


**LETRAMENTO EM SAÚDE DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E  
DIABETES ACOMPANHADOS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA OCIDENTAL**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n1-049>

**Data de submissão:** 03/12/2024

**Data de publicação:** 03/01/2025

**Halison Cerqueira Cauper**

Enfermeiro da Atenção Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho -RO. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Rondônia -UNIR

E-mail: [halisoncauper22@gmail.com](mailto:halisoncauper22@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1088-823X>

LATTES: <https://lattes.cnpq.br/5724687412354006>

**Katia Fernanda Alves Moreira**

Enfermeira. Docente Associada do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR, Brasil

E-mail: [katia@unir.br](mailto:katia@unir.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1460-0803>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3724748838946483>

**Josivan Ribeiro Justino**

Estatístico. Docente Adjunto do Departamento de Ciencia da Computação da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Brasil

E-mail: [josivan.justino@unir.br](mailto:josivan.justino@unir.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4705-9312>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/6470296449367089>

**Carla Adriane Lara da Silva**

Enfermeira. Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família- Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR, Brasil

E-mail: [enfcarlaadriane@gmail.com](mailto:enfcarlaadriane@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4141-1693>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3007536664731065>

**Lais Fernanda Tenório Lins**

Psicóloga do CREAMI - Centro Regional Especializado de Atenção Materno-Infantil) de Cacoal/RO. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde) da Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR, Brasil

E-mail: [lins.lais@gmail.com](mailto:lins.lais@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2081-4317>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/3739169225495155>

**Edna Maria da Silva**

Médica de Família e Comunidade em Cacoal-RO. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde) da Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR, Brasil

E-mail: [ednaisagui@hotmail.com](mailto:ednaisagui@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7752-0298>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0726811233347715>

**Vitor Fernandes Farias de Moraes**

Concluinte do Curso de Enfermagem. Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Brasil

E-mail: [vitor.farias.2001@gmail.com](mailto:vitor.farias.2001@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8252-4671>

LATTES: <https://lattes.cnpq.br/5699086363553172>

**Pedro Wesley da Silva Aguiar**

Afiliação profissional: Acadêmico do Curso de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR e Bolsista do PIBIC/CNPq, Brasil

E-mail: [p.wesley.aguiar@gmail.com](mailto:p.wesley.aguiar@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1487-0344>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/5485765903007618>

---

**RESUMO**

**Introdução:** A hipertensão arterial e diabetes são doenças crônicas não transmissíveis que necessitam por parte de seus portadores conhecimento e compreensão da doença, tratamento, adesão e mudanças de hábitos e estilo de vida. **Objetivo:** Avaliar o nível Letramento em Saúde (LS) de usuários com diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes vinculados a uma equipe de saúde da família. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, na qual foram aplicados um questionário específico para avaliação do letramento em saúde (Health Literacy Questionnaire – HLQ- Br) e um questionário sociodemográfico a 92 usuários diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Velho-RO. **Resultados:** a população estudada apresentou alto letramento em saúde nas habilidades de navegação pelo sistema de saúde (Média 3,5), capacidade de encontrar boas informações de saúde (Média 3,5), compreensão e uso das informações em saúde (Média 3,6) e capacidade de interagir ativamente com profissionais de saúde (Média 3,8). Em relação às limitações, houve baixo letramento nas habilidades de obter compreensão e apoio dos profissionais de saúde (Média 2,9), obtenção de informações suficientes para cuidar da saúde (Média 2,7), cuidado ativo da saúde (Média 2,7) e capacidade de avaliação das informações recebidas (Média 2,8). Quanto à habilidade de obter suporte social, apresentaram desempenho mediano (Média 3,0), não permitindo concluir se alto ou baixo letramento nesse item. **Conclusão:** o conhecimento dos fatores que levam a o baixo Letramento em Saúde proporciona intervenção direta sobre os mesmos, bem como fortalece a construção de relações terapêuticas e singulares com profissionais de saúde. É necessário ampliar o uso do letramento em saúde nas práticas das equipes de saúde, derivando novas perspectivas de estudos com outras realidades e outras condições de saúde.

**Palavras-chave:** Letramento em Saúde. Hipertensão. Diabetes. Atenção Primária à Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

Os modos de viver, adoecer e morrer, que caracterizam o perfil epidemiológico de uma população, são considerados indicadores relativamente sensíveis das condições de vida e do modelo de desenvolvimento da população (Brasil, 2021). Ao se analisar o cenário mundial, observa-se que as doenças infecciosas desde o ano 2000 tiveram uma queda, paralelo a isso, as condições crônicas se tornaram mais prevalentes no mesmo período. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tiveram grande avanço, destacando-se em 2019 como principais causas de morte no mundo, responsáveis por 73,6% das mortes ocorridas globalmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

No Brasil, da mesma forma, ocorreram transformações do perfil epidemiológico da população no processo de saúde doença, e dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) apontam a predominância da morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo que, em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por tais doenças (Brasil, 2021).

Dentre as DCNT, destacam-se a hipertensão e o diabetes que representam um importante problema de Saúde Pública no Brasil, em razão da necessidade de adesão ao tratamento farmacológico, a prática de atividade física e a adoção de dietas cardioprotetoras com vistas a diminuir o risco de eventos cardiovasculares em usuários hipertensos e diabéticos. A cronicidade destas doenças, a gravidade das complicações e os elementos necessários para controlá-las, tornam estas doenças muito onerosas não apenas para o sistema de saúde, como também para os indivíduos afetados e suas famílias (Francisco *et al.*, 2018).

Além disso, há os custos intangíveis (dor, ansiedade e perda de qualidade de vida) que são difíceis de quantificar e apresentam grande impacto na vida da população acometida (Hosey *et al.*, 2014). A prevenção, o diagnóstico, a monitorização e o controle da pressão arterial são um dos desafios das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS).

O estilo de vida das pessoas com condições crônicas, dentre elas hipertensos e diabéticos, pode influenciar diretamente no autocuidado, como a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física. Diante da magnitude do problema, torna-se necessário conhecer melhor o Letramento em saúde (LS) dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de fornecer informações que subsidiem políticas públicas, a partir do conhecimento do nível de compreensão dos usuários acerca das informações fornecidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), podendo influenciar na elaboração de materiais educativos mais acessíveis aos contextos social, cultural e educacional do público assistido nesse serviço (Baker *et al.*, 1999).

Além disso, o conhecimento do Letramento em Saúde pode contribuir para a reorientação das práticas educativas em saúde realizadas pelos profissionais da APS a fim de utilizar metodologias ativas para partilhar conhecimentos com os usuários acerca dos cuidados em saúde, utilizando vocabulário adequado e estimulando as modificações do estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na condução de condições crônicas de saúde. Há razões para acreditar que o aprimoramento da APS neste aspecto pode ser uma alternativa potente, junto com o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), para diminuir custos destinados à Saúde pública (Kringos *et al.*, 2013).

Uma das formas do fortalecimento da APS é enfatizar os atributos essenciais e derivados, particularizando a orientação familiar e comunitária (Daumas *et al.*, 2020), cujas ações das Equipes de Saúde da Família (ESF), principalmente dos agentes comunitários de saúde (ACS), se voltem para orientação e informação em saúde à população adstrita, consolidando a educação, a vigilância e a promoção da saúde no território (Giovanella; Rizzotto, 2018).

O pouco investimento em pesquisas sobre o Letramento em Saúde é preocupante quando se considera que há uma discrepância entre as competências esperadas para indivíduos adultos alfabetizados e as esperadas na presença de um Letramento em Saúde adequado. Os termos relacionados à saúde podem ter um nível de dificuldade maior do que aqueles exigidos para as habilidades básicas de leitura e compreensão de outros textos, como relatado em estudo referente à população norte-americana (Parker *et al.*, 2000).

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo responder a seguinte questão: qual o nível de Letramento em Saúde (LS) de usuários com diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes vinculados a uma equipe de saúde da família?

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal e abordagem quantitativa. Foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona urbana do município de Porto Velho, RO.

O universo do estudo correspondeu aos usuários com diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes mellitus acompanhados por uma equipe de saúde da família do turno matutino da UBS.

Optou-se trabalhar apenas com os usuários acompanhados por questões de acesso a essas pessoas, tendo em vista a situação sanitária que ainda se encontra o município em virtude da Covid-19.

Além disto, vários usuários com diagnósticos de hipertensão e diabetes são cadastrados pela equipe de saúde da família, mas não acessam a UBS/eSF por possuírem planos de saúde, ou realizarem

tratamento em outros níveis de atenção sem passar pela APS. Neste sentido, o total de usuários elegíveis para o estudo foi de 102, com diagnóstico de hipertensão e diabetes acompanhados regularmente pela equipe escolhida, conforme o Relatório Operacional de Risco Cardiovascular do e-SUS/AB, impresso em 19 de julho de 2021. Do total de 102, houve 4 recusas em participar do estudo e 6 mudanças de endereço, totalizando, assim 92 usuários.

Foram incluídos os usuários com diagnósticos de hipertensão e diabetes cadastrados no e-SUS e acompanhados pelas ESF com as seguintes características: idade  $\geq 18$  anos, ter diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes, estar em tratamento para hipertensão e diabetes há mais de 6 meses e estar cadastrado e ser vinculado a uma equipe de saúde da família. Foram excluídos indivíduos com idade  $< 8$  anos e/ou com a presença de distúrbios neuropsicológicos que impeçam a participação.

A coleta de dados foi realizada por meio de amostra por conveniência, no domicílio dos usuários com diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes, tendo sido realizada entre os meses de julho e dezembro de 2021, com uma média diária de quatro entrevistas, logo após aprovação do plano de trabalho pelo colegiado do ProfSaúde e autorização da SEMUSA para o desenvolvimento da pesquisa em 2021. A equipe de pesquisadores foi composta pelo Enfermeiro pesquisador, um residente em saúde da família e um aluno de graduação de enfermagem, que foram previamente treinados para abordagem do usuário e aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, sendo um questionário sociodemográfico contendo 28 questões e um questionário sobre letramento em saúde *Health Literacy Questionnaire*-Versão Brasileira (HLQ-Br) composto de duas partes sendo a primeira com 23 questões e a segunda com 21 questões.

Os questionários utilizados foram impressos, a fim de que pudessem ser lidos e respondidos pelo usuário durante a aplicação dos mesmos, foram lidas todas as questões junto com os entrevistados a fim de sanar dúvidas; devido a isso e ao fato da verificação prévia do peso, altura e pressão arterial, o tempo médio das entrevistas foi de 50 minutos.

Para fins de análise estatística das variáveis sociodemográficas, as mesmas foram postas em categorias e codificadas.

O HLQ é um questionário multidimensional validado que contém 44 itens em nove escalas independentes. Seus constructos e itens já foram traduzidos e validados em mais de 30 países e mais de 15 idiomas. Vários pesquisadores vêm utilizando esse instrumento na perspectiva de produzir evidências robustas em vários contextos e países, com recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Elsworth; Beauchamp; Osborne, 2016).

A sua utilização em vários países deve-se ao fato de que pode ser utilizado em várias faixas etárias, pode ser autoaplicável, é flexível e pode ser aplicado em usuários com comprometimento visual ou até analfabetos (Batterham *et al.*, 2016; Hawkins *et al.*, 2017).

O questionário está dividido em duas partes principais com nove dimensões claramente separadas e, portanto, fornecem dados refinados sobre a área multidimensional do LS.

Na primeira parte (escalas HLQ 1–5), os entrevistados tiveram quatro opções para indicar se discordam ou concordam com um conjunto de afirmações (1= discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = concordo e 4 = concordo totalmente). Na segunda parte (escalas HLQ 6–9), os entrevistados tiveram cinco opções que representam escalas de capacidade auto relatada nas diferentes tarefas (1 = não posso fazer, 2 = geralmente difícil, 3 = às vezes difícil, 4 = geralmente fácil e 5 = sempre fácil) (Osborne *et al.*, 2013), sendo altamente confiável, mesmo com apenas quatro a seis itens por escala.

Os pontos fortes e as limitações dos cuidados da própria saúde são obtidos através da pontuação mais próxima do limite superior ou inferior. O tempo de preenchimento do HLQ varia dependendo das habilidades do entrevistado - entre 7 e 30 minutos quando autoadministrado ou 20 a 45 minutos quando oralmente administrado (Batterham *et al.*, 2014).

Antes da aplicação dos questionários, foram verificados o peso (balança digital), a estatura (estadiômetro) e a medida da pressão arterial por aparelho aneróide (calibração realizada por empresa com registro na Rede Brasileira de Calibração - RBC). A mensuração dos valores da pressão arterial foi utilizada como variável do estudo. A medida da pressão arterial seguiu as orientações descritas nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (Barroso *et al.*, 2020) e os dados foram fornecidos ao agente comunitário de saúde.

Os dados coletados foram digitados no Excel e migrados para o *software* R, com o qual se fez os cálculos e análises estatísticas. Em um primeiro momento foi feita análises descritivas de média e desvio padrão para as variáveis sociodemográficas, apresentadas junto com suas frequências absolutas e relativas, com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

O HLQ-Br não fornece pontuação global para o questionário e sim escores para cada uma das nove escalas separadamente. Não é possível estabelecer estratificações para condições do letramento em saúde. A pontuação indica os pontos fortes e as limitações de cada pessoa em relação ao seu letramento em saúde, conforme sejam maiores ou menores os valores, respectivamente (Osborne *et al.*, 2013).

De acordo com Hawkins *et al.*, (2017), no *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) cada uma das nove escalas que ele possui mede um aspecto do constructo multidimensional da alfabetização em saúde. Todas as escalas possuem boas propriedades psicométricas. Porém, são as interpretações de

dados dentro de contextos que devem ser comprovadas como válidas, não apenas as propriedades psicométricas de um instrumento de medida.

Para fazer a análise das escalas, deve-se considerar que estas são independentes e que cada uma é composta por um conjunto de questões variando de quatro a cinco, sendo as respostas numeradas em ordem crescente para fins de codificação e posterior análise estatística, onde na primeira parte (escalas HLQ 1–5), os entrevistados tiveram quatro opções para indicar se discordam ou concordam com um conjunto de afirmações (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = concordo e 4 = concordo totalmente). Na segunda parte (escalas HLQ 6–9), os entrevistados tiveram cinco opções que representam escalas de capacidade auto relatada nas diferentes tarefas (1 = não posso fazer, 2 = geralmente difícil, 3 = às vezes difícil, 4 = geralmente fácil e 5 = sempre fácil), trata-se, portanto, de uma escala Likert e como tal deve ser analisada.

A soma de cada item foi dividida pelo número de itens da escala, obtendo-se, assim, os escores, cujo valor será apresentado como a média de pontuação. Após o cálculo da média individual, calculou-se a média por escala de todos os entrevistados a fim de se obter um valor representativo daquela população, para a escala de letramento analisada.

Para avaliação da confiabilidade e consistência interna do HLQ-Br utilizou-se o Coeficiente *alpha de Cronbach*. Shavelson (2009), declara que o coeficiente alfa de Cronbach é útil pois fornece uma medida razoável de confiabilidade em um único teste, não sendo necessário repetições para estimativa de consistência do mesmo. A confiabilidade do coeficiente *alfa de Cronbach* habitualmente está entre 0 e 1 (Gliem; Gliem, 2003), onde valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70, sendo que valores menores revelam baixa consistência interna dos itens de um instrumento. Por outro lado, o valor máximo esperado para o alfa é 0,90, pois valores maiores podem significar presença de redundância ou duplicação, indicando que vários itens estão medindo o mesmo elemento de um constructo.

Por fim, esse estudo é constitutivo do projeto de pesquisa intitulado “Estudos sobre morbidades em saúde: a assistência, a formação e o ensino em discussão”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), sob o parecer n. 2.548.115.

Todos os participantes foram orientados sobre os objetivos do estudo, do caráter voluntário em participar, sendo a anuência registrada com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além dos possíveis riscos e benefícios para os usuários.

### 3 RESULTADOS

Quanto à caracterização do perfil sociodemográfico dos entrevistados, a maioria (69,6%) é do sexo feminino; estão na faixa etária de 60 anos ou mais (82,6%); mais da metade teve a doença diagnosticada entre 40 e 59 anos (58,7%); o ensino médio é o nível de escolaridade mais usual (42,4%) e a hipertensão arterial sistêmica é a doença mais frequente na população estudada (51,1%), conforme Tabela 1.

Tabela 1- Variáveis sociodemográficas de 92 usuários portadores Hipertensão ou Diabetes, vinculados a uma equipe de saúde da família de Porto Velho, RO. Brasil, 2021

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	64	69.6
Masculino	28	30.4
Faixa etária (anos)		
20 a 39 anos	2	2.2
40 a 59 anos	14	15.2
60 anos ou +	76	82.6
Idade do diagnóstico (anos)		
20 a 39 anos	20	21.7
40 a 59 anos	54	58.7
60 anos ou +	18	19.6
Escolaridade		
Primário	23	25.0
Fundamental	16	17.4
Médio	39	42.4
Superior	14	15.2
Diagnóstico		
DM	12	13.0
HAS	47	51.1
HAS/DM	33	35.9

A Tabela 2 apresenta os escores médios das escalas do HLQ-Br, evidenciando a amplitude e variação dos resultados. As menores médias foram observadas nas Escalas 2 (2,7), 3 (2,7), 5 (2,8) e 1 (2,9), indicando restrições em aspectos relacionados ao letramento em saúde. A Escala 4 apresentou uma média intermediária de 3,0. Por outro lado, as maiores médias foram registradas nas Escalas 6 (3,8), 7 (3,5), 8 (3,5) e 9 (3,6), evidenciando habilidades mais desenvolvidas, como navegar no sistema de saúde, encontrar informações relevantes e compreender o que fazer com as informações de saúde.



Tabela 2 – Escores médio das escalas do HLQ-Br, de 92 usuários portadores de Hipertensão ou Diabetes, vinculados à uma equipe de saúde da família de Porto Velho, RO. Brasil, 2021

Escala	Mínimo	Máximo	Média	D Padrão
Escala 1	1,5	4,0	2,9	0,6
Escala 2	1,2	4,2	2,7	0,6
Escala 3	1,4	4,4	2,7	0,5
Escala 4	1,2	4,4	3,0	0,6
Escala 5	1,2	4,0	2,8	0,6
Escala 6	1,8	5,0	3,8	0,6
Escala 7	1,3	5,0	3,5	0,7
Escala 8	1,4	5,0	3,5	0,6
Escala 9	1,2	5,0	3,6	0,7

A análise dos escores médios destaca que as escalas com menores pontuações revelam baixo letramento em saúde, o que pode comprometer os resultados de saúde a longo prazo.

A Tabela 3 apresenta as escalas em que os entrevistados alcançaram baixo letramento em saúde. Foi realizada uma análise estatística das questões que compõem cada escala, utilizando a frequência absoluta das respostas e o cálculo da média aritmética ponderada para identificar as maiores dificuldades dos usuários em cada escala.

Na Escala 1 - Compreensão e apoio dos profissionais de saúde, a menor média foi registrada na questão Q.8, "Eu tenho pelo menos um profissional de saúde com quem posso conversar sobre meus problemas de saúde", com média 2,7.

Na Escala 2 - Informações suficientes para cuidar da saúde, a questão com menor média foi a Q.14, "Eu tenho certeza de que tenho toda informação que preciso para cuidar bem da minha saúde", com média 2,5.

Na Escala 3 - Cuidado ativo da saúde, a menor média foi identificada na Q.6, "Eu gasto bastante tempo envolvido com minha saúde", com média 2,5.

Por fim, na Escala 5 - Avaliação das informações de saúde, a menor média foi registrada na Q.16, "Eu sei como descobrir se as informações de saúde que recebo estão certas ou não", com média 2,6.

Tabela 3 – Escores médio por questão e respostas das escalas HLQ-Br de baixo letramento em saúde obtidas por 92 usuários portadores de hipertensão ou diabetes vinculados à uma equipe de saúde da família de Porto Velho, RO. Brasil, 2021

Escala 1 – Compreensão e apoio dos profissionais de saúde						
	DT	D	C	CT	Média	Alpha de Cronbach
Questões	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		

Q.2. Eu tenho pelo menos um profissional de saúde na UBS que me conhece bem	7(7,6)	20(21,7)	38(41,3)	27(29,3)	2,9	0,8
Q.8. Eu tenho pelo menos um profissional de saúde na UBS com quem eu posso conversar sobre meus problemas de saúde	6(6,5)	21(22,5)	53(53,7)	12(13,0)	2,7	0,8
Q.17. Eu tenho na UBS profissionais de saúde que necessito para me ajudar a decidir o que eu preciso fazer	1(1,1)	25(27,2)	47(51,1)	19(20,7)	2,9	0,8
Q.22. Eu posso contar com pelo menos um profissional da saúde	2(2,2)	11(12,0)	54(58,7)	25(27,2)	3,1	0,8
<b>Escala 2 – Informações suficientes para cuidar da saúde</b>						
	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>CT</b>	<b>Média</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
<b>Questões</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>		
Q.1. Na minha opinião, tenho boas informações sobre saúde	8 (8,7)	23 (25,0)	45 (48,9)	16 (17,4)	2,7	0,8
Q.10. Eu tenho informação suficiente para lidar com meus problemas de saúde	7 (7,6)	27 (29,3)	47 (51,1)	11 (12,0)	2,6	0,8
Q.14. Eu tenho certeza de que tenho toda informação que preciso para cuidar bem da minha saúde	9 (9,8)	35 (38,0)	37 (40,2)	11 (12,0)	2,5	0,8
Q. 23. Eu tenho toda a informação que preciso para cuidar da minha saúde	2 (2,2)	31 (33,7)	48 (52,2)	11 (12,0)	2,7	0,8

(Continua)

(conclusão)						
Escala 3 – Cuidado ativo da saúde						
	DT	D	C	CT	Média	Alpha de Cronbach
Questões	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Q.6. Eu despendo bastante tempo envolvido com minha saúde	7 (7,6)	41 (44,6)	34 (37,0)	10 (10,9)	2,5	0,8
Q.9. Eu planejo o que eu preciso fazer para ser saudável	3(3,3)	30(32,6)	51(55,4)	8(8,7)	2,6	0,8
Q.13. Apesar de outras coisas acontecendo em minha vida, encontro tempo para me manter saudável	5(5,4)	25(27,2)	50(54,3)	12(13,0)	2,7	0,8
Q.18. Eu decido meus próprios objetivos sobre saúde e boa forma	2(2,2)	29(31,5)	49(53,3)	12(13,0)	2,7	0,8
Q.21. Há coisas que eu faço regularmente para ser mais saudável	4(4,3)	23(25,0)	56(60,9)	9(9,8)	2,7	0,8
Escala 5 – Avaliação das Informações em saúde						
	DT	D	C	CT	Média	Alpha de Cronbach
Questões	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Q.4. Eu comparo informações de saúde obtidas de diferentes fontes	5(5,4)	21(22,8)	44(47,8)	22(23,9)	2,9	0,9
Q.7. Quando eu vejo novas informações sobre saúde, verifico a veracidade das mesmas	6(6,5)	21(22,8)	43(46,7)	22(23,9)	2,8	0,8
Q.12. Eu sempre comparo informações de saúde obtidas de diferentes fontes e decido qual a melhor para mim	5(5,4)	24(26,1)	50(54,3)	13(14,1)	2,7	0,8
Q.16. Eu sei descobrir se as informações de saúde que recebo são corretas ou não	4(4,3)	36(39,1)	40(43,5)	12(13,0)	2,6	0,8
Q.20. Eu pergunto aos profissionais de saúde sobre a qualidade das informações de saúde que busco	5(5,4)	25(27,2)	44(47,8)	18(19,6)	2,8	0,8

Legenda: Q. – questão. DT- discordo totalmente; D – discordo; C- concordo; CT – concordo totalmente

Esses resultados destacam as dificuldades específicas dos usuários em cada escala, auxiliando profissionais e gestores de saúde a identificar prioridades e propor intervenções para melhorar o letramento em saúde na população estudada.

#### 4 DISCUSSÃO

Durante o estudo, identificou-se a predominância dos participantes do sexo feminino (69,6%), corroborando com a literatura no qual aponta que as mulheres são as que mais procuram os serviços de saúde, principalmente quanto a questões envolvendo complicações de saúde e acesso aos serviços de saúde (Borges *et al.*, 2019).

A idade dos participantes aponta que 58,7% da população foi diagnosticada com hipertensão ou diabetes antes dos 60 anos de idade, o que está de acordo com pesquisas que demonstram que a incidência destas complicações ocorre antes do indivíduo se tornar idoso, sendo o público feminino com maior taxa de detecção (63,2%) (Sarno; Bittencourt; De Oliveira, 2020). Logo, realizar as ações/procedimentos de rastreio e prevenção na comunidade antes dos 60 anos se torna indispensável para que estas condições sejam detectadas precocemente, e também desconstruir a cultura de que apenas na fase idosa o indivíduo pode apresentar complicações de saúde.

Outro ponto importante envolve a questão da escolaridade, que apesar do grupo ter apresentado uma alta taxa, estas complicações de saúde são mais comuns de surgirem em indivíduos de baixa escolaridade. Em um estudo acerca do Letramento em Saúde em usuários hipertensos e diabéticos identificaram que aproximadamente 10% possuíam mais de 8 anos de estudo (Scortegagna *et al.*, 2021). Destaca-se que o alto nível de escolaridade não está associado ao alto Letramento em Saúde, mas o baixo nível de escolaridade está relacionado ao baixo Letramento em Saúde, no qual essa população possui maiores probabilidades de apresentarem alguma complicação de saúde (Borges *et al.*, 2019; Dulgheroff *et al.*, 2021).

Supõe-se que maiores níveis de escolaridade seja contributivo para que o usuário tenha maiores habilidades de leitura e cálculos, porém, deve-se adaptar estes conceitos para o âmbito da saúde, fugindo de questões encontradas no cotidiano, evidenciando um cenário diferente do encontrado nas escolas. Deve-se questionar se as orientações e informações repassadas pelos profissionais de saúde estão sendo compreendidas pela população, ocorrendo a adaptação para a realidade vivenciada. Portanto, além das ações de educação em saúde dos usuários, é imprescindível incluir o Letramento em Saúde na formação de novos profissionais de saúde (Passamai *et al.*, 2012).

Ao utilizar o instrumento *HLQ-Br* quanto ao Letramento em Saúde, verifica-se a dificuldade dos usuários em relação às escalas 1, 2, 3 e 5, conforme Tabela 2 e 3. Ressalta-se que o instrumento já é traduzido, validado e adaptado para a realidade brasileira (Moraes, 2018).

A escala 1, “*compreensão e apoio dos profissionais de saúde*”, apresentou média de pontuação baixa (Média 2,9). O constructo baixo significa que os recursos são limitados neste domínio, tendo dificuldades em se relacionar com os profissionais, não contando com seu apoio e desconfiando destes

como fonte de informação. Tal dado encontrado difere de um estudo utilizando o instrumento *HLQ* em território australiano, no qual a média encontrada nos pacientes internados em um hospital de Victoria foi de 3,13, sendo o contraste da realidade da brasileira, com os usuários relatando compreensão e apoio dos profissionais de saúde, esse fato pode estar associado a uma maior frequência de comparecimento aos serviços de atendimento hospital em função do vínculo estabelecido com os profissionais de saúde (Jessup *et al.*, 2017).

A atenção centrada na pessoa é guiada pelas preferências, necessidades e valores do usuário, quer dizer, por questões de ordem psicológicas e sociais e não somente físicas (Castro, Knauth, 2022). Para que os usuários relatem seus problemas necessitam, confiar e ter vínculo com os membros da equipe. Neste contexto, a comunicação é o caminho para adequar os planos de cuidados aos usuários, envolvendo-os nas decisões de cuidados, ou seja, tomada de decisão compartilhada e planos de cuidados individualizados pautados nos valores, preferências e necessidades dos usuários (Damarell; Morgan; Tieman, 2020).

Em ambiente de interação sobre cuidado em saúde, tão importante quanto as competências do Letramento em Saúde do usuário são as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde principalmente quando se considera que a capacitação dos usuários para o autocuidado envolve a interlocução entre usuários, profissionais e sistemas de saúde.

Nesta escala, a questão **8** “*Eu tenho pelo menos um profissional de saúde com quem eu posso conversar sobre meus problemas de saúde*” foi a de pontuação mais baixa (Média 2,7), demonstrando que apesar da presença e disponibilidade durante o atendimento ambulatorial por parte dos provedores dos cuidados de saúde, tal atendimento não proporciona a existência de um diálogo sobre preocupações e problemas de saúde do usuário. A comunicação quando bem estabelecida, é um importante facilitador das respostas às necessidades do usuário, refletindo a compreensão da individualidade deste e aumentando seu engajamento no cuidado. Habilidades de comunicação eficazes são importantes para os usuários com baixo letramento em saúde, favorecendo a satisfação, aliança terapêutica e adesão (Paddison *et al.*, 2015), deste modo, é necessário compreender a percepção e preferências do usuário, para que possa se estabelecer a tomada de decisão compartilhada (Schuttner *et al.*, 2022). Com isso, criando condições e espaços para instrumentalizar escolhas conscientes pelos mais vulneráveis e de sensibilizar as equipes da APS sobre a importância da temática (Marques; Escarce; Lemos, 2018).

Ainda sobre a comunicação entre usuário e profissional de saúde, a literatura internacional evidencia a necessidade de adequação dos materiais escritos em saúde a fim de aprimorar a

compreensão. De maneira ideal, a comunicação escrita deve enfatizar o essencial, ser curta, simples e livre de jargões (Peng *et al.*, 2015).

Nas escalas 2 “*Informações suficientes para cuidar da saúde*” e 3 “*Cuidado ativo da saúde*”, os entrevistados mostraram níveis de dificuldade iguais (Média 2,7). A Escala 2 com baixa média de pontuação, revela insuficiência de informações por parte dos respondentes para o cuidado da saúde. De acordo com o constructo, ter um baixo desempenho nessa escala significa possuir lacunas em seu conhecimento sobre os problemas de saúde, não possuindo as informações necessárias para geri-los. Nesse contexto é importante considerar que doenças como hipertensão e diabetes são crônicas e de abordagem complexa, tanto para os profissionais de saúde quanto para os portadores, portanto, ter conhecimentos insuficientes sobre isso é perigoso no sentido de dificultar a melhor adesão e consequente controle destas doenças.

Observa-se na Tabela 3 que a questão 14 “*Eu tenho certeza de que tenho toda informação que preciso para cuidar bem da minha saúde*” (Média 2,5) foi a mais difícil da escala 2. Ao analisar a questão, observa-se que os usuários se mostraram reticentes quanto a possuir informações suficientes e necessárias para gerir o autocuidado da saúde. Tal fato pode significar que apesar do acompanhamento regular pelo serviço de saúde, os usuários demonstraram não possuir ainda habilidades para aderir às orientações e informações para o cuidado da saúde e vínculos com a equipe. O acompanhamento longitudinal não é apenas acompanhamento contínuo ou continuidade de atendimento; o seu sentido é o de relação, de vínculo, pois não depende da continuidade para existir e se orienta à atenção centrada na pessoa e não às doenças/problemas de saúde, como no caso do acompanhamento ou continuidade de atendimento (Rabelo *et al.*, 2020). Para que as intervenções sejam bem-sucedidas, estratégias inovadoras destinadas a reduzir custos e melhorar os resultados de saúde são extremamente necessárias, como o Letramento em Saúde.

A Escala 3, “*cuidado ativo da saúde*”, apresentou média de pontuação baixa (Média 2,7), conforme o constructo do HLQ-BR, usuários com baixo letramento nessa escala são aqueles que não veem sua saúde com o senso de autorresponsabilidade, não se empenhando em ações de autocuidado, pois consideram isso como algo que lhes é alheio. Apesar do acompanhamento regular pela equipe de saúde, o não desenvolvimento do senso de autorresponsabilidade em relação à saúde por parte dos usuários, leva a que se questione sobre se a interação entre estes e os profissionais de saúde está sendo dialógica e participativa.

Dentro desta escala, a questão com menor média de pontuação foi a 6 “*Eu gasto bastante tempo envolvido com minha saúde*” (Média 2,5), o que corrobora a baixa pontuação da escala, pois pessoas que não se sentem responsáveis por sua própria saúde tendem a gastar menos tempo

envolvidos com ações relacionadas a isso. Depreende-se que, devido à compreensão insuficiente das doenças e seus sintomas, os usuários não realizam as atividades de autocuidado necessárias (Rahmawati; Bajorek, 2018). Esses aspectos devem servir de indicação aos profissionais de saúde no planejamento de procedimentos educativos, no ajuste de intervenções e na implementação de uma abordagem individualizada de acordo com o nível de letramento do usuário.

O nível inadequado de Letramento em Saúde pode agravar ainda mais o desfecho de saúde relacionado à HAS ou DM, o que leva a priorização deste grupo como população alvo das atividades para elevar o Letramento em Saúde. Um aspecto levantado pela literatura com alto poder de interferência no Letramento em Saúde é a idade, pois com o avançar da mesma, ocorrem perdas gradativas nas funções cognitivas, memória e diminuição das capacidades sensoriais, como a visão e audição, havendo também maior dificuldade de interpretação e memorização das informações fornecidas pelos profissionais de saúde (Gazmararian *et al.*, 2006).

A Escala 5, “*Avaliação das informações de saúde*”, foi outra onde os entrevistados obtiveram menor desempenho (Média 2,8), apresentando um baixo letramento. Analisando o achado conforme o constructo da escala, o desempenho abaixo mostra que apesar dos esforços empreendidos pelos usuários, estes não são capazes de entender a maioria das informações de saúde ficando confusos diante de informações conflitantes. Tal achado é semelhante ao encontrado em um estudo realizado na Austrália por Jessup *et al.* (2017), em que os usuários obtiveram média de pontuação de 2,82, relatando dificuldades na compreensão e avaliação das informações de saúde.

Das questões que fazem parte da escala, a 16 “*Eu sei como descobrir se as informações de saúde que recebo estão certas ou não*”, aparece como a de menor pontuação (Média 2,6), o que demonstra dificuldades na gestão de informações de saúde. A baixa pontuação na escala 5 é uma área crítica do Letramento em Saúde e, em geral, os usuários apresentam mais dificuldades nessa escala, por experimentarem dificuldades em avaliar as informações recebidas dos profissionais de saúde (Nacanabo *et al.*, 2021). Para gerenciar sua saúde, a capacidade de ter um melhor julgamento ao se avaliar informações relacionadas à saúde é algo essencial para o manejo adequado de seus agravos (Shahzad *et al.*, 2018). A dificuldade apresentada em descobrir sobre a veracidade ou não das informações recebidas é algo que impacta negativamente à saúde quando consideramos que atualmente as mídias digitais são um dos principais meios de acesso a informações de saúde, e que através delas se pode obter informações confiáveis ou não, haja visto o fenômeno atual das *Fake News*, tão ou mais veiculadas em redes sociais/digitais.

Destaca-se que pessoas idosas buscam informações sobre suas doenças em várias fontes, em especial junto aos profissionais de saúde, porém, devido ao aumento do acesso à internet através da

telefonia móvel, essa tem se tornado uma das principais fontes de informações de saúde. Para este grupo de pessoas, procurar informações sobre sua doença os torna mais capazes de gerir seu próprio tratamento e proporciona independência das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, as quais, segundo eles, costumam ser insuficientes.

Diante dessa realidade e dentro do contexto da educação e promoção de saúde, é imprescindível que os profissionais busquem e desenvolvam estratégias junto aos usuários e comunidade para que a pesquisa de informações de saúde na internet seja o mais segura possível, estratégias como a verificação prévia confiabilidade do site e autor das informações, bem como se o tipo de linguagem é ou não acessível e entendível pelo público leigo

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo fornece *insights* sobre os desafios do manejo da HAS e DM na APS no contexto do Letramento em Saúde. Trata-se de um estudo que apresenta temática atual e de relevância significativa para fortalecer as práticas de letramento em saúde centrada na pessoa, de modo interprofissional com vistas à promoção da saúde.

O instrumento de avaliação usado HLQ-Br, por ser multidimensional se mostrou eficaz ao permitir o conhecimento das limitações e potências do letramento em saúde da população estudada, demonstrando em quais domínios do letramento obtiveram melhor desempenho ou não, o que pode contribuir para o planejamento e execução de intervenções que sejam de acordo com as necessidades apresentadas. A perspectiva multidimensional nos coloca em melhor posição para identificar usuários vulneráveis e desenvolver intervenções-alvo com poder de reduzir as desigualdades em saúde no grupo de hipertensos e diabéticos.

Ao projetar e implantar intervenções de Letramento em Saúde para usuários com HAS e DM, o foco adicional deve ser colocado em fornecer a eles estratégias para acessar informações de saúde relevantes e capacitá-los a avaliar criticamente as informações que acessam. Além disso, atenção especial deve ser dada aos usuários idosos, mais vulneráveis, caracterizados por uma situação de saúde complexa, baixa escolaridade e conseqüente baixa gestão do autocuidado.

Para que o letramento em saúde faça parte das pautas das políticas públicas, é necessário antes que esta temática seja conhecida, estimulada, desenvolvida e praticada por profissionais nos serviços de saúde.



## REFERÊNCIAS

- BAKER, DW. et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, Amsterdam, v. 38, n. 1, p. 33–42, set. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14528569/>. Acesso em: 25 out. 2022.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020*. São Paulo-SP: SBC, 2020. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.
- BORGES, Fernanda Moura et al. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo-SP, ed. 72(3), p. 645-653, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366>. Acesso em: 25 out. 2022.
- BATTERHAM, Roy; BEAUCHAMP, Alison; OSBOURNE, Richard. *International Encyclopedia of Public Health*. 2. ed. Elsevier Inc. Academic Press: v. 3, jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030* – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view). Acesso em: 14 ago. 2022.
- CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de; KNAUTH, Daniela Riva. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 27, p. 803–812, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n2/803-812/>. Acesso em: 14 ago. 2022.
- DAMARELL, Raechel A; MORGAN, Deidre D. TIEMAN, Jennifer J. General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMC Family Practice*, Reino Unido, v. 21, n. 131, p. 1–23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01197-8>. Acesso em: 14 ago. 2022.
- DAUMAS, Regina Paiva et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2020000600503&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2020000600503&tlng=p). Acesso em: 27 dez. 2024
- DULGHEROFF, Pedro Toteff et al. Educational disparities in hypertension, diabetes, obesity and smoking in Brazil: a trend analysis of 578 977 adults from a national survey, 2007-2018. *BMJ open*, Reino Unido, v. 11, n. 7, p. e046154, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34281920/>. Acesso em: 27 dez. 2024.
- ELSWORTH, Gerald R.; BEAUCHAMP, Alison; OSBORNE, Richard H. Measuring health literacy in community agencies: a Bayesian study of the factor structure and measurement invariance of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC health services research*, London, v. 16, n. 1, p. 508, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27659559/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, *Caderno de Atenção Básica*, p. 3829–3840, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kYhRCLZZWpRz5qSsJvqrTXg/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

GIOVANELLA, Ligia; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 6–8, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500006&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 27 dez. 2024

GAZMARARIAN, Julie A et al. Factors Associated with Medication Refill Adherence in Cardiovascular related Diseases: A Focus on Health Literacy. *J Gen Intern Med*, Estados Unidos, v. 21, ed. 12, p. 1215-1221, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17105519/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

GLIEM, Joseph A.; GLIEM, Rosemary R. Calculating, Interpreting, And Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient For Likert-Type Scales. In: *Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*. Ohio: Columbus. Proceedings Anais, 2003. p. 82–88. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1805/344>. Acesso em: 27 dez. 2024.

HAWKINS, Jemma et al. Development of a framework for the co-production and prototyping of public health interventions. *BMC Public Health*, New York, v. 17, n. 1, p. 689, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4695-8>. Acesso em: 27 dez. 2024.

HOSEY, G.M et al. Socioeconomic and demographic predictors of selected cardiovascular risk factors among adults living in Pohnpei, Federated States of Micronesia. *BMC Public Health*, London, v. 14, n. 1, p. 895, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-895>. Acesso em: 8 nov. 2020.

JESSUP, Mariell et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines and the heart failure society of america. *Circulation*, Japan, v. 136, n. 6, p. e137–e161, 2017. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/cir.0000000000000509>. Acesso em: 27 dez. 2024.

KRINGOS, Dionne et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, Reino Unido, v. 63, n. 616, p. e742–e750, 2013. Disponível em: <https://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/bjgp13X674422>. Acesso em: 27 dez. 2024.

MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763–1772, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 27 dez. 2024.

MARQUES, Suzana Raquel Lopes; ESCARCE, Andrezza Gonzalez; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *CoDAS*, São Paulo, v. 30, ed. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>. Acesso em: 26 out. 2022.

MORAES, Katarinne Lima. Health Literacy: A Long Journey to Brazilian Health Practices. *Health Literacy Research and Practice*, United States, v. 2, n. 3, p. e161, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6607838/>. Acesso em: 27 dez. 2024

NACANABO, R. et al. Health literacy and health-related quality of life in type 2 diabetes: A cross-sectional study in Burkina Faso. *Diabetes Epidemiology and Management*, Paris, France, v. 3, n. 100016, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666970621000160>. Acesso em: 14 ago. 2022.

OSBORNE, Richard H. et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*, New York, v. 13, p. 658, 2013

PADDISON, Charlotte AM *et al.* Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, v. 18, n. 5, p. 1081–1092, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23721257/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

PASSAMAI, Maria Da Penha Baião et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu-SP, v. 16, n. 41, p. 301–314, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000200002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200002&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 27 dez. 2024.

PARKER, R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, Reino Unido, v. 15, n. 4, p. 277–283, 2000. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/15.4.277>. Acesso em: 23 jul. 2021.

PENG, Judy et al. Health literacy: improving communication between health care practitioners and older adults. *CGS CME Journal*, Canadá, v. 5, p. 21-30, 2015. Disponível em: [https://static1.squarespace.com/static/63599251a953f80dd1922762/t/636e5edad4a3ec3d806eb0a9/1668177627482/3\\_Health+Literacy\\_Judy+Peng.pdf](https://static1.squarespace.com/static/63599251a953f80dd1922762/t/636e5edad4a3ec3d806eb0a9/1668177627482/3_Health+Literacy_Judy+Peng.pdf). Acesso em: 23 jul. 2021.

RABELO, Amanda Lia Rebelo et al. Care coordination and longitudinality in primary health care in the Brazilian Amazon. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília-DF, v. 73, n. 3, p. e20180841, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/t3zBZDr4F7RYBwyZXWH6w5s/>. Acesso em: 12 ago. 2022.

SARNO, Flávio; BITTENCOURT, Clarissa Alves Gomes; DE OLIVEIRA, Simone Augusta Profile of patients with hypertension and/or diabetes mellitus from Primary Healthcare units. *Einstein*, São Paulo, v. 18, p. eAO4483, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6986880/>. Acesso em: 12 ago. 2022.

SCHUTTNER, L. et al. My Goals Are Not Their Goals: Barriers and Facilitators to Delivery of Patient-Centered Care for Patients with Multimorbidity. *Journal of General Internal Medicine*, Chicago, p. 1–8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07533-1>. Acesso em: 14 ago. 2022.

SCORTEGAGNA, Helenice de Moura et al. Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 25, ed. n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0199>. Acesso em: 29 out. 2022.

SHAHZAD, Farrukh *et al.* A Cross-Sectional Assessment of Health Literacy among Hypertensive Community of Quetta City, Pakistan. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, Estados Unidos, v. 11, n. 4, p. 1-9, 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/329558404\\_A\\_Cross-Sectional\\_Assessment\\_of\\_Health\\_Literacy\\_among\\_Hypertensive\\_Community\\_of\\_Quetta\\_City\\_Pakistan](https://www.researchgate.net/publication/329558404_A_Cross-Sectional_Assessment_of_Health_Literacy_among_Hypertensive_Community_of_Quetta_City_Pakistan). Acesso em: 23 Jan. 2022.

WHO, World Health Organization. *World health statistics 2021: a visual summary*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary>. Acesso em: 23 Jan. 2022.