

ARTIGO ORIGINAL

Letramento em saúde dos profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

Health literacy of professionals enrolled in a Multiprofessional Residency Program in Health

Valquíria Miranda Silva¹ , Virginia Visconde Brasil¹ , Katarinne Lima Moraes² ,
Jéssica Priscilla Resende Magalhães¹ 

RESUMO

Objetivo: avaliar as condições do letramento em saúde de profissionais inseridos em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. **Método:** Estudo transversal analítico, realizado com 88 profissionais residentes, utilizando a versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire*. Foi avaliada a confiabilidade e a correlação das médias dos escores das escalas com as variáveis sociodemográficas. **Resultados:** os resultados indicam que as mulheres cuidam mais da saúde e têm melhor suporte social. Os mais jovens têm facilidade de interagir com os profissionais de saúde e de navegar no sistema de saúde. As potencialidades identificadas foram a capacidade de identificar confiáveis fontes de informação e serem “exploradores de informação”. As limitações estão relacionadas ao não envolvimento com os próprios cuidados de saúde e a não usarem o sistema de saúde. **Conclusão:** O estudo colabora para divulgar a temática entre os profissionais residentes, possibilitando a reflexão sobre as competências e habilidades necessárias no cuidado em saúde.

Descritores: Letramento em Saúde; Internato não Médico; Pessoal de Saúde; Capacitação Profissional; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate health literacy conditions among professionals enrolled in a Multiprofessional Residency Program in Health. **Method:** Analytical cross-sectional study, conducted with 88 resident professionals, using the Brazilian version of the Health Literacy Questionnaire. The reliability of the mean scores on the scales and their correlation with sociodemographic variables were evaluated. **Results:** The results indicate that women take better care of their health and have better social support. The younger residents find it easier to interact with healthcare personnel and navigate the healthcare system. The strengths identified were the capacity to identify reliable sources of information, and being “information explorers”. The limitations are related to not being involved with their own health care and not using the healthcare system. **Conclusion:** The study collaborates to spread the theme among resident professionals, enabling reflection on the necessary competencies and abilities in healthcare.

Descriptors: Health Literacy; Internship, Nonmedical; Health Personnel; Professional Training; Patient Care Team.

¹Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO), Brasil. E-mails: valquiriams94@gmail.com, viscondebrasil@gmail.com, jessicapricila93@hotmail.com

²Universidade Federal de Jataí – Jataí (GO), Brasil. E-mail: katarinnemoraes@gmail.com

Como citar este artigo: Silva VM, Brasil VV, Moraes KL, Magalhães JPR. Letramento em saúde dos profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em: _____];22:62315. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.62315>.

Recebido em: 27/02/2020. Aceito em: 01/10/2020. Publicado em: 05/12/2020.

INTRODUÇÃO

O termo *health literacy* surgiu nos Estados Unidos da América na década de 1970, foi traduzido para o Brasil como letramento em saúde e tem sido difundido nos diversos contextos de educação em saúde no país⁽¹⁾.

O letramento em saúde está diretamente relacionado à promoção da saúde e prevenção de agravos, e estudos internacionais têm evidenciado que quando insuficiente colabora para uso inadequado dos serviços e proporciona resultados ruins na saúde⁽²⁾. Está associado ainda a altas taxas de hospitalização, a efeitos adversos na transição do cuidado, ao aumento da prevalência de doenças crônicas, ao menor uso de métodos preventivos e à menor adesão a tratamentos^(2,3).

Entre as definições mais divulgadas do letramento em saúde (LS) está a da Organização Mundial de Saúde, que a refere como sendo as “habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação de maneira a promover e manter uma boa saúde”⁽⁴⁾. Tem relação com o uso de habilidades que melhoram a competência das pessoas de agir, com informações que propiciam vidas mais saudáveis⁽⁵⁾.

Os princípios do LS colaboram com a promoção da saúde e com os cuidados preventivos, além de serem grandes aliados na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes^(2,3,6,7). Mesmo estando relacionados, o letramento e a comunicação em saúde são distintos. Enquanto o LS é o uso de habilidades, a comunicação é o processo de troca de informações⁽⁵⁾.

Mesmo pessoas com grau de instrução elevado podem apresentar LS insuficiente; o letramento é associado ao grau de instrução do indivíduo, mas não é dependente⁽⁷⁾. É considerado constructo em nível individual e vai além do “saber ler ou escrever”, incluindo como o indivíduo é capaz de aplicar essas habilidades nos cuidados de saúde, ao tomar decisões, promover saúde, acessar e navegar o sistema de saúde^(1,7).

Em geral, considerar o LS como ferramenta no cuidar permite que profissionais de saúde identifiquem as limitações dos usuários na compreensão das informações e no acesso aos serviços de saúde, e conseqüentemente adequem o modo de comunicar essas informações, viabilizando melhores desfechos na assistência⁽⁸⁾.

A maior parte dos estudos sobre letramento têm se dedicado a aspectos relacionados aos pacientes, dando menor ênfase às habilidades e competências dos profissionais para atender às distintas condições de LS das pessoas, subestimando seu papel^(5,6). E mais, poucas pesquisas têm sido desenvolvidas a respeito da percepção dos profissionais sobre a importância do LS no seu desempenho profissional^(9,10).

Assim, além da compreensão limitada acerca da importância do tema em sua prática profissional e pessoal, não conseguem atender pessoas com LS inadequado, nem percebem os comportamentos de risco em saúde a que estão expostos, tanto os profissionais quanto pacientes, resultantes

da limitação do LS no contexto do ambiente de saúde e na transição do cuidado para o domicílio^(10,11).

É preciso salientar, entretanto, que o letramento é considerado um determinante social em saúde pela Organização Mundial da Saúde, e que os profissionais são importante fonte de informação e orientação aos pacientes^(9,12).

Quem interage com pacientes, suas famílias e comunidades por meio de comunicação oral ou escrita, deve possuir competência básica nos princípios de letramento em saúde⁽⁶⁾. Os profissionais podem ser facilitadores do LS, ao expor informações de maneira que propiciem a compreensão e que as pessoas sejam capazes de agir em saúde⁽⁵⁾.

A ausência desse envolvimento pode criar barreiras para comunicação com os pacientes. Exemplo é o uso de terminologias desconhecidas; de informações fornecidas de forma rápida e não claras, sem a validação de que o conteúdo da informação foi compreendido^(9,13,14). Talvez isso ocorra porque exista lacuna na formação dos profissionais de saúde sobre a importância do uso dos princípios do LS na prática profissional^(6,8,10), exigindo este preparo durante a formação.

Estudos têm apontado a necessidade de inserir programas de treinamento para aperfeiçoamento do letramento em saúde dos profissionais, visando à qualidade na prestação de cuidados^(6,9,12). O alerta para a necessidade de observação do LS daqueles que estão em formação profissional, se aplica aos que buscam se aprimorar em Especializações e Programas de Residência na área da saúde. Sabe-se pouco sobre o treinamento de profissionais residentes para se comunicarem efetivamente com pessoas que têm limitações no LS⁽¹¹⁾.

As instituições que oferecem Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são responsáveis pela organização de seus projetos pedagógicos. Nestes são inseridos núcleos específicos de conhecimento e prática de cada profissão, e a integração desses núcleos, em geral ocorre por meio de eixos transversais⁽¹⁵⁾. É grande oportunidade para aprender a se trabalhar em equipe, conhecendo e respeitando o saber do outro.

Há recomendação de que programas de residência desenvolvam currículos para abordar a competência de LS⁽¹¹⁾. Como ação pedagógica, faz-se necessário, portanto, conhecer o letramento em saúde dos profissionais residentes, de modo a entender suas limitações, potencialidades e inclusive se ocorre a conseqüente evolução esperada, à medida que passa o tempo dos dois anos de curso. Essa identificação pode sinalizar aspectos importantes para o aperfeiçoamento do projeto pedagógico do curso.

Se o profissional residente apresenta dificuldades na compreensão de informações relacionadas ao seu próprio cuidado em saúde, o letramento em saúde inadequado pode interferir no seu fazer assistencial⁽⁷⁾. Pode influenciar as condutas, a comunicação com os usuários, segurança no ambiente de saúde, a prática profissional e a qualidade da assistência prestada⁽⁵⁾.

Em outros países, tem sido discutida a importância do desenvolvimento de competências profissionais utilizando os princípios de letramento em saúde^(9,10). No Brasil, esse é o primeiro estudo que se propõe a estudar as condições de LS de profissionais de saúde. Direcionar atenção para o assunto pode auxiliar na conscientização da problemática e estimular sua inclusão nos currículos, propiciando o desenvolvimento de competências e habilidades para lidarem com pessoas com LS inadequado.

Diante desse contexto, o presente estudo buscou responder as seguintes questões norteadoras: Quais as condições de letramento em saúde dos profissionais que cursam Residência Multiprofissional em Saúde? Há diferença entre as condições de LS dos profissionais residentes do primeiro e segundo ano?

O objetivo deste estudo foi avaliar as condições de letramento em saúde dos profissionais inseridos em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal analítico, realizado em hospital de ensino da região Centro-Oeste, que desenvolve Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Foram abordados todos os 95 profissionais matriculados no primeiro e segundo ano dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, sendo 24 Enfermeiros, 15 Nutricionistas, 12 Fonoaudiólogos, 11 Psicólogos, nove Assistentes Sociais, oito Biomédicos, oito Farmacêuticos e oito Fisioterapeutas. Desse total, 88 profissionais residentes participaram do estudo. Foram excluídos cinco que estavam de licença saúde no período da coleta de dados; outros dois recusaram participar do estudo.

Foram identificadas as características sociodemográficas do grupo — idade, sexo, área de formação, ano de conclusão do curso de graduação, ano atual da residência, situação conjugal, grau de escolaridade dos pais, por quem foi criado, se reside sozinho, vínculos empregatícios anteriores e se tem apoio financeiro familiar além da bolsa da residência.

Para identificar o LS dos profissionais residentes foi aplicada a versão brasileira do instrumento australiano *Health Literacy Questionnaire* ou HLQ-Br, validado em 2018 no Brasil^(16,17).

O HLQ é um instrumento multidimensional que pode ser autoadministrado ou aplicado por meio de entrevistas. Contém 44 itens apresentados em nove escalas^(16,17): compreensão e apoio dos profissionais de saúde (quatro itens); informações suficientes para cuidar da saúde (quatro itens); cuidado ativo da saúde (cinco itens); suporte social para saúde (cinco itens); avaliação das informações em saúde (cinco itens); capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde (cinco itens); navegar no sistema de

saúde (seis itens); capacidade de encontrar boas informações sobre saúde (cinco itens); compreende as informações sobre saúde e sabe o que fazer (cinco itens).

Na Primeira Parte do instrumento as respostas estão distribuídas em escala tipo *Likert* com quatro opções — “discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente”. Na Segunda Parte, as respostas têm cinco opções — “não consigo fazer ou sempre difícil, geralmente difícil, às vezes difícil, geralmente fácil e sempre fácil”.

A coleta de dados foi realizada ao final de aulas regulares do Programa de Residência Multiprofissional, em agosto de 2019. Após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os profissionais residentes preencheram o questionário.

Para análise dos dados sociodemográficos foi aplicada estatística descritiva simples e para cada uma das nove escalas HLQ-Br foi calculada a média separadamente, pois nesse instrumento não é estabelecida pontuação global para o LS. Assim, é possível identificar as potencialidades e as limitações de cada pessoa em relação ao seu letramento em saúde⁽¹⁶⁾.

Foi utilizado o teste de normalidade de *Shapiro-Wil*, e a confiabilidade foi avaliada utilizando os indicadores alfa de *Cronbach* e confiabilidade composta. Para comparações dos escores com variáveis foram utilizados testes de *Mann Whitney*, *Kruskal-Wallis* e *Nemenyi*, quando aplicáveis. Para relacionar os escores com as variáveis foi utilizada a Correlação de *Spearman*. Foi realizado ainda, o cálculo do tamanho de efeito (TE) por meio do “d” de *Cohen*, com a interpretação: “pequeno” TE>0,20-0,50; “médio” TE 0,50–0,80 e “grande” TE>0,80. Foram considerados valores estatisticamente significativos, aqueles com $p<0,05$.

O estudo seguiu os preceitos éticos da legislação vigente, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital em que o estudo foi realizado sob CAAE nº 06642818.3.0000.5078. Foi solicitada permissão para uso da versão brasileira aos autores do instrumento HLQ na Austrália (e-mail hl-info@swin.edu.au).

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

A média de idade dos profissionais residentes é 26,22±3,27 anos (variação 24–30), sendo 51,14% (45) deles integrantes do primeiro ano e 48,86% (43) do segundo ano da Residência Multiprofissional. A média do tempo de graduação desses profissionais residentes é 3,11±1,46 anos, sendo que 95,45% cursam residência pela primeira vez. A maioria é do sexo feminino (82,95%), das profissões Enfermagem (25,0%) e Nutrição (17,05%), e nascidos no Estado onde o estudo foi realizado (69,32%).

Predominantemente, os profissionais residentes foram criados pelos pais (70,45%), que, por sua vez, cursaram mais que 12 anos de estudo (56,63%). A maioria não tem companheiro fixo (75,0%), mas mora com alguém (67,05%); não trabalhou antes de ingressar na residência (65,91%) e a bolsa de residência é sua única fonte de renda (65,12%).

O tempo médio de aplicação do questionário HLQ-Br foi sete minutos. O alfa de *Cronbach* da Parte 1, Parte 2 e das nove escalas do questionário foram 0,84; 0,91 e 0,83 respectivamente. A confiabilidade composta foi 0,84; 0,90 e 0,83, respectivamente.

Escores médios das escalas do Health Literacy Questionnaire

As médias dos escores das escalas do HLQ-Br e as respectivas questões com melhor e pior desempenho em cada uma das escalas, estão apresentadas na Tabela 1.

O Ano de Residência não influenciou qualquer das médias das escalas, nem o *d* de Cohen teve tamanho de efeito grande.

A associação significativa e o tamanho de efeito (*d* de *Cohen*) entre os escores médios das escalas da *Parte 1* do HLQ-

Tabela 1. Escores médios de cada escala do *Health Literacy Questionnaire*, com respectivas questões com melhor e pior desempenho, de 88 profissionais vinculados a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasil, 2019.

Escalas e Questões do <i>Health Literacy Questionnaire</i>	Média±DP
Parte 1 (Escores 1-4)	
1 – Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	2,93±0,54
Q22 – Eu posso contar com pelo menos um profissional da saúde	3,01±0,60
Q17 – Eu tenho os profissionais de saúde que necessito para me ajudar a decidir o que eu preciso fazer	2,82±0,64
2 – Informações suficientes para cuidar da saúde	2,78±0,49
Q01 – Na minha opinião, tenho boas informações sobre saúde	3,15±0,47
Q14 – Eu tenho certeza de que tenho toda informação que preciso para cuidar bem da minha saúde	2,52±0,69
3 – Cuidado ativo da saúde	2,55±0,51
Q09 – Eu faço planos sobre o que eu preciso fazer para ser saudável	2,91±0,72
Q06 – Eu gasto bastante tempo envolvido com minha saúde	2,08±0,76
4 – Suporte social para saúde	3,02±0,52
Q19 – Eu tenho forte apoio da família ou de amigos	3,39±0,63
Q05 – Quando me sinto doente, as pessoas ao meu redor realmente entendem o que estou passando	2,67±0,74
5 – Avaliação das informações em saúde	3,18±0,35
Q07 – Quando eu vejo novas informações sobre saúde, eu verifico se elas são verdadeiras ou não	3,35±0,57
Q20 – Eu pergunto aos profissionais de saúde sobre a qualidade das informações de saúde que encontro	2,98±0,64
Parte 2 (Escores 1-5)	
6 – Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	3,41±0,69
Q20 – Fazer perguntas aos profissionais de saúde para conseguir as informações que você precisa	3,72±0,74
Q07 – Ter boas conversas sobre sua saúde com médicos	3,10±1,12
7 – Navegar no sistema de saúde	3,38±0,66
Q11 – Decidir qual profissional de saúde você precisa consultar	3,75±0,83
Q08 – Conseguir consultar o profissional de saúde que você precisa	3,05±1,03
8 – Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	3,80±0,52
Q14 – Conseguir informações sobre saúde em linguagem que você entenda	3,88±0,60
Q18 – Conseguir informações sobre saúde sozinho	3,73±0,72
9 – Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,79±0,55
Q05 – Preencher corretamente formulários com informações sobre sua saúde	4,00±0,79
Q09 – Seguir exatamente as instruções dos profissionais de saúde	3,41±0,89

Q: Questão; SD: Standard Deviation.

Br, com as variáveis sociodemográficas dos 88 profissionais residentes estão apresentados na Tabela 2.

Foi evidenciada diferença entre os escores médios das *profissões* na escala 1 “Compreensão e apoio dos profissionais de saúde”, ainda que pelas comparações múltiplas não tenha sido possível identificar diferença significativa entre qualquer das profissões (Tabela 2).

Houve também diferença entre os *sexos* na escala 2 “Informações suficientes para cuidar da saúde”, e escala 4 “Suporte social para saúde”, sendo que a média da escala

do sexo feminino tende a ser maior, com tamanho de efeito médio no d de Cohen (Tabela 2).

A associação significativa e o tamanho do efeito (d de *Cohen*) entre os escores médios das escalas da *Parte 2* do HLQ-Br, com as variáveis sociodemográficas dos 88 profissionais residentes estão apresentados na Tabela 3. Houve diferença entre o *tipo de escola* frequentada no ensino fundamental na escala 6 “Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde” e escala 7 “Navegar no sistema de saúde”, sendo que quem cursou a escola privada, tende a ter média maior (Tabela 3).

Tabela 2. Associação e o tamanho do efeito entre as escalas da Parte 1 do *Health Literacy Questionnaire* com as variáveis sociodemográficas e clínicas de 88 integrantes de Programa de um Residência Multiprofissional em Saúde. Brasil, 2019.

Variáveis (n)	Escala 1		Escala 2		Escala 3		Escala 4		Escala 5		
	Média (EP)	d ^a	Média (EP)	d ^a	Média (EP)	d ^a	Média (EP)	d ^a	Média (EP)	d ^a	
Profissão	Biomedicina (8)	2,91 (0,10)	-	2,56 (0,11)	-	2,53 (0,26)	-	2,98 (0,17)	-	3,10 (0,15)	-
	Enfermagem (22)	2,81 (0,12)	0,20	2,73 (0,12)	0,32	2,41 (0,13)	0,18	2,86 (0,11)	0,22	3,12 (0,07)	0,05
	Farmácia (8)	2,63 (0,22)	0,57	2,66 (0,12)	0,29	2,60 (0,11)	0,13	3,08 (0,12)	0,24	3,23 (0,14)	0,30
	Fisioterapia (8)	2,91 (0,18)	0,00	3,0 (0,16)	1,10*	2,30 (0,18)	0,35	2,95 (0,19)	0,05	3,15 (0,11)	0,14
	Fonoaudiologia (10)	3,15 (0,19)	0,49	2,93 (0,13)	0,95*	2,66 (0,11)	0,24	3,26 (0,16)	0,57	3,16 (0,12)	0,15
	Nutrição (15)	3,17 (0,08)	0,83*	2,80 (0,15)	0,46	2,67 (0,11)	0,26	2,91 (0,11)	0,16	3,23 (0,09)	0,34
	Psicologia (10)	3,15 (0,17)	0,54	2,90 (0,10)	1,06*	2,86 (0,14)	0,57	3,36 (0,17)	0,75	3,30 (0,05)	0,66
	Serviço Social (7)	2,61 (0,24)	0,61	2,71 (0,26)	0,29	2,46 (0,14)	0,11	3,0 (0,30)	0,04	3,23 (0,19)	0,28
Valor p ^b		0,048*		0,492		0,275		0,219		0,671	
Sexo	Feminino (73)	2,94 (0,07)	-	2,84 (0,06)	-	2,57 (0,06)	-	3,07 (0,06)	-	3,19 (0,04)	-
	Masculino (15)	2,88 (0,11)	0,11	2,50 (0,08)	0,72*	2,49 (0,14)	0,15	2,77 (0,13)	0,58*	3,15 (0,09)	0,12
Valor p ^c		0,658		0,012*		0,704		0,052		0,652	
Quem criou	Avós (10)	3,15 (0,15)	-	2,83 (0,19)	-	2,82 (0,17)	-	3,24 (0,17)	-	3,2 (0,09)	-
	Irmãos (1)	3,0 (-)	-	2,50 (-)	-	2,20 (-)	-	3,0 (-)	-	3,0 (-)	-
	Mãe (13)	2,94 (0,14)	0,43	2,75 (0,13)	0,14	2,72 (0,13)	0,19	2,97 (0,13)	0,55	3,31 (0,12)	0,28
	Pai e Mãe (62)	2,92 (0,07)	0,43	2,8 (0,06)	0,04	2,49 (0,06)	0,65	3,0 (0,07)	0,44	3,16 (0,04)	0,11
	Tios (2)	2,25 (0,25)	1,94*	2,38 (0,13)	0,78	2,30 (0,1)	1,00*	2,90 (0,3)	0,64	2,90 (0,1)	1,10*
Valor p ^b		0,327		0,734		0,182		0,818		0,322	

a: d de Cohen; b: Teste de Kruskal-Wallis; c: Teste de Mann Whitney; EP: erro padrão; *valores significativos e/ou tamanhos de efeito médio ou grande.

O escore médio da escala 8 “Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde” foi maior para quem nasceu no estado onde foi realizado o estudo. De igual maneira, quem mora com alguém tem maior escore na escala 9 “Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer” (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta que foi evidenciada correlação negativa entre a idade dos profissionais residentes e as escalas 1, 6 e 7 do HLQ-Br.

Não foi identificada qualquer correlação entre o tempo de formado dos profissionais residentes e as escalas do HLQ-Br.

DISCUSSÃO

A confiabilidade obtida nas escalas do instrumento confirma as boas propriedades psicométricas, assim como as obtidas no estudo de validação do instrumento no país⁽¹⁶⁾. Indica ainda, a adequada escolha do instrumento para avaliação das limitações e potencialidades dos profissionais residentes, relacionadas ao seu letramento em saúde.

Pesquisadores têm sugerido que as instituições de ensino superior mensurem o LS como ferramenta de intervenção precoce para melhorar o conhecimento, habilidades, recursos

Tabela 3. Associação e o tamanho do efeito entre as escalas da Parte 2 do *Health Literacy Questionnaire* com as variáveis sociodemográficas e clínicas de 88 integrantes de Programa de um Residência Multiprofissional em Saúde. Brasil, 2019.

Variáveis (n)		Escala 6		Escala 7		Escala 8		Escala 9	
		Média (EP)	d ^a	Média (EP)	d ^a	Média (EP)	d ^a	Média (EP)	d ^a
Naturalidade	Goiás (61)	3,41 (0,09)	-	3,41 (0,08)	-	3,88 (0,06)	-	3,82 (0,07)	-
	Outros estados (27)	3,41 (0,13)	0,01	3,32 (0,14)	0,15	3,64 (0,1)	0,48	3,73 (0,12)	0,17
Valor p^b		0,757		0,313		0,013		0,366	
Quem criou	Avós (10)	3,54 (0,16)	-	3,42 (0,17)	-	3,84 (0,15)	-	3,74 (0,19)	-
	Irmãos (1)	3,80 (-)	-	3 (-)	-	3,80 (-)	-	4,40 (-)	-
	Mãe (13)	3,34 (0,21)	0,31	3,30 (0,23)	0,17	3,77 (0,17)	0,12	3,94 (0,2)	0,29
	Pai e Mãe (62)	3,41 (0,09)	0,19	3,41 (0,08)	0,00	3,81 (0,07)	0,05	3,77 (0,06)	0,07
	Tios (2)	3,20 (0,2)	0,72	3,0 (0)	0,81*	3,60 (0,2)	0,51	3,30 (0,1)	0,76
Valor p^c		0,806		0,546		0,927		0,182	
Mora sozinho	Não (59)	3,45 (0,1)	-	3,43 (0,1)	-	3,85 (0,07)	-	3,91 (0,07)	-
	Sim (29)	3,34 (0,1)	0,16	3,29 (0,08)	0,20	3,71 (0,08)	0,27	3,56 (0,08)	0,66
Valor p^b		0,228		0,194		0,206		0,003*	
Ensino Fundamental	Escola privada (27)	3,62 (0,13)	-	3,57 (0,14)	-	3,88 (0,08)	-	3,7 (0,09)	-
	Escola pública (37)	3,16 (0,1)	0,71	3,14 (0,1)	0,64	3,65 (0,09)	0,47	3,74 (0,1)	0,07
	Mista (23)	3,50 (0,14)	0,19	3,49 (0,09)	0,13	3,91 (0,1)	0,07	3,94 (0,1)	0,50
Valor p^c		0,024*		0,043*		0,067		0,315	
Ensino Superior	Escola privada (40)	3,48 (0,1)	-	3,37 (0,1)	-	3,74 (0,09)	-	3,80 (0,09)	-
	Escola pública (46)	3,34 (0,11)	0,19	3,42 (0,1)	0,08	3,87 (0,07)	0,26	3,76 (0,08)	0,07
	Mista (2)	3,70 (0,3)	0,35	2,92 (0,92)	0,66	3,70 (0,1)	0,07	4,50 (0,5)	1,28*
Valor p^c		0,714		0,776		0,251		0,223	

a: d de Cohen; b: Teste de Mann Whitney; c: Teste de Kruskal-Wallis; EP: erro padrão; * valores significativos e tamanhos de efeito médio ou grande.

e serviços necessários para criar ambientes de saúde e educação para a saúde tanto de estudantes de graduação⁽¹⁷⁾, quanto de residência⁽¹¹⁾, propiciando o desenvolvimento de competências no LS, ou seja, aprenderem a lidar com situações que envolvam o LS inadequado — um comportamento aprendido.

O pressuposto de que o tempo cursado na Residência (ser do primeiro ou segundo ano) pudesse ter influenciado no LS dos profissionais residentes não se confirmou. Reafirma assim, os estudos internacionais de que profissionais não têm condições de LS adequadas para o que se espera de quem está trabalhando no cenário da saúde com condições diversas de LS das pessoas, e ainda, referenda a necessidade de treinamento dos profissionais^(11,18).

Profissionais da saúde são fonte importante de informação e capacitação de pacientes e familiares^(8,14), significando que devem ter confiança para identificar e melhor interagir nos contextos diferenciados de LS.

Se o LS está relacionado à formação pessoal e ao percurso educacional dos profissionais, faz sentido que o desenvolvimento do LS dos profissionais em formação seja acompanhado ao longo do tempo⁽¹⁹⁾. Parece, portanto, haver necessidade de reflexão sobre a inclusão dos pressupostos do LS nos projetos pedagógicos dos Programas de Residência, Cursos de Especialização e de Graduação, a exemplo do que sugere a Carta de LS de Calgary⁽⁵⁾.

Essa carta trata de princípios gerais, que sugerem a abordagem integrada dos determinantes de saúde sociais, culturais, políticos, econômicos e ambientais no desenvolvimento de currículos, além de práticas pedagógicas diversas, de modo a auxiliar pessoas e sistemas no acesso à saúde⁽⁵⁾.

Quando comparados os grupos por sexo, as mulheres obtiveram melhores escores em aspectos que indicam que são confiantes e que têm mais informações para viver, cuidar da sua saúde, tomar decisões e ter suporte social. Essa diferença também foi abordada em estudo que refletiu sobre a

necessidade de treinamento acerca do LS para os homens em formação universitária; questionou-se como as universidades podem aumentar o interesse dos estudantes do sexo masculino em identificarem informações de saúde que procuram, e ainda, se elas são precisas e úteis⁽¹⁸⁾.

A exemplo dos resultados do presente estudo, no que se refere à idade influenciando a capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde, está registrado que o LS de pessoas de mais idade têm maior risco de ser insuficiente⁽⁸⁾. Indica que os mais jovens interagem com maior facilidade com os profissionais.

A literatura reconhece também, a influência da educação familiar para melhorar as condições de LS, fato não evidenciado nesse estudo. A escolaridade dos responsáveis pela educação afeta o LS dos indivíduos; geralmente, pais com maior escolaridade tendem a ter mais facilidade de acessar informações sobre saúde e, provavelmente, melhor orientam seus filhos^(18,20,21).

Compartilhar as necessidades e as fragilidades, além de ter rede de apoio no cuidado de saúde favorecem melhor resultado no LS; isso foi evidenciado nos aspectos relativos à compreensão das informações sobre saúde e saber o que fazer, dos profissionais residentes que moravam com alguém. De maneira análoga, ser oriundo de outro estado da federação dificultou conseguir informações sobre saúde. O convívio em ambiente conhecido parece facilitar a obtenção de informações em diferentes lugares.

O resultado de que os profissionais residentes não estão envolvidos em seus cuidados de saúde pode estar ocorrendo por dificuldade de administrarem seu tempo, ainda que façam planos para serem mais saudáveis. A Residência tem alto grau de exigência, pois é “educacional e, ao mesmo tempo, laboral”⁽²²⁾, o que demanda tempo. Mas já existem alertas de que o cuidado à saúde não deve ser negligenciado, uma vez que estão expostos ao estresse do início de carreira. Estressores têm consequências negativas na aprendizagem, na qualidade de vida e na assistência prestada⁽²²⁾.

Tabela 4. Associação entre os escores médios das escalas do questionário *Health Literacy Questionnaire* com a variável idade, de integrantes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasil, 2019.

Escala/Variável/Idade	r*	Valor p
1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	-0,25	0,021
2. Informações suficientes para cuidar da saúde	-0,10	0,358
3. Cuidado ativo da saúde	-0,06	0,558
4. Suporte social para saúde	-0,18	0,092
5. Avaliação das informações em saúde	-0,07	0,495
6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	-0,39	<0,001
7. Navegar no sistema de saúde	-0,21	0,047
8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	-0,17	0,116
9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	-0,20	0,067

*: Correlação de *Spearman*.

Os profissionais residentes consideram ainda, que há lacunas no seu conhecimento e não têm a informação de que precisam para viver e gerenciar suas preocupações com a saúde, evidenciando limitação no próprio letramento. Não estão seguros quanto a dispor de toda informação que precisam para cuidar da sua saúde⁽²²⁾.

Se o LS se aplica aos indivíduos e sistemas de saúde, todos precisam ter as mesmas habilidades e competências necessárias para encontrar e usar informações, seja como usuário, seja como profissional ou sistema de saúde⁽⁵⁾. Melhorar o LS, qualquer que seja o contexto, pode contribuir para escolhas esclarecidas de todos; navegação adequada no sistema de saúde; menos iniquidades em saúde; maior prevenção e bem-estar; segurança e menores riscos à saúde; atendimento qualificado e melhor qualidade de vida⁽⁵⁾.

Quando observada a capacidade de navegar no sistema de saúde, limitações dos profissionais residentes foram evidenciadas, corroborando os resultados de pesquisas com estudantes universitários⁽²³⁾. Observa-se dificuldade em conseguir consultar com o profissional de saúde que precisam e encontrar o serviço de saúde adequado. Isso pode ser reflexo da dificuldade de ser atendido pelo Sistema Único de Saúde, que é realidade da maioria dos brasileiros.

Outra limitação foi identificada na escala “Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde”, apontando que não têm certeza que seus problemas são corretamente entendidos; que não conversam com os profissionais de saúde até entenderem tudo que precisam saber. Isso confirma resultados de outros estudos^(9, 13,14) de que, no atendimento às pessoas, faltam conhecimento e habilidades necessárias à comunicação efetiva; de validação se o conteúdo da informação foi compreendido.

E, novamente, os pressupostos do letramento não são colocados em prática, mesmo quando se trata do atendimento de profissionais residentes enquanto usuários dos serviços de saúde. Parece ser necessário lembrar que não é o paciente que tem obrigação de compreender, e sim, quem atende é que deve explicar e garantir a compreensão⁽⁸⁾.

Olhando por outro ângulo, é preciso considerar que os residentes podem aceitar o que lhes é oferecido pelos profissionais que os atendem, talvez pelo perfil de serem recém-graduados e com pouca experiência assistencial; afinal, estão em momento de transição acadêmico-profissional, carregada de insegurança⁽²²⁾.

As potencialidades em relação ao LS dos profissionais residentes estão associadas à exploração de informações, pois usam ativamente diversificadas fontes para encontrar informações atualizadas. Isso é esperado de um grupo que diuturnamente se depara com situações novas, pois lidam com a multiplicidade de fatores que envolvem o cuidado humano⁽²⁴⁾.

O poder de discussão dos resultados foi limitado tanto pelo caráter descritivo do presente estudo, quanto pela escassez de

literatura que avalie as condições de LS do grupo selecionado, não sendo possível análise com maiores inferências acerca dos aspectos que influenciam o LS dos profissionais residentes.

CONCLUSÃO

Este estudo é pioneiro em avaliar o letramento em saúde de profissionais vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil, e utilizou o primeiro instrumento multidimensional traduzido no país. Traz à tona a reflexão sobre a inserção dos pressupostos do LS nos projetos pedagógicos dos Programas de Residência no país e busca colaborar para disseminar a temática do LS entre os profissionais, como ferramenta na comunicação e no cuidado com a própria saúde.

Os profissionais residentes entrevistados são principalmente do sexo feminino, e predominantemente enfermeiros ou nutricionistas. São jovens, se graduaram há pouco tempo, cursam sua primeira residência e não têm experiência em trabalho formal.

As mulheres do grupo cuidam mais da saúde e têm suporte social que necessitam; os mais jovens tem maior facilidade de interação e de navegar no sistema de saúde. O tempo já cursado na Residência não influenciou os escores das escalas do HLQ-Br.

A verificação das condições de LS evidenciou potencialidades dos profissionais residentes nos aspectos referentes à capacidade de identificar boas e confiáveis fontes de informação e ao fato de serem “exploradores de informação”. As limitações foram relacionadas ao fato de não estarem envolvidos em seus cuidados de saúde e não conseguirem usar o sistema para resolverem suas necessidades em saúde.

Sugere-se a realização de estudos que explorem as causas das limitações no LS evidenciadas nesse estudo, possibilitando propostas de intervenções específicas.

Será necessário averiguar, oportunamente, o quanto a inclusão dos princípios do LS nos currículos e o aumento de práticas que auxiliem a lidar com situações que envolvam o LS inadequado, estão influenciando os desfechos clínicos na assistência em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *J Health Commun.* 2010;15(sup2):9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>.
2. World Health Organization. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013.
3. Ruiz RB, Delis MM, Frómeta MC, Alfaro MAR. Alfabetización en salud en medicina general integral. *Perspectivas en Santiago de Cuba. MEDISAN.* 2013;17(01):126-40.

4. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International. 1998;13(4):349-64. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.
5. Coleman C, Kurtz-Rossi S, McKinney J, Pleasant A, Rootman I, Shohet L. The Calgary charter on health literacy: rationale and core principles for the development of health literacy curricula. The Center for Literacy of Quebec; 2010.
6. Coleman C. Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature. Nur Outlook. 2011;59(2):70-8. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.004>.
7. Sampaio HAC, Carioca AAF, Sabry MOD, Santos PM, Coelho MAM, Passamai MPB. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(3):865-74.
8. Toronto CE, Weatherford B. Health literacy education in health professions schools: an integrative review. J Nurs Educ. 2015;54(12):669-76. <https://doi.org/10.3928/01484834-20151110-02>.
9. Cafiero M. Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. J Health Commun. 2013;18(sup1):70-81. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825665>.
10. Lambert M, Luke J, Downey B, Crengle S, Kelaher M, Reid S, et al. Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. BMC Health Serv Res. 2014;14(1):614. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0614-1>.
11. Coleman CA, Nguyen NT, Garvin R, Sou C, Carney PA. Health literacy teaching in US family medicine residency programs: a national survey. J Health Commun. 2016;21(sup 1):51-7. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1131774>.
12. Mackert M, Ball J, Lopez N. Health literacy awareness training for healthcare workers: improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. Patient Education and Counseling. 2011;85(3):e225-8. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.022>.
13. Coleman CA, Hudson S, Maine LL. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. J Health Commun. 2013;18(sup1):82-102. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.829538>.
14. Saunders C, Palesy D, Lewis J. Systematic review and conceptual framework for health literacy training in health professions education. Heal Prof Educ. 2019;5(1):13-29. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.03.003>.
15. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2. Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2012. p. 24-5.
16. Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL, Sampaio HA, Sousa ALL, Canhestro MR. Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) to Brazilian Portuguese (prelo). Acta Paul Enferm. 2020;34(1).
17. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13(1):1-17. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>.
18. Vamos S, Yeung P, Bruckermann T, Moselen EF, Dixon R, Osborne RH, et al. Exploring health literacy profiles of Texas university students. Health Behav Policy Rev. 2016;3(3):209-25. <https://doi.org/10.14485/HBPR.3.3.3>.
19. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):319. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-319>.
20. Marques SRL, Lemos SMA. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. Trab Educ Saúde. 2018;16(2):535-59. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00109>.
21. Zhang Y, Zhang F, Hu P, Huang W, Lu L, Bai R, et al. Exploring health literacy in medical university students of Chongqing, China: a cross-sectional study. PloS One. 2016;11(4):e0152547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152547>.
22. Coelho PDL, Becker SG, Leocárdio MASCL, Oliveira MLC, Pereira RSF, Lopes GdS. Processo saúde-doença e qualidade de vida do residente multiprofissional. Rev Enferm UFPE on line. 2018; 12(12):3492-9. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236072p3492-3499-2018>.
23. Rababah JA, Al-Hammouri MM, Drew BL, Aldalaykeh M. Health literacy: exploring disparities among college students. BMC Public Health 2019;19(1):1401. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7781-2>.
24. Mendes LC, Matos LP, Schindler MF, Tomaz M, Vasconcelos SC. Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia. Rev SBPH. 2011;14(1):125-41.

