

Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura

Health literacy assessment instruments: literature review

Suzana Raquel Lopes Marques¹, Stela Maris Aguiar Lemos¹

RESUMO

Introdução: Avaliar o letramento em saúde pode favorecer a prática clínica. **Objetivo:** Revisar a literatura científica sobre os instrumentos e métodos para avaliação do letramento em saúde. **Estratégia de pesquisa:** Foram realizadas pesquisas bibliográficas nas plataformas de busca PubMed, Web of Science e BVS – LILACS. Foram utilizados descritores DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*), combinados entre si por operadores booleanos. **Critérios de seleção:** Artigos publicados entre 2009 e 2014, em português, inglês ou espanhol, que utilizaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral, ou que possibilitaram este tipo de análise. Foram excluídos os artigos que não abordaram o letramento em saúde no título ou resumo, não citaram instrumentos e resultados da avaliação do letramento em saúde, artigos repetidos, revisões, casos e série de casos. A análise e a seleção dos artigos foram realizadas por dois revisores. **Resultados:** Foram identificados diversos instrumentos de avaliação do letramento em saúde, sendo o *Test of Functional Health Literacy in Adults* e o *Rapid Estimate of Adult Literacy* os mais adotados. A maioria dos estudos utilizou delineamento observacional transversal e a maior produção científica deu-se nos Estados Unidos e na Europa. Prevaleceu a categorização do letramento em saúde em níveis e a exposição das respectivas distribuições de frequências. São escassos estudos fonoaudiológicos que abrangem a avaliação do letramento em saúde. **Conclusão:** Os pesquisadores têm utilizado variados instrumentos e métodos de avaliação do letramento em saúde, com predominância dos testes de triagem clínica com enfoque no letramento em saúde funcional, utilizados no contexto de ambulatórios e hospitais.

Palavras-chave: Alfabetização em saúde; Avaliação em saúde; Metodologia; Revisão; Fonoaudiologia

ABSTRACT

Introduction: Assessing health literacy may favor clinical practice. **Purpose:** To review the scientific literature about instruments and methods to assess health literacy. **Research strategy:** Bibliographic searches were performed in the electronic databases of PubMed, Web of Science and BVS – LILACS. DeCS (Health Science Descriptors) and MeSH (Medical Subject Headings) descriptors were used, combined by Boolean operators. **Selection criteria:** Articles published between 2009 and 2014 in Portuguese, English or Spanish, that used general health literacy assessment instruments or instruments that allow this type of analysis. Articles that did not approach health literacy in the title or abstract were excluded, as well as articles that did not cite health literacy assessment instruments and outcomes, repeated articles, reviews, case studies and series of cases. Two reviewers analyzed and selected the articles. **Results:** A variety of health literacy assessment instruments was identified. The most frequently used instruments were the Test of Functional Health Literacy in Adults and the Rapid Estimate of Adult Literacy. The design of most studies was cross-sectional observational, with greater scientific output in the United States and Europe. Categorization of health literacy into levels and presentation of the respective frequency distributions prevailed. Speech, Language and Hearing Sciences studies that include health literacy assessment are scarce. **Conclusion:** Researchers have utilized a variety of instruments and methods to assess health literacy, with predominance of clinical screening tests focusing on functional health literacy, administered in the setting of outpatient clinics and hospitals.

Keywords: Health literacy; Health evaluation; Methodology; Review; Speech, language and hearing sciences

Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte (MG), Brasil.

(1) Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Conflitos de interesses: Não

Contribuição dos autores: SRLM elaboração e execução das pesquisas bibliográficas, seleção dos artigos para revisão, redação e formatação do artigo. SMAL elaboração das pesquisas bibliográficas, seleção dos artigos para revisão, orientação e revisão do artigo.

Autor correspondente: Suzana Raquel Lopes Marques. E-mail: suzilps@yahoo.com.br

Recebido: 22/7/2016; **Aceito:** 24/4/2017

INTRODUÇÃO

O letramento em saúde é definido como conhecimento, motivação e competência das pessoas em ter acesso, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para julgar e tomar decisões no cotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde a fim de manter ou melhorar a qualidade de vida⁽¹⁾.

Diante da relevância do letramento em saúde, a literatura desenvolveu - e continua a pesquisar - recursos para mensurá-lo⁽²⁾. Os testes validados até o momento permitem classificar o grau de letramento em saúde de indivíduos e populações e, assim, determinar a intervenção mais apropriada nos casos em que há limitações das habilidades avaliadas. Esse processo é fundamental para que sejam alcançados desfechos clínicos mais favoráveis e reduzidas as iniquidades em saúde⁽³⁾.

O letramento em saúde é, sobretudo, um tema que congrega competências sobre a comunicação e aplicação de informações em saúde. Nessa medida, o fonoaudiólogo deve não só incorporar a temática à sua prática, mas também constituir-se como elemento estratégico na discussão sobre o letramento em saúde e na proposição de instrumentos para avaliá-lo na rede de saúde⁽⁴⁾.

Existem instrumentos de avaliação do letramento em saúde de geral e específicos. Os primeiros podem ser classificados em: 1. Testes de triagem clínica, que avaliam a compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e numeramento, para identificar dificuldades em compreender e utilizar informações em saúde; 2. Medidas de aproximação, que utilizam pesquisas sobre o letramento e alfabetização, para estimar a proporção de pessoas com dificuldades de letramento em saúde, na população estudada; e 3. Medidas diretas do letramento em saúde, ou seja, das habilidades das pessoas em compreender, acessar, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde. Estas medidas são o campo em maior expansão⁽¹⁾. Quanto aos instrumentos de avaliação do letramento em saúde específicos, estes são elaborados com maior detalhamento e enfoque para cada condição de saúde que se pretenda analisar, a fim de mensurar a capacidade dos pacientes em lidar com distúrbios, como asma, diabetes e hipertensão, assim como para alterações relacionadas a outras especialidades de saúde⁽⁵⁾.

Como resultado da utilização desses instrumentos de avaliação, os indivíduos podem ser assim classificados, quanto ao nível de letramento em saúde: 1. Básico/funcional - habilidades básicas de leitura e escrita que permitem lidar com as situações cotidianas de saúde; 2. Comunicativo/interativo - habilidades cognitivas e de letramento mais avançadas, que junto às habilidades sociais, contribuem para extrair e aplicar informações e significados de diferentes meios de comunicação, a fim de modificar circunstâncias nas situações de saúde; 3. Crítico - habilidades cognitivas e de letramento ainda mais avançadas, que permitem analisar informações criticamente e utilizá-las para exercer maior controle sobre os eventos da vida e situações de saúde⁽⁶⁾.

Cabe ressaltar que, apesar da disponibilidade de diversos instrumentos de avaliação do letramento em saúde e da sua contribuição para a prática clínica, nenhum teste abrange toda a complexidade do tema, o que se justifica pela grande variedade de contextos do domínio da linguagem escrita e oral nele envolvidos^(3,5).

Outra característica inerente ao estudo do letramento em saúde é o fato de se constituir como conhecimento interdisciplinar⁽⁷⁾. Nesse contexto, é necessário que o fonoaudiólogo se aproprie dos conhecimentos específicos de sua área de atuação, para contribuir, de modo diferenciado, na pesquisa, avaliação, planejamento de ações e intervenções quanto às habilidades de letramento em saúde. O importante papel do fonoaudiólogo se refere à estreita relação entre o letramento em saúde e as habilidades de falar, ouvir e compreender a linguagem oral/escrita. Assim, verifica-se que pacientes com distúrbios da comunicação claramente vivenciam desafios ainda maiores quanto ao letramento em saúde^(4,8,9). Na atual conjuntura, em que é indispensável o aperfeiçoamento da comunicação entre o sistema de saúde, trabalhadores e usuários⁽⁷⁾, a fonoaudiologia, enquanto ciência especialmente relacionada à comunicação, pode contribuir de forma diferenciada, no que diz respeito à fala, às competências pragmáticas da linguagem, às habilidades auditivas e de leitura e escrita^(4,8,9). Apesar da estreita relação entre a competência e a expertise do fonoaudiólogo em reabilitar e aprimorar as habilidades comunicativas com o letramento em saúde (capacidade que depende do uso efetivo da linguagem oral e escrita nos vínculos dialógicos entre usuários e profissionais de saúde), há poucos estudos fonoaudiológicos a respeito^(4,8,9). Conhecer os instrumentos de avaliação do letramento em saúde é o primeiro passo para o fonoaudiólogo se capacitar e se apropriar desse importante campo de atuação.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi revisar a literatura científica que trata de instrumentos e métodos utilizados para a avaliação do letramento em saúde.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A questão norteadora da revisão foi: “Quais instrumentos são utilizados para avaliar o letramento em saúde?” A fim de obter respostas para este questionamento, foram realizadas pesquisas bibliográficas nas plataformas de busca PubMed (US National Library of Medicine), Web of Science e BVS - LILACS (Biblioteca Virtual em Saúde - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2014.

Foram utilizados descritores MeSH (*Medical Subject Headings*), da US National Library of Medicine, para as plataformas PubMed e Web of Science (*health literacy and questionnaires (title/abstract)*). Para pesquisa na BVS - LILACS, foram

utilizados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), bem como o termo livre “letramento”, combinados entre si com a utilização dos operadores booleanos AND e OR. Deste modo, a equação de busca foi: MH: N02.421.143.827.407.228.500\$ OR *Health Literacy* OR *Alfabetización en Salud* OR Alfabetização em Saúde OR Letramento OR MH: N02.421.143.827.407.680 OR *Patient Education as Topic* OR *Educación del Paciente como Asunto* OR Educação de Pacientes como Assunto OR MH: N02.421.143.827.407.228\$ OR *Consumer Health Information* OR *Información de Salud al Consumidor* OR Informação de Saúde ao Consumidor AND MH: N06.850.520.308.750\$ OR *Questionnaires* OR *Cuestionarios* OR Questionários.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram incluídos na revisão artigos publicados entre 2009 e 2014, em português, inglês ou espanhol. Os artigos selecionados utilizaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral, ou seja, instrumentos para avaliar o letramento em saúde funcional, comunicativo ou crítico do indivíduo, ao lidar com o tema saúde de forma ampla, sem abordagens relativas a especialidades. Também foram incluídos estudos que empregaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde, desenvolvidos para área específica (como diabetes), mas que foram adaptados na literatura e aplicados em outros

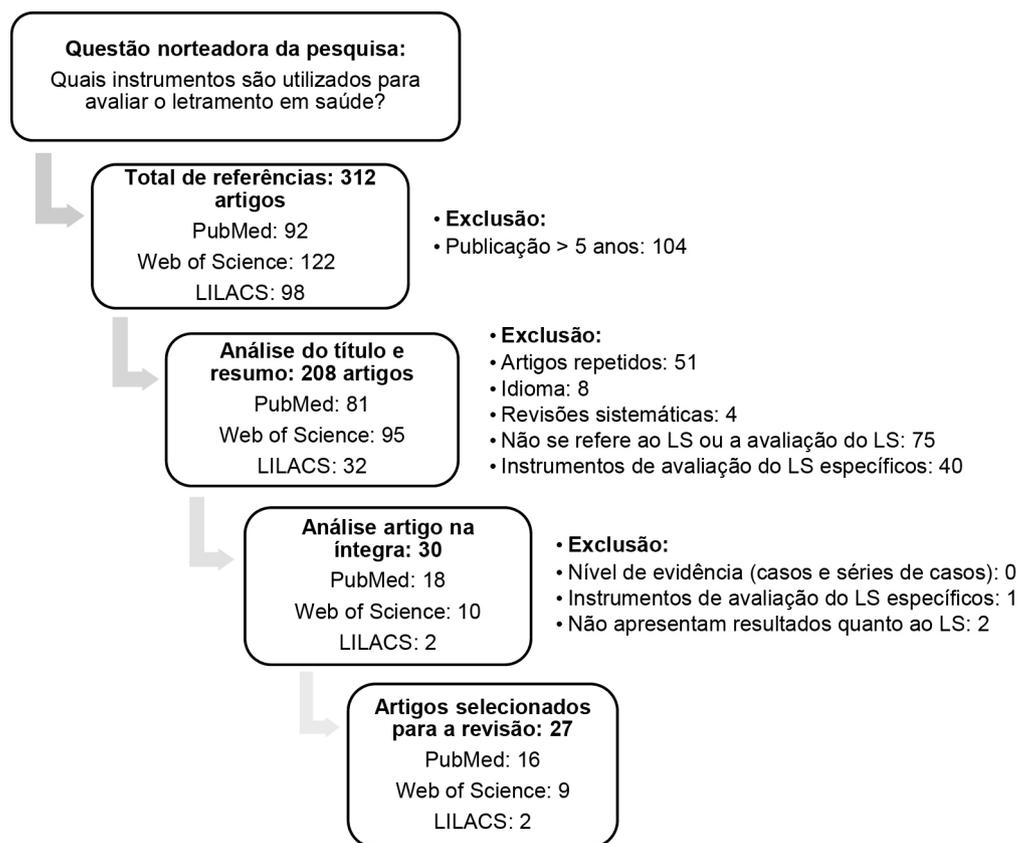
contextos de saúde, portanto, considerados como instrumentos que possibilitam a análise do letramento geral em saúde.

Foram excluídos os artigos que não abordaram o letramento em saúde no título ou resumo, não citaram os instrumentos e os resultados da avaliação do letramento em saúde, artigos repetidos nas plataformas de busca, revisões, casos e série de casos. Também foram excluídos os artigos que utilizaram instrumentos de avaliação do letramento em saúde elaborados exclusivamente para áreas específicas (oncologia, saúde mental e outras).

A análise dos artigos e tomada de decisão quanto à inclusão na revisão foi realizada por dois revisores, sendo selecionados 27 artigos que atenderam aos critérios de inclusão (Figura 1).

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos estudos foi realizada, inicialmente, pela leitura dos títulos e resumos, seguida por leitura integral dos artigos que se enquadraram nos critérios de seleção. Para a análise dos artigos selecionados, foram utilizadas as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)*⁽¹⁰⁾, iniciativa internacional para melhorar a qualidade da descrição de estudos observacionais. O protocolo de análise com as recomendações da iniciativa STROBE foi estruturado em um banco de dados no *software* Microsoft



Legenda: LS = letramento em saúde

Figura 1. Seleção dos artigos

Office – Excel®, 2013 e incluiu o detalhamento dos dados de identificação do estudo, introdução, metodologia, resultados principais (descritivos e analíticos), discussão e conclusões.

Posteriormente, foi realizada análise descritiva da distribuição de frequência das seguintes variáveis: instrumentos de avaliação do letramento em saúde, tipo de instrumentos de avaliação do letramento em saúde (gerais, específicos de avaliação indireta), delineamento dos estudos, tipo de variável na qual o letramento em saúde foi classificado (resposta ou explicativa), local de origem do estudo, contexto do estudo (serviços de atenção primária, ambulatórios, hospitais, internet), forma de apresentação dos resultados sobre letramento em saúde (por distribuição de frequências, por medidas contínuas, por classificação de níveis de letramento em saúde) e fatores associados ao letramento em saúde. Todas as variáveis foram analisadas criticamente e discutidas. As características principais dos estudos selecionados e dos instrumentos mais frequentes de avaliação do letramento em saúde foram organizadas em quadros e tabelas.

RESULTADOS

Síntese dos estudos

Os instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral, os instrumentos de avaliação indireta do letramento em saúde (aqueles que possuem relação intrínseca com o tema, ao avaliar comportamentos promotores de saúde ou eficácia na comunicação médico-paciente, por exemplo) e a descrição dos resultados das pesquisas, no que concerne ao letramento em saúde, estão apresentados no Quadro 1.

Instrumentos de avaliação do letramento em saúde

Nos 27 artigos analisados, foram identificados 36 instrumentos de avaliação do letramento em saúde, sendo 17 tipos distintos. O TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy In Adults*) e o REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) foram os instrumentos mais utilizados. O TOFHLA

Quadro 1. Síntese: estudos selecionados para análise de instrumentos de avaliação do letramento em saúde (n=27)

Autor, ano	País	Delineamento	Casuística	Instrumentos*	Resultados
Sleath et al., 2014 ⁽¹¹⁾	Estados Unidos	Observacional transversal multicêntrico.	228 adultos, falantes de inglês, com glaucoma, em autoadministração de medicações.	REALM	14,5% dos pacientes com pontuação no REALM de 0-60 e 83,3% entre 61-66. Não houve associação entre LS e adesão à medicação.
Izard et al., 2014 ⁽¹²⁾	Estados Unidos	Observacional transversal.	50 pacientes com câncer de próstata (idade ≥ 21 anos) e 50 profissionais da saúde.	¹⁾ REALM-SF ²⁾ Graphical Literacy Scale	Pontuação média no REALM -SF: 6,8 (máximo:7, DP:1,0), equivalente a LS elevado.
van der Vaart et al., 2014 ⁽¹³⁾	Holanda	Pré-teste / pós -teste.	360 pacientes com artrite reumatoide, na faixa etária de 20 a 86 anos.	¹⁾ MFCCHL–Ishikawa (Versão em holandeses) ²⁾ Versão de 5 itens do PEPPI-5	Pontuação média no LS: 38,6 (escala de 14 (baixo LS) a 56 - elevado LS)), (DP:7,2). Associação significativa do uso do portal com o LS: LS mais elevado, mais acesso do portal.
Tsai et al., 2014 ⁽¹⁴⁾	Taiwan	Observacional transversal.	347 mulheres que vivessem nas regiões da grande Taipei ou Taoyuan (norte de Taiwan).	¹⁾ THLS-versão modificada ²⁾ HPLP Chinese	Pontuação média no LS: 2,60 (máximo:4, DP:0,55) = LS moderado. 33,2% dos participantes apresentaram LS inadequado e 66,8%, LS adequado. Houve associação entre LS e comportamentos promotores de saúde.
Wei et al., 2014 ⁽¹⁵⁾	Taiwan	Observacional transversal.	752 adultos Taiwaneses (372 de Taipei e 380 de Hualien).	MHLS	Pontuação média no MHLS: 43,2 (máximo:50, DP:6,6). LS adequado: 68,6%, LS marginal: 25,3% e LS inadequado 6,1%.
Smedberg et al., 2014 ⁽¹⁶⁾	15 países da Europa	Observacional transversal multicêntrico.	8.344 mulheres grávidas ou com filhos menores de um ano.	SBSQ	LS entre não fumantes e fumantes: baixo: 5,0% e 7,4%, médio: 39,7% e 47,4%, alto: 55,3% e 45,1% (p-valor <0,001). Mulheres com baixo LS foram mais propensas a continuar fumando durante a gravidez.
Lupattelli et al., 2014 ⁽¹⁷⁾	Países da Europa, Oceania, Américas	Observacional transversal multicêntrico.	4999 grávidas.	SBSQ	LS alto: 54,5%, médio: 40,3% e baixo: 5,2%. LS teve associação significativa com a não adesão à medicação, percepção de risco e crenças sobre a medicação.

Quadro 1. Síntese: estudos selecionados para análise de instrumentos de avaliação do letramento em saúde (n=27) (cont.)

Autor, ano	País	Delineamento	Casuística	Instrumentos*	Resultados
Nesbitt et al., 2014 ⁽¹⁸⁾	Estados Unidos	Observacional transversal.	612 pacientes com insuficiência cardíaca, idade ≥ 18 anos, área rural.	STOFHLA	Pontuação média no LS: 25,5 (máximo:36, DP:8,8). O LS não teve influência na qualidade de vida relativa à saúde.
Hirsh et al., 2014 ⁽¹⁹⁾	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado.	300 pacientes com artrite reumatoide, idade ≥ 18 anos.	STOFHLA	28% de pacientes com LS inadequado ou marginal. Pontuação média no LS: 77,6 (máximo:100; DP: 23,5%). O LS limitado é preditor da presença de discrepâncias significativas entre as avaliações verbais e escritas.
Riebl et al., 2013 ⁽²⁰⁾	Estados Unidos	Observacional transversal - piloto	60 adultos com idade ≥ 21 anos.	NVS	Pontuação média no LS: 5,2 (varia de 0-6: 4-6= LS adequado). Indivíduos com menor nível educacional apresentaram menor pontuação do LS.
Inoue et al., 2013 ⁽²¹⁾	Japão	Observacional transversal.	269 pacientes com diabetes tipo 2, idade ≥ 20 anos e < 75 anos.	¹⁾ MFCCHL– Ishikawa ²⁾ Pergunta com escala Likert.	LS funcional: 3,36 (DP: 0,58); comunicativo: 2,65 (DP: 0,68); crítico:2,28 (DP: 0,59). O LS e a comunicação paciente-médico foram associados à compreensão e gerenciamento do diabetes.
Jovic´-Vranes et al., 2013 ⁽²²⁾	Sérvia	Observacional transversal (validação de instrumento).	120 pacientes, idade ≥ 18 anos.	¹⁾ TOFHLA ²⁾ STOFHLA (versões sérvias)	LS adequado em 59,0% e 82,9% e limitado em 41,0% e 17,1% (respectivamente no TOFHLA e STOFHLA). Sexo, idade, educação, autopercepção da saúde e presença de doença crônica associados ao LS.
Kiser et al., 2012 ⁽²³⁾	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado.	99 pacientes adultos com doença pulmonar obstrutiva crônica.	STOFHLA	Baixo LS:36%. Pacientes com LS baixo ou elevado se beneficiaram da intervenção de autogestão em técnica de inalação.
Anger et al., 2012 ⁽²⁴⁾	Estados Unidos	Observacional transversal - piloto.	36 mulheres com disfunções do assoalho pélvico, com idade entre 42 e 94 anos.	TOFHLA	Pontuação média no LS: 93 (máximo: 100). Pontuação do LS diminuiu com o aumento da idade. As pacientes tiveram baixa recordação do diagnóstico e compreensão pobre da sua condição de assoalho pélvico, apesar do LS elevado em 97,2% delas.
Coughlan et al., 2012 ⁽²⁵⁾	Irlanda	Observacional transversal - piloto.	199 pacientes, idade ≥ 18 anos, frequentadores de uma clínica de anticoagulação.	REALM	Mediana da pontuação no LS: 64 (máximo: 66). Baixo LS: 19,1%, LS adequado: 80,9%. Houve associação entre o LS e o nível educacional.
Apolinário et al., 2012 ⁽²⁶⁾	Brasil	Observacional transversal (validação de instrumento).	226 idosos, idade ≥ 60 anos, ambos os gêneros.	SAHLPA (completo e reduzido: SAHLPA-50 e SAHLPA-18)	Média da pontuação: 37,7 (DP:9,0). LS inadequado: 66% (SAHLPA-50). O instrumento desenvolvido apresentou boa validade e consistência.
Eriksson-Backa et al., 2012 ⁽²⁷⁾	Finlândia	Observacional transversal.	281 idosos, entre 65 e 79 anos, ambos os gêneros.	Questionário adaptado do eHEALS	Maior vulnerabilidade à obtenção/ uso de informação em saúde: baixa escolaridade e autopercepção da saúde, desinteresse e baixa proatividade na busca de informações em saúde.
Convery et al., 2011 ⁽²⁸⁾	Austrália	Observacional transversal.	80 adultos com perda auditiva, (45 a 90 anos), ambos os gêneros.	STOFHLA	Pontuação média no LS: 34 (LS adequado), (máximo:36; DP:4,61). Maiores níveis de LS foram associados ao aumento da probabilidade de conclusão da tarefa de forma independente e bem-sucedida.
van der Vaart et al., 2011 ⁽²⁹⁾	Holanda	Observacional transversal.	227 pacientes de uma clínica reumatológica, idade < 70 anos.	MFCCHL– Ishikawa (Versão em holandês)	Pontuação média no LS funcional: 3,4 (DP:0,55), comunicativo: 2,8 (DP:0,64) e crítico 2,0 (DP:0,67).

Quadro 1. Síntese: estudos selecionados para análise de instrumentos de avaliação do letramento em saúde (n=27) (cont.)

Autor, ano	País	Delineamento	Casuística	Instrumentos*	Resultados
Myaskovsky et al., 2011 ⁽³⁰⁾	Estados Unidos	Observacional transversal multicêntrico.	275 sujeitos com lesão medular, cadeirantes há pelo menos um ano, idade ≥ 16 anos.	¹⁾ REALM – Revised. ²⁾ 9-item Healthcare System Distrust Scale.	Pontuação média no LS: 7,37 (máximo:8; DP:1,55). Afro-americanos tiveram menor LS que brancos.
Hahn et al., 2011 ⁽³¹⁾	Estados Unidos	Observacional transversal (validação de instrumento).	608 falantes de inglês, pacientes da atenção primária, idade ≥ 21 anos.	Health LiTT	As proporções de respostas corretas no Health LiTT variaram de 30% a 95%. O teste fornece escores confiáveis e válidos. Pontuações mais baixas foram associadas à renda e escolaridade inferiores, ausência de uso prévio de computador e autorrelato de piores habilidades de leitura.
Rawson et al., 2010 ⁽³²⁾	Estados Unidos	Observacional transversal (validação de instrumento).	155 pacientes encaminhados para cardiologia ambulatorial.	¹⁾ REALM ²⁾ METER	Pontuação média: METER: 36,1 (DP:5,0; máximo: 40) REALM: 62,2 (DP: 6,5; máximo: 66). O METER é rápido e prático para mensurar o LS.
Fink et al., 2010 ⁽³³⁾	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado multicêntrico.	502 pacientes com indicação para cirurgias eletivas.	REALM	Pontuação média do LS: 62,3 no grupo com a técnica Repeat Back's e 62,5 no grupo sem a técnica.
Fink et al., 2010 ⁽³⁴⁾	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado multicêntrico.	502 pacientes com indicação para cirurgias eletivas.	REALM	Pacientes com LS limitado: 16% com pontuação <60 e 2%, <40 no REALM). O LS não foi associado significativamente à compreensão.
Sox et al., 2010 ⁽³⁵⁾	Estados Unidos	Observacional transversal.	15 pais/tutores de escolares em análise diagnóstica para TDAH.	TOFHLA	A pontuação de LS variou de 79 a 100. A inclusão de itens de apoio ao usuário no aplicativo desenvolvido foi pautada pelo LS ou experiência em tecnologia.
Ishikawa et al., 2009 ⁽³⁶⁾	Japão	Observacional transversal.	134 pacientes com diabetes tipo 2, em acompanhamento ambulatorial regular.	¹⁾ MFCCHL– Ishikawa ²⁾ PPPM - adaptado ³⁾ IPCDP - adaptado	LS funcional:3,4; comunicativo:2,5 e crítico:2,0 (máximo 4). O LS está relacionado com a comunicação do paciente e do médico e com a percepção do paciente do processo.
Carthery-Goulart et al., 2009 ⁽³⁷⁾	Brasil	Observacional transversal (validação de instrumento).	312 participantes saudáveis, idade ≥ 18 anos, ambos os gêneros.	STOFHLA (em português)	32,4% dos pacientes com desempenho inadequado ou limítrofe no instrumento. Entre idosos, 51,6%. Associação entre os resultados do S-TOFHLA com a escolaridade. O instrumento é adequado para a população brasileira.

Legenda: Instrumentos* = Instrumentos de avaliação do letramento em saúde; REALM = *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*; LS = letramento em saúde; REALM-SF = *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - short form*; DP = desvio padrão; MFCCHL– Ishikawa = *Measure of functional, communicative and critical health literacy – Ishikawa*; PEPPi-5 = *Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions questionnaire*; THLS = *Taiwan Health Literacy Scale*; HPLP Chinese = versão chinesa do *Health-Promoting Lifestyle Profile*; MHLS = *Mandarin Health Literacy Scale*; SBSQ = *Set of Brief Screening Questions*; S-TOFHLA = *Short Test of Functional Health Literacy in Adults*; NVS = *Newest Vital Sign*; TOFHLA = *Test of Functional Health Literacy in Adults*; SAHLA = *Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adults*; SAHLPA = *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults*; eHEALS = *eHealth Literacy Scale*; Health LiTT = *Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology*; METER = *Medical Term Recognition Test*; TDAH = Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; PPPM = *patient's perceived participation measure*; IPCDP = *Interpersonal Processes of Care in Diverse Populations Questionnaire*

foi escolhido por 8 artigos (29,6%)^(18,19,22-24,28,35,37), sendo que 1 desses estudos utilizou as duas versões do TOFHLA (completa e abreviada)⁽²²⁾. A versão abreviada - S-TOFHLA - foi a mais frequente (6 artigos) (22,2%)^(18,19,22,23,28,37). O TOFHLA e suas versões foram utilizados nos Estados Unidos, Sérvia, Austrália e Brasil. O REALM, empregado nos Estados Unidos, Irlanda e Brasil, foi escolhido por 8 artigos

(29,6%)^(11,12,25,26,30,32-34), sendo que, em 5, foi utilizada a versão completa (18,6%)^(11,25,32-34), em 1, a versão abreviada (3,7%)⁽¹²⁾ e em 1, a versão revisada (3,7%)⁽³⁰⁾. Dentre esses 8 estudos, 1 (3,7%) utilizou o SAHLPA (*Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*)⁽²⁶⁾, versão validada em português do SAHLA (*The Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults*), adaptado

do REALM. O MFCCHL – Ishikawa (*Measure of functional, communicative and critical health literacy*) foi utilizado por 4 artigos (14,8%)^(13,21,29,36), no Japão e na Holanda, e o SBSQ (*Set of Brief Screening Questions*), por 2 artigos (7,4%)^(16,17), no estudo que realizou avaliações em 15 países da Europa⁽¹⁶⁾ e no que envolveu países da Europa, Oceania, América do Norte e do Sul⁽¹⁷⁾. Os demais 13 instrumentos de avaliação do letramento em saúde identificados foram utilizados por 1 artigo cada (3,7%).

Dentre os 13 instrumentos de avaliação do letramento em saúde que apresentaram ocorrência em apenas um artigo (n=13), 7 (53,8%) referiam-se a instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral^(12,14,15,20,27,31,32): o NVS (*Newest Vital Sign*)⁽²⁰⁾, o MHLS (*Mandarin Health Literacy Scale*)⁽¹⁵⁾ e o Health LiTT⁽³¹⁾ (*Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology*) (n=3, 23,1%) que dizem respeito à compreensão de informações textuais e numéricas, sendo, portanto, relativos ao letramento em saúde funcional; o METER (*Medical Term Recognition Test*)⁽³²⁾ e o THLS (*Taiwan Health Literacy Scale*)⁽¹⁴⁾ - versão modificada (n=2, 15,3%), que são do tipo reconhecimento de termos em saúde, também restritos ao letramento em saúde funcional; o *Graphical Literacy Scale*⁽¹²⁾ (n=1, 7,7%), que refere-se à compreensão de representações gráficas comuns de informações numéricas em saúde, portanto, também relacionado ao letramento em saúde funcional; o questionário inspirado no eHEALS (*eHealth Literacy Scale*)⁽²⁷⁾ (n=1, 7,7%), que avalia o letramento informacional em saúde, ou seja, letramento em saúde funcional, por meio de enunciados que são julgados pelos pacientes (se concordam ou não com as afirmativas – respostas em escala Likert de 5 pontos). Os outros 6 instrumentos (46,2%)^(13,14,21,30,36) foram considerados como de avaliação indireta do letramento em saúde e abordavam os seguintes temas: sensação de confiança do paciente na interação com o médico (1 instrumento relacionado ao letramento em saúde comunicativo)⁽¹³⁾; comportamentos promotores de saúde em adultos⁽¹⁴⁾; percepção do paciente sobre a própria participação no atendimento de saúde⁽³⁶⁾; percepção do paciente sobre a explicação do médico⁽³⁶⁾; percepção do paciente quanto à clareza das explicações médicas⁽²¹⁾ e desconfiança do indivíduo quanto ao sistema de saúde⁽³⁰⁾ (5 instrumentos relacionados ao letramento em saúde funcional, comunicativo e crítico).

Em 14 artigos (51,9%)^(11,13,17-21,23,24,28,30,33,34,36), houve utilização associada de instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral e específicos, sendo que as especialidades abordadas foram: Reumatologia^(13,19) Endocrinologia^(21,36), Cirurgia^(33,34) (cada área abordada em 2 artigos, 7,4%), Oftalmologia⁽¹¹⁾, Farmácia⁽¹⁷⁾, Cardiologia⁽¹⁸⁾, Nutrição e Educação Física⁽²⁰⁾, Pneumologia⁽²³⁾, Urologia e Uroginecologia⁽²⁴⁾, Fonoaudiologia⁽²⁸⁾, Ortopedia e Fisioterapia⁽³⁰⁾ (cada área abordada em 1 artigo, 3,7%).

As características principais dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde mais frequentemente utilizados nos artigos selecionados estão apresentadas no Quadro 2.

Características metodológicas e contextuais dos estudos selecionados

Quanto ao delineamento, a maioria dos estudos foi observacional transversal (n= 22; 81,5%)^(11,12,14-18,20,21,22,24-32,35-37), sendo que alguns receberam especificações adicionais: 3 do tipo piloto (11,1%)^(20,24,25); 4 multicêntricos (14,8%)^(11,16,17,30) e 5 se referiram à validação de instrumentos de avaliação (18,5%)^(22,26,31,32,37). Os ensaios clínicos randomizados, estudos que apresentam maiores níveis de evidência científica, totalizaram apenas 4 ocorrências (14,8%)^(19,23,33,34), com 2 destas, estudos multicêntricos (7,4%)^(33,34). Somente 1 estudo apresentou delineamento pré-teste/pós-teste (3,7%)⁽¹³⁾.

Entre os estudos de validação de instrumentos, 3 (60,0%) traduziram e adaptaram testes de avaliação do letramento em saúde para idiomas locais na Sérvia e no Brasil: TOFHLA e STOFHLA em sérvio⁽²²⁾; STOFHLA em português⁽³⁷⁾; SAHLSA (teste em espanhol adaptado do REALM) para o português, originando o SAHLPA-50 e o SAHLPA-18⁽²⁶⁾. Os outros 2 estudos (40,0%) se propuseram a desenvolver novos instrumentos de avaliação do letramento em saúde, ambos nos Estados Unidos: Health LiTT⁽³¹⁾ e METER (este inclui muitas palavras do REALM)⁽³²⁾.

O letramento em saúde foi considerado como variável explicativa na maioria dos artigos (n=16, 59,3%)^(11-13,16,18-20,23-25,28-30,33-35). Dentre os artigos que tomaram o letramento em saúde como variável resposta (n=11, 40,7%)^(14,15,17,21,22,26,27,31,32,36,37), incluíram-se os 5 estudos de validação de instrumentos (18,5%)^(22,26,31,32,37), 4 estudos de bases populacionais (14,8%), sendo 2 em Taiwan^(14,15), 1 na Finlândia⁽²⁷⁾ e 1 intercontinental⁽¹⁷⁾ e 2 estudos com pacientes diabéticos (7,4%), no Japão^(21,36).

No que se refere ao local de origem, houve predominância de estudos realizados na América do Norte (n=13; 48,1%)^(11,12,18-20,23,24,30-35), todos nos Estados Unidos. Foram identificados 6 estudos europeus (22,2%), sendo 2 da Holanda (7,4%)^(13,29), 1 da Irlanda (3,7%)⁽²⁵⁾, 1 da Finlândia (3,7%)⁽²⁷⁾, 1 da Sérvia (3,7%)⁽²²⁾ e 1 elaborado em conjunto por 15 países da Europa (3,7%)⁽¹⁶⁾. Quatro estudos foram realizados na Ásia (14,8%), sendo 2 no Japão (7,4%)^(21,36) e 2 em Taiwan (7,4%)^(14,15). Dois estudos foram produzidos na América Latina, ambos no Brasil (7,4%)^(26,37), e 1 na Oceania (Austrália) (3,7%)⁽²⁸⁾. Um estudo intercontinental contou com a participação de países da Europa, Oceania, América do Norte e do Sul (3,7%)⁽¹⁷⁾.

A maioria dos estudos foi realizada em clínicas ou centros de referência, localizados em ambulatórios ou hospitais (n=17; 63,0%)^(11-13,19,23-26,28-30,32-37). Sete pesquisas se referiram ao contexto da atenção primária (25,9%)^(14,15,20,21,22,27,31) e 1 envolveu avaliações, tanto em ambiente de atenção primária, quanto hospitalar (3,7%)⁽¹⁸⁾. Dois estudos (os multinacionais) realizaram a coleta de dados via internet (7,4%)^(16,17).

Quadro 2. Síntese das características dos instrumentos de avaliação do letramento em saúde

Instrumento	Características	Versões / Idiomas
Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) ^(22,24,38,39,40)	Objeto de avaliação: Letramento funcional em saúde. Método de avaliação: Autoadministrado, com orientações verbais prévias. Para os itens de compreensão de leitura, são apresentadas sentenças com palavras ausentes. Os avaliados selecionam uma entre quatro opções de resposta para o preenchimento das lacunas. Os textos utilizados são de materiais reais do contexto da saúde, como formulários médicos e instruções quanto a exames. Para os itens de numeramento, são apresentados materiais relativos a prescrições médicas e é solicitado que o paciente responda verbalmente às perguntas. Itens de avaliação: TOFHLA: 50 itens de compreensão de leitura e 17 de habilidades numéricas. STOFHLA: 36 itens de compreensão de leitura e quatro de habilidades numéricas. Tempo de aplicação: 22 minutos no TOFHLA e 12 no STOFHLA. Classificação dos resultados: Para o TOFHLA, a pontuação varia de 0 a 100 (0 a 50 para compreensão de leitura, o mesmo para o numeramento). Os resultados estabelecem níveis de letramento funcional em saúde: Inadequado (0-59 pontos), marginal (60-74 pontos) e adequado (75-100 pontos). Para o STOFHLA, a pontuação também varia de 0 a 100: 0 a 28 nos itens de numeramento (cada item vale 7 pontos) e 0 a 72 nos itens de compreensão de leitura (cada item vale 2 pontos). Níveis de letramento funcional em saúde: Inadequado (0-53 pontos), marginal (54-66 pontos) e adequado (67-100 pontos).	<ol style="list-style-type: none"> 1. TOFHLA: Versão original em inglês. 2. TOFHLA-Spanish: Versão em espanhol. 3. STOFHLA (Short TOFHLA): Versão abreviada. 4. STOFHLA- Spanish: Versão abreviada em espanhol. 5. TOFHLA e STOFHLA em sérvio⁽²²⁾. 6. STOFHLA em português⁽³⁷⁾.
Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) ^(26,41,42)	Objeto de avaliação: Letramento funcional em saúde. Método de avaliação: O paciente lê em voz alta uma lista de 66 termos médicos, organizados em ordem crescente de dificuldade. Cada palavra pronunciada corretamente equivale a 1 ponto. Itens de avaliação: 66 termos da área da saúde. Tempo de aplicação: 2 a 3 minutos. Classificação dos resultados: A pontuação varia de 0 a 66 e identifica o letramento em saúde como inadequado (0-44 acertos), limitado (45-60 acertos) e adequado (61-66). O REALM atribui 1 entre 4 graus de letramento estimados: 1) 3ª série e abaixo (pontuação de 0 a 18), 2) 4ª a 6ª série (19 a 44 pontos), 3) 7ª a 8ª série (45 a 60 pontos) e 4) 9ª série e acima (61 a 66 pontos).	<ol style="list-style-type: none"> 1. REALM short form⁽⁴³⁾. 2. REALM- Revised: Versão com 8 itens⁽⁴¹⁾. 3. SAHLSA -50 e 18: Versões adaptadas em espanhol, que incluem avaliação de compreensão⁽²⁶⁾. 4. SAHLPA 50 e 18: Versão adaptada em português do SAHLSA.
Measure of functional, communicative and critical health literacy (MFCCHL– Ishikawa) ⁽⁷⁾	Objeto de avaliação: Letramento funcional, comunicativo e crítico em saúde, desenvolvido para pacientes com diabetes tipo 2. O objetivo é avaliar a habilidade de extrair, compreender e utilizar a informação relacionada à saúde. Método de avaliação: Questionário autoadministrado de escalas de letramento em saúde. Auxílio de assistente, caso solicitado pelo paciente. Itens de avaliação: 3 subescalas com 14 itens de resposta, sendo 5 itens para a subescala de LS funcional, 5 para a de LS comunicativo e 4 para a de LS crítico. Tempo de aplicação: Não especificado. Classificação dos resultados: Cada item é avaliado de acordo com uma escala Likert de 4 pontos, variando de 1 (nunca) a 4 (frequentemente). O escore dos itens de cada escala é somado e dividido pelo número de itens naquela escala. Portanto, o escore em cada subescala varia de 1 a 4. Os escores são invertidos para a subescala de LS funcional para que escores mais elevados indiquem maior letramento em saúde.	<ol style="list-style-type: none"> 1. (MFCCHL– Ishikawa): Versão em holandês.
Set of Brief Screening Questions (SBSQ) ⁽⁴⁴⁾	Objeto de avaliação: Letramento em saúde (sem especificação de nível de LS). O teste possibilita a identificação de pacientes com o LS inadequado. Método de avaliação: Entrevista. Itens de avaliação: Três questões de triagem com respostas em escala Likert de 5 pontos. Tempo de aplicação: Não há tempo máximo estipulado para o preenchimento do questionário. Classificação dos resultados: LS classificado como inadequado, marginal ou adequado. Autores do teste relatam que o ponto de corte ótimo depende da acurácia do teste, prevalência do LS inadequado, custos dos testes e classificação de falso-positivos. Outros estudos ^(12,13) , nos quais foram utilizadas respostas em escala Likert de 4 pontos, estabeleceram uma pontuação variando de 0 a 12 e classificaram o LS em baixo (0 a 5 pontos), médio (6 a 9 pontos) e alto (10 a 12 pontos).	<ol style="list-style-type: none"> 1. SBSQ com 3 questões e respostas em escala Likert de 4 pontos. Classificação do LS em baixo, médio e alto^(16,17). -Observação: Estudos aplicaram o teste em até 18 países e o traduziram para seus respectivos idiomas¹⁷.

Legenda: SAHLSA = Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults; SAHLPA = Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults; LS = letramento em saúde

Formas de apresentação e análise dos resultados sobre o letramento em saúde

No que se refere à apresentação dos resultados, a maioria dos estudos categorizou o letramento em saúde e apresentou distribuição de frequências ($n=13$, 48,1%)^(11,14-17,19,22-26,34,37).

Muitos pesquisadores optaram por analisar os resultados por meio da média das pontuações, sem realizar categorizações ($n=11$, 40,7%)^(12,13,18,20,21,28-32,36). Outras abordagens dos resultados ocorreram em 3 estudos (11,1%) e se referiram à apresentação da pontuação mínima e máxima⁽³⁵⁾, análise da proporção de respostas corretas⁽³¹⁾ e de pontos em cada item, sem média, nem frequência por categorias⁽²⁷⁾.

Dentre os artigos nos quais os resultados de letramento em saúde foram categorizados, as classificações utilizadas se apresentaram de formas variadas: letramento em saúde inadequado, marginal ou adequado^(15,19,22,24,37) ($n=5$, 18,5%); inadequado, limitado ou adequado^(11,25,34) ($n=3$, 11,1%); baixo, médio ou alto^(16,17) ($n=2$, 7,4%); rudimentar, básico ou avançado⁽²⁶⁾ ($n=1$, 3,7%); inadequado ou inadequado⁽¹⁴⁾ ($n=um$, 3,7%) e baixo ou adequado⁽²³⁾ ($n=1$, 3,7%). É importante destacar que houve estudos nos quais os autores modificaram o esquema de análise do teste original, avaliando o resultado como média, numa escala contínua, enquanto o teste original se estruturava em categorias⁽¹⁷⁾, ou, então, alterando a escala de pontuação de 1 a 4 - calculada pela média - para 14 a 56 - pela soma da pontuação⁽¹³⁾.

Considerando-se as classificações apresentadas, a prevalência de letramento em saúde adequado entre os artigos variou de 44,0%, em idosos com idade ≥ 60 anos, avaliados pelo SAHLPA-50, no Brasil⁽²⁶⁾, a 92,7%, em mulheres de 42 a 94 anos, avaliadas pelo TOFHILA, nos Estados Unidos⁽²⁴⁾. Para esta análise, concebeu-se o letramento em saúde de forma dicotômica: adequado, quando descrito pelos pesquisadores como adequado, alto ou avançado, e inadequado, quando referido nas pesquisas como inadequado, limitado, marginal, baixo, médio, rudimentar ou básico.

Foi identificada associação com significância estatística entre os resultados de letramento em saúde e diversos aspectos avaliados nos 27 estudos: escolaridade^(20,22,25,27,31,37); idade^(22,24); autopercepção da saúde^(22,27); raça⁽³⁰⁾; renda⁽³¹⁾, uso prévio de computador⁽³¹⁾, autorrelato de habilidades de leitura⁽³¹⁾; comportamentos promotores de saúde⁽¹⁴⁾; comunicação paciente - médico e percepção do paciente do processo de comunicação⁽³⁶⁾; sexo e presença de doença crônica⁽²²⁾; tabagismo durante a gravidez⁽¹⁶⁾; não adesão à medicação, percepção de risco e crenças sobre a medicação em gestantes⁽¹⁷⁾; acesso a portal para visualização de prontuário eletrônico⁽¹³⁾; discrepâncias em avaliações verbais e escritas na área de artrite reumatoide⁽¹⁹⁾; compreensão e gerenciamento do diabetes⁽²¹⁾; autogestão em técnica de inalação⁽²³⁾; proatividade na busca de informações em saúde⁽²⁷⁾ e conclusão da tarefa de montagem de aparelho auditivo⁽²⁸⁾. Observou-se maior ocorrência de associação do

letramento em saúde com a escolaridade (6 artigos - 22,2%), idade e autopercepção da saúde (2 artigos - 7,4%).

DISCUSSÃO

A variabilidade de objetivos e métodos nos artigos e o fato de a variável ser, frequentemente, do tipo explicativa^(11,12,13,16,18,19,20,23,24,25,28,29,30,33,34,35) posicionam o letramento em saúde e sua avaliação como de grande relevância em países e contextos diversos.

Os instrumentos de avaliação do letramento em saúde que apresentaram maior ocorrência nesta revisão foram o TOFHILA e o REALM. Tais achados confirmam os de outros estudos^(8,26,32). Inclusive, a maioria das pesquisas de validação de instrumentos de avaliação do letramento em saúde foi composta por traduções e adaptações do TOFHILA e REALM^(22,26,37), o que foi observado também no Brasil^(26,37). A escolha desses testes pode ser justificada por serem triagens, rápidas, disponíveis em cada vez mais idiomas e adaptáveis a diversos contextos clínicos. Dentre as limitações, os dois instrumentos avaliam apenas o nível funcional do letramento em saúde, possível motivo pelo qual o TOFHILA^(18,19,24,28,33) e o REALM^(11,30,33,34) foram, por vezes, associados a outros instrumentos de avaliação do letramento em saúde (em cinco (18,5%) e quatro (14,8%) dos artigos, respectivamente).

Apesar de os objetos de análise da presente revisão terem sido os instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral, é necessário destacar que há empenho das diversas especialidades em utilizar e desenvolver instrumentos de avaliação do letramento em saúde relativos a temas específicos. Essa constatação foi evidenciada, por exemplo, pelo número de artigos excluídos por abordarem somente o letramento em saúde específico ($n=40$). Dentre os artigos selecionados, foi possível observar, de forma frequente, a associação entre instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral e específicos^(11,13,17-19,21,23,24,28,30,33,34,36). Essa estratégia reforça o fato de não haver, na atualidade, instrumentos de avaliação do letramento em saúde suficientemente abrangentes para analisar o tema^(3,5). Logo, justifica-se a opção de alguns pesquisadores em utilizar mais de um instrumento de avaliação do letramento em saúde^(11,13,17-19,21,23,24,28,30,33,34,36).

Cabe ressaltar que a opção metodológica do presente estudo por destacar os instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral foi necessária, devido ao volume e variedade de estudos e instrumentos de avaliação do assunto. Além disso, a escolha teve o objetivo de contribuir para uma abordagem global do letramento em saúde e que fosse aplicável de forma mais adequada ao contexto da atenção primária à saúde. Acredita-se que o presente estudo possa favorecer o esclarecimento do panorama atual das pesquisas sobre o letramento em saúde. Outra contribuição foi o detalhamento dos instrumentos de maior ocorrência na avaliação do letramento em saúde geral e, principalmente, a análise das associações entre instrumentos

gerais, específicos e indiretos é uma interpretação que, segundo a pesquisa realizada, não estava disponível na literatura científica, até o momento.

No contexto brasileiro, os estudos sobre a avaliação do letramento em saúde têm priorizado o nível funcional, em ambiente clínico, por meio de instrumentos de triagem originários de outros países e idiomas, validados para o português. Há lacunas na avaliação do letramento em saúde comunicativo e crítico. A presente revisão sobre os instrumentos de avaliação do letramento em saúde, bem como a elaboração e análise de novos instrumentos aplicáveis à realidade brasileira são passos necessários para identificar indivíduos e populações em dificuldades quanto ao letramento em saúde. Além disso, favorecem a prática clínica e a educação em saúde.

Ressalta-se que apenas um estudo fonoaudiológico, na área de Audiologia, incluiu a avaliação do letramento em saúde e constatou associação positiva deste com o desempenho em ajustar e inserir aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Foi enfatizada a função do fonoaudiólogo em utilizar e organizar recursos diversos, como textos com linguagem clara e simples, figuras e orientações verbais, a fim de possibilitar o letramento em saúde específico em saúde auditiva, para a adesão e sucesso no uso dos AASI⁽²⁸⁾. Assim, o fonoaudiólogo deve atuar junto com os demais profissionais de saúde, auxiliando a identificar pacientes com dificuldades de letramento em saúde. Todavia, destaca-se que, por meio de suas competências exclusivas quanto à fala, audição, linguagem verbal e escrita, o fonoaudiólogo tem funções únicas e diferenciadas para avaliar e intervir no desenvolvimento da efetiva comunicação entre usuários e profissionais da saúde e, assim, aprimorar o letramento em saúde⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

Existe grande variedade de instrumentos e métodos para avaliação do letramento em saúde. Dentre os instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral predominaram os testes de triagem clínica TOFHLA e REALM, utilizados no contexto de ambulatorios e hospitais, com enfoque no letramento em saúde funcional. A maioria dos estudos apresentou delineamento observacional transversal, com maior produção científica nos Estados Unidos e países europeus.

REFERÊNCIAS

- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization; 2013 [citado 19 out 2014]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874-9. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
- Santos LTM, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Nefrol*. 2012;34(3):293-302. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120014>
- Hester EJ, Stevens-Ratchford R. Health literacy and the role of the speech-language pathologist. *Am J Speech Lang Pathol*. 2009;18(2):180-91. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2009\)08-0005](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2009)08-0005)
- Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):878-83. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(41):301-14. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000027>
- Wühlisch FS, Pascoe M. Maximising health literacy and client recall of clinical information: an exploratory study of clients and speech language pathologists. *S Afr J Commun Disord*. 2010;57(1):22-32. <https://doi.org/10.4102/sajcd.v57i1.46>
- Martins-Reis VO, Santos JN. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(1):113-4. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000100021>
- Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
- Sleath BL, Blalock SJ, Muir KW, Carpenter DM, Lawrence SD, Giangiacomo AL et al. Determinants of self-reported barriers to glaucoma medicine administration and adherence: a multisite study. *Ann Pharmacother*. 2014;48(7):856-62. <https://doi.org/10.1177/1060028014529413>
- Izard J, Hartzler A, Avery DI, Shih C, Dalkin BL, Gore JL. User-centered design of quality of life reports for clinical care of patients with prostate cancer. *Surgery*. 2014;155(5):789-96. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2013.12.007>
- Vaart R, Drossaert CHC, Taal E, Drossaers-Bakker KW, Vonkeman HE, Laar MJAF. Impact of patient-accessible electronic medical records in rheumatology: use, satisfaction and effects on empowerment among patients. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:102-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-102>
- Tsai HM, Cheng CY, Chang SC, Yang YM, Wang HH. Health literacy and health-promoting behaviors among multiethnic groups of women in Taiwan. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2014;43(1):117-29. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12269>
- Wei MH. The associations between health literacy, reasons for seeking health information, and information sources utilized by Taiwanese adults. *Health Educ J*. 2014;73(4):423-34.

16. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby AC, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14:213-28. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-213>
17. Lupattelli A, Picinardi M, Einarson A, Nordeng H. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Educ Couns*. 2014;96(2):171-8. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.014>
18. Nesbitt T, Doctorvaladan S, Southard JA, Singh S, Fekete A, Marie K et al. Correlates of quality of life in rural heart failure patients. *Circ Heart Fail*. 2014;7(6):882-7. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.000577>
19. Hirsh JM, Davis LA, Quinzanos I, Keniston A, Caplan L. Health literacy predicts discrepancies between traditional written patient assessments and verbally administered assessments in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2014;41(2):256-64. <https://doi.org/10.3899/jrheum.130664>
20. Riebl SK, Paone AC, Hedrick VE, Zoellner JM, Estabrooks PA, Davy BM. The comparative validity of interactive multimedia questionnaires to paper-administered questionnaires for beverage intake and physical activity: pilot study. *JMIR Res Protoc*. 2013;2(2):1-16. <https://doi.org/10.2196/resprot.2830>
21. Inoue M, Miyako Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Fam Pract*. 2013;14:40-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-40>
22. Jović-Vraneš A, Bjegović-Mikanović V, Marinković J, Vuković D. Evaluation of a health literacy screening tool in primary care patients: evidence from Serbia. *Health Promot Int*. 2014;29(4):601-7. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat011>
23. Kiser K, Jonas D, Warner Z, Scanlon K, Shilliday BB, DeWalt DA. A randomized controlled trial of a literacy-sensitive self-management intervention for chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Gen Intern Med*. 2012;27(2):190-5. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1867-6>
24. Anger JT, Lee U, Mittal BM, Pollard M, Tarnay C, Maliski S, Rogers RG. Health literacy and disease understanding among aging women with pelvic floor disorders. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2012;18(6):340-3. <https://doi.org/10.1097/SPV.0b013e31826fb8d3>
25. Coughlan D, Sahn L, Byrne S. The importance of health literacy in the development of 'Self Care' cards for community pharmacies in Ireland. *Pharm Pract (Granada)*. 2012;10(3):143-50.
26. Apolinário D, Oliveira RC, Braga P, Magaldi RM, Busse AL, Camporal F et al. Short assessment of health literacy for portuguese-speaking adults. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):702-11. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>
27. Eriksson-Backa K, Ek S, Niemelä R, Huotari ML. Health information literacy in everyday life: a study of Finns aged 65–79 years. *Health Informat J*. 2012;18(2):83-94. <https://doi.org/10.1177/1460458212445797>
28. Convery E, Keidser G, Hartley L, Caposecco A, Hickson L, Meyer C. Management of hearing aid assembly by urban-dwelling hearing-impaired adults in a developed country: implications for a self-fitting hearing aid. *Trends Amplif*. 2011;15(4):196-208. <https://doi.org/10.1177/1084713811431694>
29. Vaart R, Drossaert CH, Taal E, Laar MA. Patient preferences for a hospital-based rheumatology interactive health communication application and factors associated with these preferences. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(9):1618-26. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ker161>
30. Myaskovsky L, Burkitt KH, Lichy AM, Ljungberg IH, Fyffe DC, Ozawa H et al. The association of race, cultural factors, and health-related quality of life in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(3):441-8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.10.007>
31. Hahn EA, Choi SW, Griffith JW, Yost KJ, Baker DW. Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology (Health LiTT): a new item response theory-based measure of health literacy. *J Health Commun*. 2011;16(Suppl 3):150-62. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.605434>
32. Rawson KA, Gunstad J, Hughes J, Spitznagel MB, Potter V, Waechter D et al. The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2010;25(1):67-71. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1158-7>
33. Fink AS, Prochazka AV, Henderson WG, Bartenfeld D, Nyirenda C, Webb A et al. Enhancement of surgical informed consent by addition of repeat back: a multicenter, randomized controlled clinical trial. *Ann Surg*. 2010;252(1):27-36. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181e3ec61>
34. Fink AS, Prochazka AV, Henderson WG, Bartenfeld D, Nyirenda C, Webb A et al. Predictors of comprehension during surgical informed consent. *J Am Coll Surgeons*. 2010;210(6):919-26. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.02.049>
35. Sox CM, Gribbons WM, Loring BA, Mandl KD, Batista R, Porter SC. Patient-centered design of an information management module for a personally controlled health record. *J Med Internet Res*. 2010;12(3):e36. <https://doi.org/10.2196/jmir.1269>
36. Ishikawa H, Yano E, Fujimori S, Kinoshita M, Yamanouchi T, Yoshikawa M et al. Patient health literacy and patient-physician information exchange during a visit. *Fam Pract*. 2009;26(6):517-23. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp060>
37. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):631-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000031>
38. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537-41.
39. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33-42.
40. Nurss JR, Parker RM, Williams MV, Baker DW. Short-test of functional health literacy in adults (STOFHLA). Atlanta: Emory

- University; 1995.
41. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH. A shortened instrument for literacy screening. *J Gen Intern Med.* 2003;18(12):1036-8. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2003.10651.x>
 42. Murphy P, Davis T. When low literacy blocks compliance. *RN.* 1997;60(10):58-63.
 43. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med.* 1993;25(6):391-5.
 44. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med.* 2004;36(8):588-94.