




## Literacia para a saúde e qualidade de vida: estudo transversal

Health literacy and quality of life: a cross-sectional study

*Literacia para la salud y calidad de vida: estudio transversal*

Andressa Teoli Nunciaroni<sup>I</sup> , César Luís Siqueira Júnior<sup>I</sup> ,  
Cristiane Marinho Pontes<sup>I</sup> , Rosane Aparecida de Sousa<sup>II</sup> 

<sup>I</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

<sup>II</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** identificar o nível de literacia para a saúde (LS) para a compreensão de saúde e qualidade de vida em uma população vinculada a um projeto de extensão universitária que visa à adesão à atividade física. **Método:** pesquisa transversal, quantitativa. A LS foi mensurada virtualmente pela versão brasileira do *European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form* (HLS-EU-Q6). Foram executados três *Generalized Linear Model*. **Resultados:** 913 participantes, sendo 95,4% do sexo feminino e 59,3% acima de 50 anos. Escolaridade e idade se apresentaram como preditoras no domínio "Avaliação e aplicação de informações no campo do cuidado à saúde" (Wald=13,85;p=0,017; Wald=8,42;p=0,004, respectivamente). A idade foi preditora para prevenção de doenças (Wald=5,20;p=0,023). Sugere-se que graduação aumenta o LS para avaliar e implementar informações quando comparado à escolaridade até 5º ano (Beta=-0,918;p=0,005); de 6º a 8º/9º ano (Beta=-0,609;p=0,050); ensino médio (Beta=-0,498;p=0,005). **Conclusão:** a escolaridade e a idade foram fatores que se associaram à LS. **Descritores:** Letramento em Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Educação Física e Treinamento; Promoção da Saúde; Educação em Saúde

### Abstract

**Objective:** to identify the level of health literacy (HL) for understanding health and quality of life in a population linked to a university extension project aimed at adherence to physical activity. **Method:** cross-sectional, quantitative study. HL was measured virtually using the Brazilian version of the *European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form* (HLS-EU-Q6). Three *Generalized Linear Models* were run. **Results:** 913 participants, 95.4% female and 59.3% over 50 years old. Education and age were predictors of the "Evaluation and application of the information in the health care" domain (Wald=13.85;p=0.017; Wald=8.42;p=0.004, respectively). Age was a predictor of disease prevention (Wald=5.20;p=0.023). It is suggested that graduation increases the LS for evaluating and implementing information when compared to education up to 5th grade (Beta=-0.918;p=0.005); 6th to 8th/9th grade (Beta=-0.609;p=0.050); high school (Beta=-0.498;p=0.005). **Conclusion:** Education and age were factors associated with HL.

**Descriptors:** Health Literacy; Social Determinants of Health; Physical Education and Training; Health Promotion; Health Education

## Resumen

---

**Objetivo:** identificar el nivel de literacia en salud (LS) para la comprensión de la salud y la calidad de vida en una población vinculada a un proyecto de extensión universitaria dirigido a la adherencia a la actividad física. **Método:** investigación cuantitativa transversal. La LS fue medida virtualmente utilizando la versión brasileña del Cuestionario Europeo de Alfabetización en Salud (HLS-EU-Q6). Se realizaron tres modelos lineales generalizados. **Resultados:** 913 participantes, 95,4% mujeres y 59,3% mayores de 50 años. La escolaridad y la edad fueron predictores en el dominio «Evaluación y aplicación de la información en el ámbito de la atención sanitaria» (Wald=13,85;p=0,017; Wald=8,42;p=0,004, respectivamente). La edad fue un factor predictivo de la prevención de enfermedades (Wald=5,20;p=0,023). Se sugiere que la graduación aumenta la LS para evaluar y aplicar la información en comparación con la escolarización hasta 5º curso (Beta=-0,918;p=0,005); de 6º a 8º/9º curso (Beta=-0,609;p=0,050); bachillerato (Beta=-0,498;p=0,005). **Conclusión:** La escolaridad y la edad fueron factores asociados a la LS.

**Descritores:** Alfabetización en Salud; Determinantes Sociales de la Salud; Educación y Entrenamiento Físico; Promoción de la Salud; Educación en Salud

## Introdução

A literacia para a saúde refere-se à capacidade do sujeito de buscar, acessar, compreender, avaliar e traduzir em ações as informações sobre saúde.<sup>1</sup> As competências vinculadas à LS podem afetar a condição de saúde a partir da implementação de cuidados para promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, tanto no âmbito individual como coletivo.<sup>2</sup>

No campo da saúde, a LS pode ser compreendida sob diferentes ângulos. O primeiro deles articula-se à compreensão da informação escrita, como ao interpretar uma bula de medicamento ou ler uma informação relacionada a práticas saudáveis. A informação escrita pode se apresentar por meio de materiais impressos ou por meio digital. Atualmente, a literacia digital tem sido considerada um importante determinante da saúde.<sup>3</sup>

O segundo se refere à literacia numeral, chamada também de numeracia,<sup>4</sup> que possibilita compreender, utilizar e analisar, por exemplo, doses e horários de medicamentos, contagem de nutrientes ou interpretar resultados de exames e rótulos de alimentos processados. Habilidades numéricas relacionadas à LS referem-se, portanto, a informações de saúde numéricas, quantitativas, gráficas, estatísticas e probabilísticas, de modo a contribuir para as tomadas de decisão em saúde.<sup>5</sup>

Para além da perspectiva individual, a LS comunitária ou coletiva explora a comunicação no formato de grupos, materiais escritos ou gráficos, rodas de conversa. E a LS cívica ou ambiental refere-se a conhecer os direitos e deveres relacionados à saúde e à promoção do engajamento comunitário para que haja apropriação e implementação de ações pelos grupos envolvidos.<sup>6-7</sup>

Ao se unir os ângulos citados, tem-se que a LS pode contribuir para a ampliação da consciência cidadã da saúde individual, coletiva e pública.<sup>1</sup> Dessa forma, a LS pode ser compreendida como uma ferramenta compartilhada que gera interface entre saúde, educação, comunicação e políticas públicas, sendo, portanto, uma ferramenta transdisciplinar.<sup>8</sup>

Estudos realizados em diferentes países sugerem que a baixa LS está associada a desfechos negativos de saúde, mesmo entre populações com elevado nível de escolaridade.<sup>9-10</sup> Na população brasileira, ainda não há evidências que demonstrem o grau de LS ou seus fatores subjacentes, ainda que estes possam representar desafios para o autocuidado ou para o cuidado compartilhado entre a pessoa e os profissionais, e devem ser alvo de intervenções.

Ao longo do tempo, a relação entre a vulnerabilidade e a incidência de doenças ou agravos tem sido demonstrada, sendo as condições sociais e ambientais fatores determinantes da saúde. Por isso, mais recentemente, tem-se discutido a LS como um dos determinantes sociais da saúde emergente.<sup>11-12</sup>

A LS deve, então, ser avaliada em conjunto com as necessidades do sujeito e os determinantes sociais individuais, coletivos e políticos. Por isso, precisa ser discutida e avaliada para além da capacidade do indivíduo de realizar uma tarefa cotidiana ou pontual, mas sim a partir do desenvolvimento de competências que trazem à luz a criticidade e a tomada de decisões relacionadas à saúde,<sup>13</sup> articulando-se à promoção da saúde.

As ações de promoção da saúde integradas à ampliação da LS podem guiar o sujeito para a emancipação e autonomia nas escolhas, a partir da competência de compreender de forma aprofundada as informações. Dessa forma, a LS possui foco na saúde, e não na doença. Tal concepção contribui no rompimento do modelo biomédico centrado no tratamento medicamentoso das doenças e agravos, e avança para um

modelo centrado na pessoa e na sua subjetividade, incluindo também família, comunidade e políticas públicas.<sup>13</sup>

A LS é uma ferramenta importante para novos desfechos relacionados à saúde pública.<sup>13</sup> No entanto, para que possa ser compreendida e contribuir para a promoção do autocuidado e bem-estar na sociedade, faz-se necessária sua mensuração e avaliação junto aos demais determinantes sociais da saúde.

Assim, a partir de um modelo conceitual,<sup>8</sup> este estudo teve como objetivo identificar o nível de LS para a compreensão de saúde e qualidade de vida em uma população vinculada a um projeto de extensão universitária que visa à adesão à atividade física.

## **Método**

Trata-se de pesquisa transversal, do tipo inquérito, com uma amostra não probabilística por conveniência, desenvolvida em ambiente virtual.

Os cenários da presente pesquisa foram 26 praças e parques do município do Rio de Janeiro, onde educadores físicos coordenam atividades físicas e culturais em grupo, em parceria com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro por meio de ações de extensão universitária. Em cada cenário, são trabalhadas duas diferentes modalidades de atividade física, uma com foco em crianças e outra com foco em adultos, dentre futebol, ginástica, treinamento funcional, lutas, capoeira, alongamento. O projeto de extensão contemplou 2600 participantes (com idade que variou de 6 a 87 anos) em seus seis meses de duração (novembro/2022 a abril/2023).

Optou-se por incluir a população geral do projeto a partir do pressuposto de que todos os integrantes já realizam uma ação para a promoção da saúde: a atividade física, bem como possuem acesso a informações seguras junto aos profissionais de saúde que conduzem o projeto.

Os critérios de inclusão para os participantes foram: estar vinculado ao projeto de extensão esportivo, de ambos os sexos, ser maior de 18 anos e possuir autonomia para decidir sobre sua participação no estudo, materializada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: participantes em férias ou período de licença no momento da coleta de dados.

O período de coleta compreendeu os meses de fevereiro a abril de 2023. Todos os participantes que contemplavam os critérios de inclusão foram convidados para a pesquisa. Por isso, não foi realizado o cálculo do tamanho amostral.

O convite para a participação na pesquisa foi realizado no formato online por aplicativos de comunicação. Os contatos dos participantes em potencial foram obtidos junto à gestão do projeto de extensão, que apoiou o desenvolvimento da pesquisa. Dessa forma, após aceite, foi enviado um *link* contendo o TCLE para registro do consentimento. Na sequência, o instrumento de coleta de dados foi preenchido pelos participantes por meio do uso da internet.

Para a coleta de dados, foi criado um instrumento de caracterização dos participantes, sendo utilizada a versão brasileira do instrumento *European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form* (HLS-EU-Q6), para a avaliação da literacia em saúde.<sup>14</sup>

O instrumento HLS-EU-Q6 é composto por seis questões com resposta única em cada uma delas por meio de escala de tipo Likert, conforme descrição a seguir: Em uma escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, com que facilidade você consegue: 1. Avaliar quando você precisa de uma segunda opinião de outro médico?; 2. Usar as informações que seu médico passa a você para tomar decisões sobre a sua doença?; 3. Encontrar informações sobre como lidar com problemas de saúde mental, como o estresse ou depressão?; 4. Avaliar se as informações sobre os riscos à saúde disponíveis nos meios de comunicação são confiáveis? (por exemplo, TV, internet ou outros meios de comunicação); 5. Encontrar informações sobre as atividades boas para o seu bem-estar mental? (por exemplo, meditação, exercício, caminhada, pilates, entre outros); 6. Entender as informações disponíveis nos meios de comunicação sobre como ficar mais saudável? (por exemplo, internet, jornais, revistas).

Dessa forma, as questões 1 e 2 compõem o domínio de avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde; as questões 3 e 4 o domínio relacionado a encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças e as questões 5 e 6 ao domínio encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde.<sup>14</sup>

Além da avaliação da LS, *end-point* primário do estudo, foram avaliadas as variáveis: idade, sexo, escolaridade, com quem mora, peso, altura e calculado o IMC (peso/altura<sup>2</sup>).

A análise dos dados foi realizada por meio da compilação em um banco de dados a partir das respostas obtidas no formulário de inscrição usando-se o *software* Excel para *Windows*. Para as análises estatísticas utilizou-se o *Software* SPSS versão 21.0. Foram executadas análises descritivas (média, desvio padrão, mínimo, máximo e porcentagens) das variáveis: idade, número de pessoas com as quais convive e escolaridade, e cada um dos três domínios da Escala de LS.

Posteriormente, foram executados três *Generalized Linear Model* (GLM) usando a distribuição Gamma e função de ligação de identidade para avaliar o impacto da idade, número de pessoas com as quais convive e escolaridade nos três domínios do instrumento HLS-EU-Q6. Estes modelos apresentaram melhor ajuste aos dados com base no Critério de Informações de Akaike (AIC) em comparação ao modelo GLM ajustado com distribuição linear e função de ligação de identidade.

Essa pesquisa atendeu às "Orientações Gerais para a condução de Protocolos de Pesquisa em ambiente virtual", da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todas as etapas do estudo seguiram os procedimentos da Resolução CNS nº 466, de 2012, e suas complementares, respeitando a autonomia e anonimato dos participantes de pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob parecer número 5.865.661, em 20 de janeiro de 2023.

## Resultados

Participaram do estudo 913 pessoas vinculados ao projeto de extensão universitária. Do total, 871 (95,4%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 52,3 ( $\pm 10,7$ ) anos, variando de 18 a 87 anos (mediana = 54 anos). A idade revela que 245 (26,8%) participantes possuem entre 50 e 59 anos e 297 (32,5%) possuem 60 anos ou mais. A maioria dos participantes reside com a família, que possui até 4 integrantes (78,9%).

Com relação à escolaridade, os participantes relataram ter completado o ensino fundamental (15,9%); iniciado, mas interrompido, o ensino médio (6,8%); finalizado o ensino médio (41,4%); cursado ensino superior na modalidade graduação (24,2%); ou cursado pós-graduação (11,4%).

O peso médio autorreferido pelos participantes foi de 73,6 ( $\pm 11,4$ ; 42-140) kg, sendo o IMC médio de 28,2 ( $\pm 4,0$ ) kg/m<sup>2</sup>, variando de 16,6 a 63,7 kg/m<sup>2</sup>. De acordo com o IMC calculado a partir do peso e altura autorreferidos, identificam-se cinco participantes em estado de baixo peso; 242 (26,5%) em situação de eutrofia; 340 (37,2%) com sobrepeso; e 292 (32%) com algum grau de obesidade.

Os resultados referentes à avaliação da LS estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1** - Análise descritiva da LS a partir do instrumento HLS-EU-Q6

Variável	n (%)					Total (n)
	1	2	3	4	5	
Avaliar quando precisa de uma segunda opinião de outro médico.	321 (36,3)	180 (20,3)	220 (24,9)	56 (6,3)	106 (12,0)	883
Usar as informações que seu médico passa a você para tomar decisões sobre a sua doença.	451 (51,2)	170 (19,3)	146 (16,6)	54 (6,1)	59 (6,7)	880
Encontrar informações sobre como lidar com problemas de saúde mental.	337 (38,1)	156 (17,6)	193 (21,8)	80 (9,0)	117 (13,2)	883
Avaliar se as informações sobre os riscos à saúde disponíveis nos meios de comunicação são confiáveis.	312 (35,0)	175 (16,6)	239 (26,8)	85 (9,5)	79 (8,8)	890
Encontrar informações sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental.	504 (56,3)	169 (18,8)	126 (14,0)	50 (5,5)	46 (5,1)	895
Entender as informações disponíveis nos meios de comunicação sobre como ficar mais saudável.	488 (54,5)	183 (20,4)	139 (15,5)	46 (5,1)	39 (4,3)	895

Legenda: 1=muito fácil; 2=fácil; 3=nem fácil, nem difícil; 4=difícil; 5=muito difícil

A Tabela 2 apresenta os resultados das três GLM executadas a partir da Estatística de Wald e a Tabela 3 os Betas das variáveis preditoras estatisticamente significativas. As variáveis independentes escolaridade (forte associação: Wald = 13,8) e

idade (moderada a forte associação: Wald = 8,4) se apresentaram como variáveis preditoras estatisticamente significativas no domínio “Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde”. A variável idade se apresentou como variável preditora estatisticamente significativa no domínio “Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças” (associação moderada: Wald=5,2) (Tabela 2).

Embora não significativo, há associação moderada entre a variável escolaridade e o domínio “Capacidade do indivíduo para encontrar/acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde” (Wald=8,8). Porém, não há evidências suficientemente robustas para afirmar que esse impacto é estatisticamente significativo, possivelmente por se tratar de uma variável categórica com seis categorias.

**Tabela 2** - Resultados Generalized Linear Model para cada domínio do instrumento HLS-EU-Q6 (n=913)

<b>Modelo</b>	<b>Variável independente</b>	<b>Graus de liberdade</b>	<b>Estatística Wald</b>	<b>p</b>
1 (Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde)	<b>Escolaridade</b>	<b>5</b>	<b>13,85</b>	<b>0,017</b>
	<b>Idade</b>	<b>1</b>	<b>8,42</b>	<b>0,004</b>
	Número de pessoas com as quais convive	1	0,59	0,440
2 (Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças)	Escolaridade	5	5,87	0,319
	<b>Idade</b>	<b>1</b>	<b>5,20</b>	<b>0,023</b>
	Número de pessoas com as quais convive	1	0,01	0,935
3 (Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde)	Escolaridade	5	8,86	0,115
	Idade	1	0,20	0,654
	Número de pessoas com as quais convive	1	1,26	0,260

A comparação do domínio “Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde” entre pessoas com escolaridade entre 1.º e 5.º ano e pessoas que fizeram um curso de graduação apresentou um Beta de -0,918 (Tabela 3). O valor negativo indica que, em média, as pessoas que “Fizeram



um curso de graduação" têm escores 0,918 unidades mais baixos do que as pessoas com escolaridade "Entre 1.º e 5.º ano". Considerando que escores maiores indicam que a tarefa é considerada mais difícil e escores menores indicam que a tarefa é considerada mais fácil. O Beta de -0,918 sugere que, em média, as pessoas que "Fizeram um curso de graduação" acham a avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde mais fácil do que as pessoas com escolaridade "Entre 1.º e 5.º ano".

O mesmo fenômeno aparece nas comparações de pessoas que "Fizeram um curso de graduação" e pessoas "Entre 6.º e 8.º ou 9.º ano" ( $b = -0,609$ ) e "Terminei o ensino médio" ( $b = -0,498$ ) (Tabela 3). Isto posto, pessoas que "Fizeram um curso de graduação" acham a avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde mais fácil do que as pessoas com menos anos de escolaridade.

O Beta de 0,742 apresentado na comparação entre pessoas que fizeram a pós-graduação e pessoas que estudaram entre 1.º e 5.º ano (Tabela 3) sugere que os escores de dificuldade são 0,742 unidades maiores para o grupo "Entre 1.º e 5.º ano" comparado ao grupo "Fiz pós-graduação". Assim, os indivíduos que estão "Entre 1.º e 5.º ano" consideram a avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde mais difícil em comparação com aqueles que fizeram pós-graduação.

A idade se apresentou como variável preditora dos domínios "Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde" e "Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças" (Tabela 3). O Beta de -0,006 indica que, para cada aumento de um ano na idade, o escore na "Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde" diminui, em média, 0,006 unidades. Já o Beta -0,015 indica que, para cada aumento de um ano na idade, o escore em "Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças" diminui, em média, 0,015 unidades.

**Tabela 3** - Betas das variáveis preditoras estatisticamente significativas (n=913)

Modelo	Variável preditora	Comparações par a par	Beta	Chi-quadrado de Wald	Sig.
Modelo 1 (Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde)	Escolaridade	Fiz pós-graduação / Comecei o ensino médio, mas não terminei	0,322	0,787	0,375
		<b>Fiz pós-graduação / Entre 1.º e 5.º ano</b>	<b>0,742</b>	<b>4,331</b>	<b>0,037</b>
		Fiz pós-graduação / Entre 6.º e 8.º ou 9.º ano	0,433	1,550	0,213
		Fiz pós-graduação / Terminei o ensino médio	0,322	1,884	0,170
		Fiz pós-graduação / Fiz um curso de graduação	-0,176	0,533	0,465
		Comecei o ensino médio, mas não terminei / Fiz um curso de graduação	-0,498	2,287	0,130
		Comecei o ensino médio, mas não terminei / Terminei o ensino médio	0,001	< 0,001	0,998
		Comecei o ensino médio, mas não terminei / Entre 6.º e 8.º ou 9.º ano	0,111	0,074	0,786
		Comecei o ensino médio, mas não terminei / Entre 1.º e 5.º ano	0,421	1,001	0,317
		Entre 1.º e 5.º ano / Entre 6.º e 8.º ou 9.º ano	-0,310	0,577	0,448
		Entre 1.º e 5.º ano / Terminei o ensino médio	-0,420	1,723	0,198
		<b>Entre 1.º e 5.º ano / Fiz um curso de graduação</b>	<b>-0,918</b>	<b>8,003</b>	<b>0,005</b>
		Entre 6.º e 8.º ou 9.º ano / Terminei o ensino médio	-0,110	0,133	0,715
		<b>Entre 6.º e 8.º ou 9.º ano / Fiz um curso de graduação</b>	<b>-0,609</b>	<b>3,839</b>	<b>0,050</b>
		<b>Terminei o ensino médio / Fiz um curso de graduação</b>	<b>-0,498</b>	<b>7,759</b>	<b>0,005</b>
		Idade	<b>-0,006</b>	<b>8,424</b>	<b>0,004</b>
2 (Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças)		Idade	<b>-0,015</b>	<b>5,204</b>	<b>0,023</b>

Sig = significância estatística

A primeira variável mencionada nas comparações par a par é a variável de referência.

## Discussão

Esta pesquisa incluiu 913 participantes, majoritariamente mulheres, com idade acima de 50 anos, de um projeto de extensão que teve como objetivo principal promover a prática esportiva.

Diversas revisões sistemáticas evidenciam os benefícios da atividade física para o envelhecimento em diferentes aspectos, como redução de quedas e melhora do equilíbrio,<sup>15</sup> reduzir a carga de doenças crônicas relacionadas à idade,<sup>16</sup> reduzir o risco de demência e doença de Alzheimer.<sup>17</sup>

Revisão guarda-chuva<sup>18</sup> identificou, entre idosos (pessoas com 60 anos ou mais de idade), a associação positiva entre a realização de atividade física e redução da mortalidade geral e cardiovascular, diminuição do risco de desenvolvimento de câncer de mama e de próstata, bem como fraturas e quedas e outras condições do sistema musculoesquelético e articular, redução do declínio cognitivo, demência e depressão. Ainda, foi evidenciada melhor qualidade de vida e envelhecimento ativo e independente.

Como identificado, grande parte dos estudos discute o envelhecimento ativo com foco na prevenção de doenças e desfechos relacionados à morbidade e mortalidade. Entretanto, para que as pessoas e coletividades possam escolher diariamente sobre alimentação, atividade física, adesão aos tratamentos, meios de transporte e outros fatores considerados determinantes da saúde individual, a inclusão da renda, nível educacional e LS como fatores modificáveis são imperativas.<sup>19</sup>

Todavia, ao se discutir na perspectiva da promoção da saúde, fatores determinantes do envelhecimento ativo não dependem unicamente do indivíduo. Há que se pautar ambientes que promovam a vida e fortaleçam – ou possibilitem, em contextos de vulnerabilidades – escolhas e reduzam as iniquidades sociais e, consequentemente, de saúde.

A escolaridade é definida como um dos determinantes da saúde e de comportamentos relacionados à saúde. Quanto menor o grau de escolaridade, menor a chance de aderir a um comportamento salutar, configurando-se um dos fatores que sustentam as iniquidades de saúde.<sup>20-21</sup>

Entretanto, melhorar o nível educacional geral de uma população não se associa diretamente à melhoria da LS ou à adesão a comportamentos saudáveis.<sup>22-23</sup> Desde o início do século XXI, tem-se discutido a LS como uma estratégia para melhorar a saúde das populações, especialmente por trabalhar com promoção e educação em saúde de maneira pragmática.<sup>24</sup>

Dessa forma, é importante conhecer o nível de LS da população, de modo a identificar as principais necessidades e lacunas, assim como propor intervenções individuais, coletivas e populacionais baseadas em evidências e teorias que possibilitem mudanças efetivas de comportamentos e, conseqüentemente, melhores resultados de saúde e de qualidade de vida. Mas que, sobretudo, possibilitem tomadas de decisões em saúde a partir de escolhas coletivas.

Assim, o nível de literacia, principalmente científica, tem potencial de modificar a ignorância de comunidades e populações.<sup>25</sup> A literacia científica associa-se diretamente a fatores relacionados a encontrar/acessar e avaliar as informações. No campo da saúde, essa literacia pode ser voltada tanto para a necessidade subjetiva e individual, quanto para as mobilizações coletivas em prol da promoção da equidade com foco nos processos de determinação social coletivos.

No que se refere à LS avaliada neste estudo, o instrumento utilizado permite identificar aspectos relacionados a três domínios: avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde (questões 1 e 2); encontrar ou acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças (questões 3 e 4); capacidade do indivíduo para encontrar ou acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde (questões 5 e 6).<sup>14</sup>

Os resultados demonstram que, embora os escores tenham sido majoritariamente referidos como 1 e 2 para todas as questões, parte dos participantes do estudo possui dificuldades relacionadas aos três campos avaliados. Destaca-se o menor grau de LS para as questões 3 e 4, o que sugere lacunas para encontrar, acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças, especialmente com relação à saúde mental e identificação de informações amplamente divulgadas como verdadeiras ou falsas.

Embora o acesso às informações em saúde esteja cada vez mais facilitado pelos meios de comunicação e internet, evidências demonstram a importância da LS para lidar com situações de saúde individuais, comunitárias e populacionais.<sup>26-29</sup>

Mesmo com amplo acesso às informações em saúde, a literacia científica diz respeito a como a comunidade científica produz as evidências, como a mídia compartilha essas informações e como essas informações são recebidas e aplicadas pela população geral.<sup>30</sup>

Os participantes deste estudo possuem menor LS exatamente no conceito da literacia científica aplicada à saúde. Pode-se fomentar a apropriação do conceito de LS como um meio para atingir a saúde pública, já que aumenta a responsabilidade individual e coletiva pela saúde.

No contexto brasileiro, é fundamental conhecer o nível de LS para trazer à luz a necessidade de promover espaços de diálogo, comunicação efetiva e tomadas de decisão compartilhadas sobre a saúde. E o foco da LS, nesse contexto, precisa explorar tanto a promoção da saúde e modificação de fatores da determinação social da saúde, quanto a relação usuário-profissional, para enfim direcionar à elaboração de políticas públicas equitativas e uma sociedade cientificamente literada.

A promoção de competências relacionadas à LS, além de melhorar a saúde e a qualidade de vida da população, também pode contribuir para o exercício da cidadania. Na saúde, pode potencializar a participação social por meio de espaços institucionalizados - conselhos e conferências de saúde, e por meio de espaços não institucionalizados, como participação popular na rotina dos serviços e ações das equipes de saúde. O aumento da LS pode combater a desinformação, promover possibilidades de escolhas com autonomia e aumentar o interesse pela participação social na garantia de direitos.

As limitações do estudo se referem à coleta de dados em ambiente virtual e com um instrumento de medida autorrespondido, o que pode levar a dificuldades de compreensão das questões ou das ferramentas digitais, sendo um viés de resposta. Ainda, para proteger a incolumidade dos participantes, não foi identificado o local de moradia, e dessa forma análises de associação entre região do município e LS foram impossibilitadas. Há limitação relacionada ao desenho metodológico transversal, o que impede o estabelecimento de avaliações de causa-efeito.

Apesar das limitações, este estudo contribui para a identificação do nível de LS em uma população que participa de projeto de extensão esportivo vinculado a uma Universidade Federal, em diferentes áreas e regiões do município do Rio de Janeiro.

## Conclusão

Na presente amostra, foram fatores que se associaram à LS a escolaridade e a idade. Alcançou-se o objetivo deste estudo de identificar o nível de LS entre os participantes. No entanto, estudos futuros são necessários para a produção de evidências que visem corroborar os presentes resultados e promover intervenções que aumentem a LS entre praticantes de atividade física, assim como avaliar seu impacto no engajamento e defesa da saúde como direito.

## Referências

1. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health*. 2020 May;8(2):e000351. doi: 10.1136/fmch-2020-000351.
2. Pavão ALB, Werneck GL, Saboga-Nunes L, Sousa RA. Avaliação da literacia para a saúde de pacientes portadores de diabetes acompanhados em um ambulatório público. *Cad Saúde Pública*;37(10):e00084819. doi: 10.1590/0102-311X00084819.
3. Van Kessel R, Wong BLH, Clemens T, Brand H. Digital health literacy as a super determinant of health: more than simply the sum of its parts. *Internet Interv*. 2022 Feb 07;27:100500. doi: 10.1016/j.invent.2022.100500.
4. Heilmann L. Doing competence: on the performativity of literacy and numeracy from a post-structural viewpoint. *Int Rev Educ*. 2020;66:167-182. doi: 10.1007/s11159-020-09841-2
5. Golbeck AL, Ahlers-Schmidt CR, Paschal AM, Dismuke SE. A definition and operational framework for health numeracy. *Am J Prev Med*. 2005;29(4):375-6. doi: 10.1016/j.amepre.2005.06.012.
6. Kickbusch I, Piselli D, Agrawal A, Balicer R, Banner O, Adelhardt M, et al. The lancet and financial times commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. *Lancet*. 2021;398(10312):1727-6. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01824-9.
7. Madrigal D, Claustro M, Wong M, Bejarano E, Olmedo L, English P. Developing youth environmental health literacy and civic leadership through community air monitoring in Imperial County, California. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1537. doi: 10.3390/ijerph17051537.
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
9. Yusoff HAM, Hamzah MR, Manaf ARA, Ismail A, Ahmad Y, Hussin H. The influence of health literacy on health outcomes: a systematic literature review perspective. *AIP Conference Proceedings*. 2021 May 03;2339(1):020105. doi: 10.1063/5.0044287.

10. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011;(199):1-941.
11. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:159-73. doi: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529.
12. Schillinger D. Social determinants, health literacy, and disparities: intersections and controversies. *Health Lit Res Pract*. 2021;5(3):e234-43. doi: 10.3928/24748307-20210712-01 .
13. Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakley C, Bevington F, et al. Updating health literacy for healthy people 2030: defining its importance for a new decade in public health. *J Public Health Manag Pract*. 2021;27(Suppl 6):S258-64 doi: 10.1097/PHH.0000000000001324.
14. Mialhe FL, Moraes KL, Bado FMR, Brasil VV, Sampaio HAC, Rebustini F. Psychometric properties of the adapted instrument European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form. *Rev Latinoam Enferm*. 2021;29. doi: 10.1590/1518-8345.4362.3436.
15. Thomas E, Battaglia G, Patti A, Brusa J, Leonardi V, Palma A, et al. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jul;98(27):e16218. doi: 10.1097/MD.00000000000016218.
16. Duggal NA, Niemiro G, Harridge SDR, Simpson RJ, Lord JM. Can physical activity ameliorate immunesenescence and thereby reduce age-related multi-morbidity? *Nat Rev Immunol*. 2019;19(9):563-72. doi: 10.1038/s41577-019-0177-9.
17. Iso-Markku P, Kujala UM, Knittle K, et al. Physical activity as a protective factor for dementia and Alzheimer's disease: systematic review, meta-analysis and quality assessment of cohort and case-control studies. *Br J Sports Med*. 2022;56(12):701-9. doi: 10.1136/bjsports-2021-104981.
18. Cunningham C, O'Sullivan R, Caserotti P, Tully MA. Consequences of physical inactivity in older adults: a systematic review of reviews and meta-analyses. *Scand J Med Sci Sports*. 2020;30(5):816-27. doi: 10.1111/sms.13616.
19. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mente A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155, 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): A prospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10226):795-808. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32008-2.
20. Marcus K, Balasubramanian M, Short S, Sohn W. Culturally and linguistically diverse (CALD): terminology and standards in reducing healthcare inequalities. *Aust N Z J Public Health*. 2022;46(1):7-9. doi: 10.1111/1753-6405.13190.
21. Picavet HSJ. Perspectives on health inequity. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(1):80. doi: 10.1136/jech.56.1.80.
22. IUHPE Global Health Literacy Working Group. IUHPE position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world. *Global Health Promot*. 2018;25(4):79-88. doi: 10.1177/1757975918814421.
23. Brunello G, Fort M, Schneeweis N, Winter-Ebmer R. The causal effect of education on health: What is the role of health behaviors? *Health Econ*. 2016;25(3):314-36. doi: 10.1002/hec.3141.
24. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050;
25. Breilh J. The social determination of health and the transformation of rights and ethics: a meta-critical methodology for responsible and reparative science. *Global Public Health*. 2023;18(1):2193830. doi: 10.1080/17441692.2023.2193830.

26. Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promot Int.* 2020;35(6):1612-3. doi:10.1093/heapro/daaa040.
27. Paakkari L, Okan O. COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health.* 2020;5(5):e249-50. doi:10.1016/S2468-2667(20)30086-4.
28. Sørensen K. COVID-19: Digital health literacy is a key to saving time, costs and lives [Internet]. *ICT & Health*, 2020 [cited 2024 Nov 02]. Available from: <https://www.ictandhealth.com/news/covid-19-digital-health-literacy-is-a-key-to-saving-time-costs-and-lives>.
29. Van den Broucke S. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promot Int.* 35(2):181-6. doi: 10.1093/heapro/daaa042.
30. Howell EL, Brossard D. (Mis)informed about what? What it means to be a science-literate citizen in a digital world. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2021;118(15):e1912436117. doi: 10.1073/pnas.1912436117.

## **Contribuições de autoria**

### **1 – Andressa Teoli Nunciaroni**

Autor Correspondente

Enfermeira, Professora, Doutora – [andressa.nunciaroni@unirio.br](mailto:andressa.nunciaroni@unirio.br)

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

### **2 – César Luiz Siqueira Júnior**

Biólogo, Doutor – [cesarjunior@unirio.br](mailto:cesarjunior@unirio.br)

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

### **3 – Cristiane Marinho Pontes**

Enfermeira, discente do Programa de Pós Graduação – [crismp.enf@hotmail.com](mailto:crismp.enf@hotmail.com)

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

### **4 – Rosane Aparecida de Sousa**

Assistente social, Doutora – [rosane.sousa@uftm.edu.br](mailto:rosane.sousa@uftm.edu.br)

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

**Editor-Chefe:** Cristiane Cardoso de Paula

**Editor Associado:** Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

## **Como citar este artigo**

Nunciaroni AT, Siqueira Júnior CL, Pontes CM, Sousa RA. Health literacy and quality of life: a cross-sectional study. *Rev. Enferm. UFSM.* 2025 [Access at: Year Month Day]; vol.15, e4:1-16. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769289774>.