algum momento, discorriam sobre o tema e 6 documentos oficiais que trouxeram informações relacionadas às organizações letradas em saúde.

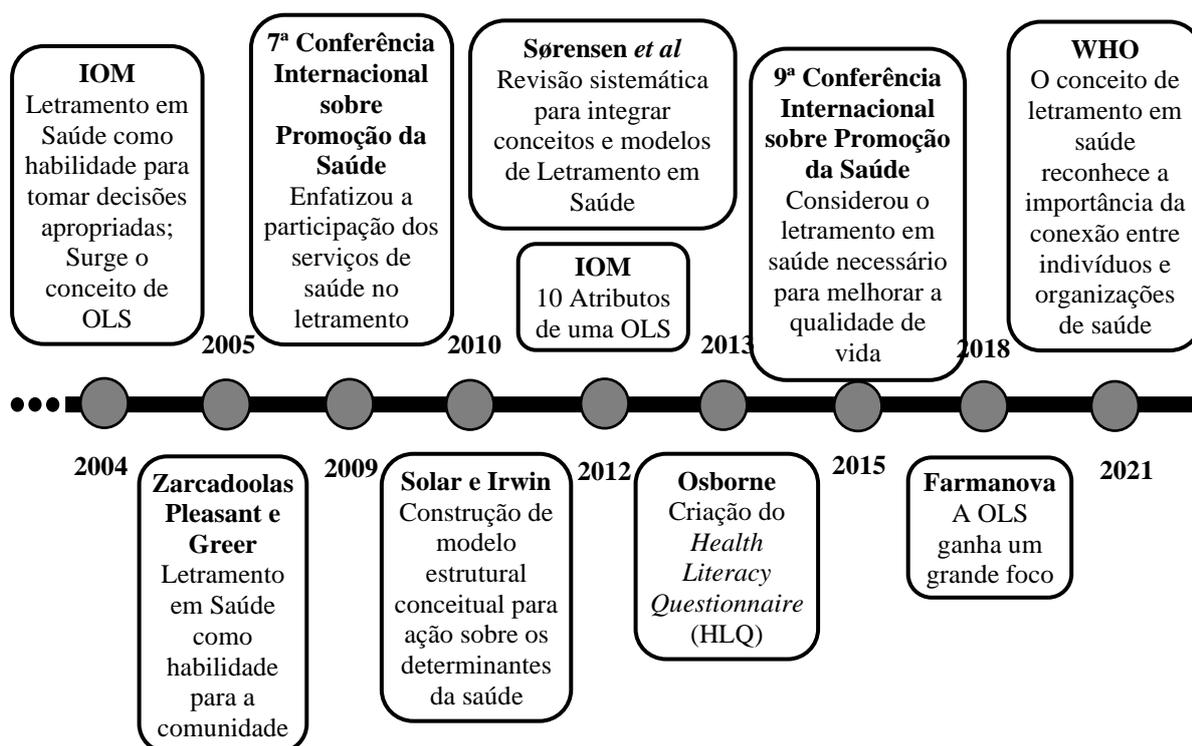
Na figura 2, há uma apresentação de uma linha do tempo com os principais aspectos históricos sobre o LS em nível mundial, a partir do surgimento do termo até o fim do século XX. (Figura 2)

Figura 2. Linha do tempo sobre o letramento em saúde em nível mundial, do surgimento do termo ao fim do século XX.



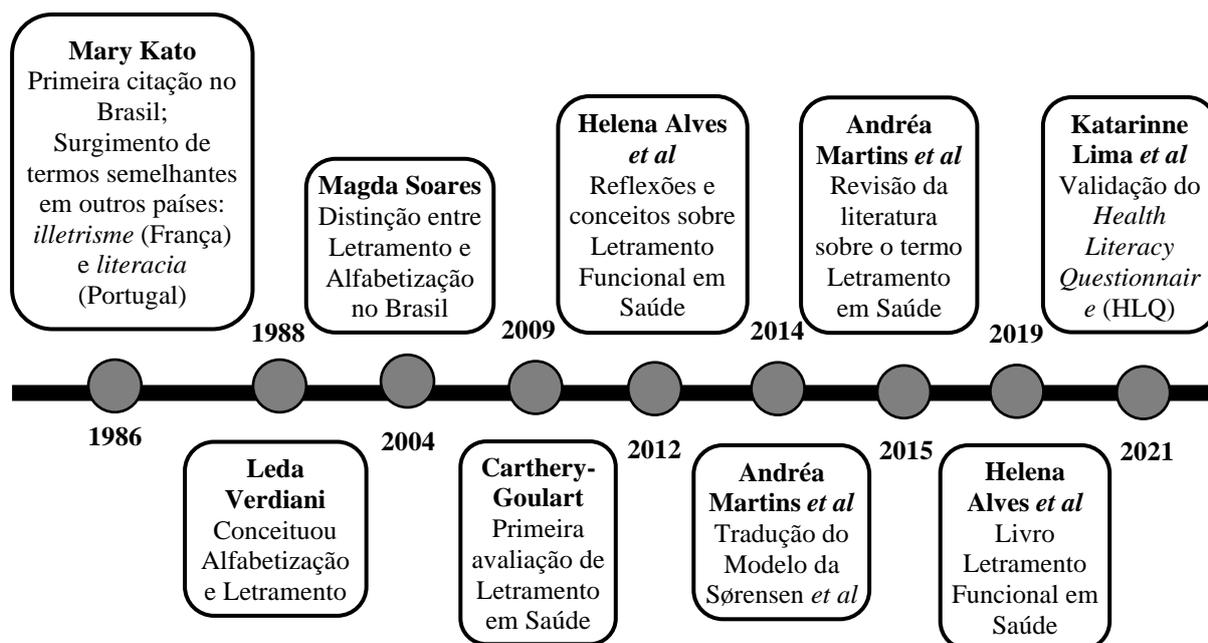
Na figura 3, há uma apresentação da continuação de uma linha do tempo com os principais aspectos históricos sobre o LS em nível mundial, a partir do início do século XX até 2022. (Figura 3)

Figura 3. Linha do tempo sobre o letramento em saúde em nível mundial, do começo do milênio até 2022.



Na figura 4, há uma apresentação de uma linha do tempo com os principais aspectos históricos sobre o LS em nível nacional, a partir do surgimento do termo no Brasil até 2022. (Figura 4)

Figura 4. Linha do tempo sobre o letramento em saúde em nível nacional, do surgimento do termo no Brasil até 2022.



REVISÃO DE LITERATURA

A) O TERMO “*LITERACY*”

O termo “*literacy*” foi introduzido no final do século XIX como uma combinação da palavra *literate* (letrado) com o morfema *-cy* (-mento). De acordo com o *Oxford Advanced Learner's Dictionary online*, o termo *literate* deriva do latim *litteratus*, que significa aprendido, letrado, tendo em sua origem a palavra *littera* (letra do alfabeto). Conforme *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary online*, *literacy* é a qualidade ou o estado de ser letrado¹⁶.

No final dos anos de 1970, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) propôs uma ampliação do conceito de *literate* para *functionally literate*, sugerindo que as avaliações sobre domínio de competências do uso de leitura e de escrita fossem além do medir apenas a capacidade de saber ler e escrever¹⁷. De encontro a isso, o mesmo ocorreu nos Estados Unidos no início dos anos de 1980, onde o *National Assessment of Education Progress* (NAEP) realizou uma avaliação na qual se constatou que grande parte dos jovens, graduados no ensino médio, não dominavam as habilidades de leitura exigidas em práticas sociais e profissionais que envolviam a escrita. Porém, verificou-se também que não há relações entre as dificuldades no uso da língua escrita e a alfabetização do sistema de escrita. Dessa forma, o problema não se encontrava na *illiteracy* (analfabetismo) e sim na *literacy* (domínio das competências de uso da leitura e da escrita)¹⁸. Aliado a isso, nesta mesma década, o baixo letramento foi identificado como uma preocupação de política nacional, dado que limitaria a competitividade econômica, social e de defesa. Consequentemente, o Congresso Americano pediu ao Departamento de Educação para definir letramento e abordar a necessidade de promover a extensão do letramento de adultos¹⁹.

A necessidade de se nomear práticas sociais de leitura e de escrita que ultrapassavam as práticas do ler e do escrever resultantes da aprendizagem do sistema de escrita possibilitou o surgimento simultâneo, em meados dos anos de 1980, dos termos *illettrisme*, na França, e *literacia*, em Portugal, fenômenos distintos daquele denominado *alfabetização*¹⁷. No Brasil, o termo “letramento” foi usado pela primeira vez por Mary Kato (1986), em seu livro “No mundo da escrita: uma perspectiva psicolinguística”, no qual o termo é compreendido como a habilidade de utilizar a variedade culta da língua, tendo relação direta com o processo de

alfabetização²⁰. Assim, os conceitos de alfabetização e letramento se mesclam, se superpõem e até mesmo se confundem¹⁷.

Em 1988, Leda Verdiani amplia o conceito de letramento, definindo-o como um processo sócio-histórico da aquisição de um sistema escrito por uma sociedade, afastando-o da alfabetização individual. A investigação do letramento deve ir além dos alfabetizados, deve avaliar as consequências da ausência da escrita em nível social e quais características da estrutura social têm relação com o nível de letramento dos alfabetizados e não alfabetizados, uma vez que a escrita e o letramento são causa e consequência de transformações sociais, culturais e psicológicas²¹. Já em 1999, no livro “*L’ invention de l’ illetrisme*”, Bernard Lahire esclarece que o termo *illetrisme*, como palavra e problema, surgiu para caracterizar os jovens e adultos que revelam precário domínio das competências de leitura e de escrita, dificultando sua inserção no mundo social e no mundo do trabalho¹⁷.

B) O TERMO *HEALTH LITERACY*

Quanto ao termo “*health literacy*”, este foi utilizado pela primeira vez em 1959, por Dixon, em seu artigo sobre a responsabilidade da comunidade na assistência médica, no qual a expressão foi citada como sendo uma das estratégias empregadas pela população para a melhoria dos cuidados médicos ofertados ao povo²². Somente no ano de 1974 que a expressão voltou a ser usada na literatura, dessa vez por Simonds, em seu artigo denominado *Health education as social policy*, trazendo-a como uma meta política para a educação em saúde a ser adotada em todos os níveis de ensino²³. O termo “*health literacy*” foi traduzido para o português do Brasil como “*alfabetização em saúde*”, “*letramento em saúde*”, “*letramento funcional em saúde*” e “*literacia em saúde*”²⁴.

C) LETRAMENTO EM SAÚDE ATRAVÉS DO TEMPO

O professor Don Nutbeam, em 1998, trouxe uma definição para *Health Literacy* na publicação intitulada “Glossário de promoção da saúde”, um documento originalmente preparado como recurso a ser utilizado para a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jacarta, Indonésia. Esta definição, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no mesmo ano, conceitua *Health Literacy* como:²⁵

Habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e usar a informação de forma a promover e manter a boa saúde.

Consoante ao conceito definido por Nutbeam, outros autores desenvolveram conceitos similares para o termo LS. Em 2004, o Instituto de Medicina (IOM - *Institute of Medicine*) definiu LS como “o grau que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender as informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões de saúde apropriadas”²⁶. E em 2005, Zarcadoolas, Pleasant e Greer definiram o 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 informadas, reduzir riscos e aumentar a qualidade de vida”²⁷. Além destes, *American Medical Association* definiu LS como a constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar leituras básicas e tarefas numéricas necessárias no ambiente de cuidados de saúde ²⁸.

Inicialmente, para a avaliação do nível de LS, eram utilizados instrumentos genéricos como o *Wide Range Achievement Test-Revised (WRAT-R)* e o *Slosson Oral Reading Test-Revised (SORT-R)*. Estes instrumentos podem até atribuir um grau geral do letramento do paciente. Porém, não fornecem necessariamente uma estimativa do nível do LS. O primeiro instrumento específico para a avaliação do LS foi o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*, desenvolvido em 1991, por Davis *et al* nos Estados Unidos. Ele consistia de 125 palavras relacionadas à saúde e foi usado principalmente para pacientes ambulatoriais. No entanto, estava disponível e validado apenas para a língua inglesa e não apresentava nenhum item que testasse as habilidades numéricas dos pacientes, um elemento importante para o LS^{29,30}.

Para aprimorar a avaliação do LS, foi desenvolvido o *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)* e sua versão em espanhol (*TOFHLA-S*), em 1995, por Parker *et al*. Ele consiste de 50 itens de leitura e 17 itens numéricos e foi validado no *Grady Memorial Hospital na Harbor – UCLA Medical Center* com 256 pacientes de língua inglesa e 249 pacientes de língua espanhola, sendo considerado um indicador válido e confiável da capacidade do paciente ler materiais relacionados à saúde³⁰.

Em 2009, foi publicada a primeira avaliação do LS no Brasil. Para isso, Carthery-Goulart *et al* aplicaram a versão reduzida do instrumento *TOFHLA-S* a 312 participantes

saudáveis (198 mulheres e 114 homens), voluntários, que utilizavam os serviços de saúde de hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo (SP). O estudo foi realizado entre 2006-2007 e o instrumento *TOFHLS-S* foi de fácil administração e fácil compreensão pelos participantes. Apesar disso, identificou que 32,4% da amostra tinham déficits de alfabetização funcional / uso de conceitos numéricos na área de saúde, com desempenho inadequado ou limítrofe no instrumento, aumentando para 51,6% entre os idosos³¹.

Nesse mesmo ano, na 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Nairóbi, foi discutida a necessidade do desenvolvimento de um mecanismo efetivo de LS. Para isso, baseou-se no argumento que os serviços de saúde devem fornecer as informações relacionadas à promoção de saúde de forma acessível e abrangente, adequando-as à idade, ao gênero, à cultura e à língua apropriada, principalmente para os grupos marginalizados³².

Após um ano, em 2010, Solar e Irwin apresentaram, no estudo “*A Conceptual Framework For Action On The Social Determinants Of Health*”, uma nova discussão sobre os determinantes sociais da saúde. Estes determinantes são mecanismos sociais, econômicos e políticos que dão origem às diversas hierarquias sociais, nas quais as populações são estratificadas de acordo com renda, educação, ocupação, gênero, raça/etnia e demais fatores. Esses padrões de estratificação social moldam os determinantes intermediários, responsáveis por como os indivíduos experimentam a exposição e as vulnerabilidades das condições que comprometem a saúde de diferentes formas, sendo responsáveis também pelas iniquidades em saúde⁷.

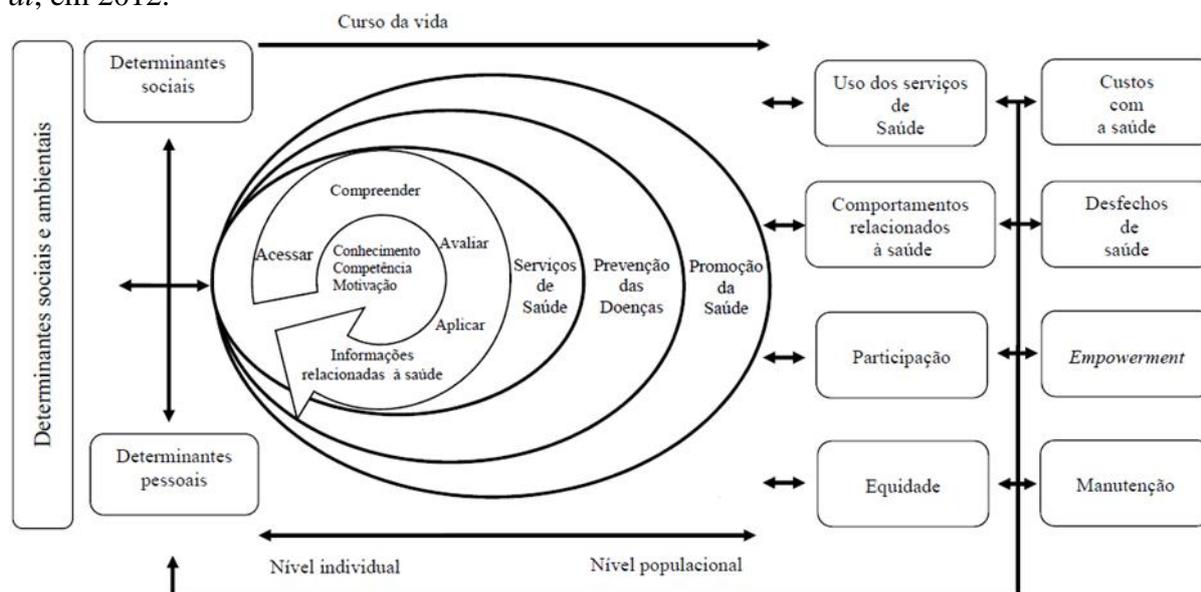
Tendo isso em vista, confirmou-se o LS como um determinante intermediário da saúde, como proposto pela OMS, em 2008, por meio da *Commission on Social Determinants of Health*. Assim, o LS tem uma relação direta com a qualidade de vida³³, uma vez que o baixo LS pode impedir que os indivíduos se envolvam com a sociedade e alcancem seus objetivos. Por isso, um adequado LS, adquirido por meio do acesso às informações de saúde boas, confiáveis e adaptadas às necessidades e circunstâncias de cada um, é uma importante estratégia para melhorar a qualidade de vida e reduzir as iniquidades em saúde⁹.

Em 2012, a pesquisadora Kristine Sørensen, fundadora da *Global Health Literacy Academy* e presidente da *International Health Literacy Association*, com colaboradores,

realizaram uma revisão sistemática e integraram as definições e modelos de LS em um único modelo, que revolucionou os estudos sobre o LS. Eles encontraram 17 definições de LS, dentre estas, a da Associação Médica Americana, do IOM e da OMS, já citados neste artigo, foram as mais utilizadas. Uma característica comum dessas definições é seu foco nas habilidades individuais para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde e à organização dos serviços de saúde necessárias para tomar decisões de saúde apropriadas. Todavia, já havia discussões sobre a importância do LS ir além de um foco individual e de seu papel na interação entre as demandas dos sistemas de saúde e as habilidades dos indivíduos¹.

Com base na integração desses conceitos, Sørensen *et al* desenvolveram um modelo integrado de LS. Embora já existissem vários modelos conceituais de LS, nenhum deles era suficientemente abrangente para se alinhar com as definições de LS com as habilidades que elas implicam, e poucos tinham sido validados empiricamente. Para resolver essas deficiências, propuseram esse modelo que captura as principais dimensões dos modelos conceituais existentes na época. O modelo combina as qualidades de um modelo conceitual, que delineia as dimensões mais abrangentes de LS, e um modelo lógico, mostrando os fatores proximais e distais que impactam no LS, bem como caminhos que relacionam o LS aos resultados de saúde. Ele identifica doze dimensões do LS referentes às competências relacionadas com o acesso, a compreensão, a avaliação e a aplicação da informação em saúde nos domínios do cuidado à saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde¹. Esse modelo foi posteriormente traduzido para o português do Brasil, proporcionando um auxílio às futuras pesquisas nacionais na área³⁴. (Figura 5)

Figura 5. Tradução do modelo teórico de letramento em saúde apresentado por Sørensen *et al*, em 2012.



Fonte: Martins *et al*, 2014.

A 9ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em 2015, em Xangai, China, e considera como tripé para melhorar os níveis de qualidade de vida a cidade saudável, a gestão participativa e o LS. Em sua essência, considerou o LS como promotor dos comportamentos individuais, familiares e comunitários de busca pela saúde, além de uma forma de empoderar os cidadãos para reivindicar os seus direitos e serviços de qualidade. Com isso, ao incentivar o LS, tanto popular quanto dos decisores políticos e investidores, possibilita-se o engajamento social em ações de promoção da saúde coletiva e o compromisso persistente com os impactos sobre a saúde e suas ações efetivas sobre os determinantes da saúde³⁵. O tema LS estava ganhando cada vez mais espaço nas pesquisas em nível nacional. Assim, pode-se destacar o estudo intitulado “Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura”, publicado nesse mesmo ano. Neste estudo, o termo “Alfabetização em Saúde foi considerado uma vez que o descritor cadastrado nos Descritores em Ciências da Saúde (DECs) era esse. Martins *et al* revisaram o tema de modo a identificar os principais modelos que o norteavam, além das diferenças e aproximações entre os termos “educação em saúde” e “letramento em saúde”. Além disso, foi possível destacar os grupos mais vulneráveis ao baixo LS, sendo eles, as crianças, os adolescentes, os idosos, as pessoas com necessidades especiais, as minorias étnicas e os desfavorecidos socioeconomicamente²⁴.

Em razão do reconhecimento da sua relevância, foram desenvolvidos e validados diferentes instrumentos para avaliação do LS das pessoas. Estes instrumentos têm como propósito subsidiar a avaliação do nível de LS e, com base nisso, buscar estratégias para o aprimoramento do cuidado em saúde, uma vez que bons níveis de LS repercutem em melhores desfechos de saúde. A variedade de instrumentos reflete as dificuldades de avaliação do LS e a busca para tentar preencher as lacunas dos métodos existentes.

Nesse contexto foi desenvolvido um projeto financiado pela *National Institutes of Health's National Library of Medicine* que contou com a colaboração de três instituições: 1) *Communicate Health, Incorporation* (<https://communicatehealth.com/>), 2) Universidade de Boston, 3) Instituto de pesquisa independente sem fins lucrativos dedicado à melhoria da condição humana intitulado *Research Triangle Institute* (RTI) (<https://www.rti.org/>). Esse projeto culminou com a disponibilização pública de um repositório em um sítio eletrônico (<https://healthliteracy.bu.edu/>). Trata-se de uma base de dados onde são disponibilizados instrumentos para mensurar ou avaliar os níveis de LS em distintas circunstâncias. Esta base de dados foi intitulada *Health Literacy Tool Shed*, traduzida aqui como Oficina de Ferramentas de Letramento em Saúde. Em consulta ao sítio eletrônico desse repositório, em setembro de 2022, constatou-se a disponibilização de 217 ferramentas ou instrumentos idealizados para avaliar os níveis de LS em diferentes contextos. Dentre elas identificou-se um processo de avaliação para medir o LS em nível organizacional desenvolvido pela *Vanderbilt Center for Effective Health*.

Um exemplo significativo desse esforço de avaliar os níveis de LS entre as pessoas é o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), criado em 2013 por Richard Osborne e colaboradores³⁶. Esta ferramenta ou instrumento de avaliação foi validado e adaptado para o português do Brasil por Katarinne Lima Moraes e colaboradores, em 2021, em busca de maior abrangência avaliativa no contexto brasileiro³⁷. O HLQ tem como propósito avaliar o LS de uma forma mais abrangente, com base nas perspectivas da população em geral, dos pacientes, dos profissionais e dos formuladores de políticas. Esse instrumento é multidimensional e considera as dimensões funcional, interativa e crítica do LS. Os itens do questionário foram elaborados diretamente a partir de dados colhidos em consultas e entrevistas. No começo, foram gerados 91 itens em seis escalas com opções de resposta “concordo/discordo”, e cinco escalas com opções de resposta “a dificuldade em realizar tarefas”. Após testes cognitivos e

psicométricos, o instrumento foi reformulado para nove escalas finais, compostas por 44 itens³⁶. O protocolo estabelecido pelos autores do instrumento original foi considerado na validação e adaptação transcultural do HLQ para o português do Brasil. O HLQ-Br foi respondido por 794 adultos, de três regiões do País. Constatou-se equivalência com a versão original. Assim sendo, ele pode ser utilizado para avaliar o LS da população brasileira, e seu uso nas práticas de saúde pode auxiliar a incorporar o LS no Brasil³⁷.

D) ORGANIZAÇÕES LETRADAS EM SAÚDE

Um ponto importante na história do LS foi a criação de OLSs, defendida primeiramente pelo *Institute of Medicine* (IOM), em seu relatório “*Health Literacy: A Prescription to End Confusion*”, de 2004, como uma forma de reduzir a complexidade dos sistemas de saúde, além de aprimorar o modo pelo qual são fornecidas informações e serviços por estes sistemas²⁶. Entretanto, somente em 2012, em outro relatório do IOM, houve o estabelecimento concreto de seu conceito e a criação de Dez Atributos necessários para uma OLS. O relatório em questão é o *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations* (2012), que definiu este tipo de organização como “aquela que apoia pacientes com baixo letramento a navegar, entender e usar informações e serviços para cuidar de sua saúde”¹³.

Este conceito promove a responsabilidade das OLSs de garantir o fornecimento de serviços e informações, de forma a promover o acesso e o envolvimento equitativos, que estejam de acordo com as necessidades de todas as pessoas e comunidades que atendem³⁸. Além disso, uma OLS reconhece que todos precisam de treinamento em LS, de modo que, a partir desse treinamento generalizado, pode-se estabelecer uma cultura na qual todos trabalhem em direção ao objetivo unificado de promover uma comunicação bem-sucedida. Nesse sentido, preconiza-se o treinamento não apenas de médicos, mas também de outros funcionários da OLS, como recepcionistas, atendentes de cobrança e outros profissionais, ainda que estes não entrem em contato com os pacientes¹³.

Com base nos Dez Atributos propostos pelo IOM em 2012, vários instrumentos e ferramentas foram criados para avaliar as OLSs ou a capacidade de resposta dessas organizações, a fim de possibilitar reformas nos sistemas de saúde³⁴. Esses instrumentos e ferramentas são necessários para uma implementação bem sucedida de uma OLS, devendo ser acrescentados nos sistemas de certificação de qualidade e segurança dos serviços de saúde.

Além do mais, eles são úteis para o desenvolvimento e monitoramento de políticas públicas ou privadas relacionadas ao LS³⁸. Destes, a primeira ferramenta de autoavaliação para hospitais desenvolvida, testada e validada por uma equipe foi a V-HLO, associada ao estudo intitulado “*Viena Concept of Health-Literate Hospitals and Healthcare Organizations*”. Ela foi criada em 2014/2015, em Viena, Áustria, pelo Centro Colaborador da OMS para a Promoção da Saúde em Hospitais e Cuidados de Saúde de Viena (OMS-CC-HPH), em cooperação com a Rede Austríaca de Hospitais e Instituições de Saúde Promotoras de Saúde (ONGKG). Posteriormente, foi traduzida para o inglês, francês, italiano e mandarim, sendo testada em diferentes contextos nacionais. Esta ferramenta modularizada pode ser usada para uma avaliação abrangente ou para uma avaliação de aspectos específicos da OLS. Pode ser útil para iniciar e monitorar mudanças, para desencadear discussões e reflexões ou ainda para moldar estratégias que permitam eliminar barreiras e melhorar o LS dentro da organização³⁹.

Outro exemplo dessas ferramentas e instrumentos é o *Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework*, criado em 2017 por Anita Trezona e colaboradores, que serve para que as organizações de saúde e serviços sociais utilizem-no como forma de informar a melhoria da qualidade e das atividades de desenvolvimento organizacional. Ademais, o *Org-HLR Framework* é útil para que os pesquisadores possam informar sobre a capacidade de respostas ao LS e, com isso, fortalecer o sistema de saúde³⁸.

Diante de todo o processo de definição e criação das OLSs, em 2018, a pesquisadora Elina Farmanova e colaboradores realizaram uma revisão metanarrativa focada nesse tema. Nela propuseram-se a revisar as teorias e estruturas sobre o conceito e os atributos e a eficácia dos guias sobre OLSs. Além disso, também buscaram compreender os facilitadores e as barreiras para a implementação dessas organizações. Foram recuperadas 48 publicações: 15 focavam nas teorias e referenciais operacionais das OLSs, 20 apresentavam guias de LS e 13 abordavam a implementação dessas organizações e o uso dos guias⁴⁰.

Perante esses resultados, foi possível inferir que OLS se trata de um fenômeno heterogêneo, semelhante ao LS, teorizada e operacionalizada a partir de muitas perspectivas diferentes. Na época, foram identificados 20 guias de LS que auxiliam a transição para a OLS: eles fornecem recomendações baseadas em evidências e melhores práticas sobre como lidar com a questão do LS limitado. Outro ponto importante é a grande variedade desses guias, o que possibilita que as organizações tomem decisões informadas baseadas no que

melhor se adequa à sua situação. Entretanto, para um operador pouco experiente, essa gama de guias pode gerar certa confusão. Apesar disso, todos os guias se concentram em explorar a escassez do LS, reduzir a complexidade dos cuidados de saúde, ampliar a compreensão do paciente sobre as informações de saúde e aprimorar o suporte para pacientes em todos os níveis de LS. Apesar da pouca familiaridade com o LS e o uso limitado dos guias, as experiências relatadas com seu uso foram extremamente positivas⁴⁰.

Todavia, para a maioria das instituições, a mudança para uma OLS abrange um processo complexo que necessita de longos anos para se desenvolver. Alguns dos desafios percebidos por Farmanova *et al*, em sua revisão, são: falta de tempo e financiamento e a mudança cultural, este último considerado um dos pontos mais difíceis a ser vencido. Alguns fatores podem facilitar o sucesso dessa transição, como por exemplo, o apoio de líderes e partes externas, alianças entre profissionais e diversidade sociocultural dentro de organizações e sistemas de saúde. Em vista disso, fica explícito que a OLS precisa adquirir um novo significado e ir além da melhoria na navegação, compreensão e uso da informação⁴⁰.

A presente revisão tem a limitação de ter efetuado a busca de publicações em apenas três bases de dados. Por outro lado, a intenção, aqui, foi avaliar como está se dando a evolução do LS no mundo e no Brasil, considerando conceitos, instrumentos e a participação das organizações de cuidado à saúde. Dessa forma, esta revisão atinge este objetivo, mesmo sem esgotar toda a história do LS e, ao mesmo tempo, aponta pistas para se avançar com estudos de evolução deste campo.

CONCLUSÃO

O LS é um fenômeno heterogêneo, com origens diversas e ainda em evolução. Seu destaque tem crescido ao longo do tempo devido à conscientização da sua importância, não apenas para a saúde individual e coletiva, mas também por sua relevância na qualidade de vida das pessoas. Devido a isso, inúmeros pesquisadores e teóricos têm se interessado pelo tema e com ele contribuído e, como exposto neste trabalho, há diversas definições e modelos para o assunto. Contudo, todos deixam claro que o LS vai além da simples alfabetização, da sua contribuição para autonomia e empoderamento da população e apontam a necessidade da participação de toda a sociedade nesse processo. O reconhecimento da relevância do LS promoveu a criação de um repositório no qual são disponibilizados instrumentos ou ferramentas para avaliar os níveis de LS.

A história do LS culmina na criação e definição das OLSs. Estas buscam garantir o acesso aos serviços e informações de saúde, de forma equitativa, e também reconhecem a necessidade de treinamento em LS generalizado. Então, para a transição bem sucedida das instituições para o modelo de OLS, foram desenvolvidos atributos, instrumentos e guias focados em reduzir a complexidade do acesso à saúde, aumentar a compreensão dos pacientes e melhorar o suporte oferecido. Apesar disso, ainda há um longo caminho para a melhoria do LS de forma geral e a total implementação dessas OLSs. Para tal é imprescindível o apoio das lideranças estatais, a cooperação entre os profissionais e a diversidade sociocultural dentro dos sistemas de saúde.

AGRADECIMENTOS:

Pablo Xavier Versiani Lima é bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. SØRENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>>. Acesso em: 25 jul. 2022
2. 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
3. ROOTMAN, I. *et al.* *The development and validation of measures of "health literacy" in different populations*. Vancouver/ Victoria: University of British Columbia/ University of Victoria; 2006.
4. CARTA DE OTTAWA. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, 17-21 de Nov de 1986. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022
5. FINBRÅTEN, H. S. *et al.* Explaining variance in health literacy among people with type 2 diabetes: the association between health literacy and health behaviour and empowerment. *BMC Public Health* 20, 161, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8274-z>>. Acesso em: 25 jul. 2022

6. NUTBEAM, D.; LLOYD, J. E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 42, 159–173, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>>. Acesso em: 25 jul. 2022
7. SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *WHO World Health Organization*, Geneva, 76 p, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/>. Acesso em: 25 jul. 2022
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: *World Health Organization*; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
9. KICKBUSCH, I.; WAIT, Suzanne; MAAG, Daniela. The need for a European strategy on global health. *Scandinavian journal of public health*, 34(6), 561–565, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14034940600973059>>. Acesso em: 25 jul. 2022
10. BRACH, C.; HARRIS, L. 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*, 1 abr. 2021.
11. SØRENSEN, Kristine *et al.* Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, v. 36, n. *Supplement_1*, p. i13-i23, 2021.
12. LINDERT, Lara *et al.* 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.
13. BRACH, C. *et al.* Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *NAM Perspectives*, 2012. Disponível em: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022
14. BREMER, Daniel *et al.* 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.
15. DEWALT, Darren A. *et al.* Health literacy universal precautions toolkit. *Agency for Healthcare Research and Quality*. Rockville, MD, 2010. Acesso em: 25 jul. 2022

16. ROSA, E. N. Letramento e suas dimensões. *Horizontes*, USF –Itatiba, SP [S. l.], v. 37, p. e019033, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.24933/horizontes.v37i0.605>>. Acesso em: 25 jul. 2022.
17. SOARES, Magda. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. *Revista Brasileira de Educação* [online]. n. 25, pp. 5-17, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-24782004000100002>>. Acesso em: 25 jul. 2022.
18. KIRSCH, Irwin S.; JUNGBLUT, Ann. *Literacy: profiles of America's young adults*. Final report of the National Assessment for Educational Progress. Princeton: N.J.: Educational Testing Service, 1986.
19. 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://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>>. Acesso em: 25 jul. 2022.
20. 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: 25 jul. 2022.
21. TFOUNI, Leda Verdiani. *Letramento e alfabetização* – 8 ed. – São Paulo, Cortez, 2006 – (Coleção Questão da Nossa Época; v. 47).
22. DIXON, J. P. The community responsibility for medical care. *American journal of public health and the nation's health*, 49(1), 76–81, 1959. Disponível em: <<https://doi.org/10.2105/ajph.49.1.76>>. Acesso em: 25 jul. 2022
23. SIMONDS, S. 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
24. MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; *et al.* Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 69. 328-334, 2015.
25. NUTBEAM, Don. Health promotion glossary. *Health Promotion International*. Volume 13, Edição 4, 1998, Páginas 349–364. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>>. Acesso em: 25 jul. 2022

26. Institute of Medicine (IOM). 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
27. ZARCACOOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D. 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
28. PARNELL, T. A. *Health literacy in nursing: providing person-centered care*. 1. ed. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2015. Acesso em: 25 jul. 2022
29. MURPHY, P. W. *et al.* Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): a quick reading test for patients. *Journal of Reading*, 37(2), 124–130, 1993. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/40033408>>. Acesso em: 25 jul. 2022
30. PARKER, R. M. *et al.* 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
31. CARTHERY-GOULART, Maria Teresa *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2009, v. 43, n. 4, pp. 631-638. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000031>>. Acesso em: 25 jul. 2022
32. DECLARAÇÃO DE NAIRÓBI. *Sétima Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. 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: 25 jul. 2022
33. World Health Organization (WHO). *Closing the gap in a generation*. Commission on Social Determinants of Health Final Report, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022
34. MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar. *Cien Saude Colet* [periódico na internet], 2014.

35. 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-d269-4b46-9564-9ebc1aed76f>>. Acesso em: 20 Maio 2022
36. OSBORNE, R. H. *et al.* The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, vol. 13, n. 1, 2013, p. 658. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>>. Acesso em: 25 jul. 2022.
37. MORAES, K. L. *et al.* Transcultural adaptation and validation of the health literacy questionnaire (HLQ) to brazilian portuguese. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2021, v. 34, eAPE02171. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171>>. Acesso em: 25 jul. 2022.
38. TREZONA, A.; DODSON, S.; OSBORNE, R. H. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC health services research*, 17(1), 513, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2465-z>>. Acesso em: 25 jul. 2022.
39. International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO) (2019): 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). Disponível em: <https://jasmin.goeg.at/1813/1/SAT-OHL-Hos-v1%200-EN-international_update1.1.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.
40. FARMANOVA, E.; BONNEVILLE, L.; BOUCHARD, L. 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://doi.org/10.1177/0046958018757848>. Acesso em: 25 jul. 2022.