

Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos

sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde *

Maria da Penha Baião Passamai¹
 Helena Alves de Carvalho Sampaio²
 Ana Maria Iorio Dias³
 Lisidna Almeida Cabral⁴

PASSAMAI, M.P.B. ET AL. Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.41, p.301-14, abr./jun. 2012.

Functional health literacy (FHL) is the degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions. This theme concerns researchers/health professionals/public policy makers. Its interdisciplinary, relational and interactional nature indicates that FHL is influenced by health/educational systems, by the media, the family, and by work, community and policy-making spaces. FHL concepts are analyzed in light of the interaction user-professional-health care system, guided by the following questions: What is FHL? To what extent does FHL interfere in the communication among users, professionals and the health care system? What are its consequences to public health? Measures to increase FHL should improve individual skills and humanized health services, enhancing their written and oral communications, and meeting users' needs/abilities.

Keywords: Health education. Functional health literacy. Health care systems. Communication.

Letramento funcional em saúde (LFS) é o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde. O tema preocupa pesquisadores/profissionais da saúde/formuladores de políticas públicas. Sua natureza interdisciplinar, relacional e interacional indica que o LFS sofre a influência dos sistemas de saúde/educacional, mídia, família, ambiente de trabalho/comunidade/decisão política. Analisam-se conceitos de LFS *versus* interação usuários-profissionais-sistema de saúde, norteando-se pelas questões: Em que consiste o LFS? Em que medida interfere na comunicação entre usuários, profissionais e sistema de saúde? Quais são suas consequências na saúde pública? Medidas para elevação do LFS devem melhorar as competências individuais e serviços de saúde humanizados, aperfeiçoando suas comunicações, escritas/orais, satisfazendo as necessidades/habilidades dos usuários.

Palavras-chave: Educação em saúde. Letramento funcional em saúde. Sistemas de saúde. Comunicação.

* Texto vinculado ao Projeto AlfaNutri, financiado pela FUNCAP; submetido ao Edital EFD_00000004 - CE - PPSUS/ FUNCAP 2008/2009 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE).
¹ Curso de Ciências Biológicas, UECE, Campus Itaperi. Av. Paranjana, 1700. Campos do Itaperi, Fortaleza, CE, Brasil. 60.740-000. penha.passamai@uece.br

² Doutorado em Saúde Coletiva, UECE.

³ Departamento de Teoria e Prática de Ensino, Faculdade de Educação, UFC.

⁴ Discente, Programa de Pós-Graduação, UECE.

Introdução

Letramento é um fenômeno resultante do processo de aprender a ler e a escrever; é o estado ou condição que um indivíduo – ou um grupo social – adquire após ter se apropriado da escrita e de suas práticas sociais. Por outro lado, o letramento funcional se caracteriza pelos conhecimentos e habilidades de leitura e de escrita que possibilitam ao indivíduo se envolver nas atividades específicas da área que assim o exige (Soares, 2006). Estendendo e aplicando esse conceito no campo da saúde, Letramento Funcional em Saúde (LFS) é a capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde; de forma que, em termos práticos, uma pessoa com nível de letramento satisfatório teria melhor condição de saúde do que um indivíduo com nível de letramento limitado, que teria menos noção da importância de medidas preventivas, por exemplo, ou maior dificuldade de entender instruções sobre a medicação (Adams et al., 2009).

Por isso, o LFS é um tema que, cada vez mais, preocupa pesquisadores, profissionais de saúde (Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic, Marinkovic, 2009; Kondilis et al., 2008; Olney et al., 2007) e formuladores de políticas públicas (Institute of Medicine - IOM, 2004), envolvidos na promoção e proteção da saúde, bem como na prevenção de doenças, uma vez que vários estudos têm evidenciado o baixo nível de LFS das pessoas (World Health Communication Association - WHCA, 2010; Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic, Marinkovic, 2009; IOM, 2004; Parker et al., 1995). Na população norte-americana, por exemplo, nove em cada dez adultos manifestam falta de competência necessária para gerir a própria saúde e prevenir doenças (IOM, 2009). Estudos desenvolvidos pela WHCA (2010) mostram que, no Reino Unido, nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá, de 20% a 50% da população têm baixa competência em LFS, o que pode comprometer o estado da saúde individual e coletiva (WHCA, 2010; Ishikawa, Yano, 2008), resultando em: baixa capacidade para gerir a própria saúde e o processo de adoecimento; baixa adesão às medidas de promoção e prevenção de doenças e uso de medicamentos, e, finalmente, baixos níveis de conhecimento sobre doenças crônicas, serviços de saúde e saúde global (WHCA, 2010; Rawson et al., 2010; Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic, Marinkovic, 2009; Ishikawa, Yano, 2008).

No Brasil, não se têm pesquisas, de amplitude nacional, que possam evidenciar o grau de LFS e se esse fenômeno pode estar afetando, de alguma forma, o resultado de saúde da população brasileira. O principal estudo no País foi desenvolvido por Carthery-Goulart et al. (2009), que investigaram pacientes, voluntários saudáveis de dois hospitais públicos na cidade de São Paulo, ambos prestadores de serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa mostrou que 32,4% dos pesquisados tinham inadequado/marginal LFS, sendo os anos de escolaridade significativos no desempenho do STOFHLA ($p < 0,001$).

Outros estudos desenvolvidos no País são voltados para contextos bastante específicos, como: as pesquisas de Berberian, Mori-de Angelis e Massi (2006) no campo da Fonoaudiologia; a revisão sistemática realizada por Volpato, Martins e Mialhe (2009), que analisaram as bulas de medicamentos e a compreensão das mesmas pelos pacientes; a investigação de Maragno (2009), que buscou a associação entre letramento em saúde e adesão à terapia medicamentosa, e a de Oliveira, Porto e Brucki (2009), que mediram o alfabetismo funcional⁵ em pacientes com doença de Alzheimer Leve e Comprometimento Cognitivo Leve, comparados com controle saudáveis. Nesse estudo, a escolaridade também teve

⁵ Alfabetismo: fenômeno complexo que indica o estado ou a condição de quem aprende a ler e a escrever (Soares, 2008; 2006). Tem o mesmo sentido de letramento (Soares, 2006). Alfabetismo funcional tem o mesmo sentido de letramento funcional (Soares, 2008).

correlação significativa com o STOFHLA ($r = 0,564$; $p < 0.010$). Cabe notar que esses estudos são todos bastante recentes, evidenciando o crescente interesse no Brasil pela temática em questão.

As reflexões expostas no presente artigo estão norteadas pelas seguintes questões: Em que consiste o LFS? Em que medida o LFS interfere na comunicação entre usuários, profissionais e sistema de saúde? Quais são suas consequências na Saúde Pública? Espera-se que tais questionamentos sejam um ponto de partida muito mais para suscitar outras indagações que possam alavancar as pesquisas nesse campo do que encontrar respostas acabadas para os mesmos.

Educação em Saúde, alfabetização e letramento

Há um vínculo muito estreito entre a Educação e a Saúde: “[...] educação para a saúde é resultante da confluência desses dois fenômenos” (Brasil, 1998, p.259). O Ministério da Saúde (MS) define Educação em Saúde como:

[...] um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde. (Brasil, 1993, p.13)

O conceito de Educação em Saúde encontra-se articulado por um conjunto de disciplinas que dialogam entre si, em uma perspectiva interdisciplinar. A educação, a saúde, a psicologia, a sociologia, a filosofia e a antropologia são as principais áreas de conhecimento que contribuem para a formação desse campo multifacetado (Fonseca et al., 2004; Pereira, 2003; Schall, Struchiner, 1999).

Quanto à alfabetização, esta tem sido considerada um conceito plural e dinâmico (Unesco, 2009), com muitas “facetas”, segundo Soares (2008). Ao apontar as diversas dimensões ou perspectivas envolvidas no processo de alfabetização, a autora cita as áreas de conhecimento que convergem para a formação desse processo: a Linguística, a Psicolinguística, a Sociolinguística e a Psicologia.

A definição da United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco, 2009) sobre alfabetização dá ênfase ao contexto e à utilização da mesma, sendo concebida como:

[...] a habilidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e assimilar, utilizando materiais impressos e escritos associados a diversos contextos. A alfabetização envolve um *continuum* de aprendizagem que permite que indivíduos atinjam seus objetivos, desenvolvam seus conhecimentos e potencial e participem plenamente na sua comunidade e na sociedade em geral. (Unesco, 2005a, p.21)

Para a Unesco, nenhuma definição de alfabetização pode ter um caráter permanente, sobretudo, porque esta deve ser tomada como um processo, a entrada para a educação básica e um meio que conduz à aprendizagem ao longo da vida, e não como um ponto de chegada. Essa concepção está relacionada às questões pragmáticas da aprendizagem da língua, configurando-se como um instrumento voltado para o empoderamento das pessoas (Unesco, 2009).

Contrapondo-se à definição acima descrita, Soares (2008) discute criticamente sobre a tendência que se tem, na atualidade, de imprimir à alfabetização um significado muito abrangente, quando esta é considerada como um processo permanente, que se estenderia por toda a vida e que não se esgotaria na aprendizagem da leitura e da escrita. Para a autora, a aquisição da língua, tanto escrita quanto oral, é diferente do seu desenvolvimento. Soares (2008; 2006) considera o significado estrito do termo alfabetização: “alfabetizar é tornar o indivíduo capaz de ler e escrever” (Soares, 2006, p.31), já que, na concepção da autora, o vocábulo alfabetização não consegue contemplar, ao mesmo tempo, nem etimologicamente nem pedagogicamente, a aquisição e o desenvolvimento da língua.

Acerca do fenômeno letramento, este é um vocábulo traduzido para o português a partir da palavra inglesa *literacy*, definida pelos dicionários como *the condition of being literate* (condição de ser letrado). O vocábulo foi introduzido na Língua Portuguesa, no Brasil, por Mary Kato, em 1986 (Kleiman, 2008).

Literacy advém da palavra latina *littera* = letra; *cy*. sufixo = qualidade, condição, estado (Soares, 2006). Portanto, letramento pode ser conceituado como “Resultado da ação de ensinar e aprender as práticas sociais de leitura e escrita”; “O estado ou condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de ter-se apropriado da escrita e de suas práticas sociais” (Soares, 2006, p.39).

Dessa forma, embora na Língua Portuguesa exista a palavra alfabetismo o dicionarizada como “estado ou qualidade de alfabetizado”, não é um termo utilizado correntemente (Soares, 2006). De acordo com Soares (2006), talvez seja essa a razão da transposição do termo *literacy* do inglês para o português, sendo criado, assim, um neologismo na Língua Portuguesa, o letramento. Portanto, a alfabetização enfoca a aquisição da leitura e da escrita e o letramento focaliza os aspectos sócio-históricos do referido fenômeno (Tfouni, 2006). Soares (2004) discute que em países desenvolvidos, como França e Estados Unidos, por exemplo, essa diferenciação é clara, mas que, no Brasil, “os conceitos de alfabetização e letramento se mesclam” (Soares, 2004, p.3).

De acordo com Soares (2006), a difusão do termo letramento funcional, ou alfabetização funcional, ocorreu a partir da publicação de um estudo internacional sobre leitura e escrita, realizado por Gray, em 1956, para a UNESCO. Na Conferência Geral de 1978, a Unesco adotou uma definição para letramento funcional, concebida até hoje:

Uma pessoa é funcionalmente letrada quando pode participar de todas aquelas atividades nas quais a alfabetização é necessária para o efetivo funcionamento de seu grupo e comunidade e, também, para capacitá-la a continuar usando a leitura, a escrita e o cálculo para seu próprio desenvolvimento e o de sua comunidade. (Unesco, 2005b, p.154)

Soares (2006) discute que o enfoque de funcionalidade na definição da Unesco teve o propósito de uma padronização internacional das estatísticas educacionais

Letramento funcional em saúde: conceitos, abrangência e implicações

Em relação ao constructo letramento em saúde (do inglês *health literacy*), não há ainda um consenso quanto à sua definição. O mesmo foi mencionado pela primeira vez por Simonds (1974), em um artigo denominado *Health education as social policy*. Em 1999, o relatório do *ad hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs*, da *American Medical Association* (AMA, 1999) fez alusão ao termo letramento funcional em saúde (*functional health literacy*), em que fica implícita a operacionalização (a prática) do letramento no próprio conceito.

Os conceitos de letramento em saúde mais citados na literatura são os da Organização Mundial da Saúde (OMS), do *Institute of Medicine* (IOM) e da AMA. A OMS se refere ao constructo como as “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação em meios que promovem e mantêm uma boa saúde” (WHO, 1998, p.10). Quanto à AMA, o LFS é “[...] uma constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar leitura básica e as tarefas necessárias para a função numérica no ambiente de saúde. Os pacientes com o letramento adequado em saúde podem ler, entender e agir sobre a informação de saúde [...]” (AMA, 1999, p.553).

Para o IOM (2004) e o U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS, 2000), letramento em saúde é “o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde” (Ratzan, Parker, 2000 apud IOM, 2004, p.32; USDHHS, 2000, p.20). O IOM (2004) considera que os contextos de saúde imprimem uma demanda de letramento em saúde que exige, além da habilidade de leitura: competências na escrita, no numeramento, habilidade de fala, audição, o uso de tecnologia etc. Essas competências incluem, entre outros: entender, interpretar e analisar informações de saúde; aplicar informações de saúde em uma variedade de eventos e situações de vida; entender e dar consentimento etc.

O IOM (2004) alude que todo letramento é funcional, tendo em vista o fato de que a busca de qualquer texto por um leitor visa à realização de uma tarefa específica. Porém, embora um indivíduo possua as competências necessárias para um letramento básico, isso não garante que ele tenha a mesma

competência para ler e compreender todos os tipos de textos escritos. Para tanto, cabe ao leitor conhecer as palavras individualmente e compreender os termos e os conceitos que estão sendo abordados naquele texto específico. Além disso, uma pessoa pode ter habilidade para ler um determinado tipo de texto (jornais, romances, Bíblia etc.), mas não ter a mesma competência para outros (bulas de remédios, instruções de aparelhos eletrônicos, por exemplo), segundo o citado relatório.

Portanto, o LFS pode ser concebido como um amálgama que une a rede constituída por uma complexidade de fenômenos. É dentro desse contexto que a World Health Communication Associates (WHCA, 2010), fazendo um sobrevoo no conceito e implicações do LFS, alude que o constructo requer competências necessárias para se obterem e processarem as informações sobre saúde, bem como para as pessoas agirem de acordo com tais conhecimentos. Para tanto, são necessários: o domínio de leitura básica, escrita, numeramento, comunicação, o reconhecimento de risco, o senso crítico para análise das informações conflitantes e tomada de decisões concernentes à saúde. Além disso, o texto faz referência ao exercício da cidadania no sentido de o sujeito reivindicar a favor de mudanças quando as políticas governamentais e o sistema de saúde não estiverem atendendo adequadamente às necessidades de letramento em saúde das pessoas (WHCA, 2010).

A falta de um consenso nas definições de LFS mostra incompletude conceitual, denotando um fenômeno em evolução, em construção, não conseguindo abranger toda a complexidade do constructo. Aliás, elas enfocam apenas a instância das competências e habilidades individuais e/ou sociais. No entanto, as competências e habilidades podem ser vistas também a partir de um contexto mais amplo, além do âmbito individual e em múltiplos níveis, como proposto pela WHCA (2010).

Dessa forma, analisando-se a definição da AMA (1999), percebe-se que o constructo está circunscrito ao contexto médico. Isso fica claro por meio da referência ao vocábulo “paciente”, que indica uma posição determinada do indivíduo em um contexto de saúde bastante específico. Tal definição não situa o LFS em uma ambiência mais ampla de saúde. Esse é o conceito com menor relação com os aspectos sociais e coletivos da saúde, não sendo, portanto, o constructo que norteou as reflexões deste texto.

A OMS (WHO, 1998), por sua vez, faz menção às competências cognitivas e sociais. Nessa perspectiva, o LFS é visto como um resultado de ações de educação e promoção da saúde, com benefícios individuais e sociais, em que habilidades cognitivas combinadas com habilidades sociais, como a comunicação, por exemplo, possibilitariam melhora da condição de saúde individual e da comunidade participante (Speros, 2005). Competência cognitiva é a capacidade de interação simbólica do indivíduo com o meio ambiente (Gatti, 1997), e a social corresponde às diferentes classes de comportamentos sociais que determinam a qualidade das relações interpessoais (Del Prette, Prette, 2001). Essa definição não se restringe exclusivamente ao contexto médico e considera a relação do LFS com a promoção da saúde.

A definição do IOM (2004) faz menção à ‘capacidade’ ou ‘competência’, tomada em um sentido abrangente, porque essas peculiaridades individuais são mediadas pela educação, cultura, linguagem, crenças etc. Igualmente, a alusão à ‘tomada de decisões adequadas em saúde’ implica diversos fatores, como: a interação dos sujeitos com aqueles com quem eles se relacionam nos ambientes de saúde, a influência da mídia, do mercado, de políticas do governo etc. Essa concepção leva em consideração tanto os fatores individuais quanto os sociais, que, por sua vez, influenciam na interação entre os usuários, os profissionais e o sistema de saúde, objeto de análise do presente artigo.

Esses aspectos, além de serem amplamente discutidos nos relatórios do IOM (2009, 2004), fornecem elementos para intervenção em saúde pública, sobretudo, nos sistemas públicos de saúde. Por essa razão, esta é a definição tomada como a principal base de referência para as reflexões expostas neste artigo, por abranger contextos mais amplos, incluindo os aspectos sociais e comunitários que integram as políticas públicas quando se trata de elevar o LFS da população.

Frente à necessidade de suporte aos indivíduos com dificuldade de compreender mensagens relacionadas à saúde, escritas ou orais, surge a reflexão sobre o LFS, concebido como prática social, que inclui, além das habilidades de leitura e de escrita, também as competências na expressão e compreensão da fala e cálculos numéricos (WHCA, 2010; Rudd, Anderson, Nath, 2007; Kutner et al., 2006; Zarcadoolas, Pleasant, Greer, 2005; IOM, 2004; Parker et al., 1995). Nesse contexto, o baixo letramento funcional pode afetar o estado de saúde da pessoa, na medida em que suas implicações são

bastante negativas para o funcionamento do sujeito na sociedade, podendo ser causa de estigma social (Parikh et al., 1996).

Por isso uma atenção especial deve ser dada à linguagem dos textos relativos ao campo da saúde, já que mesmo um nível educacional elevado pode não ser suficiente para a compreensão do significado da linguagem médica e técnica. Os termos relacionados à saúde podem ter um nível de dificuldade maior que aqueles exigidos para as habilidades básicas de leitura e compreensão de outros textos (AMA, 1999). Essa complexidade, aliada à falta de um consenso em torno da definição de LFS, gera uma demanda na busca de critérios para avaliar o grau de LFS das pessoas (Ozdemir et al., 2010; Barber et al., 2009; Ishikawa, Yano, 2008; Baker, 2006; Parker et al., 1995).

Embora não se pretenda discutir, no presente artigo, análises envolvendo os instrumentos de medida do LFS, cabe aqui pontuar algumas considerações sobre os mesmos. Vários estudos discutem criticamente que tais instrumentos são estruturados para avaliar habilidades de leitura, escrita, compreensão de textos e questões numéricas no contexto da saúde, e não diretamente na multidimensionalidade do LFS propriamente dito. Nenhum deles consegue capturar a complexidade e abrangência do constructo em si (WHCA, 2010; Bennett et al., 2009; IOM, 2009; Baker, 2006; IOM, 2004), porque não avaliam todos os aspectos do conceito (Ishikawa, Yano, 2008), embora tenham a vantagem de fornecer informações sobre a situação de populações vulneráveis (IOM, 2004).

Dentre os instrumentos mais amplamente utilizados para avaliar o LFS, estão: o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* – REALM (Davis et al., 1993), que visa ao reconhecimento e pronúncia de 66 palavras no campo médico; e o *Test of Functional Health Literacy in Adults* – TOFHLA (Parker et al., 1995), que avalia a habilidade numérica (numeramento) e a compreensão de leitura. Outro teste, bastante recente, é o *Newest Vital Sign* – NVS (Weiss et al., 2005), que mede a capacidade numérica usando um rótulo nutricional de sorvete.

A menção à multidimensionalidade do LFS, referida anteriormente, diz respeito tanto aos fatores individuais (habilidades cognitivas: raciocínio e memória; habilidades físicas: visão, audição, fluência verbal, idade) e características sociodemográficas (ocupação, emprego, renda, suporte social, cultura, linguagem) quanto ao acesso e à utilização do sistema de saúde, à interação paciente-profissional de saúde e ao autocuidado. Isso significa que o LFS forma uma rede complexa de interação com o sistema de saúde, o sistema educacional e com os fatores sociais e culturais em que o indivíduo está imerso. Porém, nenhum instrumento atualmente mede essas múltiplas dimensões do LFS (IOM, 2009; Baker, 2006). Isso incluiria a organização dos sistemas de saúde, a navegação, no sistema, por indivíduo com diferentes níveis de LFS, além da avaliação de como o sistema provê seus usuários com as informações necessárias para o autogerenciamento da sua saúde.

Essa é uma das contradições que suscitam críticas dirigidas aos atuais instrumentos de medida do LFS. Não há, em tais instrumentos, qualquer referência, por exemplo, à interação dos usuários com o sistema de saúde, incluindo aqui a relação com os profissionais de saúde. Mesmo com todas essas restrições, os instrumentos fornecem informações importantes para nortear as políticas públicas de saúde e educação, na medida em que retratam o baixo LFS de populações socialmente marginalizadas.

Para o IOM (2009, p.20), um ponto crítico dos testes para medir o LFS diz respeito à consideração de que o constructo “é um bem social em construção”, existindo a partir da interação social, e, portanto, não devendo ser tratado como “uma questão biomédica com raízes sociais. Pelo contrário, é uma questão social, com implicações biomédicas” (IOM, 2009, p.20-1). Nesse caso, os instrumentos não poderiam se ater apenas ao conhecimento de termos médicos, como frequentemente é feito, demandando, por isso, o uso de materiais e técnicas da pesquisa social necessárias para tais medições.

Letramento funcional em saúde: os usuários, os profissionais e o sistema de saúde em interação

É extremamente relevante, para as questões do LFS, a rede de interação constituída pelos profissionais, pelos sistemas de saúde e pelas condições de LFS dos usuários (WHCA, 2010; Shab et al., 2010; IOM, 2009; Fang et al., 2006; Schillinger et al., 2006; IOM, 2004; Davis, Wolf, 2004; Schillinger et al., 2004). Muitas das informações na rotina dos atendimentos no sistema de saúde são fornecidas

aos usuários por escrito (Rudd et al., 2005; Davis, Wolf, 2004; Bass et al., 2002), ou, mesmo, verbalmente (Bass et al., 2002), e, nesses casos, o sistema de saúde pode ser um elemento constrangedor para os indivíduos com limitado LFS. Tais limitações, muitas vezes, são manifestadas através de problemas de compreensão de instruções escritas (ou orais), mesmo que simples, sobre: medicação, dosagem adequada, prevenção de doenças e preenchimento de algum tipo de formulário (Davis, Wolf, 2004; Bass et al., 2002).

Os pacientes que têm limitado letramento, quando comparados com aqueles que possuem nível adequado, frequentemente relatam que os médicos usam muitas palavras incompreensíveis, falam muito rápido, não fornecem informações suficientes quanto ao seu estado de saúde, além de não se certificarem se houve compreensão por parte do paciente acerca do seu problema de saúde (Rudd et al., 2005; Schillinger et al., 2004). Por isso, tão importante quanto a competência de letramento dos pacientes, são o vocabulário e as habilidades de comunicação dos profissionais do campo da saúde. Os autores consideram, também, que a comunicação através de uma linguagem simples deve ser considerada uma habilidade relevante, junto a outras competências, daqueles que exercem profissões no campo da saúde. Soma-se, a tudo isso, o fato de que o paciente pode estar com suas condições físicas e cognitivas prejudicadas pelo adoecimento, pelo medo, estresse ou outro desconforto que lhe cause embaraço e constrangimento diante de um ambiente de saúde altamente letrado, em virtude da formação acadêmica dos profissionais (Rudd et al., 2005).

A qualidade da atenção à saúde e o sucesso em seu gerenciamento passam pela compreensão acerca das informações que sejam relevantes para as condições dos pacientes, sejam tais condições agudas ou crônicas (Rawson, Gunstad, Hughes, 2010). Portanto, há necessidade de se elevarem os graus de LFS dos indivíduos, tendo em vista os inquéritos revelarem que, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, há um grande número de pessoas iletradas neste contexto específico (WHCA, 2010; Kutner et al., 2006; IOM, 2004). Mas a quem caberia essa função? De quem é a responsabilidade de manter a população saudável?

A resposta para esse questionamento passa, necessariamente, pela reflexão acerca dos propósitos da saúde pública/ coletiva, estabelecida como um campo que destina-se à promoção da saúde das populações e que sempre esteve articulada com a medicina (Czeresnia, 2009). Foi o modelo biomédico, fundamentado na medicina científica, que sempre estruturou a formação médica e as práticas em saúde (Almeida Filho, 2010; Barros, 2002; Koifman, 2001). Esse modelo tem como base a premissa de que o fenômeno biológico é resultante de reações puramente físico-químicas.

Almeida Filho (2010) discute que, desde o ponto de vista pedagógico, esse modelo determina uma formação médica com caráter “massificador, passivo e hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde” (Almeida Filho, 2010, p.2235). Por essa razão, é de suma importância a formação profissional em saúde pública, sobretudo, porque o aporte das ciências sociais dá, ao profissional, a competência necessária para a educação e comunicação em saúde pública. A OMS (WHO, 2000) esclarece que as estratégias de comunicação que aumentam o acesso à informação e dão capacidade para usá-la podem melhorar o LFS.

Uma visão ampliada dos determinantes da saúde, na perspectiva da promoção da saúde, vem preencher uma lacuna dada pela insuficiência do modelo biomédico, frente à necessidade de se considerar a saúde como um recurso para a vida e suas múltiplas dimensões, como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade etc.

A promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002). Não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, devendo ser realizada nas escolas, lares, locais de trabalho e demais espaços comunitários. Necessita ser desenvolvidas por organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias e instituições governamentais, com o objetivo de fortalecer o poder das comunidades, além de desenvolver as habilidades pessoais por meio da educação para a saúde, de maneira que as populações tenham maior controle sobre sua saúde (Brasil, 2002).

O letramento em saúde tomado no contexto da promoção da saúde é aquele em que as competências cognitivas e sociais das pessoas dão a elas condições de terem acesso, compreenderem e usarem as informações para promoverem e manterem uma boa saúde (Nutbeam, 2000).

Quanto aos sistemas de saúde, Rudd et al. (2005) discutem que eles dependem de textos escritos para a transmissão de diversas instruções, mas que a legibilidade de tais textos frequentemente excede a capacidade de leitura dos usuários. Os autores também comentam que pode ocorrer uma dissonância entre as ações do sistema de saúde e as competências reais de letramento das pessoas, e exemplificam com as campanhas de saúde, que, muitas vezes, exigem um conhecimento de conceitos complexos, como o de risco e probabilidade.

No Brasil, por exemplo, a “versão de bolso” do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2011a), voltada para orientação do público em geral, usa termos como o Índice de Massa Corporal (IMC), que exige do leitor uma compreensão do conceito de fração, incluindo o significado da relação entre o peso e a altura; de conceitos científicos/matemáticos, como calorias, valor calórico, quantidade média, equivalências entre porções de alimentos, dentre outros.

Vários estudos consideram que níveis baixos de LFS podem comprometer o funcionamento do sistema de saúde por afetarem a dinâmica da comunicação entre o usuário e o profissional de saúde, tornando precárias as condições de cuidado através do sistema (USDHHS, 2000; Gazmararian et al., 1999; Parker et al., 1995). No entanto, dado o lugar privilegiado que ocupam em relação ao cuidado em saúde, os sistemas de saúde têm um grande potencial para promoverem a saúde e servirem de instrumento, para outros setores, em uma parceria na promoção da saúde (WHO, 2000). Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Essa postura deve atender às necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (Brasil, 2002).

A intervenção dos sistemas de saúde para melhoria do LFS pode ser dividida em quatro categorias (WHCA, 2010): fornecimento de materiais escritos mais simplificados e atrativos; técnicas de comunicação, sobretudo, baseada em tecnologia; navegação no sistema; formação de educadores e profissionais de saúde. Os materiais escritos com a linguagem simplificada, a presença de gráficos, o formato e o espaçamento entre as letras elevam o LFS porque facilitam o uso da informação de acordo com o interesse e necessidade dos usuários. A tecnologia melhora o LFS, na medida em que fornece às pessoas a possibilidade de escolherem a informação que pode ser acessada. O problema é que a tecnologia digital é um fator de segregação maior que qualquer desigualdade em saúde ou renda. Além desses fatores, a formação de educadores e profissionais em saúde, por meio da capacitação em técnicas de comunicação e sensibilização para a compreensão da diversidade cultural, é de suma importância para elevar o LFS dos usuários do sistema de saúde (WHCA, 2010).

Em relação a essas questões, o Ministério da Saúde no Brasil dispõe de materiais educativos na seção “Saúde para Você”, dirigidos à saúde da mulher, saúde mental, do jovem e adolescente, da criança, da pessoa com deficiência, do trabalhador, do homem, do idoso e no sistema penitenciário. Na seção “Orientação e Prevenção”, as informações são direcionadas para os seguintes temas: Aids, tabagismo, alimentação saudável, vacinação, transplantes, medicamentos e diabetes (Brasil, 2011b). No entanto, tais materiais não foram ainda testados quanto ao seu entendimento, levando em consideração aspectos de letramento funcional, até porque não há um retrato nacional sobre o LFS da população brasileira. Assim, vale ressaltar a importância que deve ser dada às medidas educativas e ao LFS, no sentido de melhorar a compreensão das orientações direcionadas aos cuidados com a saúde (Volpato, Martins, Mialhe, 2009). Há que se considerar, sobretudo, o papel que tem o baixo nível de LFS para a saúde individual e coletiva, quando se tratar de planejamento e gestão dos serviços em saúde.

Considerações finais

O LFS ainda é um campo de investigação em construção. Em virtude disso, há diferenças epistemológicas marcantes entre as diversas concepções do constructo que, provavelmente, devem influenciar as ações dirigidas à população. As habilidades básicas de letramento do indivíduo não são os únicos elementos que condicionam o LFS. Este passa a ser definido, sobretudo, a partir de uma interação, envolvendo a busca, a interpretação e a utilização da informação dentro de um sistema.

Em 2003, a Unesco coordenou o Plano de Ação da Década da Alfabetização 2003-2012, estabelecido a partir da 56ª sessão da Assembléia da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2001 (Richmond, Robinson, Sachs-Israel, 2009). Esse plano foi norteado pelas metas do Fórum Mundial de Educação, realizado em Dacar, Senegal, em 2000. Essas metas focalizaram, dentre outros pontos importantes, a redução do analfabetismo em 50%, assim como a eliminação das disparidades de gênero no acesso à educação básica de qualidade e às oportunidades de educação ao longo da vida. Assim, a promoção da alfabetização dos jovens e adultos e a superação do analfabetismo no Brasil são tomadas como um desafio que ainda está distante de ser cumprido no País (Unesco, 2008).

No Brasil, embora as pesquisas tenham mostrado uma melhoria nos níveis de alfabetismo ao longo desta última década, o índice de analfabetos funcionais na população de 15 a 64 anos ainda é elevado, 28% (7% de analfabetos absolutos e 21% no nível rudimentar de alfabetismo), segundo o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF) de 2009 (IPM/IBOPE, 2009). Dados dessa mesma pesquisa mostram que a predominância do analfabetismo funcional está entre pessoas pertencentes a famílias com renda de até um salário-mínimo, e que 20% deste grupo está no nível de analfabetismo absoluto (IPM/IBOPE, 2009). Esse quadro se torna ainda mais preocupante se for considerada a possibilidade de haver uma disparidade entre as competências necessárias para um LFS adequado e as competências do alfabetismo da população adulta, como aludido anteriormente.

Diante do exposto, é importante salientar que as medidas direcionadas à elevação dos níveis do LFS devem se concentrar tanto na melhoria das competências individuais quanto no papel desempenhado pelos serviços de saúde humanizados, no sentido de aperfeiçoar suas comunicações, escritas e orais, para satisfazer as necessidades (e habilidades) de seus usuários. Embora não haja estudos no Brasil focalizando a compreensão do público com respeito às mensagens emitidas pelo sistema de saúde, é de se supor que a realidade do País não deva ser muito diferente daquela encontrada nas pesquisas em países desenvolvidos.

É pertinente ainda salientar, como síntese das reflexões aqui expostas, que cabe ao SUS o “papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva” (Brasil, 2004, p.8). Isso demanda estratégias inovadoras nos “modos de ensinar e aprender” (Brasil, 2004, p.8). Schaedler (2004) considera que, assim como o SUS exige novas práticas de saúde, novas práticas pedagógicas são necessárias na formação dos profissionais, na educação em saúde, na produção de conhecimentos e na prestação de serviços. Há, portanto, a necessidade de se elevar o LFS dos indivíduos e de se aperfeiçoar a comunicação entre os profissionais, o sistema de saúde e seus usuários.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- ADAMS, R.J. et al. Health literacy: a new concept for general practice? **Aust. Fam. Physician**, v.38, n.3, p.144-7, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saude Publica**, v.26, n.12, p.2234-49, 2010.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY (AMA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. **JAMA**, v.281, n.6, p.552-7, 1999.
- BAKER, D.W. The meaning and the measure of health literacy. **J. Gen. Intern. Med.**, v.21, n.8, p.878-83, 2006.
- BARBER, M.N. et al. Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. **Health Promot. Int.**, v.24, n.3, p.252-61, 2009.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude Soc.**, v.11, n.1, p.67-84, 2002.
- BASS, P.F. et al. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. **Acad. Med.**, v.77, n.10, p.1039-41, 2002.
- BENNETT, I.M. et al. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. **Ann. Fam. Med.**, v.7, n.3, p.204-11, 2009.
- BERBERIAN, A.P.; MORI-DE ANGELIS, C.C.; MASSI, G. (Orgs.). **Letramento: referências em saúde e educação**. São Paulo: Plexus, 2006.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros curriculares nacionais: ciências naturais**. Brasília: MEC/Secretaria de Educação Fundamental, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar: como ter uma alimentação saudável** (guia de bolso). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_bolso.pdf> Acesso em: 21 mar. 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acesso em: 8 abr. 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Geras: documento básico**. Brasília: MS/Geras, 1993.
- CARTHERY-GOULART, M.T. et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev. Saude Publica**, v.43, n.4, p.631-8, 2009.

- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.43-57. Disponível em: <http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf>. Acesso em: 7 out. 2011.
- DAVIS, T.C. et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. **Fam. Med.**, v.25, n.6, p.391-5, 1993.
- DAVIS, T.C.; WOLF, M.S. Health literacy: implications for Family Medicine. **Fam. Med.**, v.36, n.8, p.595-8, 2004.
- DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- FANG, M. et al. Health literacy and anticoagulation-related outcomes among patients taking warfarin. **J. Gen. Intern. Med.**, v.21, n.8, p.841-6, 2006.
- FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S.; ROCHA, S.M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.12, n.1, p.65-75, 2004.
- GASMARARIAN, J. .A.; BAKER, D.; WILL IAMS, M. et al. Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. **J. Am. Med. Assn.**, v. 281, n. 6, p. 545-51, 1999.
- GATTI, B.A. **Habilidades cognitivas e competências sociais**. Santiago: Laboratório Latinoamericano de Avaliação da Qualidade da Avaliação, UNESCO, 1997. p. 20. (série Azul, nº 6). Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001836/183655por.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Measures of health literacy: workshop summary**. Washington (DC): The National Academies Press, 2009. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog>>. Acesso em: 15 jun. 2010.
- _____. **Health literacy: a prescription to end confusion**. Washington (DC): National Academies Press, 2004. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10883>. Acesso em: 06 jun. 2010.
- INSTITUTO PAULO MONTENEGRO/IBOPE (IPM/IBOPE). INAF BRASIL-2009. **Indicador de alfabetismo funcional: principais resultados**. Disponível em: <http://www.ipm.org.br/ipmb_pagina.php?mpg=4.01.00.00.00&ver=por>. Acesso em: 1 jun. 2010.
- ISHIKAWA, H.; YANO E. Patient health literacy and participation in the health-care process. **Health Expect.**, v.11, n.2, p.113-22, 2008.
- JOVIC-VRANES, A.; BJGOVIC-MIKANOVIC, V.; MARINKOVIC, V. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. **J. Public Health**, v.31, n.4, p.490-5, 2009.
- KLEIMAN, A. **Os significados do letramento**. Campinas: Mercado de Letras, 2008.
- KOIFMAN, I. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. Cienc. Saude - Manguinhos**, v.8, n.1, p.49-70, 2001.
- KONDILIS, B.K. et al. Mapping health literacy research in the european union: a bibliometric analysis. **PLoS ONE**, v.3, n.6, p.e2519, 2008.
- KUTNER, M. et al. **The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy (NCES 2006-483)**, U.S.Department of Education. Washington (DC): National Center for Education Statistics, 2006.

MARAGNO, C.A.D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

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.**, v.15, n.3, p.259-67, 2000.

OLIVEIRA, M.O.; PORTO, C.S.; BRUCKI, S.M.D. S-TOFHLA in mild alzheimer's disease and mild cognitive impairment patients as a measure of functional literacy. **Dement Neuropsychol.**, v.3, n.4, p.291-8, 2009.

OLNEY, C.A. et al. MedlinePlus and the challenge of low health literacy: findings from the *Colonias* project. **Med. Libr. Assoc.**, v.95, n.1, p.31-9, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - UNESCO. Setor de Educação. Divisão para a Coordenação das Prioridades das Nações Unidas na Educação. **O desafio da alfabetização global: um perfil da alfabetização de jovens e adultos na metade da década das Nações Unidas para a alfabetização 2003-2012**. Brasília: Unesco, 2009.

_____. **Alfabetização de jovens e adultos no Brasil: lições da prática**. Brasília: Unesco, 2008.

OZDEMIR, H. et al. Health literacy among adults: a study from Turkey. **Health Educ Res.**, v.25, n.3, p.464-77, 2010.

PARIKH, N.S. et al: Shame and health literacy: the unspoken connection. **Patient Educ. Couns.**, v.27, n.1, p.33-9, 1996.

PARKER, R.M. ET AL. THE TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN ADULTS: A NEW INSTRUMENT FOR MEASURING PATIENTS' LITERACY SKILLS. **J. GEN. INTERN. MED.**, v.10, n.10, p.537-41, 1995.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saude Publica**, v.19, n.5, p.1527-34, 2003.

RAWSON, K.A.; GUNSTAD, J.; HUGHES, J. The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. **J. Gen. Intern. Med.**, v.25, n.1, p.67-71, 2010.

RICHMOND, M.; ROBINSON, C.; SACHS-ISRAEL, M. **O desafio da alfabetização global: um perfil da alfabetização de jovens e adultos na metade da Década das Nações Unidas para a Alfabetização 2003-2012**. Paris: Unesco, 2009.

RUDD, R.E.; ANDERSON, J.E.; NATH, C. Health literacy: an update of medical and public health literature. In: COMINGS, J.P.; GARNER, B.; SMITH, C. (Orgs.). **Review of adult learning and literacy: connecting research policy and practice**. Mahwah (New Jersey): Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2007. p.175-204.

RUDD, R.E. et al. Literacy demands in health care settings: the patient perspective. In: SCHWARTZBERG, J.G.; VENGEEST, J.B.; WANG, C.C. (Orgs.). **Understanding health literacy: implications for medicine and public health**. United States: AMA, 2005. p.69-85.

SCHAEGLER, L. Sistema único de saúde como rede em prática pedagógica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.84-91.

SCHALL, V.T.; STRUCHINER, M. Health education: new perspectives. **Cad. Saude Publica**, v.15, supl.2, 1999. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

- SCHILLINGER, D. et al. The importance of establishing regimen concordance in preventing medication errors in anticoagulant care. **J. Health Commun.**, v.11, n.6, p.555-67, 2006.
- _____. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. **Patient Educ. Couns.**, v.52, n.3, p.315-23, 2004.
- SHAB, L.C. et al. Health literacy instrument in family medicine: the "newest vital sign" ease of use and correlates. **J. Am. Board Fam. Med.**, v.23, n.2, p.195-203, 2010.
- SIMONDS, S.K. Health education as social policy. **Health Educ. Monogr.**, v.2, n.1, suppl., p.1-10, 1974.
- SOARES, M. **Alfabetização e letramento**. 5.ed. São Paulo: Contexto, 2008.
- _____. **Letramento: um tema em três gêneros**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- _____. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Rev. Bras. Educ.**, n.25, p.5-17, 2004.
- SPEROS, C. Health literacy: concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, v.6, n.50, p.633-40, 2005.
- TFOUNI, L.V. **Adultos não-alfabetizados em uma sociedade letrada**. São Paulo: Cortez, 2006.
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION - UNESCO. **Aspects of literacy assessment: topics and issues from the UNESCO expert meeting**. Paris: Unesco, 2005a.
- _____. Understanding of literacy. In: UNESCO EXPERT MEETING, 2003, Paris. **Aspects of Literacy Assessment: topics and issues**. Paris: Unesco, 2005b. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001401/140125eo.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2011.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - USDHHS. Health communication. In: US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - USDHHS. **Healthy people 2010**. 2.ed. Washington (DC): US Government Printing Office, 2000. p.1-25.
- VOLPATO, L.F.; MARTINS, L.C.; MIALHE, F.L. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? **Rev. Cienc. Farm. Basica Apl.**, v.30, n.3, p.309-14, 2009.
- WEISS, B.D. et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. **Ann. Fam. Med.**, v.3, n.6, p.514-22, 2005.
- WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES - WHCA. **Health literacy: part 2 evidence and case studies**, 2010. Disponível em: <<http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2011.
- WHO - World Health Organization. 2000. **Health promotion: report by the Secretariat**. Geneva: World Health Organization, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998.
- ZARCADOOLAS, C.; PLEASANT, A.; GREER, D.S. Understanding health literacy: an expanded model. **Health Promot. Int.**, v.20, n.2, p.195-203, 2005.

PASSAMAI, M.P.B. ET AL. Letramiento funcional en salud: reflexiones y conceptos sobre su impacto en la interacción entre los usuarios, los profesionales y el sistema de salud. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.301-14, abr./jun. 2012.

Letramiento funcional en salud (LFS) es el grado por lo cual los individuos tienen la capacidad para obtener, procesar y comprender informaciones básicas y servicios necesarios para la toma de decisiones adecuadas en salud. Preocupa a investigadores/profesionales de salud/ formuladores de políticas públicas. Su naturaleza interdisciplinaria, relacional y interacción indica que el LFS sufre la influencia de los sistemas de salud/educacional, medios de comunicación, familia/trabajo/comunidad/decisión política. Se analizan conceptos de LFS en su interacción usuario-profesional-sistema de salud, guiándose por las preguntas: ¿Qué es el LFS? ¿En qué medida el LFS interfiere en la comunicación usuario-profesional-sistema de salud? ¿Cuáles son sus consecuencias en la salud pública? Medidas para la elevación del LFS deben mejorar las competencias individuales y servicios de salud humanizados, perfeccionando sus comunicaciones, escritas/orales, satisfaciendo las necesidades/habilidades de los usuarios.

Palabras clave: Educación para la salud. Letramiento funcional en salud. Sistemas de salud. Comunicación.

Recebido em 07/06/11. Aprovado em 22/12/11.