

AUTOCUIDADO E AUTONOMIA: COMPETÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA PROMOÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE

Self-care and autonomy: competencies of primary health care professionals on health literacy

Autocuidado y autonomía: competencias de profesionales de la atención primaria sobre alfabetización en salud

Emília Narita¹
Felipe Assan Remondi²

RESUMO

O estudo investiga as competências relacionadas ao letramento em saúde entre profissionais da atenção primária em saúde de Umuarama, Paraná, Brasil. Realizou-se um inquérito transversal com 88 profissionais, 84,6% do total de médicos, farmacêuticos e enfermeiros. Os resultados revelam um paradoxo: embora 89,8% desconhecêssem o termo e demonstrassem conhecimento mediano, a autoavaliação de habilidades e atitudes foi elevada. Farmacêuticos apresentaram desempenho inferior às demais categorias. A experiência profissional correlacionou-se positivamente ao grau de competência. Os profissionais identificaram a escassez de tempo e a falta de apoio da gestão como barreiras estruturais predominantes à implementação do tema. Os achados apontam para uma prática empírica que, embora relevante, requer adequada formação e intencionalidade para que o letramento se consolide como estratégia educacional emancipatória dos usuários e qualificação do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Letramento em saúde. Atenção primária à saúde. Competência profissional.

¹ Farmacêutica. Mestre em Assistência Farmacêutica, Secretária Municipal de Saúde de Umuarama. Umuarama, Paraná.

² Farmacêutico, Doutor em Saúde Coletiva, Secretária de Estado da Saúde do Paraná. Londrina, Paraná.

Autor de Correspondência:

* Felipe Assan Remondi. E-mail: felipe.remondi@gmail.com

ABSTRACT

The study investigates health literacy competencies among primary health care professionals in Umuarama, Paraná, Brazil. A cross-sectional survey was conducted with 88 professionals (84.6% of local physicians, pharmacists, and nurses). Results reveal a paradox: while 89.8% were unaware of the term and showed moderate knowledge, self-assessment of skills and attitudes was high. Pharmacists underperformed compared to other categories. Professional experience correlated positively with competence levels. Participants identified limited time and lack of management support as predominant structural barriers. The findings point to an empirical practice that, although relevant, requires formal training and intentionality for HL to become an emancipatory educational strategy and improve care quality within the Unified Health System.

Keywords: Health literacy. Primary health care. Professional competence.

RESUMEN

El estudio investiga las competencias relacionadas con la Alfabetización en Salud (AS) entre profesionales de atención primaria de Umuarama, Paraná, Brasil. Se realizó una encuesta transversal con 88 profesionales (84,6% del total de médicos, farmacéuticos y enfermeros). Los resultados revelan una paradoja: aunque el 89,8% desconocía el término y mostró un conocimiento mediano, la autoevaluación de habilidades y actitudes fue elevada. Los farmacéuticos presentaron un desempeño inferior. La experiencia profesional se correlacionó positivamente con el grado de competencia. Los profesionales identificaron la escasez de tiempo y la falta de apoyo de la gestión como barreras estructurales predominantes. Los hallazgos apuntan a una práctica empírica que, aunque relevante, requiere formación e intencionalidad para que la AS se consolide como estrategia educativa emancipadora y califique el cuidado en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Alfabetización en salud. Atención primaria de salud. Competencia profesional.

INTRODUÇÃO

O letramento em saúde (LS), do inglês *Health Literacy*, é um conceito relativamente novo, com pluralidade de significados, mas central para a prática do cuidado. Definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) "O conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para acessar, compreender e utilizar informações de forma a promover e manter uma boa saúde"¹.

Não se limita ao grau de escolaridade ou de conhecimento sobre saúde, uma vez que abrange também a capacidade de acessar, transitar, compreender e aplicar informações no contexto do sistema de saúde¹⁻³. Mais do que isso, deve ser visto como um dispositivo para que o sujeito, outrora paciente, desenvolva autonomia crítica sob sua vida e suas escolhas no contexto social^{4,5}, não apenas um novo instrumento de biopoder⁶.

Nutbeam aponta que o LS de um sujeito pode ser estratificado em: funcional, com habilidades básicas para comunicação verbal e escrita sobre saúde; interativo, avançando para a capacidade de extrair informações e derivar significados; e crítico, quando o sujeito é capaz de realizar análise crítica e decisão⁷. Do outro lado, o baixo grau de LS resulta em consequências negativas, como aumento de doenças, internações, e custos com saúde, destacando a relevância dos profissionais de saúde como facilitadores cruciais nesse processo⁸⁻¹⁰.

No Brasil, estudos estimam que o grau de LS é inadequado em uma parcela relevante da população, chegando a valores superiores a 60% da população com variações relacionadas a condição de saúde e instrumento de análise aplicados^{11,12}. No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), Marques e Lemos estimaram que três quartos dos entrevistados apresentam um grau inadequado de LS, com correlação direta com o grau de escolaridade¹³, sendo percebida pelos profissionais como principal responsável pela não adesão à medicação¹⁴.

A perspectiva da OMS¹ é particularmente interessante, pois não se restringe a responsabilização do indivíduo pelo LS, corresponsabilizando o sistema de saúde como um todo para sua promoção, já que o LS

é reconhecido como um direito humano que determina socialmente o bem-estar e a equidade no acesso à saúde¹⁵. Sob essa ótica, ocupa espaço de uma tecnologia leve-dura de atenção à saúde¹⁶, com um corpo de saber que permite ao profissional identificar as dificuldades e a adotar de medidas de apoio não apenas por intuição ou experiência. Com a adequada intencionalidade, ganha potência para uma prática dialógica central à mediação da autonomia do sujeito⁵.

Apesar disso, evidências sugerem a existência de uma lacuna no conhecimento, nas práticas e na intencionalidade da aplicação do conceito de LS pelos profissionais de saúde¹⁷⁻¹⁹. A compreensão deste cenário no contexto nacional e sua discussão é central para apoiar o delineamento de estratégias educacionais, incorporação de ferramentas aos processos de cuidado e reorganização do sistema.

O estudo propõe-se a explorar o grau de competências e percepções sobre o LS de médicos, enfermeiros e farmacêuticos da Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Umuarama, Paraná, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, transversal e individuado, com a coleta de dados por meio de questionário estruturado para investigar o tema LS entre profissionais da APS do município de Umuarama-PR.

O município, localizado na região noroeste do estado do Paraná, é sede da 12ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Em 2023 tinha aproximadamente 113.416 habitantes, 24 unidades básicas de saúde (UBS), 29 Equipes de Saúde da Família (ESF) e cobertura populacional de APS de 83,5%²⁰.

A população de estudo foi composta pelos profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos da APS do município, por sua relevância na produção da atenção às condições crônicas. Optou-se pela não inclusão dos cirurgiões-dentistas em decorrência da especificidade de sua prática profissional.

Com autorização da Secretaria Municipal de Saúde, foi realizado contato telefônico com a coordenação de cada UBS para realização da visita e convite aos profissionais. Foram realizadas até três visitas em dias e horários diferentes em cada unidade, sendo abordados 100% dos profissionais em atividade no mês de outubro de 2023. Profissionais ausentes neste período por férias e atestados foram considerados perdas.

O questionário para avaliação dos profissionais baseou-se no conceito de competência enquanto integração indissociável de conhecimentos, habilidades e atitudes²¹. As perguntas foram elaboradas a partir de revisão da literatura^{18,22-24}, com livre tradução e adaptação.

Composto por 34 questões, foi dividido em blocos: dados gerais do participante, conhecimento específico, habilidades/atitudes e barreiras. A aplicação seguiu um roteiro para que houvesse padronização da abordagem. O instrumento foi submetido a pré-teste com profissionais das categorias pretendidas e que não atuassem no município de Umuarama-PR, sendo que as informações colhidas nesta etapa não foram utilizadas para outras finalidades que não o aprimoramento do instrumento.

No primeiro bloco do questionário, coletou dados gerais do profissional de saúde, como profissão, idade, sexo e tempo de formação, seguida de uma pergunta se o participante já havia tido contato prévio com o assunto (tabela 1).

No segundo, foi avaliado o conhecimento sobre LS, com leitura de dez (10) perguntas no formato de verdadeiro ou falso (tabela 2), admitindo-se a resposta “não sei”. Cada acerto correspondeu a cinco (05) pontos, somando-se a pontuação de cada entrevistado ao final, sendo o máximo 50 pontos. Respostas como “não sei” não computaram pontos.

Antes de adentrar o bloco da autoavaliação sobre habilidades e atitudes, foi apresentada a definição da OMS de LS ao profissional. Foram então apresentadas dez (10) questões para que o profissional avaliasse sua prática cotidiana em uma escala do tipo visual analógica (tabela 3), de um (01 - não realizo) a cinco (05 - sempre realizo). A escala era somada, totalizando no máximo 50 pontos.

A título de caracterização, o último bloco do questionário visava identificar as principais barreiras percebidas pelos profissionais para melhor utilização do conceito de LS, quando puderam responder utilizando uma escala de um (01) - discordo totalmente a cinco (05) - concordo totalmente para cada um dos itens apresentados. Os valores foram categorizados de forma dicotômica, sendo as respostas de um a três (01 a 03) compreendidas como “não são barreiras” e quatro e cinco (04 a 05) como “barreiras”.

Para análise, as variáveis independentes foram: sexo, idade, categoria profissional, tempo de formação e tempo de trabalho na atenção primária em saúde. Foram consideradas variáveis dependentes (desfechos) o grau de conhecimento acerca do tema do estudo e a autoavaliação quanto a habilidades e atitudes relacionadas ao LS. Os dados foram analisados por meio do software IBM SPSS (versão 25) a partir da planilha de respostas sistematizada pelo aplicativo Google AppSheet.

As variáveis de caracterização e as respostas aos questionamentos foram descritas utilizando a distribuição percentual, medianas e desvio padrão (DP). Quando coletadas em formato numérico/contínuo, as variáveis independentes foram categorizadas em dois grupos conforme a mediana. Já as variáveis dependentes foram categorizadas pelo percentil 75 da pontuação da amostra.

A análise de associação considerou o teste de diferenças em medianas de Kruskal-Wallis e, complementarmente, o teste Mann-Whitney para variáveis com mais de duas categorias. Considerando a natureza não paramétrica dos dados e o tamanho da amostra ($n=88$), decidiu-se não empregar modelos de regressão multivariada para não comprometer o poder estatístico. Foi considerada estatisticamente significativa a associação com $p<0,05$.

O presente estudo atendeu aos preceitos éticos, sendo aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, com CAAE nº NN [eliminado para efeitos da revisão por pares].

O presente artigo contou com o suporte de ferramentas de Inteligência Artificial Generativa, restrita ao refinamento textual e argumentativo do artigo, garantindo seu uso crítico e responsável.

RESULTADOS

No mês de outubro de 2023, 119 profissionais das categorias em estudo atuavam na APS de Umuarama-PR. Desses, foram abordados 104 (87,4%) e realizadas 88 entrevistas, correspondendo a 84,6% do total de profissionais abordados: 47 (53,4%) médicos, 28 (31,8%) enfermeiros e 13 (14,8%) farmacêuticos. A categoria com maior número de perdas/recusas foi a dos médicos (20, 64,5%), seguida pelos enfermeiros (11, 35,5%) e nenhum farmacêutico.

A maior parte dos participantes era do sexo feminino, com idade média de 38 anos. A maioria (55,7%) concluiu a graduação há menos de 10 anos, 64,3% possuíam pós-graduação (especialização/mestrado/doutorado ou residência) e 54,4% dos entrevistados apresentavam menos de 5 anos de experiência na APS (tabela 1).

De forma geral, a categoria de médicos é mais jovem, com formação há menos tempo e menor proporção de pós-graduados. Juntamente com os farmacêuticos, distinguem-se dos enfermeiros por menor tempo de experiência na APS (tabela 1).

Quando perguntados se já tinham ouvido falar sobre “Letramento em Saúde” anteriormente (tabela 1), a maioria dos entrevistados (89,8%) afirmou que não.

Tabela 1 - Características dos Profissionais dos Participantes da Pesquisa, 2023, Umuarama-PR.

Características demográficas e profissionais	Categoria Profissional, n (%)			Total n (%)
	Médico	Enfermeiro	Farmacêutico	
	47 (53,4)	28 (31,8)	13 (14,8)	88 (100)
Sexo				
Masculino	21 (44,7)	4 (14,3)	2 (15,4)	27 (30,7)
Feminino	26 (55,3)	24 (85,7)	11 (84,6)	61 (69,3)
Idade, anos				
Mediana (DP)	35 (7,7)	41 (6,8)	41 (8,8)	38 (8,0)
≤ 38	29 (61,7)	13 (46,4)	4 (30,8)	46 (52,3)
> 38	18 (38,3)	15 (53,6)	9 (69,2)	42 (47,7)
Nível de formação				
Graduação	26 (55,3)	1 (3,6)	3 (23,1)	30 (34,1)
Pós graduação	21 (44,7)	27 (96,4)	10 (76,9)	58 (65,9)
Tempo de conclusão da graduação, anos				
Mediana (DP)	5 (6,7)	14 (6,3)	18 (7,5)	10 (8,0)
≤10	39 (83,0)	6 (21,4)	4 (30,8)	49 (55,7)
>10	8 (17,0)	22 (78,6)	9 (69,2)	39 (44,3)
Pós-graduação e área de concentração				
Não realizou	26 (56,5)	1 (3,8)	4 (30,8)	30 (35,7)
Saúde coletiva, pública ou de família	8 (17,4)	6 (23,0)	0 (0,0)	17 (16,7)
Outras	12 (26,1)	19 (73,2)	9 (75,0)	41 (47,6)
Tempo de conclusão da pós-graduação, anos (entre os que realizaram)				
Mediana (DP)	2 (3,6)	10 (5,7)	10 (8,1)	6 (6,2)
≤ 6	16 (80,0)	8 (30,8)	5 (50,0)	29 (51,8)
> 6	4 (20,0)	18 (69,2)	5 (50,0)	27 (48,2)
Experiência em atenção primária em saúde, anos				
Mediana (DP)	3 (5,2)	8 (6,9)	4 (7,8)	5 (6,4)
≤ 5	33 (70,2)	9 (32,1)	10 (76,9)	52 (59,1)
> 5	14 (29,8)	19 (67,9)	3 (23,1)	36 (40,9)

Ao avaliar o nível de conhecimento, a mediana de pontos entre os participantes foi de 30, considerando o total de 50 pontos. Nesse bloco, a pergunta com maior índice de acertos foi referente à utilização de técnicas como solicitação para que o usuário repetisse com suas palavras as orientações, planos de ação e demonstrações, quando 93,2% a identificaram como correta (tabela 2). No lado oposto, apenas 20,5% (n=18) acertaram ao indicar como falso o conceito de explicação detalhada, exaustiva e repetitiva desde o primeiro atendimento do usuário (tabela 2).

Tabela 2 - Perguntas para avaliação do nível de conhecimento dos profissionais participantes da pesquisa, 2023, Umuarama-PR.

AFIRMAÇÃO (RESPOSTA CORRETA)	Responderam corretamente	
	n	%
O LS refere-se apenas a capacidade de uma pessoa de ler e compreender termos médicos (F)	58	65,9
Pacientes com níveis de escolaridade elevados podem apresentar baixo nível de LS (V)	65	73,9

Pessoas com LS limitado tendem a apresentar menores custos com cuidado em saúde (F)	51	57,9
Um fator que aumenta as chances do baixo LS é a idade (F)	37	42,0
O LS é um componente específico da relação entre o profissional médico e o paciente (F)	39	44,3
Para garantir um bom LS é necessário explicar detalhadamente a doença, as opções de tratamento existentes, complicações e outras informações relevantes, desde o primeiro atendimento ao usuário, repetindo as informações tantas vezes quantas forem necessárias (F)	18	20,5
O LS é um conceito que considera o papel ativo do usuário nas decisões terapêuticas estabelecidas (V)	72	81,8
Solicitar que o paciente repita com suas palavras o que ele deve fazer, pactuar planos de ação e avaliar demonstrações de cuidados específicos, são técnicas de desenvolvimento do LS (V)	82	93,2
Independente das características do paciente, o LS tem como principal objetivo o desenvolvimento de habilidades do usuário, deixando em segundo plano outros atores como cuidadores e familiares (F)	68	77,3
Somente é possível identificar o grau de LS do paciente através de aplicação de instrumentos validados de avaliação (F)	47	53,4

Na avaliação do nível de habilidades/attitudes, a pontuação dos participantes foi próxima ao máximo de 50, sendo a mediana de 47 pontos. Entre as perguntas que se destacaram, 96,5% responderam que buscam promover um ambiente amigável e confortável, para que o paciente possa se expressar livremente (tabela 3). A menor pontuação (72,7%) se deu ao exercício da empatia com o usuário, mesmo quando sua escolha contraria as recomendações do profissional, a segunda menor seguida do compartilhamento do cuidado com a equipe de saúde da família de casos complexos (73,9%).

Tabela 3 - Perguntas para avaliação das Habilidades e Atitudes relativas ao LS autoavaliadas pelos profissionais participantes da pesquisa, 2023, Umuarama-PR.

Afirmativa (Escala de 1 a 5)	Responderam nível 4 ou 5	
	n	%
Tenho facilidade em identificar características típicas do baixo LS com: dificuldades de ler e interpretar prescrições, rótulos nutricionais ou mesmo avaliar informações em saúde para tomada de decisão	79	89,8
Busco identificar através do comportamento do paciente quando ele não está compreendendo ou não realizará as condutas que eu indiquei	83	94,3
Sempre que necessário consigo adaptar ou diversificar as estratégias de comunicação conforme a necessidade do paciente, inclusive em situações críticas, como pessoas que não falam português	68	77,3
Procuo promover um ambiente confortável e amigável para encorajar o paciente a se comunicar livremente sobre seus anseios e dificuldades no convívio com sua doença	85	96,5
Consigo exercer empatia e auxiliar o paciente em suas escolhas, mesmo quando elas contrariam as melhores recomendações disponíveis	64	72,7

Sinto-me capaz de utilizar estratégias para promover o autocuidado dos pacientes para que ele mude hábitos de forma permanente, como tabagismo e consumo de alimentos ultraprocessados	67	76,2
Procuo me responsabilizar tanto pela conduta prescrita, quanto pelas orientações de onde e como o usuário poderá obtê-las, facilitando seu trânsito na rede de atenção	78	88,6
Sempre que necessário, além da prescrição, busco fornecer informações por escrito, utilizo materiais impressos ou desenhos e sublinho ou destaco as informações mais relevantes para compreensão do paciente	69	78,4
Procuo envolver os cuidadores, familiares e outros profissionais de saúde da ESF nos atendimentos para que eles auxiliem o paciente na adoção das condutas preconizadas	79	89,8
Busco compartilhar com a ESF os casos de maior complexidade para traçar metas e planos de desenvolvimento do autocuidado individualizados para esses pacientes	65	73,9

Ao analisar a correlação entre os componentes de LS e demais variáveis, não é possível inferir que o conhecimento prévio do termo LS influenciou o nível de habilidade/atitudes do profissional (tabela 4). Se de um lado ter ouvido falar sobre LS esteve relacionado a maior pontuação na dimensão de conhecimentos ($p=0,02$), ao avaliar a relação entre as dimensões, aqueles que obtiveram menos de 30 pontos na dimensão conhecimento, tiveram maior pontuação na de habilidades/atitudes ($p=0,03$).

Tabela 4 - Análise dos valores medianos do grau de conhecimento da autoavaliação de habilidades/ atitudes dos participantes do estudo segundo características sociodemográficas e profissionais, Umuarama-PR, 2023.

Variável	Conhecimento		Habilidades e Atitudes	
	Mediana (pontos)	Valor de p	Mediana (pontos)	Valor de p
Sexo				
Masculino	35	0,56	44	0,05
Feminino	30		46	
Idade, anos				
≤ 38	30	0,41	45	0,43
> 38	35		46	
Conhece ou já ouviu o termo Letramento em Saúde?				
Sim	35	0,02	47	0,22
Não	30		44	
Profissão				
Medicina	35	0,03*	45	0,01**
Enfermagem	30		45	
Farmácia	25		36	
Tempo de conclusão da graduação, anos				
≤10	35	0,84	46	0,69
>10	30		45	
Pós-graduação e área de concentração				
Não realizou	30	0,76	45	0,80
Saúde Coletiva e afins	35		45	
Outras	30		45	
Tempo de conclusão da pós-graduação, anos***				
≤ 6	33	0,51	47	0,28
> 6	30		44	

Experiência em atenção primária em saúde, anos				
≤ 5	25		46	
> 5	35	0,01	45	0,88

*Diferença estatisticamente significativa: Farmácia–Medicina (p=0,03).

**Diferenças estatisticamente significativas: Farmácia-Enfermagem (p=0,02); Farmácia-Medicina (p<0,01).

***Considerando apenas os profissionais que realizaram alguma pós-graduação.

Ao analisar os fatores que apresentam diferenças com baixa probabilidade de decorrerem do acaso ($p < 0,05$), observou-se que a categoria dos farmacêuticos possuía menor número de acertos do bloco de conhecimentos sobre LS em comparação com a de médicos, bem como menor autoavaliação do nível de habilidade/attitudes, tanto em comparação com os médicos quanto com os enfermeiros. Também chama a atenção que o maior tempo de atuação na APS, superior a cinco anos, impactou um maior número de acertos na dimensão dos conhecimentos (tabela 4).

A última parte da entrevista tratou das barreiras apontadas pelos profissionais como impeditivos (tabela 5), sendo as principais: tempo limitado para atendimento (76,1%), falta de promoção pela gestão (69,3%) e falta de pessoal (57,9%).

Tabela 5 - Grupos de barreiras citadas pelos profissionais de saúde para utilização do conceito de Letramento em Saúde no âmbito da Atenção primária em saúde de Umuarama-PR, 2023.

Barreiras	Categoria profissional (n, %)			
	Médico	Enfermeiro	Farmacêutico	Total
	47 (53,4)	28 (31,8)	13 (14,8)	88 (100,0)
Tempo limitado para atendimento ao paciente	40 (85,1)	15 (53,6)	12 (92,3)	67 (76,1)
Falta de divulgação e implementação do LS pela gestão	33 (70,2)	18 (64,3)	10 (76,9)	61 (69,3)
Falta de Recursos Humanos	26 (55,3)	14 (50)	11 (84,6)	51 (57,9)
Falta de conhecimentos sobre LS	13 (27,6)	6 (21,4)	2 (15,4)	21 (23,9)
Falta de LS do Paciente	14 (29,8)	5 (17,9)	1 (7,7)	19 (21,6)

DISCUSSÃO

As características da amostra refletem o contexto atual de composição da atenção primária, em que se tem o crescimento de vínculos empregatícios temporários entre médicos²⁵ e uma recente incorporação do profissional farmacêutico na APS, mas ainda restrito a funções logísticas (tabela 1). A menor proporção de enfermeiros em relação aos profissionais médicos no contexto das ESF se dá pela diferença de carga horária semanal, sendo o primeiro grupo de 40h/semanais e o segundo, via de regra, 20h/semanais.

A falta de conhecimento prévio do termo de LS (89,8%) deve ser compreendida sob diferentes perspectivas. Se, por um lado, os profissionais podem ter desenvolvido essas competências a partir do aprendizado em serviço²⁶, que encontra guarida na correlação significativa entre o maior tempo de atuação na APS (>5 anos) e escores mais altos de conhecimento (tabela 4), por outro, chama atenção para a possibilidade de uma prática que pode estar limitada a um senso comum¹⁴, que torna mais difícil que o profissional consiga apoiar o desenvolvimento do LS do usuário em nível crítico, conforme definido por Nutbeam⁷.

A construção de um modelo de atenção que seja capaz de fazer frente ao cenário de transição epidemiológica e demográfica, com maior carga de condições crônicas, requer um esforço coordenado de reorganização da rede de atenção e na formação dos profissionais para adotarem novas tecnologias, como o LS²⁷. No contexto dos cursos de graduação em saúde, revisão sistemática realizada por Sanders e colaboradores aponta que abordagens pontuais ou meramente teóricas são insuficientes para efetivação do LS na prática profissional. O tema deve estar presente de forma transversal e contar com estratégias de aprendizado em cenários reais para que seja de fato incorporado pelos estudantes²⁸.

Ações voltadas para os trabalhadores em serviço são tão, senão mais, relevantes que apenas os ajustes na graduação, potencializando os saberes existentes e permitindo observar resultados em menor período de tempo. Coleman e Fromer, demonstram que nesse contexto capacitações curtas em LS podem ser uma forte aliada para gestores ampliarem a capacidade de resolutividade de seus serviços de saúde²⁹. Não deve, contudo, restringir-se apenas a uma abordagem teórica, devendo demonstrar a utilização de técnicas instrumentos³⁰ para que sejam utilizados sistematicamente.

O paradoxo entre o menor grau de conhecimento e a percepção de alta performance em habilidades/atitudes sugere a ocorrência do efeito *Dunning-Kruger*, em que o desconhecimento do tema impede o profissional de reconhecer suas próprias limitações³¹. Adicionalmente, o viés de deseabilidade social na APS e da subjetividade de compreensão podem induzir a escores elevados, como, por exemplo, na promoção de um "ambiente amigável" (96,5%). A realização de estudos que avancem nessa compreensão, com uso de técnicas qualitativas e, principalmente, que incluam o usuário no processo avaliativo é desejável para compreensão do fenômeno.

Ao analisar as respostas individuais aos itens, um achado que merece especial atenção foi que 79,5% dos entrevistados compreendem como correta a repetição detalhada e exaustiva das informações que consideram relevantes (tabela 2). Isso está associado à dificuldade relativa de exercer empatia quando a vontade do sujeito contraria as recomendações (tabela 3). A fixação na transmissão vertical do saber, desconsiderando a realidade e a subjetividade do outro, representa o exercício do biopoder⁶ e coloca o profissional em um papel de "invasor cultural" ao inundar, sob um falso pretexto, o indivíduo com informações não processáveis naquela situação⁴.

É imperativo superar esse viés meramente instrumental para consolidar uma perspectiva emancipatória do letramento para tornar-se uma "prática de liberdade", reforçando que não basta apenas conhecer o termo ou adotar condutas alinhadas a ele, mas compreender sua extensão, ferramentas e intenção⁵. Programas de formação em serviço que tragam esse enfoque, como o avaliado por Zanchetta e colaboradores, se mostram efetivos não apenas para instrumentalizar os trabalhadores, mas para que se reconheçam como agentes capazes de influenciar a realidade e promover a autonomia das famílias e comunidades³².

De acordo com a proposta de reorganização do sistema de saúde de Mendes, para que o sistema de saúde seja efetivo e eficiente, é fundamental que o autocuidado apoiado seja o foco principal no tratamento de condições crônicas²⁷. Essa perspectiva fundamenta-se na Teoria do Espectro do Cuidado³³, que, no contexto britânico, identificou que os indivíduos com doenças crônicas interagem com equipes profissionais em média três horas ao longo do ano. Nas demais 8.757 horas que restam, o indivíduo gerencia sua saúde de forma autônoma. Assim, seria ilusório acreditar que uma prática prescritiva é capaz de sustentar mudanças duradouras de hábitos ou de escolhas saudáveis, o que posiciona o LS não apenas como uma escolha ética, mas como uma necessidade técnica.

Em relação às categorias profissionais analisadas, os farmacêuticos apresentaram pontuações significativamente menores comparados às demais profissões, o que reflete uma profissão historicamente negligenciada quanto ao cuidado direto ao usuário no Brasil, permanecendo restrita a atividades logísticas e técnicas³⁴. O fato de ser a profissão que mais indicou o tempo limitado com o paciente e falta de recursos humanos como barreiras para implementação do LS (tabela 5) reforça que essa transição ainda não se materializou. No horizonte, pesquisas indicam que a inserção de serviços clínicos farmacêuticos, que englobam de alguma forma o apoio ao desenvolvimento do LS dos usuários, resulta na diminuição de outras consultas, de atendimento nos prontos-socorros e na redução de gastos nos cuidados primários e secundários de saúde³⁵.

Em relação às barreiras enfrentadas pelos profissionais para o desenvolvimento do LS (tabela 5), a percepção de um tempo limitado para o atendimento também pelos profissionais médicos (85,1%) não deve ser interpretada apenas como uma escassez cronológica. Segundo Merhy¹⁶, o cuidado em saúde se materializa na micropolítica dos encontros, em que se dá a disputa entre o trabalho morto (equipamentos e protocolos) e o trabalho vivo em ato (a escuta e o vínculo). Superar a lógica da produtividade numérica é central à superação do trabalho morto e, sem isso, o LS não se efetivará com olhar às singularidades dos sujeitos^{9,36}.

Apesar disso, um dado inusitado é o fato de que a busca pelo compartilhamento de casos de maior complexidade com a ESF foi uma das atitudes com menor pontuação entre os participantes (tabela 4), revelando uma contradição. Ao mesmo tempo em que os profissionais se queixam da falta de tempo individual, parecem subutilizar a potência da equipe multiprofissional. Não se desenvolve o LS em nível crítico, necessário ao autocuidado, em um evento isolado ou em uma única conversa; ele exige um plano de cuidado, longitudinalidade, intencionalidade e, sobretudo, colaboração interprofissional²⁷.

A falta de divulgação e indução ao uso do LS por parte da gestão (69,3%), aliada à falta de recursos humanos (57,9%), evidencia que, apesar da existência de formulações e projetos para alteração no modelo de cuidado²⁷, os esforços não têm sido suficientes para difundir que o letramento deixe de ser uma atividade empírica e isolada, passando a compor os processos de cuidado.

Esse problema não é apenas do nível de atenção ou do município em análise, manifestando-se globalmente do nível individual ao comunitário. Segundo Sørensen¹⁵ a incapacidade de um sistema em prover informações acessíveis e navegáveis constitui uma barreira estrutural ao exercício pleno da cidadania.

O conceito de *Health Literate Organizations*, em tradução livre, organização alfabetizada ou letrada em saúde³⁷, emerge nesse contexto ao indicar que as instituições devem reunir atributos como liderança para introdução do LS na missão, estrutura e operação da instituição, preparação da força de trabalho e monitoramento do progresso, facilitação do acesso a informações pelo usuário, envolvimento dos usuários para elaboração e implementação das ações, entre outros.

No Brasil, o LS tem avançado significativamente, deixando de ser apenas um objeto de curiosidade acadêmica para consolidar-se em redes de cooperação técnica³⁸. Ao desenvolver raízes próprias no contexto nacional, certamente o conceito poderá ganhar novos contornos, considerando elementos de áreas como educação popular e participação social.

CONCLUSÕES

A pesquisa realizada na APS de Umuarama, Paraná, indica que o conceito e as práticas do LS têm caráter intuitivo, com baixa organização teórica. A maioria dos profissionais, mesmo sem ter conhecimento do conceito formal, realiza práticas comunicativas que se alinham ao conceito geral LS, moldadas pelo cotidiano. Esse aprendizado informal, contudo, pode ser insuficiente para efetivar a mudança que se espera.

Mais do que capacitar e instrumentalizar os profissionais, é crucial que o sistema de saúde se responsabilize pela introdução das práticas em busca de um modelo de cuidado mais adequado às condições crônicas.

Em última análise, o LS precisa ser construído como um dispositivo de democratização do saber. Se o indivíduo com condições crônicas gere sua própria vida na maior parte do tempo, a função primordial do sistema de saúde é apoiar essa autogestão, assegurando que o sistema de saúde funcione não apenas como um local prescritivo, ainda que empático, mas como um espaço de emancipação e exercício integral da autonomia cidadã.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World Health Organization. Health Literacy [Internet]. 2023 [citado 15 fev 2026]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>
2. Pavão ALB, Werneck GL. Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [citado 15 fev 2026]; 26(9). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Mv5VvPM58ryKMwzX6KDBypQ/abstract/?lang=pt#>
3. Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F et al. Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. *Journal of Public Health Management and Practice* [Internet]. 2021 [citado 15 fev 2026]; 27(12):S258–S264. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8435055/>
4. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 33. ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2006.
5. Peres F. A perspectiva emancipatória da literacia em saúde no Brasil: aportes do pensamento freiriano para a translação de saberes em torno de um conceito global. *Cad Saúde Pública* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2024 [citado 11 jan 2026]; 40:e00089824. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VLrYqw9tV6ND49SsmMPGLG/abstract/?lang=pt>
6. Furtado RN, Camilo JAO. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Revista Subjetividades* [Internet]. Universidade de Fortaleza - Revista Subjetividades; 2016 [citado 10 jan 2026]; 16(3):34–44. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2359-07692016000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
7. 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* [Internet]. 2000 [citado 11 jan 2026]; 15(3):259–67. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
8. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Understanding Health Literacy [Internet]. 2019 [citado 15 fev 2026]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/Understanding.html>
9. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International* [Internet]. 2000 [citado 15 fev 2026]; 15(4):277–83. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/4/277/595941>
10. Ribas KH, Araújo AHIM. A importância do Letramento em Saúde na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [citado 15 fev 2026]; 10(16). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24063>
11. Pinhati RR. Low health literacy in older patients with uncontrolled blood pressure at secondary care. *HU Revista* [Internet]. 2019 [citado 15 fev 2026]; 45(1):13–21. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/16970?articlesBySameAuthorPage=2>
12. Sampaio HAC, Carioca AAF, Sabry MOD, Santos PM, Coelho MAM, Passamai MPB. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 15 fev 2026]; 20(3):865–74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/M7DPXvrQjbb6P8qRSQP9nwx/?lang=pt>
13. Marques SRL, Lemos SMA. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da Atenção Primária. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2018 [citado 15 fev 2026]; 16(2):535–59. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/FDSyPny6mSdsCGcJG9jLLqm/abstract/?lang=pt>

14. Santos JP, Acosta AR. Desafios na adesão medicamentosa sob a perspectiva dos profissionais de saúde da Atenção Primária. *Espac. Saude* [Internet]. 2024 [citado 16 fev 2026];25. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/1028>
15. Sørensen K. Health literacy is a human rights concern: A needs assessment and gap analysis of health literacy challenges and human rights [Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2024. [citado 16 fev 2026]. Disponível em: <https://rm.coe.int/expert-report-on-health-literacy-sorensen-2024/1680b2a373>
16. Neves CAB. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cad Saúde Pública* [Internet]. Cad. Saúde Pública; 2008 [citado 11 jan 2026];24:1953–5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wvPxxpsmvrz7wrXPDQKW7Kb/?format=html&lang=pt>
17. Macabasco-O’Connell A, Fry-Bowers EK. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of Health Communication* [Internet]. 2011 [citado 15 fev 2026];16(Suppl. 3):295–307. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21951259/>
18. Rajah R, Hassali MA, Lim CJ. Health literacy-related knowledge, attitude, and perceived barriers: A cross-sectional study among physicians, pharmacists, and nurses in public hospitals of Penang, Malaysia. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2017 [citado 15 fev 2026]; Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5654106/>
19. Cesar FCR, Moraes KLM, Brasil VV, Alves AG, Barbosa MA, Oliveira LMAC.. Professional responsiveness to health literacy: a scoping review. *Health literacy research and practice* [Internet]. 2022 [citado 15 fev 2026];6(2):96–113. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35522856/>
20. Ministério da Saúde (BR). E-Gestor: informação e gestão da Atenção Primária em Saúde [Internet]. 2024 [citado 11 jan 2026]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>
21. Alexim JC, Brígido R, Freire L. Certificação de Competências Profissionais - Glossário de Termos Técnicos [Internet]. 1a. Brasília: Organização Internacional do Trabalho; 2002 [citado 11 jan 2026]. Disponível em: <https://www.ilo.org/pt-pt/media/304516/download>
22. Chang LC, Chen YC, Liao LL, Wu FL, Hsieh PL, Chen HJ. Validation of the instrument of health literacy competencies for Chinese-speaking health professionals. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 [citado 15 fev 2026];12(3). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28264036/>
23. Mnatzaganian C, Fricovsky E, Best BM, Singh RF. An interactive, multifaceted approach to enhancing pharmacy students’ health literacy knowledge and confidence. *American Journal of Pharmaceutical Education* [Internet]. 2017 [citado 15 fev 2026];81(2). Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5374921/>
24. Cesar FCR, Sousa TF, Alves AG, Moraes KL, Barbosa MA, Oliveira LMAC. Competencies of health personnel for the practice of health literacy in Brazil: A Delphi consensus survey. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 [citado 15 fev 2026];17(7). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35905089/>
25. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2023 [Internet]. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023 [citado 15 fev 2026]. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf
26. Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire C, Ribas EN. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2016 [citado 15 fev 2026];69(1):142–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tD3bTNvHyZ5CTMvXFNfFcK/abstract/?lang=pt>
27. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. *Organização Pan-Americana da Saúde*; 2012 [citado 12 mar 2026]. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

28. Saunders C, Palesy D, Lewis J. Systematic review and conceptual framework for health literacy training in health professions education. *Health Professions Education* [Internet]. 2019 [citado 11 jan 2026];5(1):13–29. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S245230117301037>
29. Coleman CA, Hudson S, Maine LL. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: A consensus study. *Journal of Health Communication* [Internet]. 2013 [citado 15 fev 2026];18(1):82–102. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24093348/>
30. Kang SJ, Woo JM. A literature review of health literacy competency for health professionals. *J Korean Acad Soc Nurs Educ* [Internet]. The Korean Academic Society of Nursing Education; 2024 [citado 11 jan 2026];30(4):330–46. Disponível em: [//www.jkasne.org/journal/view.php?doi=10.5977/jkasne.2024.30.4.330](http://www.jkasne.org/journal/view.php?doi=10.5977/jkasne.2024.30.4.330)
31. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology* [Internet]. 1999 [citado 15 fev 2026];77(6):1121–34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10626367/>
32. Zanchetta MS, Santos WS, Almeida OAE, Moraes KL, Coriolano-Marinus MWL. Critical education in community health literacy for brazilian nurses: a course evaluation. *JERAP* [Internet]. 2023 [citado 11 jan 2026];13(1). Disponível em: <https://scholarworks.waldenu.edu/jerap/vol13/iss1/22>
33. Brock C, Dost A. Self Care – A Real Choice Department of Health [Internet] 2005 [citado 11 jan 2026]; Disponível em: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130123204152/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4100717
34. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual [Internet]. 2016 [citado 15 fev 2026]. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf
35. Lopes TS, Pereira AF. Contribuição do farmacêutico na identificação e manejo de problemas relacionados a medicamentos na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2025 [citado 15 fev 2026];8(2):1–23. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/79076/54693>
36. Department of Health and Human Services (US). Health Literacy [Internet]. 2021 [citado 15 fev 2026]. Disponível em: <https://health.gov/our-work/national-health-initiatives/health-literacy>
37. Brach C, Hernandez L, Baur C, Parker R, Dreyer B, Schyve P et al. Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives* [Internet]. 2012 [citado 11 jan 2026]; 2(6). Disponível em: <https://nam.edu/perspectives-2012-ten-attributes-of-health-literate-health-care-organizations/>
38. REBRALS. Rede Brasileira de Letramento em Saúde [Internet]. 2024 [citado 11 jan 2026]. Disponível em: <https://rebrals.com.br/rebrals/>



DATA DE SUBMISSÃO: 14/01/2026 | DATA DE ACEITE: 04/03/2026