UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

CRISTIANE MARINHO PONTES

ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO LITERACIA PARA A SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS ENTRE PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA

RIO DE JANEIRO
2025

CRISTIANE MARINHO PONTES

ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO DA LITERACIA PARA A SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS ENTRE PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA

Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO para Exame de Qualificação.

Orientadora: Profa. Dra. Andressa Teoli Nunciaroni

Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade

Linha de pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem.

RIO DE JANEIRO
2025

Catalogação informatizada pelo(a) autor(a)

Pontes, Cristiane Marinho
P 813 Análise da associação literacia para a saúde e de determinantes sociais entre praticantes de atividade física / Cristiane Marinho Pontes. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2025.
98 p.

Orientadora: Andressa Teoli Nunciaroni.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

1. Determinantes Sociais da Saúde. 2. Literacia para a Saúde. 3. Promoção da Saúde. I. Nunciaroni, Andressa Teoli, orient. II. Título.

ATA DA REUNIÃO DA SEPTINGENTÉSIMA SEPTUAGÉSIMA SEGUNDA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Às nove horas e trinta minutos do dia dez de março de dois mil e vinte cinco, no auditório da Escola de Enfermagem, EEAP/UNIRIO, teve início a **772ª Defesa de Dissertação para obtenção do Grau de MESTRE EM ENFERMAGEM**, intitulada: **"ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO LITERACIA PARA A SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS ENTRE PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA. "** Linha de Pesquisa **"SAÚDE, HISTÓRIA E CULTURA: SABERES EM ENFERMAGEM"**, defendida por **CRISTIANE MARINHO PONTES,** aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sob o número de matrícula **23101P8M04.** A Banca Examinadora foi composta pelos seguintes membros:

Presidente:	**Dra.**	ANDRESSA TEOLI NUNCIARONI FERNANDES
Primeira Examinadora:	**Dra.**	ROSANE APARECIDA DE SOUZA
Segundo Examinador:	**Dr.**	FELIPE BORBA
Suplente:	**Dra.**	RAFAELA BATISTA DOS SANTOS PEDROSA
Suplente	**Dra.**	CLARISSA COELHO VIEIRA GUIMARÃES

A Dissertação foi apresentada e a Banca Examinadora, após a exposição oral pela mestranda e a arguição, conferiu à versão final da dissertação a menção:

(X) Aprovada
( ) Não aprovada

Recomendações da Banca Examinadora: Dissertação com tema relevante e inovador. Ajustar formatação da dissertação, melhorar a introdução de modo a refletir mais o objeto do estudo, atender integralmente às normas ABNT, evidenciar os autores apresentados nos conceitos abordados na dissertação.

ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Professoras Dras.	Assinatura	CPF
ANDRESSA TEOLI NUNCIARONI FERNANDES		368.781.888-81
ROSANE APARECIDA DE SOUZA		
FELIPE BORBA		072.073.667-60
RAFAELA BATISTA DOS SANTOS PEDROSA		
CLARISSA COELHO VIEIRA GUIMARÃES		
Mestranda: CRISTIANE MARINHO PONTES		01515743970

Documento assinado digitalmente
gov.br
ROSANE APARECIDA DE SOUSA
Data: 11/03/2025 20:52:10-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Scanned with CamScanner

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pois sem Ele eu nada seria.

À minha orientadora, Andressa Teoli, que esteve ao meu lado em todos os momentos da minha trajetória. Com humildade, inteligência e carinho, me lembrou que fazer o mestrado era um sonho antigo, especialmente em momentos de extremo desânimo. Suas palavras foram o combustível que eu precisava. A você, minha eterna gratidão; saiba que sempre estará em meu coração.

À professora Adriana Lemos que me acolheu de forma calorosa, mostrando na prática tudo o que eu havia ouvido sobre a universidade. Aquele abraço apertado simbolizou que eu não fui apenas recebida, mas acolhida. Obrigada!

Cla, que, com seu coração generoso e seu jeito sábio, sempre soube oferecer as palavras certas. Nossos momentos juntos foram repletos de risadas e aprendizados.

Carla, minha confidente nos momentos de cansaço, que, com sua resiliência, me apoiou na caminhada rumo à conclusão. Obrigada por suas orações e por estar sempre ao meu lado.

Sou grata à universidade, que me proporcionou espaços de estudo e uma estrutura que permitiu explorar ao máximo tudo o que foi necessário para o sucesso deste trabalho. Agradeço à coordenação da pós-graduação, às secretárias que sempre atenderam meus pedidos com profissionalismo e carinho, e a todos os funcionários.

À minha querida chefe, Renata, agradeço pela firmeza e apoio. Quando tive dúvidas sobre conciliar trabalho e estudos, você me disse com segurança: "todo mundo aqui consegue, você também irá conseguir." Seu acolhimento e orientação foram fundamentais para mim.

Jak, agradeço pelos momentos em que você me ajudou, muitas vezes sem saber. Sua presença ao meu lado foi um verdadeiro suporte nesta jornada.

Dulce, sua energia incentivadora e postura assertiva sempre foram uma inspiração para mim e para nossos alunos. Sua torcida constante foi um grande apoio.

Aos meus filhos, Mateus e Israel, vocês são a razão do meu caminhar e o amor que não cabe no peito. Amo vocês profundamente.

E, por último, minha parceira de todos os momentos, minha gata Florence, que, até de madrugada, ficava acordada me fazendo companhia com seu amor incondicional.

Encerrando, esta jornada foi repleta de desafios e aprendizados, e sou eternamente grata a todos que fizeram parte dela.

RESUMO

Tem-se como objetivo geral analisar a associação entre os determinantes sociais da saúde e a literacia para a saúde dos participantes do projeto Rio Ativo. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem de método quantitativo, de caráter exploratório e desenho transversal. Os participantes foram beneficiários ou profissionais vinculados ao projeto de extensão Rio Ativo, com idade igual ou superior a 18 anos, que puderam decidir de maneira autônoma pela sua participação no estudo. A pesquisa contou com duas fases: 1. Survey online: em que os participantes receberam um e-mail com informações sobre o estudo, contendo o convite e um link que deu acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ao questionário. Foram coletadas informações sobre a caracterização dos participantes por meio de instrumento desenvolvido para este estudo e o literacia em saúde pela versão brasileira do instrumento *European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form* (HLS-EU-Q6); 2. Presencial: Cinco núcleos foram selecionados de forma aleatória para a coleta de dados com os beneficiários do projeto, a fim de aprofundar a compreensão da literacia para a saúde. Nesta etapa, foi utilizado o *European health literacy scale* (HLS-EU-BR), instrumento com 47 itens. Os dados foram avaliados no Software SPSS por meio de análises descritivas e de associação. Foram executados Generalized Linear Models e análises por teste t independentes. O nível de significância assumido foi de 0,05. As Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e complementares bem como a Carta Circular CONEP que trata de pesquisas envolvendo seres humanos em ambiente virtual foram seguidas integralmente em todas as etapas do projeto. Participaram do survey online 107 participantes, sendo 78,7% do sexo feminino e 52,8% se autodeclararam brancas. A renda familiar mensal apresentou variações importantes entre os participantes: de R$1321 a R$2640 entre 21,6%; de R$2641 a R$3960 entre 13,7%; R$3961 a R$6600 entre 12,7% e acima de R$6600 entre 15,7%. Foi identificado baixo nível de literacia para a saúde, cujas variáveis cor e renda se apresentaram como determinantes. A etapa presencial contou com 71 participantes, sendo 87,7% do sexo feminino. O nível de literacia para a saúde foi avaliado majoritariamente como inadequado em todas as categorias medidas pela escala utilizada: cuidados de saúde (83,3%), prevenção de doenças (90%), promoção da saúde (85,9%), e literacia para a saúde geral (88,7%). As variáveis de cor e renda mostraram-se determinantes significativos da LS, sugerindo que questões socioeconômicas podem impactar diretamente a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender, gerir e implementar informações relacionadas à saúde ao seu cotidiano.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Literacia para a Saúde; Promoção da Saúde; Projetos Sociais.

ABSTRACT

The main objective is to analyze the association between social determinants of health and health literacy among participants of the Rio Ativo project. This is a descriptive study with a quantitative method approach, exploratory in nature, and cross-sectional design. The participants were beneficiaries or professionals linked to the Rio Ativo extension project, aged 18 years or older, who could autonomously decide to participate in the study. The research consisted of two phases: 1. Online survey: participants received an email with information about the study, including an invitation and a link that provided access to the Informed Consent Form and the questionnaire. Information was collected regarding the characteristics of the participants using a tool developed for this study and health literacy through the Brazilian version of the European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form (HLS-EU-Q6); 2. In-person: Five centers were randomly selected for data collection with the project beneficiaries to deepen the understanding of health literacy. In this phase, the European Health Literacy Scale (HLS-EU-BR), a tool with 47 items, was used. The data were analyzed using SPSS software through descriptive and association analyses. Generalized Linear Models and independent t-tests were performed. The significance level was set at 0.05. The National Health Council Resolutions 466/2012 and complementary resolutions, as well as the CONEP Circular Letter regarding research involving human beings in a virtual environment, were fully adhered to in all stages of the project. The online survey included 107 participants, with 78.7% being female and 52.8% self-identifying as white. Monthly family income showed significant variations among participants: R$1321 to R$2640 (21.6%); R$2641 to R$3960 (13.7%); R$3961 to R$6600 (12.7%); and above R$6600 (15.7%). A low level of health literacy was identified, with the variables of race and income appearing as determinants. The in-person phase included 71 participants, with 87.7% being female. The level of health literacy was predominantly rated as inadequate in all categories measured by the scale used: healthcare (83.3%), disease prevention (90%), health promotion (85.9%), and general health literacy (88.7%). The variables of race and income proved to be significant determinants of health literacy, suggesting that socioeconomic issues may directly impact individuals' ability to access, understand, manage, and implement health-related information in their daily lives.

Keywords: Social Determinants of Health; Health Literacy; Health Promotion; Social Projects.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead …… 22

Figura 2 - Determinantes sociais: O modelo de Solar e Irwin ……..…… 23

Figura 3 - Evolução temporal da utilização do termo health literacy e suas variações traduzidas para o contexto brasileiro …….. 27

Figura 4 - Modelo estruturante para a concepção e operacionalização da literacia para a saúde ……..……. 35

Figura 5 - Gráfico da relação sexo x idade entre os participantes do Projeto Rio Ativo (n=1829) ……..……..…. 38

Figura 6 - Fluxograma de coleta de dados …….. 40

Quadro 1 - Resultados descritivos das variáveis categóricas (n=107) 46

Quadro 2 - Resultados descritivos das variáveis contínuas (n=107) ……..…… 47

Quadro 3 - Resultados Generalized Linear Model (GLM) (n=107) ……. 49

Quadro 4 - Betas das variáveis preditoras estatisticamente significativas (n=107) ……..… 49

Quadro 5 - Resultados descritivos das variáveis categóricas (n=71) ……..… 51

Quadro 6 - Resultados descritivos das variáveis contínuas (n=71) ……...…. 51

Quadro 7 - Diferenças nos domínios da Escala de Literacia para a Saúde segundo sexo (n=71) ……..… 53

Quadro 8 - Resultados das análises de correlação entre os domínios da Escala de Literacia para a Saúde e a idade (n=71) …… 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP-UNIRIO	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DECS/MESH	Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings
DSS	Determinantes sociais da saúde
GLM	Generalized Linear Model
HLS-EU-Q6	European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form
LS	Literacia para a saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PS	Promoção da Saúde
RGRs	Recursos Generalizados de Resistência
SOC	Sentido de Coerência (do inglês Sense of Coherence)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 Hipóteses 15
2 OBJETIVOS 16
2.1 Objetivo principal 16
2.2 Objetivos secundários 16
3 REFERENCIAL TEÓRICO 17
3.1 Notas sobre a promoção da saúde 17
3.2 Os determinantes sociais da saúde 20
3.3 Alfabetização, letramento ou literacia: todos expressam o conceito de health literacy? 25
3.4 Literacia para a saúde 30
3.5 Salutogênese como referencial teórico integrador 32
4 MÉTODO 36
4.1 Descrição da pesquisa 36
4.2 Cenário da pesquisa: o projeto Rio Ativo 36
4.3 Participantes 39
4.4 Coleta de dados 39
4.5 Análise dos dados 43
4.6 Aspectos éticos 44
4.7 Estratégias de redução de vieses 45
4.8 Resultados esperados e devolutiva aos participantes 45
5 RESULTADOS 46
5.1 Survey online 46
5.2 Fase presencial 50
6 DISCUSSÃO 55
7 CONCLUSÃO 65
REFERÊNCIAS 66
APÊNDICE A - CONVITE 74
APÊNDICE B - TCLE (FASE SURVEY ONLINE) 75

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 78
APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES 81
APÊNDICE E - TABELAS COMPLETAS DE RESULTADOS DA FASE SURVEY ONLINE 82
APÊNDICE F - TABELAS COMPLETAS DE RESULTADOS DA FASE PRESENCIAL 91
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE MENSURAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE 95
ANEXO B - EUROPEAN HEALTH LITERACY SCALE (HLS-EU-BR) 96

1 INTRODUÇÃO

A literacia relacionada à saúde tem ganhado destaque crescente nas agendas políticas, com a sua definição evoluindo ao longo dos anos. Historicamente, no Brasil este termo estava relacionado à alfabetização em saúde (dimensão funcional da compreensão de assuntos de saúde) e letramento em saúde (interpretação de informações para o autocuidado e a prevenção de doenças). Na atualidade, o termo literacia para a saúde (LS) tem sido recomendado por considerar modelos multidimensionais avançados de *health literacy* (Peres, 2023; Saboga-Nunes *et al,* 2019).

O termo Literacia para a saúde é mais abrangente do que as definições anteriores, uma vez que permite qualificar processos individuais e coletivos de autonomia e engajamento para a tomada de decisão sobre saúde e condições de vida dos cidadãos. À LS adiciona-se a conscientização da pessoa para guiar o desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde (Saboga-Nunes, 2014). Tal proposta deriva de uma matriz de pensamento que visa olhar para além das barreiras geográficas, culturais, linguísticas ou sociais, para a compreensão e promoção da emancipação dos sujeitos em busca da potência do bem-estar e das condições de vida da pessoa humana. Distancia-se, assim, do modelo biomédico centrado na relação de causa-efeito de doenças expressas pelo biologicismo.

Com isso, a partir do conceito de LS, aproximam-se, efetivamente, o processo de cuidado, os determinantes sociais da saúde, tendo como eixos norteadores a promoção da saúde e as condições de vida, não mais a doença. Trata-se da inclusão do paradigma salutogênico (Saboga-Nunes; Bittlingmayer; Okan, 2019).

As pessoas com elevado nível de LS, podem tomar decisões de forma crítica e com autonomia, mesmo frente aos determinantes sociais, comerciais e econômicos da saúde e da sociedade, ainda que incluídas em sistemas de saúde pautados no modelo biomédico.

Uma maior literacia, frente à execução de atividade física funciona como um fator que fortalece os recursos internos dos praticantes, aumenta o sentido de coerência e resiliência, reduz o estresse e promove o bem-estar, contribuindo assim para uma abordagem mais positiva e integradora na promoção da saúde através da

atividade física e influenciando na capacidade dessa população de adotar e manter hábitos de atividade física de forma consciente e sustentável (Ferreira, J. S. Diettrich, S. H. C.; Pedro, D. A., 2015).

O desenvolvimento de competências vinculadas à LS junto aos cidadãos pode gerar motivação, podendo melhorar o acesso, a compreensão e o uso dos recursos de saúde (populacionais, comunitários e individuais). Estratégias e intervenções que consideram o nível de LS têm maior potencial para melhorar a saúde das populações, promover a equidade e capacitar os indivíduos a se tornarem tomadores de decisões seguros e autônomos, com grande potencial para a promoção do autocuidado (Marques; Escarce; Lemos, 2018).

Conhecer o nível de LS de uma população é, portanto, primordial para determinar as ações e serviços que atendam de fato às necessidades sociais para a promoção da saúde e do bem-estar aliado à emancipação das pessoas sobre as decisões quanto aos comportamentos relacionados à saúde.

Apesar dessas evidências, a LS ainda é constatada majoritariamente como inadequada ou problemática em diferentes países Latino-Americanos e do Caribe (Jesus *et al.*, 2024), além de outros países com renda baixa ou média ao redor do mundo (Pavão; Werneck, 2021). Embora esse tema seja de grande importância para a saúde pública, sua exploração ainda é limitada em países em desenvolvimento.

A baixa LS dificulta que esses indivíduos adquiram as habilidades necessárias para exercer efetivamente seus direitos e responsabilidades. Isso compromete sua capacidade de compreender, avaliar e aplicar os conceitos de cidadania, dificultando sua participação na formulação de políticas públicas eficazes (Marques; Escarce; Lemos, 2018).

Embora a avaliação do nível de LS de forma individual e em nível populacional seja consensual entre estudiosos, é importante conhecer esta variável quando se pretende implementar ações com foco na promoção da saúde e nas condições de vida.

No âmbito do projeto esportivo e social intitulado Rio Ativo, esta dissertação buscou, portanto, analisar a associação entre os determinantes sociais de saúde e a literacia para a saúde dos participantes.

A média de idade dos 1829 inscritos foi de 48 anos. A pessoa mais jovem tinha apenas 5 anos e a mais velha, 93 anos (5 anos era a idade mínima para participar das atividades). O projeto atendeu a um público de grande vulnerabilidade social e à classe média. Pode-se atribuir a vinculação aos núcleos do projeto como a materialização do direito do cidadão à atividade física.

Foi percebido um baixo grau de letramento em saúde entre praticantes de atividade física e bolsistas no Projeto Rio Ativo, especialmente no que se refere ao reconhecimento da veracidade de informações sobre saúde, sua compreensão e inclusão na rotina de vida.

Os capítulos subsequentes abordam em profundidade os referenciais teóricos que guiam esta produção: Notas sobre a promoção da saúde; Os determinantes sociais da saúde; Alfabetização, Letramento ou Literacia: todos expressam o conceito de *health literacy*?; Literacia para a saúde; e Salutogênese como referencial teórico integrador.

Apresentam-se, também, as etapas metodológicas executadas para a obtenção dos resultados e sua discussão dialogada com produções nacionais e internacionais.

1.1 Hipóteses

Os pesquisadores esperavam como hipótese principal identificar baixo nível de literacia para a saúde entre os participantes do projeto Rio Ativo, corroborando com a literatura de ser menor entre as mulheres e mais baixa quanto menor a renda.

2 OBJETIVOS

De acordo com o objeto de estudo e as hipóteses de pesquisa, delineou-se os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo principal

Analisar a associação entre os determinantes sociais de saúde e a literacia para a saúde dos participantes do projeto Rio Ativo.

2.2 Objetivos secundários

a) Conhecer o nível de literacia para a saúde dos participantes do projeto Rio Ativo;
b) Caracterizar os participantes do projeto Rio Ativo a partir dos fatores sociodemográficos;
c) Discutir os resultados à luz da promoção da saúde e do paradigma salutogênico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Notas sobre a promoção da saúde

Neste capítulo, abordaremos a evolução da definição de Literacia para a Saúde (LS), que passou de conceitos mais restritos, como alfabetização e letramento, para um entendimento mais amplo que abrange processos de autonomia, engajamento e conscientização individual e coletiva na tomada de decisões relacionadas à saúde e condições de vida, incorporando aspectos sociais, promovendo o paradigma salutogênico e considerando determinantes sociais que influenciam a saúde.

A análise do estudo com participantes vulneráveis revelou baixos níveis de LS, destacando a importância de conhecer e atuar sobre esses níveis para formular políticas públicas eficazes e melhorar a saúde coletiva, fundamentando-se em referenciais teóricos como os conceitos de LS, salutogênese e determinantes sociais de saúde.

A promoção da saúde visa ampliar as capacidades de indivíduos e comunidades para que possam ser agentes ativos nas modificações de fatores que afetam sua saúde e condições de vida, incentivando uma maior participação no controle desse processo, sendo o resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. (OMS, 1986).

Essa perspectiva está em consonância com o conceito de Promoção de Saúde, conforme discutido na Carta de Ottawa, que destaca a sua importância na participação da construção do processo de saúde, visando alcançar um estado de máxima funcionalidade (Saboga-Nunes *et al*., 2019).

No contexto brasileiro, esses princípios de promoção da saúde foram incorporados pelo Movimento da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS). (Malta *et al.,* 2014). Atualmente, o conceito se materializa pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2024).

Debates a respeito da necessidade de instituição de uma primeira versão da PNPS foram iniciados em 2002, encabeçados por movimentos populares, apenas

em 2006 a PNPS foi institucionalizada no âmbito do SUS e teve sua redefinição em 2014 (Silva e Baptista, 2015) e atualização em 2017 (BRASIL, 2017) e em 2024 (BRASIL, 2024).

O conceito de promoção da saúde está intimamente relacionado às discussões acerca da melhoria das condições de vida das populações. Nesse contexto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo principal a diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, visando à promoção da equidade e a melhoria das condições de vida.

Os termos condições de vida ratificam a necessidade de articulação de diferentes setores das políticas públicas, que vão além da saúde, como habitação, educação, trabalho e a mobilização da sociedade como um todo (Buss, 2000) como imprescindíveis para o bem viver.

A análise das condições de vida da população é essencial para entender os determinantes de saúde, que abrangem uma variedade de fatores ambientais, socioeconômicos, demográficos, comportamentais e biológicos. Compreender como esses elementos interagem é fundamental para a formulação de políticas públicas eficazes e para a promoção da saúde coletiva.

As condições de vida são compostas por elementos objetivos, como acesso a bens coletivos e infraestrutura, e subjetivos, que envolvem o controle e a dinâmica das relações sociais e políticas. Essas condições não se manifestam de maneira linear e podem ser exploradas por meio de diversas dimensões da vida humana, incluindo saúde, educação e a relação entre trabalho e meio ambiente (Pereira, E. F.; Teixeira, C. S.; Santos, A. Dos, 2012).

Em relação à qualidade de vida, existem múltiplas definições, mas nenhuma delas é universalmente aceita. Isso ocorre porque o conceito abrange não apenas aspectos de saúde, como bem-estar físico, emocional e mental, mas também fatores relevantes como trabalho, relacionamentos familiares e amizades/ rede de apoio, além de outras condições cotidianas que influenciam o cotidiano das pessoas (Pereira, E. F.; Teixeira, C. S.; Santos, A. Dos, 2012).

Segundo as recomendações direcionadas às equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) para a operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde

(PNPS), a abordagem do profissional de saúde pode influenciar significativamente o avanço do usuário em direção à promoção da saúde. É fundamental também enfatizar a responsabilidade compartilhada entre os indivíduos e a coletividade, assim como promover a Educação Permanente em Saúde, sem culpabilizar a população usuária dos serviços de saúde (BRASIL, 2023).

As Políticas brasileiras incluem, majoritariamente, a Promoção da Saúde (PS) a partir do conceito definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), supra explicitado. Embora esse conceito seja amplamente aceito e tenha orientado políticas públicas e intervenções em saúde globalmente, ele não está isento de críticas e problematizações.

Primeiramente, a definição da OMS adota uma perspectiva ampliada da saúde, indo além da ausência de doenças e incorporando determinantes sociais, econômicos e ambientais. No entanto, essa concepção pode ser desafiada sob diversos ângulos. Do ponto de vista epistemológico, a PS tende a adotar uma abordagem positivista e funcionalista, assumindo que o aumento do controle individual sobre a saúde necessariamente resultará em melhores condições de vida. No entanto, essa visão pode obscurecer a complexidade das estruturas sociais e políticas que determinam as iniquidades em saúde, subestimando as limitações impostas por contextos socioeconômicos adversos (Buss *et al.,* 2020; Carvalho *et al.,* 2019).

Dessa forma, há um risco de responsabilização individual implícito na PS, na medida em que se enfatiza a adoção de comportamentos saudáveis sem considerar adequadamente as barreiras estruturais enfrentadas por diferentes grupos populacionais. Isso pode levar à culpabilização dos indivíduos por suas condições de saúde, desconsiderando fatores como iniquidades de acesso a serviços de saúde, precarização do trabalho, insegurança alimentar e outras situações políticas e sociais que vulnerabilizam os sujeitos (Cualhete, Santos-Moura; Castro-Silva, 2022).

Do ponto de vista das políticas públicas, a PS proposta pela OMS é frequentemente adotada de maneira instrumental, sem necessariamente ser acompanhada de mudanças estruturais significativas. Muitos programas enfatizam a

educação em saúde e a modificação de comportamentos individuais, mas falham em abordar os determinantes sociais da saúde de maneira efetiva. Além disso, a própria implementação de estratégias de PS pode ser influenciada por interesses políticos e econômicos que desviam sua finalidade original, resultando em abordagens fragmentadas e ineficazes.

Assim, embora a PS, conforme proposta pela OMS, represente um avanço na compreensão e abordagem das necessidades populacionais, sua aplicação prática requer uma análise crítica das limitações conceituais, estruturais e culturais que podem comprometer sua efetividade.

O conceito de PS precisa ser compreendido de maneira aprofundada e aliada aos determinantes sociais da saúde individuais e coletivos em suas formas mais amplas. Para isso, faz-se necessário dialogar a partir de políticas públicas saudáveis, efetiva articulação intersetorial do poder público, mobilização da população e movimentos municipais mais saudáveis, cujo foco das ações seja sobre a saúde, e não sobre a doença (Buss *et al.,* 2020; Carvalho *et al.,* 2019).

3.2 Os determinantes sociais da saúde

Desde 2005, quando a OMS estabeleceu uma Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, ampliou-se a compreensão dos fatores que contribuem para mudanças na condições de vida das populações em nível global.

Nessa mesma linha teórica, no Brasil, o Ministério da Saúde criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com foco na promoção da equidade, a partir da investigação de fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais, e da ação por meio de políticas intersetoriais (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Embora o avanço nas políticas de saúde visando à inclusão dos determinantes sociais a partir de 2005, a resposta dada pela OMS que dialoga com a determinação da saúde é pautada na necessidade de explicar a “causa das causas” dos problemas de saúde. Isso porque adotou, principalmente, referenciais teóricos de Michael Marmot, que foca em explicar causalidades.

Assim, a compreensão dos determinantes sociais da saúde a partir do conceito da OMS reforça a lacuna do modelo biomédico frente a uma visão “ampliada” da saúde, no entanto, não aprofundado sócio historicamente, sobretudo em países colonizados. Isso ocorre pois é embasada em uma epidemiologia social, que considera aspectos como alimentação, renda, paz, habitação, educação, sustentabilidade de recursos, com visão linear, reducionista e, ainda, hegemônica.

As desigualdades em saúde são as diferenças mensuráveis nas condições de saúde e de vida e no acesso aos serviços de saúde e iniquidades em saúde são desigualdades injustas, resultantes de fatores que perpetuam a injustiça social. Essa diferenciação é crucial para compreensão de como as desigualdades são percebidas e interpretadas nas diferentes sociedades, influenciando a forma como se busca equidade no cuidado à saúde (Barreto, 2017).

Diversas indústrias, como as de tabaco, álcool, alimentos não saudáveis e combustíveis fósseis, são reconhecidas como responsáveis por uma parte significativa das mortes evitáveis globalmente, além de contribuírem para crises como a mudança climática e a crescente epidemia de doenças não transmissíveis (Gilmore *et al*., 2023).

Uma situação epidemiológica que pode ajudar a compreender essas diferentes perspectivas é o caso da pandemia global de obesidade, exemplificada na perspectiva da epidemiologia crítica (Jones; Wilsdon, 2018). A expansão de produtos alimentares ultraprocessados de baixo custo, fácil acesso, com estratégias de *marketing* pouco reguladas, e que, em um contexto mais amplo, favoreceu grandemente a economia e o poder político a partir do *lobby* corporativo. A introdução do xarope de milho como adoçante na indústria modificou também toda a cadeia de produção no agronegócio. Tais mudanças contribuíram para um novo estilo de vida em nível populacional, condicionado pela economia e pela indústria.

Entretanto, ao se discutir esse exemplo na perspectiva epidemiológica “convencional”, causal e hegemônica, trata-se de epidemia em que a obesidade é interpretada como uma situação clínica essencialmente pessoal, biológica ou psicológica, cuja abordagem torna-se individual. Ou seja, os aspectos sociais, políticos, econômicos acabam sendo invisibilizados, o que torna o enfrentamento à

obesidade reducionista e centrado em culpabilizar a pessoa (comportamentos, fenótipo e/ou genótipo).

Esse exemplo também traz à luz os recentes Determinantes Comerciais da Saúde. Referem-se às condições, ações e omissões de atores comerciais que afetam a saúde. Os determinantes comerciais surgem no contexto do fornecimento de bens ou serviços para pagamento e incluem atividades comerciais, bem como o ambiente em que o comércio ocorre. Eles podem ter impactos benéficos ou prejudiciais à saúde (Gilmore *et al*., 2023).

A partir dessas diferentes concepções, diversos modelos visam demonstrar os determinantes sociais da saúde (DSS), com ênfases e estruturas conceituais diferentes.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) e o modelo de Solar e Irwin (2010) são algumas abordagens teóricas amplamente difundidas e utilizadas por diferentes autores e sistemas de saúde (Buss; Pellegrini Filho, 2007).



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (G. Dahlgren, M. Whitehead, 1991).

Os DSS no modelo acima estão dispostos em diferentes camadas desde uma camada mais próxima (determinantes individuais) onde estão as características individuais desde idade, sexo e fatores genéticos até uma mais camada distal (macro determinantes do processo saúde-doença). Até o último nível, onde estão os

macros determinantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A abordagem em camadas ajuda a visualizar como as políticas e intervenções em saúde pública podem atuar em diferentes níveis para promover a saúde e reduzir desigualdades. Entretanto, centraliza no sujeito a responsabilidade pelas suas condições de saúde e de vida, o que reflete a perspectiva de PS da OMS e, no contexto brasileiro, da PNSP.

O modelo de Solar e Irwin (2010), desenvolvido para a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, organiza os determinantes sociais da saúde em três níveis principais, destacando a interação entre fatores sociais, econômicos, políticos e ambientais.

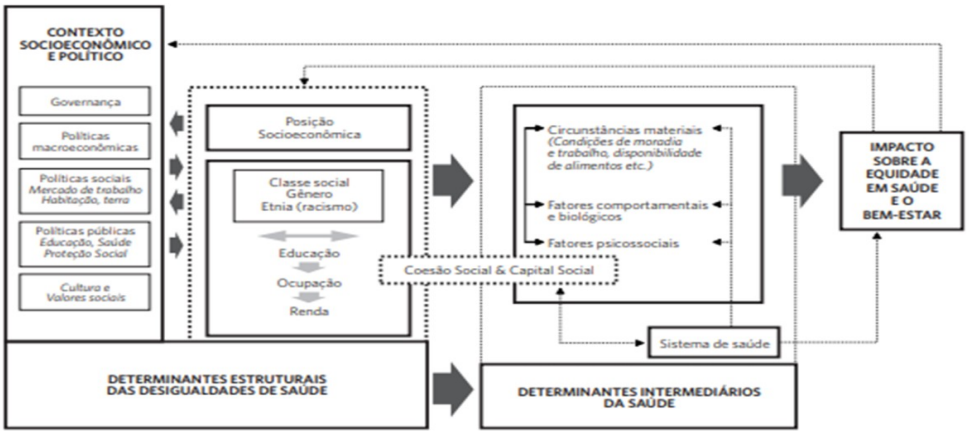


Figura 2 - Determinantes sociais: O modelo de Solar e Irwin (Solar e Irwin, 2010).

1 - Sociedade: Estruturas sociais, econômicas e políticas que influenciam a saúde. Esses determinantes incluem: Governos com sistemas mais equitativos tendem a proporcionar melhores condições de vida para a maioria da população. Políticas relacionadas à educação, emprego, saúde, habitação e proteção social têm impacto direto sobre as condições de vida das pessoas. A distribuição desigual de riqueza e poder entre grupos sociais resulta em diferentes oportunidades e acesso aos recursos necessários para viver de forma saudável.

2 - Ambientes: Inclui ambientes físicos e sociais que cercam os indivíduos, locais de trabalho, bairros e comunidades, (saneamento básico, alimentos, transporte e habitação). Os determinantes intermediários, que impactam a saúde física e mental, incluem o controle sobre a própria vida, o apoio social e a exposição ao estresse crônico. Acesso ao sistema de saúde, universal e igualitário, fatores comportamentais e circunstâncias psicossociais englobam nível de atividade física, uso de álcool e fumo, que podem ser moldados por recursos financeiros e ambiente social.

3 - Indivíduos: O terceiro nível do modelo está relacionado aos fatores pessoais, incluindo biologia, comportamentos de saúde e acesso a serviços de saúde, inclui processos de discriminação, exclusão social e estigmatização, que permeiam todos os níveis do modelo (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A representação das causas estruturais nos modelos conceituais de determinantes sociais da saúde (DSS), destaca a diferença de ênfase entre os modelos de Dahlgren e Whitehead e de Solar e Irwin. Enquanto no primeiro modelo as causas estruturais são apresentadas de maneira periférica, como 'determinantes distais', o segundo modelo, adotado pela OMS, coloca essas causas em uma posição central, sugerindo que são fundamentais para a compreensão das iniquidades em saúde.

Essa mudança de foco é crucial, pois o modelo de Solar e Irwin reconhece as interconexões entre determinantes estruturais e intermediários, enfatizando a importância das condições socioeconômicas na formação das condições de vida e saúde.

Breilh, (2013) Compreende que essa abordagem, fundamentada no marco conceitual desenvolvido por Solar e Irwin, embora represente uma transição crítica ao incorporar a percepção do elemento "estrutural", começa a superar a visão mais limitada da epidemiologia convencional, sem, no entanto, configurar uma verdadeira mudança de paradigma.

Ambos os modelos limitam a compreensão dos diversos processos socioeconômicos, culturais, eco biológicos e psicológicos que estruturam as dinâmicas do fenômeno saúde-doença-cuidado. Além disso, essa abordagem tende

a converter as estruturas sociais em meras variáveis, em vez de reconhecê-las como categorias analíticas fundamentais para compreender os processos de produção e reprodução social.

Isso porque tratam os determinantes sociais da saúde a partir da perspectiva de "fatores" (como condições de vida, trabalho, moradia, educação e transporte), "contextos", "circunstâncias" e "condições", adotando, assim, uma abordagem fragmentada e reducionista da realidade social. Essa visão desconsidera que o perfil epidemiológico é historicamente construído e transformado por cada sociedade (Arellano, 2008; Breilh, 2013; Garbois, 2017).

Acredita-se, na presente discussão, que, para que essa transformação social aconteça de forma a promover a saúde dos povos e rompa o modelo biomédico centrado na doença e nas relações de causa e efeitos puramente biologicistas, o nível elevado de literacia para a saúde de uma população seja um fator importante na melhoria das condições de vida e de saúde da população.

3.3 Alfabetização, letramento ou literacia: todos expressam o conceito de health literacy?

Traduções do termo *"Health Literacy"* variam na América do Sul, com exemplos como "alfabetização em saúde", "letramento em saúde" e "letramento funcional em saúde" sendo utilizadas, especialmente no Brasil. Em contraste, nos países da Lusofonia, a tradução adotada em regiões como Europa, América do Norte, Ásia e Oceania é "Literacia em saúde" e "Literacia para a Saúde". A tradução do termo *health literacy* para o português apresenta desafios, uma vez que termos como "alfabetização em saúde", "letramento" e "literacia" podem não capturar plenamente o significado original, especialmente no contexto brasileiro, onde "alfabetização em saúde" e "letramento em saúde" são as traduções mais utilizadas (SABOGA-NUNES *et al*., 2019).

Desde a década de 1970, o termo *health literacy* vem sendo utilizado para descrever as habilidades e competências para buscar, compreender, avaliar e utilizar informações sobre saúde (Okan, 2019). Entretanto, ao traduzir o termo para o

idioma português, ao longo do tempo, a literatura aponta para a necessidade de discussão semântica, a qual ainda não se tem consentido.

Nutbeam (2000), na Inglaterra, destaca a importância de abordar a saúde a partir de um modelo multidimensional de *health literacy*, que se desdobra em três níveis. O primeiro, funcional, refere-se às habilidades necessárias para compreender e interpretar informações sobre saúde, semelhante ao conceito de alfabetização em saúde. O segundo, interativo, envolve o desenvolvimento de habilidades em contextos sociais, permitindo que os indivíduos façam sentido do conhecimento em saúde, estreitamente ligado ao letramento em saúde. Por fim, o nível crítico está relacionado ao desenvolvimento cognitivo e às habilidades que capacitam os indivíduos a participarem ativamente em ações sociais e políticas voltadas para a PS e do bem-estar.

Essas abordagens se complementam, uma vez que a conscientização sobre os riscos e a capacidade de tomar decisões informadas estão interligadas no processo de PS (BRASIL, 2023). Dessa forma, faz-se necessária a compreensão semântica dos diferentes termos utilizados no Brasil, a fim de compreender se abarcam os três níveis de *health literacy* e, ainda, justificar a escolha pelo termo literacia para a saúde, descrito adiante.

A Figura 3 ilustra o avanço na utilização das terminologias globalmente.

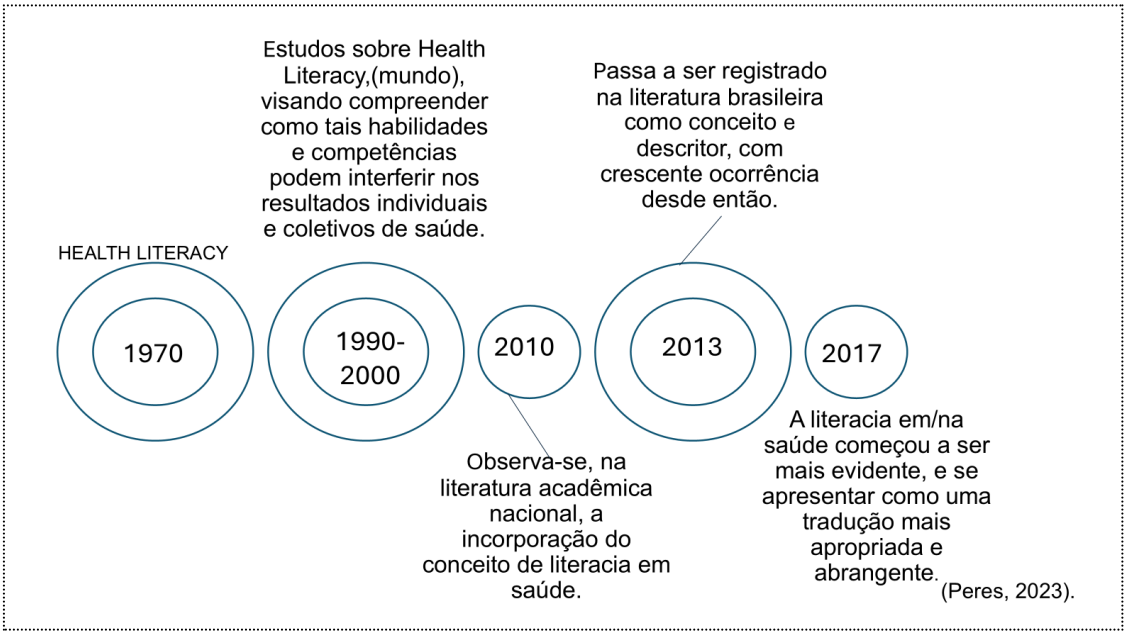


Figura 3 - Evolução temporal da utilização do termo health literacy e suas variações traduzidas para o contexto brasileiro. (Adaptado de Peres, 2023).

No Brasil o conceito de alfabetização passou por diversas mudanças ao longo do tempo. Até o Censo de 1940, qualquer indivíduo que soubesse apenas assinar o seu nome era considerado alfabetizado. Após o Censo de 1950, as informações a respeito da habilidade de escrever um bilhete simples, uma prática mínima de leitura, dos dados relativos aos anos de estudo e a capacidade de escrever de maneira crítica, passou a ser necessário para um indivíduo ser considerado alfabetizado (Soares, 2004).

Embora seja o descritor no vocabulário estruturado dos Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DECS/MESH), o termo letramento em saúde aborda a amplitude das habilidades e competências a serem desenvolvidas por meio da escolaridade, é um conceito utilizado no Brasil e se baseia na ideia de que a alfabetização difere do letramento, que envolve o uso e o desenvolvimento dessas habilidades ao longo da vida nas práticas sociais relacionadas à linguagem escrita (Peres, 2023). No entanto, não inclui os três níveis de *health literacy* defendidos por Nutbeam (2000) e tampouco dialoga com o paradigma salutogênico.

As competências e habilidades relacionadas à literacia podem ser organizadas em diversas categorias, incluindo aquelas voltadas para a leitura, escrita e numeracia, além de habilidades científicas, cívicas, coletivas e culturais, que são influenciadas por padrões e normas sociais estabelecidas (Peres, 2023). Nesse sentido, o termo literacia para a saúde pode ser considerado mais aderente à definição de *health literacy*.

A literacia **para a** saúde envolve um conjunto de competências cognitivas e sociais que impactam a motivação e as habilidades individuais, permitindo o acesso, a compreensão e a utilização de informações essenciais para promover e manter a saúde. Está associada à tomada de decisões cotidianas e entendida como um resultado desse processo, atuando na prevenção de doenças e na promoção da saúde, com o objetivo de melhorar as condições de vida ao longo do tempo (SABOGA-NUNES *et al*., 2019).

A partir da segunda metade da década de 2010, o conceito de literacia **em** saúde começou a ser cada vez mais incorporado na literatura acadêmica brasileira. Esse conceito já havia sido registrado na produção acadêmica de Portugal desde meados da década de 2000, e sua influência se fez sentir no Brasil de maneira crescente. (Peres, 2023).

Em termos de conceitos podemos distinguir segundo SABOGA-NUNES *et al*., (2019) a concepção de literacia **em** saúde, literacia **da** saúde e literacia **para a** saúde. A literacia **em** saúde pode ser compreendida como uma externalidade em relação ao sujeito da saúde, sugerindo que existe um espaço externo ao indivíduo, onde ele pode desenvolver diferentes níveis de apropriação. Em contrapartida, a literacia **da** saúde refere-se a uma dimensão interna, que é intrínseca ao indivíduo, focando na relação pessoal que ele estabelece com a temática, considerando-a como algo que lhe pertence.

A partir de 2017, a literacia **em** saúde começou a ser mais evidente, e se apresenta como uma tradução mais apropriada e abrangente, refletindo a natureza multidimensional dos modelos avançados de *health literacy* e seu objetivo de qualificar os processos de tomada de decisão informada em relação à saúde e à condições de vida (Peres, 2023).

A literacia **em** saúde pode ser avaliada através do uso de instrumentos elaborados de acordo com o idioma e à cultura locais, onde alguns itens poderão ser avaliados como habilidades básicas de leitura, escrita e numeramento, percepções de saúde e avaliação de determinantes sociais (Maragno *et al.,* 2019).

O estado de saúde de um indivíduo pode ser abordado de maneira objetiva, considerando a presença ou ausência de doenças, ou de forma subjetiva, através da autopercepção de saúde. Essa autopercepção é reconhecida como um indicador importante de condições de vida e está associada a diversos fatores, como morbidade e funcionalidade, além de ser um preditor significativo de mortalidade (Lindermann *et al.,* 2019).

A avaliação da autopercepção em saúde através de instrumentos adequados é um importante recurso que pode ser utilizado também na percepção das dificuldades que o indivíduo pode ter frente aos cuidados de sua saúde. A autopercepção contribui para a compreensão da saúde nos campos biológico, psicológico e social (Mattos *et al.*, 2021).

A baixa literacia **em** saúde envolve riscos, dentre eles, a procura inadequada pelos serviços de saúde, menor utilização de serviços preventivos, podendo levar a atrasos de diagnósticos, aumentando os custos com tratamentos e hospitalizações e aumento do risco de morbimortalidade (Peres, 2023).

Os indivíduos com uma melhor literacia em saúde acabam avaliando a própria saúde como boa com uma frequência maior quando comparados aos que possuem menor nível de literacia em saúde (Santos *et al.*, 2015).

Outra variação semântica utilizada, ainda, é a literacia **da** saúde. A literacia **da** saúde refere-se à habilidade dos indivíduos em interpretar informações relacionadas à saúde e utilizá-las para tomar decisões que promovam seu bem-estar. Isso envolve não apenas a capacidade de identificar os riscos associados a comportamentos nocivos, como o tabagismo, mas também a habilidade de desenvolver uma análise crítica sobre esses comportamentos e suas repercussões (BRASIL, 2023).

A literacia **da** saúde é entendida como uma construção que ocorre no sujeito, especialmente em contextos em que as ações para o autocuidado, conscientização

e a responsabilidade de internalizar e seguir essas recomendações recai sobre o usuário (BRASIL, 2023).

De forma bem objetiva, entende-se literacia **em** saúde como uma característica externa, ou seja, que remete à agentes/ políticas/ determinantes públicos que influenciam na saúde das pessoas. Já a literacia **da** saúde é dependente de fatores internos, em que a partir da compreensão do assunto, a própria pessoa torna-se capaz de implementar uma determinada ação de saúde em sua vida.

Para este estudo, foi escolhido o termo Literacia **para a** saúde, considerando sua abrangência no que se refere aos aspectos da saúde (e não da doença) e dos determinantes sociais, caros ao contexto nacional de saúde como direito e de iniquidades regionais marcantes.

3.4 Literacia para a saúde

A OMS define literacia **para a** saúde como um conjunto de habilidades sociais e cognitivas que influenciam a motivação e a experiência das pessoas em acessar, compreender e utilizar informações que promovem ou mantêm sua saúde (Pavão; Werneck, 2021).

A literacia **para** a saúde abrange mais do que a simples capacidade de ler rótulos ou panfletos, ao facilitar o acesso à informação sobre saúde e capacitar os indivíduos a utilizarem-na de maneira eficaz, torna-se uma importante ferramenta de empoderamento (Pavão; Werneck, 2021).

Dessa forma, é vista como um elemento que complementa os conceitos relacionados à saúde, enfatizando a importância da conscientização do indivíduo sobre suas capacidades de compreensão e gestão em saúde, para além da perspectiva individual, ou seja, integrando também aspectos das coletividades. Essa abordagem transforma o indivíduo de um mero coadjuvante em um protagonista na promoção de sua saúde e de sua comunidade, ampliando seu poder e responsabilidade sobre o bem-estar (Saboga-Nunes *et al*., 2019).

A literacia **para a** saúde é frequentemente apresentada como um componente essencial para o fortalecimento da autonomia individual na gestão da própria saúde, enfatizando a importância do conhecimento, da compreensão e da capacidade de tomada de decisão informada.

Abordagens que responsabilizam os indivíduos pelas suas condições de saúde, desconsiderando a complexidade dos determinantes sociais da saúde estão equivocadas. A ênfase na capacitação do indivíduo para compreender e gerir sua saúde pode obscurecer as limitações impostas por desigualdades estruturais, como por exemplo o acesso desigual a serviços de saúde, educação de baixa qualidade, insegurança alimentar e condições de trabalho inadequadas.

Dessa forma, a responsabilização do indivíduo pelo seu bem-estar pode, paradoxalmente, resultar em um deslocamento da responsabilidade do Estado e das políticas públicas para o sujeito, reforçando um modelo neoliberal de saúde que prioriza ações individuais em detrimento de mudanças estruturais. Isso endossa a importância da definição semântica da tradução do termo *health literacy* e da clareza do que significa literacia **para a** saúde.

A literacia **para a** saúde não se reduz apenas à capacidade de compreender ou seguir recomendações feitas por profissionais de saúde. Trata-se de um conceito multidimensional que envolve habilidades críticas, sociais e culturais para navegar nos sistemas de saúde e interpretar as informações no contexto de sua realidade subjetiva e coletiva (Nutbeam, 2000; Zarcadoolas *et al.*, 2006; Pavão; Werneck., 2021). A promoção da literacia **para a** saúde considera, portanto, aspectos linguísticos, culturais, processos de comunicação em saúde, saberes, organizações populares e aspectos singulares da vida em comunidade.

Outro aspecto relevante é a relação entre a literacia **para a** saúde e a participação social. Para que a literacia **para a** saúde cumpra um papel transformador, é fundamental que ela seja vinculada a processos de participação coletiva, permitindo que indivíduos e comunidades questionem e modifiquem as condições estruturais que influenciam sua saúde (Nutbeam, 2000).

Assim, literacia **para a** saúde abrange aspectos individuais e coletivos, associados à compreensão e reflexão crítica de determinantes sociais da saúde e

com a necessidade de fortalecer políticas públicas e ações coletivas que possibilitem a efetivação do direito à saúde de maneira equitativa e com base na justiça social.

Com isso, distancia-se da proposta de modelo biologicista pautado na doença, e pode encontrar diálogo nos modelos salutogénicos.

3.5 Salutogênese como referencial teórico integrador

O termo "salutogênese" do latim "salus" (saúde) e "genesis" (origem), trata do estudo das origens da saúde. A Salutogênese é um modelo que contém um novo olhar sobre a PS e foi desenvolvido pelo sociólogo Aaron Antonovsky na década de 1970. Antonovsky introduziu o termo salutogênese em seus livros de 1979 e 1987 (Mittelmark; Bauer, 2022).

A Teoria Salutogênica, proposta por Antonovsky, investiga os mecanismos que promovem e sustentam a saúde, enfatizando a importância de compreender o que gera bem-estar e condições de vida. Embora não seja o oposto da abordagem patogênica, que se concentra em fatores que causam doenças, apoia o rompimento de modelos de cuidado e de políticas públicas que reforcem apenas o modelo biologicista.

Ou seja, o paradigma salutogénico não nega a patogênese, pelo contrário, analisa as condições de saúde das pessoas a partir de fatores que promovem a saúde (e não somente fatores de risco para doenças) e articulação entre aspectos individuais e coletivos da vida e da saúde, de forma mais abrangente do que considerar características específicas ou patologias.

A salutogênese compreende dois aspectos principais: o Sentido de Coerência (SOC, do inglês Sense of Coherence) e os Recursos Generalizados de Resistência (RGRs). A Teoria tem como objetivo a compreensão dos potenciais recursos da pessoa que podem ser utilizados para aprimorar sua capacidade adaptativa diante de situações e elementos estressores, culminando na preservação do bem-estar (Marçal *et al.*, 2018).

O conceito de Sentido de Coerência é fundamental para a Teoria da Salutogênese, sendo composto por três variáveis:

● Compreensibilidade: percepção das estruturas da vida que possuem explicações e que podem ser previsíveis. A compreensão facilita o enfrentamento de situações adversas, pois a pessoa acredita que os problemas são compreensíveis e, portanto, gerenciáveis.

● Maneabilidade: percepção dos recursos disponíveis, sejam internos ou externos, para lidar com os desafios da vida, gerenciamento do estresse e controle sobre a própria vida apresenta uma maior capacidade de resiliência.

● Significância: refere-se à crença de que a vida tem significado e valor, assim como a saúde e que os desafios que enfrenta requerem esforço e luta, o que a motiva a enfrentar adversidades. (Marçal *et al.*, 2018).

De acordo com Antonovsky, indivíduos que possuem um sentido de Coerência forte tendem a adotar comportamentos mais saudáveis, sendo mais resilientes no enfrentamento ao estresse e, assim, apresentam menores níveis de doenças físicas e mentais. A inclusão de intervenções que aumentem o sentido de coerência dos usuários nos Programas voltados para a PS, pode fortalecer a capacidade de enfrentamento, a promoção de uma rede de apoio social e o incentivo a uma visão positiva sobre a vida. (Marçal *et al.*, 2018).

Os Recursos Generalizados de Resistência (RGR) são considerados variáveis centrais na teoria da salutogênese, em que as pessoas podem utilizar em situações de estresse ou adversidade, contribuindo para sua capacidade de promover seu bem-estar. Esses recursos podem ser classificados em diversas categorias:

1. Recursos Biológicos: a genética, a condição física e o sistema imunológico. Assim a boa saúde física pode ajudar a prevenir ou minimizar os efeitos de doenças.

2. Recursos Materiais: Bens tangíveis, como o acesso a cuidados de saúde, ambientes seguros em geral, acesso à educação, exposição a agentes tóxicos, trabalho e renda. Esses fatores influenciam diretamente a condições de vida e a capacidade de enfrentar dificuldades.

3. Recursos Psicológicos: Compreendem personalidade, resiliência, otimismo, autopercepção na sociedade e autoestima. A forma como o indivíduo percebe e

reage a estressores pode ser um determinante essencial para sua saúde mental e física.

4. Recursos Sociais: Incluem o suporte social, as relações interpessoais e as redes de apoio formal e informal, instituições como serviços de saúde, de assistência social, de educação, esporte, cultura, lazer, conselhos municipais, entre outros.

Observa-se que os RGR podem ser de âmbito individual, familiar ou comunitário, já que se referem à vida e suas mais diversas fases (Idan *et al*., 2017).

Os determinantes sociais na salutogênese interferem no sentido do SOC, pois a PS e condições de vida, dependem também desses fatores. (Marçal *et al.*, 2018). Essa teoria tem como pressuposto que os indivíduos possuem uma busca natural por satisfação no viver, o que dialoga intimamente com ações voltadas para a PS (Rajkumar, 2021).

Dessa forma, nesta dissertação, atribui-se ao modelo Salutogênico uma proposta integradora, que une PS, determinantes sociais em saúde e literacia **para a** saúde.

Tem-se, então, que as experiências de vida determinam o SOC e atuam como uma “guia para a ação”. Entretanto, frente às experiências consideradas negativas pelo indivíduo, haverá necessidade de implementar ações de resistência e resiliência, apoiadas, portanto, nos RGR (Idan *et al*., 2017; Marçal *et al*., 2018). O desenvolvimento de tais recursos podem ser potencializados pelo elevado nível de literacia **para a** saúde (Saboga-Nunes; Bittlingmayer; Okan, 2019).

Saboga-Nunes propõe um modelo estruturante para concepção e operacionalização da literacia **para a** saúde a partir da teoria Salutogênica e de determinantes sociais de saúde.

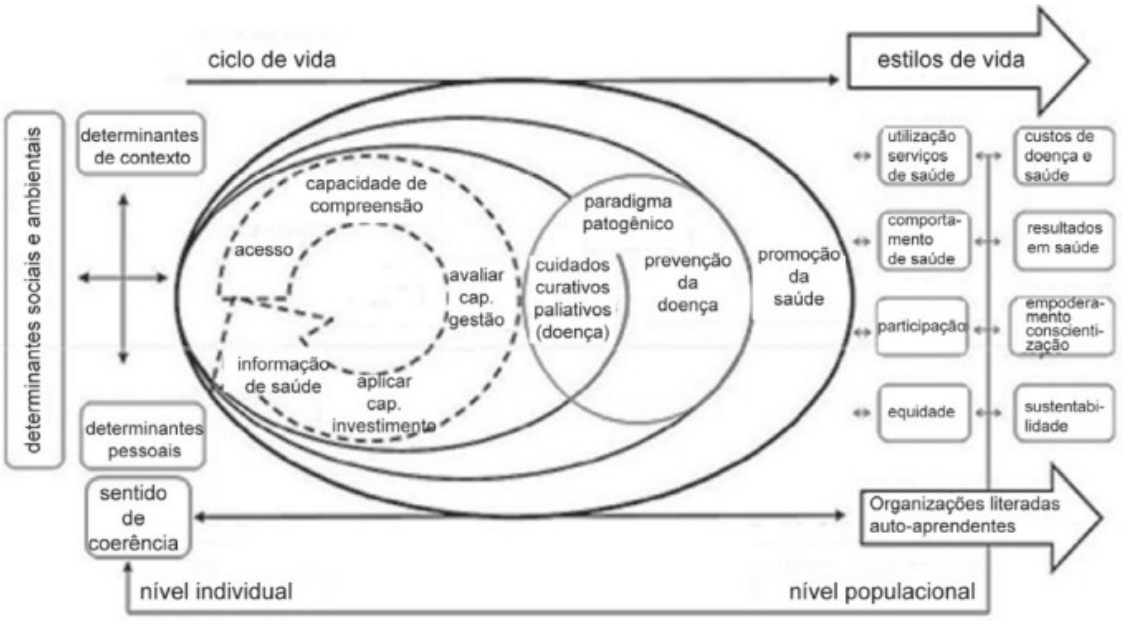


Figura 4 - Modelo estruturante para a concepção e operacionalização da literacia para a saúde. Fonte: Luis Saboga-Nunes, Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. (Adaptado de HLS-EU Conceptual Model: SØRENSEN et al., 2012: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, BMC Public Health, 2004).

4 MÉTODO

4.1 Descrição da pesquisa

Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem de método quantitativo, de caráter exploratório e desenho transversal.

Os cenários da presente pesquisa foram os núcleos onde se desenvolveram as atividades esportivas do projeto de extensão Rio Ativo. O projeto contemplou 24 núcleos esportivos localizados em diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro.

O projeto incluiu onze modalidades esportivas distribuídas pelos 24 núcleos: Boxe, Capoeira, Dança, Futebol, Futevôlei, Ginástica, Hidroginástica, Jiu-Jitsu, Treinamento Funcional, Yoga e Zumba, abarcando assim uma diversidade de atividades que pudessem contemplar os interesses de homens e mulheres e dos diferentes grupos etários. Algumas atividades ficaram concentradas em um único núcleo, como Hidroginástica e Yoga, presentes apenas nos núcleos Barra Sul e Pontões, respectivamente. No total, foram abertas 100 turmas, já que cada núcleo possuía mais de um horário de atendimento.

4.2 Cenário da pesquisa: o projeto Rio Ativo

O Projeto Interinstitucional Rio Ativo foi desenvolvido entre julho de 2023 e janeiro de 2024, com promoção de práticas de atividade física por meio de diferentes modalidades esportivas em 24 núcleos distribuídos em diversas áreas do município do Rio de Janeiro. As modalidades esportivas foram: Ginástica, Futebol, Boxe, Zumba, Dança, Funcional, Capoeira, Futevôlei, Hidroginástica, Yoga e Jiu-jitsu. Totalizando mais de 100 atividades e onde cada núcleo tinha como meta a inclusão de 100 participantes (a taxa de ocupação média foi de 108,13). No total, foram abertas 100 turmas, já que cada núcleo possuía mais de um horário de atendimento.

O projeto teve como objetivos apoiar, por meio de capacitações, iniciativas locais de arte, cultura e esporte, qualificando a intervenção pedagógica com cursos e conteúdo para a construção e intervenção dos saberes populares e saberes acadêmicos, com vistas a tratar a educação, a cultura e o esporte, como direitos sociais.

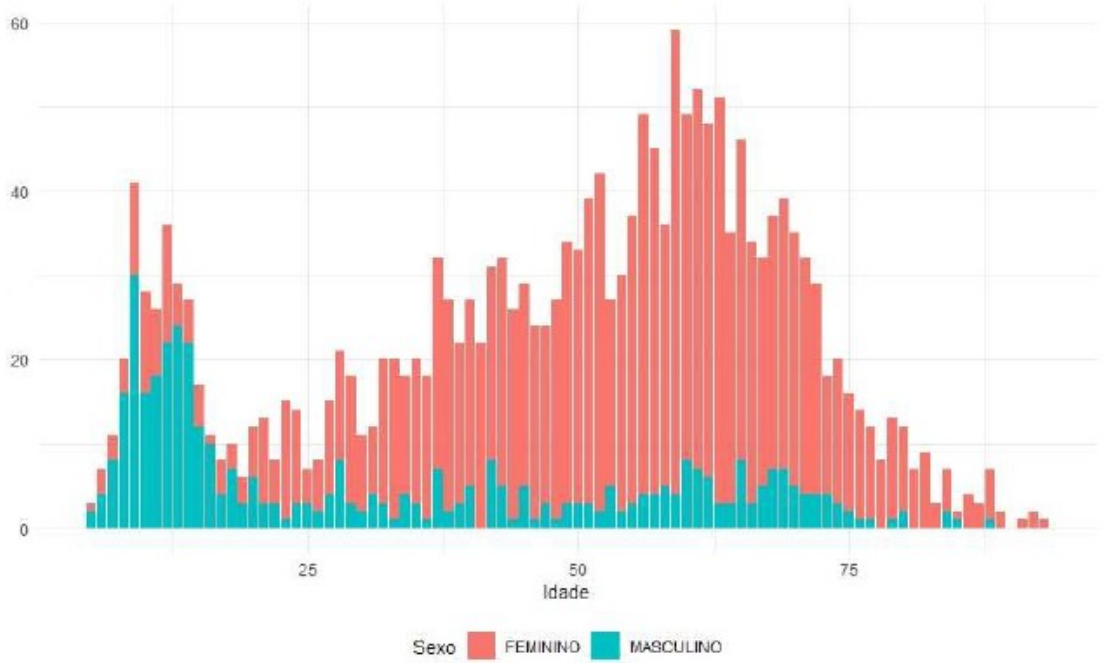
As ações desenvolvidas nos núcleos, sobretudo esportivas, mas que também incluíam PS e das condições de vida, possuíam como eixo central conceitos como equidade, integralidade, acesso e inclusão, em consonância com as condições de vida da população local e abrindo espaços de diálogo e de trocas de vivências, que vão além de atividades físicas ao evidenciarem a potência existente nos territórios.

Essas ações eram conduzidas por um agente social e um professor de educação física responsável por ministrar as atividades, que aconteciam em dias e horários próprios de modo a atender às necessidades locais.

O Rio Ativo atendeu a 1829 pessoas durante o seu prazo de vigência. No entanto, uma mesma pessoa poderia se inscrever em mais de uma modalidade ou na mesma modalidade em horários diferentes, resultando em 2222 atendimentos. Desse total, 1432 pessoas eram do sexo feminino (78,4%) e 394 do sexo masculino (21,6%). O desequilíbrio entre homens e mulheres ocorreu em todos os núcleos (maior proporção de mulheres), inclusive aqueles cujas atividades são, normalmente, procuradas por pessoas do sexo masculino.

A média de idade dos 1829 inscritos foi de 48 anos. A pessoa mais jovem tinha apenas 5 anos e a mais velha, 93 anos (5 anos era a idade mínima para participar das atividades). Destaca-se a relação entre sexo e idade. Há uma predominância de homens entre crianças e adolescentes e de mulheres entre os adultos e idosos.

Figura 5 - Gráfico da relação sexo x idade entre os participantes do Projeto Rio Ativo (n=1829).



Fonte: Relatório final do Projeto Rio Ativo (Borba, 2024)

A escolaridade dos participantes de forma geral apresenta-se como ensino fundamental incompleto (35,3%), o ensino fundamental completo (52,0%), ensino médio completo (6,7%) e ensino superior completo (6,0%).

Além de ampliar o acesso à prática de atividade física gratuita para uma população em situação de vulnerabilidade social, o projeto também contribui para a difusão de conhecimentos sobre a saúde física, mental e nutricional para seus beneficiários e trabalhadores. Ainda, possibilita a integração da população com os diferentes equipamentos sociais presentes nos territórios, como praças, parques, clubes, escolas, unidades de saúde, entre outros.

Neste trabalho, utilizamos na etapa presencial 4 núcleos do projeto Rio Ativo, que foram sorteados aleatoriamente: Pontões, Vidigal, Barra Sul e Ilha do Governador. No núcleo Barra Sul foram realizadas duas visitas, para contemplar as diferentes modalidades esportivas oferecidas à população.

As atividades desenvolvidas nos núcleos sorteados, foram as seguintes:

- Pontões: Futevôlei e Yoga;
- Vidigal: Funcional;
- Barra Sul: Dança e Hidroginástica;
- Ilha do Governador: Futebol e Ginástica.

4.3 Participantes

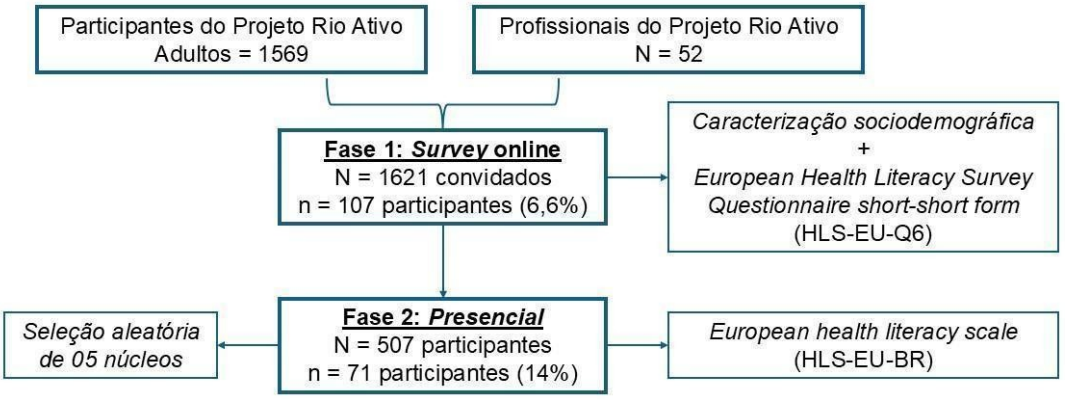
Os participantes foram os beneficiários adultos (N=1569) inscritos nos núcleos, vinculados ao projeto de extensão, os quais participaram das atividades esportivas e/ou culturais do projeto. Participaram também os profissionais que lecionam nos núcleos do projeto, a saber: educadores físicos e agentes sociais.

Os critérios de inclusão para os participantes foram: inscritos no projeto Rio Ativo (como participante ou profissional), com idade igual ou superior a 18 anos, que sabiam ler e escrever, que tinham acesso a um dispositivo eletrônico para responder à primeira etapa da coleta de dados (formulário digital). Critérios de exclusão: não aceitaram participar da pesquisa, se desvincularam do projeto Rio Ativo no período de coleta de dados, portadores de doenças musculoesqueléticas que impedisse a realização de atividades físicas, manifestação de alterações cognitivas ou neurológicas que comprometesse a compreensão das questões.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi composta de duas fases, descritas a seguir e ilustradas na Figura 2.

Figura 6 - Fluxograma de coleta de dados.



Para a coleta de dados da fase quantitativa foi criado um instrumento de caracterização dos participantes (sociodemográfica, clínica e dos determinantes sociais de saúde) e foi utilizada a versão brasileira do instrumento *European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form* (HLS-EU-Q6), para a avaliação do literacia em saúde (Mialhe *et al.,*2022).

O convite para a participação na pesquisa foi realizado nos formatos presencial e online por aplicativos de comunicação (APÊNDICE 1). Toda forma de convite ou envio de materiais referentes à coleta de dados foi realizada de forma individual, sem expor nenhuma informação pessoal dos potenciais participantes. Os contatos foram obtidos junto à gestão do Projeto Rio Ativo, que detém as informações de cadastro dos beneficiários por meio de planilha eletrônica.

Dessa forma, os participantes foram convidados pelo convite elaborado e receberam um link contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice 2) e o instrumento de coleta de dados que foi preenchido pelos participantes que concordaram em participar do estudo através do uso de internet.

O instrumento HLS-EU-Q6 (Anexo 1), é composto por 06 questões com resposta única em cada uma delas por meio de escala tipo Likert conforme descrição a seguir: Em uma escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, com que facilidade você consegue: 1. avaliar quando você precisa de uma segunda opinião

de outro médico? 2. usar as informações que seu médico passa a você para tomar decisões sobre a sua doença? 3. encontrar informações sobre como lidar com problemas de saúde mental, como o estresse ou depressão? 4. avaliar se as informações sobre os riscos à saúde disponíveis nos meios de comunicação são confiáveis? (por ex. TV, internet ou outros meios de comunicação); 5. encontrar informações sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates etc.) 6. entender as informações disponíveis nos meios de comunicação sobre como ficar mais saudável? (por ex. internet, jornais, revistas).

As questões 1 e 2 estão relacionadas à avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde; enquanto as questões 3 e 4 tratam sobre encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças. Por fim, as questões 5 e 6 investigam a capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da PS (Mialhe *et al.,*2022).

As variáveis de interesse na Fase 1 foram: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, renda, ocupação, número de pessoas com as quais convive e o nível de literacia para a saúde em seus três domínios (avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde; encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças; encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da PS).

Os DSS avaliados neste trabalho foram os que tiveram maior significância e assim foram analisados e seus resultados discutidos, não houve exclusão da avaliação e existência de outros DSS.

Todos os participantes do projeto Rio Ativo que atenderam aos critérios de inclusão receberam o instrumento de coleta de dados por meio do formulário eletrônico. Inicialmente tiveram o convite para a pesquisa, seguido do TCLE e do instrumento de coleta de dados. Toda esta etapa seguiu o disposto na Carta Circular n° 001/2021 da CONEP que trata de pesquisas envolvendo seres humanos que ocorrem em ambientes digitais.

Uma limitação da coleta de dados nesta fase para atender a questões éticas de anonimato dos participantes refere-se à não distinção das respostas entre

profissionais e participantes, uma vez que, caso houvesse uma questão de categorização de vínculo, aumentaria o risco de identificação dos núcleos e pessoas. Dessa forma, não é possível avaliar a diferença entre o grau de literacia para a saúde entre profissionais e participantes.

Fase 2: Presencial

Após a etapa de survey online, foram selecionados de forma aleatória cinco núcleos do projeto para a realização de entrevistas com os participantes, a fim de aprofundar a compreensão da literacia para a saúde. Os profissionais foram excluídos dessa fase da pesquisa.

Para esta fase, os participantes do projeto que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participar de forma individual à resposta ao instrumento de coleta de dados, em local que garantiu a privacidade do participante, no próprio núcleo de atividade física.

Inicialmente foi apresentado o TCLE (Apêndice 3), retiradas todas as dúvidas. Em caso de aceite, a coleta de dados foi realizada a partir do questionário *European health literacy scale* (HLS-EU-BR), em sua versão validada para português do Brasil. (Anexo 2).

O Questionário é composto por 47 questões e as respostas são registradas por meio da utilização de uma escala que varia entre 1 e 4 valores (do muito difícil ao muito fácil), na qual o indivíduo responde sobre o grau de dificuldade que obtém para a realização de tarefas consideradas como relevantes na gestão da sua saúde. O instrumento integra três domínios da saúde: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença e quatro níveis de processamento da informação essenciais à tomada de decisão, acesso, compreensão, avaliação e utilização.

O preenchimento do questionário se deu após a entrevista, de modo orientado, ou seja, a pesquisadora fez as perguntas ao participante e seu registro em uma planilha de dados. O tempo médio de participação foi de 25 minutos.

As variáveis de interesse para a Fase 2 foram: idade (variável contínua), sexo (variável categórica), o nível geral de literacia para a saúde e os três domínios do

instrumento, que são cuidados em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram registrados em planilha eletrônica e utilizou-se o Software SPSS versão 23 para as análises estatísticas. O nível de significância assumido foi de 0,05.

Na etapa de survey online foram realizadas analises descritivas (media, desvio padrão, mínimo, máximo e porcentagens) das variáveis: sexo, idade, raça/cor, ocupação, escolaridade, renda e dos três domínios da Escala de Literacia para a Saúde (Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde, Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças e Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da PS), em uma amostra de 108 participantes.

Para avaliar o impacto das variáveis sexo, idade, raça/cor, ocupação, escolaridade e renda nos três domínios da Escala de Literacia para a Saúde foram executados três Generalized Linear Model (GLM) (Nelder; Wedderburn, 1972), usando a distribuição Gamma e função de ligação de identidade. Estes modelos apresentaram melhor ajuste aos dados com base no Critério de Informações de Akaike (AIC) em comparação ao modelo GLM ajustado com distribuição linear e função de ligação de identidade.

Já na etapa presencial foram realizadas análises descritivas (média, desvio padrão, mínimo, máximo e porcentagens) das variáveis: sexo, idade e dos três domínios da Escala de Literacia para a Saúde (cuidados de saúde, prevenção de doenças e PS) em uma amostra de 74 participantes.

Para avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas nos três domínios da Escala de Literacia para a Saúde segundo sexo, foram realizados teste t de medidas independentes. Foram implementados procedimentos de re-amostragem (*bootstrapping*; 10000 reamostragens, com intervalo de confiança 99%), com vistas a apresentar maior confiabilidade aos resultados, corrigir possíveis

desvio de normalidade da amostra, e apresentar intervalo de confiança de 99% para as diferenças de média (Haukoos; Lewis, 2005). Foi utilizado o *d* de Cohen (Cohen, 1988) para as comparações par-a-par usando as seguintes normas interpretativas: sem efeito (entre 0.00 e 0.10); efeito fraco (entre 0.11 e 0.29); efeito moderado (entre 0.30 e 0.49) e efeito forte (> 0.50).

Para avaliar a relação entre os três domínios da Escala de Literacia para a Saúde e a idade, foram realizadas três análises de correlação. (SABOGA-NUNES *et al.*, 2024).

Para facilitar a interpretação, os valores de cada questão da Escala de Literacia para a Saúde foram invertidos para que pontuações mais altas indicassem melhor literacia para a saúde. Um escore geral de literacia para a saúde e escores por domínio foram calculados para cada participante. Cada escore foi subsequentemente padronizado em uma escala de 0 a 50, de acordo com as recomendações dos desenvolvedores do instrumento. O cálculo regular do escore foi obtido com a fórmula: Índice = (média − 1) × 50/3 (Saboga-Nunes *et al.*, 2024)

Os escores para LS geral, LS em cuidados de saúde, LS em prevenção de doenças e LS em promoção da saúde foram categorizados em quatro níveis: "LS inadequada" (escore 0–25), "LS problemática" (escore 25,01–33), "LS suficiente" (escore 33,01–42) e "LS excelente" (escore 42,01–50) (Saboga-Nunes et al., 2024).

4.6 Aspectos éticos

Essa pesquisa atende às "Orientações Gerais para a condução de Protocolos de Pesquisa em ambiente virtual", da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua etapa online. Todas as etapas do estudo seguiram os procedimentos da Resolução nº 466, de 2012, e suas complementares, do CNS respeitando a autonomia e anonimato dos participantes de pesquisa. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP-UNIRIO).

4.7 Estratégias de redução de vieses

Embora a amostragem aleatória não seja apropriada para este estudo, o viés na amostragem foi reduzido usando critérios de inclusão amplos e critérios de exclusão limitados. Sugeriu-se que critérios de inclusão e exclusão altamente seletivos podem levar a um viés sistemático na amostragem (Latkin *et al.*, 2016). A abordagem ofereceu a oportunidade de todos os beneficiários e profissionais do Projeto Rio Ativo elegíveis participassem, se assim o desejassem.

Os questionários foram fornecidos em uma plataforma na qual os dados dos participantes não estão associados à sua identidade. Essa abordagem ajudou a reduzir o viés de desejabilidade social, pois os participantes podem se auto relatar em um contexto anônimo e confidencial. (Fogli; Herkenhoff, 2018).

Além disso, para limitar o viés de não resposta (Hellevik, 2016), a etapa de survey usou questionários que não envolveram um tempo significativo para serem preenchidos (no máximo 10 minutos). E na etapa presencial, embora o instrumento fosse extenso, foi fornecido intervalo e descanso caso fosse de interesse dos participantes, além de orientações de que não havia resposta certa ou errada, mas sim, a percepção da pessoa sobre o aspecto da literacia para a saúde.

4.8 Resultados esperados e devolutiva aos participantes

Espera-se que os resultados contribuam para a melhor compreensão da literacia para a saúde relacionada aos determinantes sociais na população participante do projeto Rio Ativo. A equipe de pesquisa garante que todos os resultados foram compartilhados com os gestores, profissionais e beneficiários do projeto por meio de relatórios e de materiais didáticos organizados especificamente para cada público vinculado, em linguagem acessível e inclusiva.

Os resultados deste projeto poderão contribuir com projetos futuros de capacitação de profissionais atuantes em outros projetos sociais e profissionais de saúde, que atuam no atendimento direto aos pacientes e gestores em saúde pública. Ainda, os resultados poderão apoiar o desenvolvimento de estudos futuros que tenham como proposta a implementação de intervenções com foco no aumento do nível de literacia para a saúde para a adoção de comportamentos de promoção da saúde.

5 RESULTADOS

5.1 Survey online

Para facilitar a leitura e compreensão dos principais resultados, serão apresentados quadros resumidos contendo as informações com destaque para as variáveis estatisticamente significativas (ocupação, escolaridade, renda, idade, gênero,raça/cor). As Tabelas com os resultados completos são encontradas como Anexo a esta dissertação.

O Quadro 1 apresenta os resultados descritivos s variáveis categóricas sexo, idade, raça, ocupação, escolaridade e renda e a Quadro 2 apresenta pontuação mínima, pontuação máxima, média e desvio padrão das variáveis contínuas: idade, número de pessoas com as quais convive e dos três domínios da Escala de Literacia para a Saúde (Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde, Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças e Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da PS).

Quadro 1 - Resultados descritivos das variáveis categóricas (n=107)

Variável	Categorias	Frequência	%
Sexo	**Feminino**	**85**	**78.7**
	Masculino	22	20.4
Raça/ Cor	Parda	29	26.9
	Branca	**57**	**52.8**
	Preta	19	17.6
	Amarela	2	1.9
	Outro	1	0.9
Ocupação	Apenas trabalho em casa	29	27.1
	Apenas trabalho fora de casa	20	18.7
	Sou aposentada (o) mas trabalho fora de casa	6	5.6
	Sou aposentada(o) e não trabalho	**35**	**32.7**
	Trabalho e estudo	17	15.9
Escolaridade	Nunca estudei	1	0.9
	Ensino fundamental incompleto	5	4.6

	Ensino fundamental completo	3	2.8
	Ensino médio incompleto	2	1.9
	Ensino médio completo	**30**	**27.8**
	Ensino superior incompleto	9	8.3
	Ensino superior completo	**34**	**31.5**
	Curso técnico/ profissionalizante	5	4.6
	Pós-graduação	19	17.6
Renda	**Até R$ 1.320**	**15**	**14.7**
	De R$ 1.321 até R$ 2.640	**22**	**21.6**
	De R$ 2.641 até R$ 3.960	14	13.7
	De 3.961 até R$ 6.600	13	12.7
	Acima de R$ 6.600	16	1

Quadro 2 - Resultados descritivos das variáveis contínuas (n=107)

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	18	76	53.78	13.68
Número de pessoas com as quais convive	1	8	2.32	1.13
Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde	2	10	4.39	2.32
Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças	2	10	4.68	2.20
Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde	2	10	3.70	1.99

O Quadro 3 apresenta os resultados das três GLM executadas e o Quadro 4 apresenta os Betas das variáveis preditoras estatisticamente significativas. As variáveis independentes raça e renda se apresentaram como variáveis preditoras

estatisticamente significativas nos domínios “Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde” e “Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças”. A variável raça se apresentou como variável preditora estatisticamente significativa no domínio “Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde”.

A comparação do domínio “Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde” entre pessoas de raça preta e parda apresentou um Beta de 1,710 (Quadro 4) indicando que em média, os pardos têm escores 1,710 unidades mais altos do que os pretos. Como escores mais altos indicam maior dificuldade, isso significa que os pardos, em média, consideram a avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde mais difícil do que os pretos.

Na comparação entre pessoas pardas e brancas encontramos diferenças estatisticamente significativas nos três domínios da Escala de Literacia para a Saúde. Em relação com “Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde”, o sinal negativo do Beta (-1,89) (Quadro 4) indica que a média dos escores para a categoria "brancos" é menor do que a média dos escores para a categoria "pardos". Em termos práticos, isso significa que os "brancos", em média, têm escores 1,89 unidades mais baixos do que os "pardos". No domínio “Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças” o Beta -1,562 (Quadro 4) significa que os "brancos", em média, têm escores 1,562 unidades mais baixos do que os "pardos" e no domínio “Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde” o Beta -1,305 significa que os "brancos", em média, têm escores 1,305 unidades mais baixos do que os "pardos". Em resumo, os brancos, em média, acham os três domínios da Escala de Literacia para a Saúde mais fácil do que os pardos, já que possuem escores mais baixos.

Em relação à variável renda, o Beta -2,908 (Quadro 4) da comparação entre “Até R$ 1.320” e “Acima de R$ 6.600” indica que, em média, as pessoas com renda "Acima de R$ 6.600" têm escores 2,908 unidades mais baixos do que as pessoas com renda "Até R$ 1.320" isto posto, as pessoas com renda "Acima de R$ 6.600"

acham a avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde mais fácil do que as pessoas com renda "Até R$ 1.320".

O mesmo fenômeno se apresentou nas comparações do grupo “Acima de R$ 6.600” e “De R$ 1.321 até R$ 2.640”, “De R$ 2.641 até R$ 3.960” do Modelo 1, e à comparação do grupo “Acima de R$ 6.600” e “Até R$ 1.320”, “De R$ 1.321 até R$ 2.640”, “De R$ 2.641 até R$ 3.960” e “De 3.961 até R$ 6. 600” do Modelo 2 (Quadro 4). Significando que o grupo “Acima de 6000” percebe os domínios “Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde” e “Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças” como menos difíceis comparados aos grupos com menores renda antes mencionados.

Quadro 3 - Resultados Generalized Linear Model (GLM) (n=107)

Modelo	Variável independente	Graus de liberdade	Estatística Wald	p-valor
1 (Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde)	Raça/Cor	2	10.086	0.006
	Renda	5	19.389	0.002
2 (Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças)	Raça/Cor	2	6.533	0.038
	Renda	5	13.270	0.021
3 (Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde)	Raça/Cor	2	9.004	0.011

Quadro 4 - Betas das variáveis preditoras estatisticamente significativas (n=107)

Modelo	Variável preditora	Comparações par a par	Beta	Chi-quadrado de Wald	p-valor
Modelo 1 (Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde)	Raça/Cor	Preta - parda	1,710	6,280	0,012
		Parda - branca	-1,890	9,729	0,002
	Renda	Até R$ 1.320 - Acima de R$	-2,908	10,229	0,001

		6.600			
		De R$ 1.321 até R$ 2.640 - Acima de R$ 6.600	-1,900	8,019	0,005
		De R$ 2.641 até R$ 3.960 - Acima de R$ 6.600	-1,846	5,960	0,015
2 (Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças)	Raça/Cor	Parda - branca	-1,562	6,533	0,011
	Renda	Até R$ 1.320 - Acima de R$ 6.600	-1,983	4,358	0,037
		De R$ 1.321 até R$ 2.640 - Acima de R$ 6.600	-1,370	-0,016	0,047
		De R$ 2.641 até R$ 3.960 - Acima de R$ 6.600	-1,808	5,203	0,023
		De 3.961 até R$ 6. 600 - Acima de R$ 6.600	-2,533	10,181	0,001
3 (Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde)	Raça/Cor	Parda - branca	-1,305	8,783	0,003

Nota: *Sig* = significância estatística. A primeira variável mencionada nas comparações par a par é a variável de referência.

5.2 Fase presencial

O Quadro 5 apresenta os resultados descritivos da variável categórica sexo e o Quadro 6 apresenta pontuação mínima, pontuação máxima, média e desvio padrão das variáveis contínuas: idade e dos três domínios da Escala de Literacia para a Saúde (cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde).

Quadro 5 - Resultados descritivos das variáveis categóricas (n=71)

Variável	Categorias	Frequência	%
Sexo	**Feminino**	**64**	**87.7**
	Masculino	7	9.6
Cuidados de saúde	**LS inadequada**	**55**	**83.3**
	LS problemática	11	16.7
Prevenção de doenças	**LS inadequada**	**54**	**90.0**
	LS problemática	5	8.3
	LS suficiente	1	1.7
Promoção da saúde	**LS inadequada**	**55**	**85.9**
	LS problemática	8	12.5
	LS suficiente	1	1.6
LS geral	**LS inadequada**	**47**	**88.7**
	LS problemática	6	11.3

Quadro 6 - Resultados descritivos das variáveis contínuas (n=71)

Variável	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	27	88	58.38	12.85
Cuidados de saúde	1.04	32.29	19.42	7.18
Prevenção de doenças	<0.01	36.67	17.46	7.61
Promoção da saúde	<0.01	34.38	17.54	7.99
LS geral	1.42	31.21	18.80	6.30

No Quadro 7 podem ser visualizados os resultados dos testes t executados para cada domínio da Escala de Literacia para a Saúde e na Tabela 8 podem ser visualizados os resultados das análises de correlação executadas. Os resultados demonstraram que nenhuma dimensão apresentou diferenças estatisticamente significativas segundo o sexo. Por outro lado, embora as diferenças testadas na dimensão prevenção de doenças não foram estatisticamente significativas, apresentaram tamanho de efeito moderado (Quadro 8).

Finalmente não foram achadas correlações estatisticamente significativas entre os domínios da Escala de Literacia para a Saúde e a idade (Quadro 8).

Quadro 7 - Diferenças nos domínios da Escala de Literacia para a Saúde segundo sexo (n=71)

Variável	**Sexo**	**M**	**DP**	**Estatística do teste t (Bootstrapping sample)**					
				DM	IC	**t**	gl	p	**d**
Cuidados de saúde	**Feminino**	**19.60**	6.05	-1.22	-9.30 – 6.47	**-0.43**	49	0.668	**0.18**
	Masculino	20.83	9.83						
Prevenção de doenças	**Feminino**	**17.45**	7.02	-2.72	-11.91 – 4.83	**-0.85**	49	0.397	**0.37 ***
	Masculino	20.18	9.77						
Promoção da saúde	**Feminino**	**18.47**	7.26	-0.79	-7.41 – 5.70	**-0.25**	49	0.801	**0.11**
	Masculino	19.27	7.17						
LS geral	**Feminino**	**18.53**	6.25	-1.56	-7.84 – 5.04	**-0.55**	49	0.580	**0.24**
	Masculino	20.09	7.97						

Nota: *M* = média; *DP* = Desvio padrão; D*M* = diferença de medias; *IC* = intervalo de confiança; *gl* = graus de liberdade, *p* = significância estatística; *d* = d de Cohen, *tamanho de efeito moderado

Quadro 8 - Resultados das análises de correlação entre os domínios da Escala de Literacia para a Saúde e a idade (n=71)

	Cuidados de saúde	Prevenção de doenças	Promoção da saúde	LS geral
Idade	r = 0.004 (p = 0.977)	r = 0.111 (p = 0.441)	r = 0.232 (p = 0.104)	r = 0.132 (p = 0.360)

6 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a associação entre alguns determinantes sociais de saúde estaticamente relevantes na população estudada (ocupação, escolaridade, renda, Idade, gênero,raça/cor) e a literacia para a saúde dos participantes do projeto Rio Ativo. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa e desenho transversal, que trouxe importantes dados sobre a população envolvida, composta majoritariamente por beneficiários do projeto, todos com idade igual ou superior a 18 anos, que participaram de forma voluntária.

A metodologia aplicada foi estruturada em duas fases, começando com um *survey* online que possibilitou a coleta d e informações demográficas e de literacia em saúde, utilizando a versão brasileira do European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form (HLS-EU-Q6).

O *survey* demonstrou que a maioria dos participantes era do sexo feminino e que havia um baixo nível geral de literacia para a saúde, sendo baixo nos três domínios avaliados pela escala: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

No Brasil, a literacia para a saúde ainda representa um desafio significativo, já que muitos cidadãos enfrentam dificuldades em compreender e aplicar informações relacionadas à saúde (Moraes, 2018). A ausência de programas educativos que considerem o nível de literacia para a saúde da população, uso de linguagem complexa em materiais de saúde e a quantidade de informações disponíveis na internet sem análise de sua veracidade ou fonte, por exemplo, podem contribuir para a manutenção desse estado de “acriticidade” sobre a própria saúde ou de comunidades.

Na prática clínica, mensurar a literacia para a saúde no Brasil por instrumentos desenvolvidos em países do norte global pode apresentar-se como um desafio. Os instrumentos utilizados neste estudo, o HLS-EU-Q, foram traduzidos e adaptados para diferentes idiomas, incluindo o português. Contudo, especula-se que a versão brasileira deste instrumento, já validada em estudos prévios mesmo em versões mais reduzidas (*short-forms*), vem apresentando dificuldades de compreensão e de aplicabilidade para o contexto brasileiro.

Diversos estudos vêm demonstrando a associação entre o baixo nível de literacia para a saúde e piores desfechos em saúde, como: mortalidade precoce, baixo conhecimento sobre saúde, maior incidência de doenças crônicas, menor uso de serviços preventivos, maior uso de serviços de emergência, aumento nas internações hospitalares, dentre outros (IOM, 2004; Berkman *et al.*,2004; Paasche-Orlow *et al.*,2005; Nutbeam, 2008; Berkman *et al.*, 2011; Berkman *et al.*, 2011).

Além disso, a literacia para a saúde está diretamente associada a diferentes determinantes sociais. Nosso estudo evidenciou que as variáveis de cor e renda se mostraram determinantes significativos da LS, sugerindo que questões socioeconômicas podem impactar diretamente a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e implementar informações relacionadas à saúde.

Os achados corroboram com a literatura contemporânea da área, que vem identificando como determinantes da literacia para a saúde a escolaridade, a renda, a idade, a etnia e o nível cultural do indivíduo (Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, *et al*, 2005).

Nem todas as pessoas enfrentam os mesmos impactos dos Determinantes Sociais da Saúde. O lugar de moradia e a posição de uma pessoa dentro desse espaço são fatores significativos para a saúde em contextos urbanos. Mesmo residindo no mesmo bairro, uma pessoa com uma renda mais alta pode experimentar consequências diferentes em relação a aspectos ambientais (Ompad et al., 2007) . O mesmo pode ocorrer quando se aborda o nível de literacia para a saúde.

A partir dessas evidências, é notória a necessidade de planejar e implementar ações de educação em saúde com foco na promoção da literacia para a saúde, pois existe uma vinculação nessas áreas (PASSAMAI *et al*.; 2012).

A educação para a saúde é entendida como um resultado das experiências de aprendizagem combinadas com o uso de diversas tecnologias e ferramentas, que visam fortalecer o conhecimento e as atitudes dos usuários dos serviços de saúde, contribuindo para a formação da literacia para a saúde (Saboga-Nunes *et al*., 2019).

A comunicação em saúde é considerada uma estratégia fundamental nesse contexto, especialmente na literacia para a saúde, pois envolve o reconhecimento do papel de todos os indivíduos e de coletividades na efetivação do direito à saúde (Saboga-Nunes *et al*., 2019).

É importante que os profissionais de saúde recebam também capacitação necessária para aumentar os níveis de literacia para a saúde junto aos usuários. (Lopes; Almeida, 2019). A capacitação desses profissionais pode apoiar o desenvolvimento de ações mais participativas, tendo como foco a emancipação dos sujeitos de forma eficaz, ajudando-os a cuidar de si mesmos e, assim, a melhorar sua saúde e bem-estar, pois existe uma relação intrínseca entre saúde e autocuidado, que requer conhecimentos e habilidades específicas (Batista; Gonçalves, 2011; Brevidelli, 2024).

O SUS se destaca como um valioso espaço de aprendizado para estudantes de diversos níveis de formação, incluindo técnicos, graduandos e pós-graduandos, além de profissionais que já atuam na área. Esse contexto evidencia a importância da participação ativa de todos os atores envolvidos, como gestores, trabalhadores, estudantes e usuários do sistema, no processo de ensino e aprendizado na saúde.Torna-se, portanto, um campo rico tanto para a avaliação do nível de literacia para a saúde quanto para a implementação de ações que podem modificar positivamente o atual cenário nacional (Biscarde; Pereira-Santos; Silva., 2014).

A elevação dos níveis de literacia em saúde também proporciona à população um melhor entendimento e uma utilização mais eficaz do sistema de saúde, resultando em um uso otimizado dos serviços disponíveis. Isso confere aos cidadãos maior autonomia em relação à sua saúde, gerando um impacto positivo nas condições de vida da comunidade (Martins, 2018).

Além do principal desfecho deste estudo, o contexto em que foi desenvolvido merece destaque. Trata-se de um projeto social comunitário, desenvolvido com recursos de emenda parlamentar em áreas vulnerabilizadas pelo próprio Estado. Locais estes onde, muitas vezes, enfrentam-se situações de escassez de recursos de lazer e cultura, de saneamento básico, de alimentos minimamente processados,

de transporte público, de moradia, junto à violência urbana presente em um grande centro urbano.

Todo esse contexto de vulnerabilização é também determinante da saúde. Nesse sentido, projetos sociais também precisam atuar para o engajamento comunitário, pois vai além de ações isoladas, promovendo um sentido de pertencimento e empoderamento entre os indivíduos, que se tornam agentes de sua própria transformação.

Quando a comunidade se envolve ativamente, os resultados alcançados não apenas atendem às suas necessidades reais, mas também estabelecem vínculos duradouros e geram um impacto positivo ao longo do tempo. Para fortalecer esse engajamento, é essencial adotar práticas como escuta ativa, comunicação transparente e inclusão nas decisões, que valorizam as vozes das pessoas e fomentam a confiança e a colaboração ("Como Aumentar o Engajamento Comunitário em Projetos Sociais" ([s/d])).

O investimento do Estado para desenvolvimento de projetos sociais que também promovam o aumento da literacia para a saúde e das condições de vida possui fundamental importância. Essas iniciativas não apenas oferecem suporte a comunidades vulneráveis, mas também desempenham um papel crucial na construção de um ambiente mais saudável e inclusivo. Ao priorizar esses investimentos, o Estado pode promover melhorias significativas na condições de vida da população, fortalecendo a coesão social e impulsionando o desenvolvimento sustentável.

Um projeto de lei é uma proposição formal para criar ou alterar leis, e um projeto parlamentar é uma iniciativa que pode envolver diferentes manifestações dos parlamentares, incluindo proposições de leis e outras ações. Os recursos destinados de forma temporária, muitas vezes por meio de emendas parlamentares, convênios ou transferências de crédito, têm como objetivo atender a demandas emergenciais ou implementar projetos de caráter temporário.

Essa destinação de verbas temporárias pode gerar incertezas quanto à continuidade dos projetos após o término do período de alocação, prejudicando a estabilidade de alguns programas sociais. Podendo beneficiar apenas determinadas

regiões ou grupos por curto período, aumentando as desigualdades sociais. Assim, a eficácia e o impacto dessas ações dependem de uma gestão adequada, planejamento de longo prazo e acompanhamento contínuo, para evitar prejuízos à população atendida (Cabral, 2011; MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2023).

Projetos financiados por emenda parlamentar, como é o caso do Rio Ativo, embora tenham iniciativas engajadoras e inspiradoras para a promoção de ações que foquem em ampliar o nível de LS, podem não ter continuidade por se tratar de projetos com tempo determinado. Por não serem uma Política Pública, não garantem, efetivamente, a mudança do nível de LS da população (Cabral, 2011; MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2023).

Quando se pensa em projetos sociais, medir o nível de literacia para a saúde e implementar estratégias de aumento dessa variável, pode apoiar engajamento comunitário e contribuir para melhorar motivação interna e externa para buscar melhores recursos para própria saúde e para a sua comunidade.

Medir a literacia para a saúde e implementar estratégias para seu aumento em populações vulnerabilizadas, pode ser uma ferramenta poderosa para fomentar o engajamento comunitário. Isso não apenas melhora a motivação para a busca de recursos de saúde, mas também fortalece a coesão social. As unidades de saúde e outros equipamentos sociais no município podem ser utilizados para oferecer atividades conduzidas por profissionais qualificados (Barbosa; Sousa, 2021).

Os veículos de informação também desempenham um papel fundamental na ampliação da participação popular na elaboração de políticas públicas. As diferentes conceituações sobre comunicação em saúde são fundamentais, pois contribuem para uma compreensão mais aprofundada do processo de comunicação em contextos clínicos e comunitários. A importância de fatores que influenciam a eficácia dessa comunicação, precisa ser trabalhada com abordagens mais personalizadas e iniciativas educacionais voltadas para a comunidade (Nutbeam, 2008).

Para fortalecer essas plataformas, é crucial garantir o acesso a dados confiáveis e relevantes, o que, por sua vez, incentiva a participação cidadã. A certificação de sites governamentais e a criação de mecanismos que facilitem a

busca de informações para o público leigo em ambientes digitais são passos essenciais nesse processo.

O acesso a informações confiáveis sobre saúde é essencial para que os indivíduos possam tomar decisões preventivas e buscar atendimento adequado, sendo a avaliação da qualidade dessas informações uma estratégia importante para combater a desordem informacional. Esse fenômeno é conhecido como ‘desordem informacional’, termo que se refere a notícia não é propriamente falsa, mas que pode estar descontextualizada causando uma dificuldade de distinguir o que é confiável do que não é.

Com a expansão das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), há um aumento na circulação de dados na área da saúde, o que potencializa a autonomia dos usuários, mas também apresenta desafios relacionados à confiabilidade e precisão dessas informações, muitas das quais podem estar desatualizadas, incorretas ou enganosas. Nesse contexto, a construção de uma literacia para a saúde torna-se fundamental para capacitar os usuários a selecionar e filtrar informações confiáveis, promovendo uma autonomia segura na tomada de decisões. Assim, é importante investir também na educação digital em saúde e na implementação de mecanismos de certificação de sites reconhecidos, visando garantir que o conteúdo acessado seja atualizado, cientificamente fundamentado e de fácil compreensão, contribuindo para o bem-estar individual e coletivo, a redução de custos em saúde e a prevenção de doenças (Pereira Neto, A. *et al*., 2023).

A implementação de políticas públicas direcionadas à educação em saúde, especialmente em áreas vulnerabilizadas, representa um avanço significativo na promoção das condições de vida e na autonomia dos indivíduos em relação à sua saúde. Essas iniciativas são essenciais para capacitar as comunidades, fornecendo informações e recursos que possibilitam um maior controle sobre suas condições de saúde e bem-estar (Ribeiro *et al*., 2018).

O acesso a informações confiáveis e ao conhecimento é fundamental para que as pessoas compreendam a realidade da saúde pública. Além disso, a criação e legitimação de espaços de participação social é crucial para que a população se reconheça como protagonista de seus direitos. Dessa forma, o Estado deve cumprir

suas responsabilidades na implementação de políticas públicas e na garantia dos direitos sociais, assim como a população pode e deve cumprir seu papel de controle social. À medida que o nível de literacia para a saúde da população avança, também se intensifica sua autonomia e seu interesse em participar ativamente das questões sociais (Martins, 2018).

No campo da subjetividade - e não da individualidade, já que o conceito de literacia para a saúde não pode ser aplicado apenas com olhar sobre as necessidades individuais - a autopercepção de saúde tende a melhorar significativamente quando as pessoas começam a se envolver em atividades físicas. À medida que os indivíduos se tornam mais ativos, não apenas aprimoram sua condição física, mas também alteram a forma como enxergam seu bem-estar geral.

Essa transformação na autopercepção pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo o aumento da autoestima, a redução do estresse e a sensação de controle sobre a própria vida. A prática regular de atividades físicas se revela um importante aliado na promoção de uma visão mais saudável e otimista sobre a saúde (Ferreira, 2015.; Barbosa; Sousa, 2021).

Junto à população idosa, a criação de redes de apoio e convivência é essencial. A implementação de projetos sociais e ações de promoção da atividade física podem facilitar a formação tanto de redes formais, como instituições, quanto de redes informais, compostas por familiares, vizinhos e amigos. Essas redes desempenham um papel crucial ao oferecer suporte e bem-estar, contribuindo significativamente para a condições de vida dos idosos, promovendo um suporte essencial para essa faixa etária (Wichmann *et al*.,2013).

Um estilo de vida ativo pode ajudar a reduzir limitações físicas e a preservar a autonomia dos idosos. A prática de atividade física é um fator significativo para a percepção positiva das condições de vida e da saúde (Barbosa; Sousa, 2021).

Os profissionais de saúde, ao fundamentarem suas intervenções no modelo salutogênico, promovem ações de cuidado que reconhecem a saúde como um processo dinâmico de busca por equilíbrio. Elementos como o SCO, autonomia e empoderamento são essenciais, pois possibilitam que os indivíduos utilizem

recursos disponíveis para manter e promover sua saúde, mesmo frente a adversidades (BRASIL,2023).

De acordo com a teoria salutogênica, uma melhor percepção da saúde está diretamente atrelada ao aumento da autonomia, compreensão das situações adversas buscando resolver, motivação interna quanto externa a enfrentar a diversidades - dialogam com SOC, desenvolvem mais RGR para as adversidades - capacidade de aumentar a resiliência, e enfrentamento do estresse das situações vivenciadas no dia a dia com relação a significância. (Antonovsky, 1996).

Embora sejam necessárias mais pesquisas sobre o modelo salutogênico, já existem evidências substanciais que demonstram sua eficácia como uma estratégia para a PS. Este modelo não apenas fortalece a resiliência, mas também exerce um impacto positivo na autopercepção do estado físico e mental, nas condições de vida e no bem-estar dos indivíduos, tanto em nível pessoal quanto em sua interação social (Physiopedia©, 2025).

Os determinantes sociais na salutogênese são importantes para enfatizar o senso de ocorrência e promover a saúde. A salutogênese como referencial integrador, serve para orientar práticas de saúde, educação, assistência social e políticas públicas, promovendo uma visão mais positiva e fortalecedora da saúde, que integra diferentes dimensões e fatores que contribuem para uma vida saudável.

A visão ampliada de atividade física e saúde envolve o entendimento dessas práticas dentro do contexto sociocultural das pessoas, considerando que seus projetos de vida são elaborados de forma diária e coletiva, levando em conta diferentes interesses, emoções e relacionamentos (Oliveira, V. J .M, Costa, R. M., 2024).

Analisamos por meio da presente pesquisa o nível de literacia para a Saúde dos participantes do projeto Rio Ativo, mas enfrentamos algumas limitações. Não houve separação entre profissionais e beneficiários, (não se caracterizou os profissionais do projeto), o que dificultou uma compreensão mais precisa dos resultados. Além disso, na modalidade online, não foi possível avaliar a compreensão dos participantes em relação às questões apresentadas.

No formato presencial, o instrumento utilizado apresentava um alto grau de complexidade, o que exigiu explicações adicionais das pesquisadoras. Essa necessidade de esclarecimento pode ter influenciado as respostas obtidas (viés da desejabilidade social).

Apesar da limitação, trabalhamos com referenciais teórico-metodológicos robustos, centrados na saúde, que se alinham à proposta do projeto social de promoção da prática esportiva Rio Ativo. Esses referenciais - promoção da saúde, literacia para a saúde, determinantes sociais da saúde e salutogênese - permitem adaptações culturais e territoriais, uma vez que cada comunidade possui características únicas, como suas formas de organização, a relação com os profissionais de saúde e a mobilização para apoio mútuo. No contexto da PS no Brasil, é fundamental considerar a elaboração de políticas públicas que abordem as iniquidades sociais, as quais se manifestam nas desigualdades em saúde tanto em nível individual quanto coletivo.

Esse enfoque deve buscar fortalecer a ação comunitária, essencial para o exercício da autonomia, além de valorizar o conhecimento popular e a participação social, que são elementos chave para a efetivação da Literacia para a saúde. (Dias et *al.*, 2018).

A análise do sentido de coerência e do RGR, não foi realizada neste estudo, uma vez que esses aspectos não se alinham com os objetivos centrais da pesquisa.

Recomendamos que estudos futuros se concentrem na mensuração das variáveis SOC e RGR, com o objetivo de aprofundar a compreensão deste tema em diferentes contextos e populações.

Embora não tenhamos avaliado os Determinantes Sociais da Saúde coletivos, nosso estudo utiliza a teoria salutogênica como referencial teórico para analisar um projeto de PS, abrindo campo para a superação do modelo biológico/biomédico de cuidado à saúde. Assim, alinhamo-nos à definição semântica de literacia para a saúde, promovendo uma abordagem mais integrada e abrangente, pois a LS é compreendida de maneira distinta em diferentes idiomas, refletindo nuances culturais e conceituais.

É fundamental que sejam realizados novos estudos sobre essa temática, levando em conta as particularidades da população investigada, e assim sejam replicados. É necessário que os pesquisadores da área da saúde direcionem sua atenção a esse campo, uma vez que a LS não apenas representa um importante indicador, mas também se configura como uma ferramenta de empoderamento para os indivíduos em relação à sua saúde (Sampaio *et al*., 2015, Marques Escarce; Lemos, 2018).

Os resultados do estudo Rio Ativo ressaltam a importância de intervenções que aumentem a LS, com enfrentamento às iniquidades sociais que impactam as condições de vida e de saúde da população.

Este estudo dialoga intimamente com alguns dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): 3. Saúde e bem-estar; 10. Redução das desigualdades; 16. Paz, justiça e instituições eficazes; e o mais recente ODS incorporado pelo Brasil Igualdade Étnico-Racial (ODS 18).

7 CONCLUSÃO

Os participantes do projeto Rio Ativo possuem baixo nível de LS, determinado pelas variáveis renda e cor. As consequências podem afetar tanto o conhecimento quanto a autonomia dos sujeitos para tomar decisões informadas sobre sua saúde ou para se engajar de forma comunitária para promover mudanças em suas condições de vida.

Este estudo demonstra o quão urgente e vital é a necessidade de desenvolvimento de estratégias que tornem as informações relacionadas à saúde mais acessíveis e compreensíveis, promovendo uma cidadania mais informada e participativa, com foco no bem-estar coletivo e efetiva promoção da saúde (que não é compreendida apenas como redução da carga de doenças).

Existe a necessidade de se produzir estudos que utilizem o modelo salutogênico como referência teórica de intervenções para a PS. Recomenda-se que pesquisas futuras explorem empiricamente essa relação, analisando se intervenções que aumentam a literacia para a saúde também elevam os recursos de resistência em diferentes contextos sociodemográficos. Recomenda-se, ainda, avaliar outras variáveis sociodemográficas que podem ser determinantes da literacia para a saúde, com amostras maiores da população. Estudos longitudinais podem esclarecer a causalidade desta relação, contribuindo para estratégias mais eficazes de promoção da equidade em saúde.

REFERÊNCIAS

ANTONOVSKY, Aaron. **Health, stress and coping**. San Francisco: Jossey-Bass, 1979c.

ANTONOVSKY, Aaron. O modelo salutogênico como uma teoria para orientar a promoção da saúde. **Health promotion international**, *[S. l.]*, v. 11, n. 1, p. 11-18, 1996.

ARELLANO, Oliva López; ESCUDERO, José Carlos; MORENO, Luz Dary Carmona. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES.**Social Medicine**, *[S. l.]*, v. 3, n. 4, p. 323-335, 2008.

BARBOSA, Renata da Costa; SOUSA, Ana Luiza Lima. Associação da autopercepção da qualidade de vida e saúde, prática de atividade física e desempenho funcional entre idosos no interior do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. e 210141, 2021.

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades en salud: una perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2097-2108, 2017.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, p. 884-899, 2011.

BERKMAN, Nancy D.; DEWALT, David A.; PIGNONE, Michael P. *et al.* Literacy and health outcomes. **Evidence report/technology assessment**, *[S. l,],* n. 87, p. 1-8, 2004.

BERKMAN, Nancy D.; SHERIDAN, Stacey L.; DONAHUE, Katrina E. *et al.* Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. **Evidence report/technology assessment**, *[S. l,],* n. 199, p. 1-941, 2011.

BERKMAN, Nancy D.; SHERIDAN, Susan L.; DONAHUE, Kelley E. *et al*. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. **Annals of internal medicine**, v. 155, n. 2, p. 97-107, 2011.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos; PEREIRA-SANTOS, Marcos; SILVA, Lília Bittencourt. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 18, p. 177-186, 2014.

BRASIL. Ministério da Igualdade Racial. **Manual sobre emendas parlamentares para entidades da sociedade civil, estados e municípios**. Brasília: Ministério da Igualdade Racial, 2023. Disponivel em:

https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/acesso-a-informacao/assessoria-parlamentar/emendas-parlamentares/ManualdeEmendasParlamentaresdigital.pdf. Acesso em: 01 de abr de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Autocuidado em saúde e a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas: guia para profissionais da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autocuidado_saude_literacia_condicoes_cronicas.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. E-book. 118 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BREILH, Jaime. Determinantes sociais da saúde: entrevista com Jaime Breilh. Rio de Janeiro: **CEBES**, 2011.Disponível em: https://cebes.org.br/determinantes-sociais-da-saude-entrevista-com-jaime-Breilh/2724. Acesso em: 10 nov. 24.

BREVIDELLI, Maria Meimei; MOURA, Veronica Paula Torel de; DE DOMENICO, Edvane Birelo Lopes. Promoção do letramento em saúde segundo os Health Literacy Universal Precautions Toolkits: Um estudo de reflexão. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e20240013, 2024.

BUSS, Paulo Marchiori; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; PINTO, Luiz Felipe; ROCHA, Christianne Maria Famer. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro*,* v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 163-177, 2000.

CABRAL, Eloisa Helena de Souza. Valores e espaço público: referenciais e instrumentos para a avaliação de projetos sociais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1915–1941, 2011.

CARVALHO, Lesliane de Sousa.; SANTOS, Sinderlândia Domingas dos; MOURA, Ionara Holanda de.; MOURA, Karine Rafaela de.; ROCHA, Mariana Rodrigues da; SILVA, Ana Roberta Vilarouca da. Health literacy and adherence to drug treatment of type 2 diabetes mellitus. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2019.

CASCIONE, S.; ARAÚJO, S. M. V. G. DE . Obstáculos para protagonismo das frentes parlamentares em coalizões presidenciais no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 27, n. 72, p. e005, 2019.

COHEN, J. Análisis de poder estadístico para las ciencias del comportamiento. Nueva Jersey: **Lawrence Erlbaum Associates**, 1988.

COMO Aumentar o Engajamento Comunitário em Projetos Sociais. Disponível em:https://economato.com.br/engajamento-comunitario-em-projetos-sociais/. Acesso em: 05 jan. 2025

CUALHETE, Deborah Nimtzovitch; SANTOS-MOURA, Greice Herédia dos; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de. Os itinerários terapêuticos de populações vulneráveis na Covid-19: uma revisão de escopo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 26, p. e 210700, 2022.

DIAS, Maria Socorro de Araújo.; OLIVEIRA, Irlanda Pontes de; SILVA, Lucilane Maria Sales da.; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa.; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; FORTE, Franklin Delano Soares.; SILVA, Lielma Carla Chagas da. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103–114, 2018.

FERREIRA, Joel Saraiva; DIETTRICH, Sandra Helena Correia; PEDRO, Danielly Amado. A influência da prática de atividade física na qualidade de vida dos usuários do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 792-801, 2015.

FOGLI, John; HERKENHOFF, Linda. **Conducting Survey Research:** A Practical Guide**.** United States: Business Expert Press, 2018.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 63-76, 2017.

GILMORE, Anna B.; FABBRI, Alessandro; BAUM, Fran *et al.* Defining and conceptualising the commercial determinants of health. **The Lancet,** London, v. 401, n. 10383, p. 1194–1213. 2023.

HAUKOOS, Jason S.; LEWIS, Roger J. Advanced statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with "difficult" distributions. **Academic emergency medicine,** *[S, l.],* v. 12, n. 4, p. 360-365, 2005.

HELLEVIK, Ottar. Extreme nonresponse and response bias: A “worst case” analysis. **Quality & Quantity**, [S, l.], v. 50, p. 1969-1991, 2016.

IDAN, Orly; ERIKSSON, Monica; AL-YAGON, Michal *et al.* The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. *In:* **The Handbook of Salutogenesis,** p. 57-69, 2017

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM): (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). **Health Literacy**: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press, 2004. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK.216032/ Acesso em: 01 fev. 2025.

JESUS, Priscila R.; BIANCHINI, Bruna V.; ZIEGELMANN, Paulo K.; DAL PIZZOL, Tânia D. S. The low health literacy in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, London, v. 24, n. 1, p. 1478, 2024.

JONES, Richard; WILSDON, JR. The Biomedical Bubble: Why UK research and innovation needs a greater diversity of priorities, politics, places and people. **Report. Nesta,** London, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326972349_The_Biomedical_Bubble_Why_UK_research_and_innovation_needs_a_greater_diversity_of_priorities_politics_places_and_people. Acesso em: 10 nov. 2024.

KINDIG, David A.; PANZER, Allison M.; NIELSEN-BOHLMAN, Lynn (Ed.). **Health Literacy: A Prescription to End Confusion.** Washington, DC: National Academies Press, 2004.

LATKIN, Carl A.; DAVEY-ROTHWELL, Catie Edwards; TOBIN, Karin E. The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. **Addictive Behaviors**, *[S. l.]*, v. 73, p. 133-136, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5519338/. Acesso em: 01 nov. 2024.

LINDERMANN, Ivana Loraine; REIS, Natasha Rodrigues; MINTEM, Gicele Costa; MENDOZA-SASSI, Raúl Andrés., Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 45–52, 2019.

LOPES, Carlos; ALMEIDA, Cristina Vaz de (Coords.). Literacia em saúde na prática. p. 11-15. Lisboa: **Edições ISPA**, 2019. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7305/5/Literacia%20da%20Sa%C3%BAde%20na%20Pr%C3%A1tica%20. Acesso em: 10 nov. 2024.

MARAGNO, Carla Andreia Daros.; MENGUE, Sotero Serrate.; MORAES, Cassia Garcia *et al.* Teste de letramento em saúde em português para adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, e190025, 2019.

MARÇAL, C. C. B; HEIDEMANN, I. T. S. B; FERNANDES, G. C. M; RUMOR, P. C. OLIVEIRA, L. S.. A salutogênese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e37954, 2018. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/37954 Acesso em: 19 out. 2024.

MARQUES, Suzana Raquel Lopes.; ESCARCE, Andrezza Gonzalez.; LEMOS,Stela Maris Aguiar. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. **CoDAS**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1–8, 2018.

MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa.; SABOGA-NUNES, Luis. The challenges of epistemological validation to Brazil of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-BR). **Aten Primaria**, *[S. l.],* v. 46, n. Espec. Cong, p. 12-12, 2014.

MIALHE, Fábio Luiz.; MORAES, Katarinne Lima.; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho.; BRASIL, Virgínia Visconde.; VILA, Vanessa da Silva Carvalho.; SOARES, Gustavo Hermes.; REBUSTINI, Flávio. Evaluating the Psychometric Properties of the eHealth Literacy Scale in Brazilian Adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 1, 2022.

MITTELMARK, Michael B.; BAUER, Günther F. Salutogenesis as a theory, as an orientation and as the sense of coherence. *In:* MITTELMARK, M. B.; BAUER, G. F.; VAANDRAGER, L.; PELIKAN, J. M.; SAGY, S.; ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B.; MEIER MAGISTRETTI, C. **The handbook of salutogenesis.** 2. ed. *[S. l.]:* Cham (CH), 2022. cap. 3, p. 11-17.

MORAES, Katarinne Lima. Health literacy: a long journey to Brazilian health practices. **Health Literacy Research and Practice**, *[S. l.],* v. 2, n. 3, p. e161–e162, 2018.

NAHAS, Markus V. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: **Midiograf**, v. 3, p. 278, 2001.

NELDER, John Ashworth; WEDDERBURN, Robert WM. Generalized linear models. **Journal of the Royal Statistical Society**: Series A (General), *[S. l.]*, v. 135, n. 3, p. 370-384, 1972.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, London, v. 15, n. 3, p. 259-267, set. 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259. Acesso em: 10 dez. 2024.

NUTBEAM, Don. The evolving concept of health literacy. **Social science & medicine**, *[S. l.]*, v. 67, n. 12, p. 2072-2078, 2008.

OKAN, Orkan. From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. *In:* **International Handbook of Health Literacy**. United Kingdom: Policy Press, 2019. p. 21-38.

OLIVEIRA, Victor José Machado de; COSTA, Rafael Martins da. ATIVIDADE FÍSICA E SALUTOGÊNESE: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO. **Ciência e Saúde Coletiva**, *[S. l.],* 2024. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atividade-fisica-e-salutogenese-um-dialogo-necessario/19351?id=19351. Acesso em: 01 de abril de 2025.

OMPAD, Danielle C.; GALEA, Sandro; CAIAFFA, Wanderley T.; VLAHOV, David. Social Determinants of the Health of Urban Populations: Methodologic Considerations. **Journal of Urban Health**, *[S. l.]*, v. 84, p. 42-53, 2007.

OMS. Carta de Ottawa: **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 01 nov. 2024.

PAASCHE-ORLOW, Michael K.; PARKER, R. M.; GAZMARARIAN, Julie A.; NIELSEN-BOHLMAN, Lynn T.; RUDD, R. R. The prevalence of limited health literacy. **Journal of general internal medicine**, *[S. l.]*, v. 20, n. 2, p. 175-184, 2005.

PASSAMAI, Maria da Penha Baião; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; DIAS, Ana Maria Iorio; CABRAL, Lisidna Almeida. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 16, p. 301-314, 2012.

PAVÃO, Ana Luiza Braz; WERNECK, Guilherme Loureiro. Literacia para a saúde em países de renda baixa ou média: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 09, p. 4101-4114, 2021.

PEREIRA NETO, André; FERREIRA, Eduardo; BARBOSA, Letícia; PAOLUCCI, Rodolfo. Avaliação da acurácia da informação em sites sobre leishmaniose visceral: uma estratégia de enfrentamento da desordem informacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 126–140, 2023.

PERES, Frederico. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1563-1573, 2023.

RAJKUMAR, Ravi Philip. Suffering and Salutogenesis: A Conceptual Analysis of Lessons for Psychiatry From Existential Positive Psychology (PP2.0) in the Setting of the COVID-19 Pandemic. **Frontiers in Psychology**, Switzerland, v. 12, p. 646334, 2021.

RIBEIRO, Kelen Gomes.; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de.; AGUIAR, Jaina Bezerra de.; MOREIRA, Ana Ester Maria Melo.; FROTA, Amanda Cavalcante. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 22, p. 1387–1398, 2018.

RIBEIRO, Vera Masagão. Alfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. **Educação & Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 60, p. 144–158, 1997.

ROCHA, Mariana Rodrigues da.; SANTOS, Sinderlândia Domingas dos.; MOURA, Karine Rafaela de.; CARVALHO, Lesliane de Sousa.; MOURA, Ionara Holanda de.; SILVA, Ana Roberta Vilarouca da. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus tipo 2. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. e20180325, 2019.

SABOGA-NUNES, Luís.; MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa; FARINELLI, Marta Regina; JULIÃO, Cláudia Helena. **O papel da literacia para a saúde e educação para a saúde na promoção da saúde.** Curitiba: CRV, 2019.

SABOGA-NUNES, Luis; BITTLINGMAYER, Uwe H.; HARSCH, Steffen; VINCENZI, Simone L.; DA SILVA, Suely A.; KONRATH, Ana C.; ESTABEL, Luciana B.; DA SILVA MORO, Edson L.; SANTINI, Laís A.; DA SILVEIRA, Flávio X.; CARDOSO, Daniel; SEBOLD, Renata; PEREIRA BARBOSA, Carlos A.; FARINELLI, Maria R.; DE ANDRADE, Daniel F. Psychometric properties of the health literacy instrument in Brazil (HLS-EU-BR47). **BMC Public Health**, London, v. 24, n. 1, p. 1655, 2024.

SABOGA-NUNES, Luis; BITTLINGMAYER, Uwe H.; OKAN, Orkan. Salutogenesis and health literacy: the health promotion simplex! *In*: OKAN, O.; BAUER, U.; LEVIN-ZAMIR, D.; PINHEIRO, P.; SØRENSEN, K. **International handbook of health literacy: research, practice and policy across the life-span**. Bristol: Policy Press, 2019. p. 649-664.

SALUTOGENIC Approach to Wellness. **Physiopedia©**, Reino Unido, 2025. Disponível em: https://www.physio-pedia.com/Salutogenic_Approach_to_Wellness. Acesso em: 05 jan. 2025.

SAMPAIO, Hélio Alves de Carvalho.; CARIOCA, Ana Alice Ferreira.; SABRY, Mohamed Omar Dourado.; SANTOS, Paulo Marcos dos.; COELHO, Maria Augusta Mendes.; PASSAMAI, Maria de Passos Barros Leite. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 865–874, 2015.

SOARES, Magda. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Revista brasileira de educação**, Rio de Janeiro, p. 5-17, 2004.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. Frameworks for Addressing the Social Determinants of Health. **WHO Document Production Services,** 2010.

SØRENSEN, K; VAN DEN BROUCKE, S; FULLAM, J; DOYLE, G; PELIKAN, J; SLONSKA, Z; BRAND, H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, London, v. 12, n. 80, 2012.

SOUSA, Rosane Aparecida de. Literacia para a saúde: habilidades para lidar com as informações sobre saúde podem ajudar a construir novos caminhos na saúde pública. **RECIIS**, *[S. l.],* v. 16, n. 1, 2022. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3221. Acesso em: 02 fev. 2025.

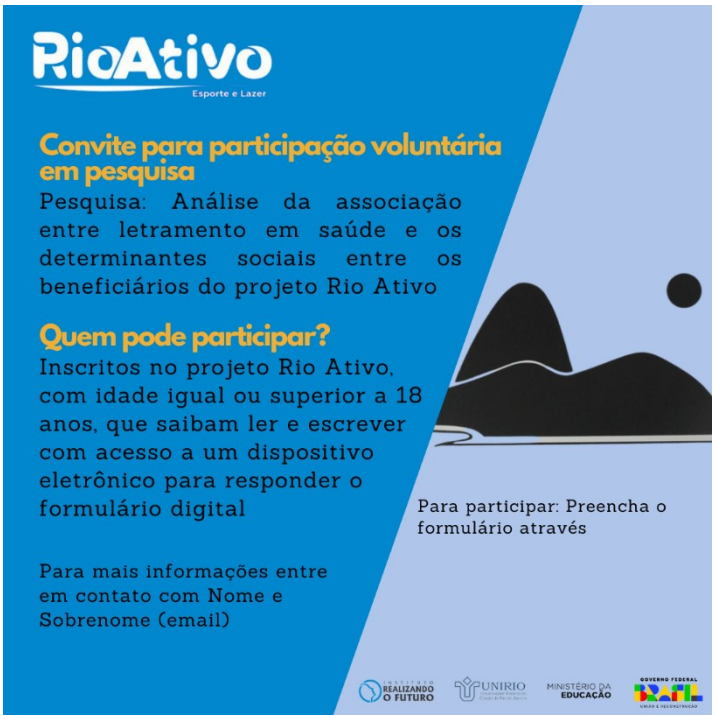
WICHMANN, Francisca Maria Assmann; COUTO, Analie Nunes; AREOSA, Silvia Virginia Coutinho; MONTANÉS, Maria Concepción Menéndez. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 821–832, 2013.

ZARCADOOLAS, Christina; PLEASANT, Andrew; GREER, David S. **Advancing health literacy: a framework for understanding and action.** San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A - CONVITE

(Etapa online)



“Gostaríamos de convidar vocês a participarem como voluntários na nossa pesquisa sobre literacia em saúde.

Para participar, é necessário ter idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever, e possuir dispositivos eletrônicos para responder o formulário digital disponível no link (inserir).

Ao entrar no link, você terá acesso ao termo de consentimento da pesquisa e logo em seguida ao formulário, que contém 25 perguntas.

Desde já agradecemos a atenção e participação daqueles que se interessarem.”

APÊNDICE B - TCLE (FASE SURVEY ONLINE)

Para beneficiários e profissionais do Projeto Rio Ativo

Título: ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS ENTRE OS BENEFICIÁRIOS E PROFISSIONAIS DO PROJETO RIO ATIVO.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo principal deste projeto é: Analisar a associação entre os determinantes sociais de saúde e a literacia em saúde dos participantes do projeto Rio Ativo.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo caso não queira, sem que isso te cause prejuízos para seu vínculo com o projeto social Rio Ativo.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Estamos disponibilizando um formulário digital que contém 19 questões sobre elementos sociais da sua rotina, informações de saúde e dados individuais. Além disso, estão incluídas também 06 perguntas sobre literacia em saúde que se referem à compreensão e utilização de informações relacionadas à saúde. Se você não quiser participar do estudo, isso não irá interferir na sua participação como beneficiário do projeto Rio Ativo. Se você decidir integrar este estudo, você permitirá que suas respostas sejam analisadas. Sua identificação será sempre mantida em sigilo, pois seus dados pessoais não serão coletados. As informações do formulário serão utilizadas para que possamos compreender como as pessoas que frequentam projetos sociais entendem as informações em saúde. Não há respostas certas ou erradas aos questionários, as respostas são um relato de como é sua rotina no dia a dia.

RISCOS E BENEFÍCIOS: A sua participação no estudo apresenta riscos mínimos, relativos ao constrangimento de responder aos instrumentos de coleta de dados e seu tempo de duração (previsto para 10 minutos). Você pode se recusar a responder qualquer pergunta. Existem ainda os riscos do ambiente digital, como quebra do sigilo e invasão por hackers. Esses riscos foram minimizados por meio do não armazenamento dos seus dados em drives digitais e a coleta de dados que não incluíam suas informações pessoais de identificação. Ainda, os pesquisadores podem ter limitações com o uso das tecnologias, para reduzir esse risco, nos

comprometemos a buscar esclarecimentos de nossas dúvidas sem expor qualquer dado da pesquisa. Os benefícios estão associados à importância de conhecer a situação de vida e o literacia em saúde na população vinculada a um projeto social, com a finalidade de possibilitar o desenvolvimento de futuras intervenções por profissionais de saúde e contribuir para a promoção de hábitos saudáveis e da condições de vida. Sua participação na pesquisa não irá resultar em nenhum benefício direto.

RESSARCIMENTO E DANOS: O preenchimento do formulário foi feito online, portanto não haverá custo para participar da pesquisa. Caso você sofra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, há garantia de indenização por parte das pesquisadoras nos termos previstos pela Legislação Brasileira.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em nenhum questionário, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por você ou pelos pesquisadores. Nenhuma publicação partindo desta coleta de dados ou de seu cadastro no projeto Rio Ativo revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento, os pesquisadores não divulgaram nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado. Nos comprometemos a seguir todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e às Resoluções 466/12 e 510/2016 que versam sobre a ética em pesquisa com seres humanos.

DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS: Ao final da pesquisa, os resultados foram fornecidos aos participantes do projeto Rio Ativo na forma de material audiovisual gráfico, e aos gestores do projeto na forma de produções escritas. Para a sociedade, os resultados foram publicizados por meio de artigos científicos, mantendo sempre a incolumidade dos participantes de acordo com as normativas do Sistema CEP-CONEP.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por esta pesquisa, sendo por telefone em horário comercial:

Professora Andressa Nunciaroni: (19)997090-6048

Professor Felipe Borba: (21) 98876-3850

Professor Vinicius Israel: (21) 96765-3909

Professora Luciana Veiga (21) 99843-2528

Você pode nos contactar pelo email: rioativo.unirio@gmail.com

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO pelo telefone (21) 2542-7796 ou pelo e-mail cep@unirio.br.

Concordo em participar da pesquisa: sim/não

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Fase presencial – apenas para beneficiários do projeto Rio Ativo)

Título: ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO DO literacia EM SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS ENTRE OS BENEFICIÁRIOS DO PROJETO RIO ATIVO.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo principal deste projeto é: Analisar a associação entre os determinantes sociais de saúde e o literacia em saúde dos participantes do projeto Rio Ativo.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo caso não queira, sem que isso te cause prejuízos para seu vínculo com o projeto social Rio Ativo.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Foram escolhidos aleatoriamente 5 núcleos do projeto para realizar entrevistas, a fim de entender melhor o literacia em saúde. Essas entrevistas aconteceram individualmente em locais que garantem sua privacidade, dentro do próprio núcleo em que você participa. Se você decidir não participar do estudo, isso não afetará sua participação no projeto Rio Ativo. Se você optar por fazer parte deste estudo, suas respostas serão analisadas, mas sua identidade será mantida em sigilo, e não coletaremos seus dados pessoais.

Durante a entrevista, você será convidado a pensar sobre sua participação no projeto Rio Ativo e a responder ao questionário chamado Escala de literacia em saúde (HLS-EU-BR), em sua versão em português do BRASIL. A entrevista deve levar cerca de 20 minutos, e a resposta ao questionário sobre literacia em saúde, aproximadamente 10 minutos, totalizando cerca de 30 minutos. O questionário tem 47 perguntas, e suas respostas serão registradas em uma escala de 1 a 4 (de muito difícil a muito fácil), indicando o quão difícil você acha tarefas relacionadas à sua saúde.

O preenchimento do questionário ocorrerá após a entrevista, e a pesquisadora fará as perguntas, registrando suas respostas em uma planilha de dados. Não há respostas certas ou erradas.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Ao participar deste estudo, estão previstos riscos mínimos, principalmente relacionados ao constrangimento em responder algumas perguntas e a duração da entrevista, que levará cerca de 30 minutos. No entanto,

você tem o direito de não responder a qualquer pergunta, e isso não trará consequências negativas. Os benefícios de participar, estão associados à contribuição para o avanço no conhecimento da relação entre os determinantes sociais e o literacia em saúde na população vinculada a um projeto social. Isso tem a finalidade de possibilitar o desenvolvimento de futuras intervenções por profissionais de saúde e contribuir para a promoção de hábitos saudáveis e das condições de vida. Além disso, é previsto como benefício direto a você o aumento do seu próprio conhecimento sobre o tema, tornando-o mais informado sobre a saúde e podendo esclarecer dúvidas com as pesquisadoras sobre assuntos de saúde.

RESSARCIMENTO E DANOS: Se você aceitar fazer parte dessa pesquisa, a entrevista será realizada no momento em que você estiver no local em que participa da atividade física no projeto Rio Ativo. Assim, não haverá custo adicional para participar da pesquisa. Caso você sofra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, há garantia de indenização por parte das pesquisadoras nos termos previstos na Lei BRASILEIRA.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em nenhum questionário, bem como em nenhum formulário a ser preenchido pelas pesquisadoras. Nenhuma publicação partindo desta coleta de dados ou de seu prontuário revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado. Nos comprometemos a seguir todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e às Resoluções 466/12 e 510/2016 que versam sobre a ética em pesquisa com seres humanos.

DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS: Ao final da pesquisa, os resultados serão fornecidos aos participantes do projeto Rio Ativo na forma de material audiovisual gráfico, e aos gestores do projeto na forma de produções escritas. Para a sociedade, os resultados serão publicizados por meio de artigos científicos, mantendo sempre a incolumidade dos participantes de acordo com as normativas do Sistema CEP-CONEP.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por esta pesquisa, de acordo com os telefones a seguir, em horário comercial:

Professora Andressa Nunciaroni: (19)997090-6048;

Professor Felipe Borba: (21) 98876-3850;

Professor Vinicius Israel: (21) 96765-3909

Professora Luciana Veiga (21) 99843-2528

Você também pode entrar em contato com a equipe de pesquisa pelo email: rioativo.unirio@gmail.com.

E pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO pelo telefone (21) 2542-7796 ou pelo e-mail cep@unirio.br.

Você receberá uma via deste documento.

Após a leitura deste Termo, aceito participar da pesquisa?

( ) Sim, aceito participar e autorizo a gravação da entrevista

( ) Sim, aceito participar e mas não autorizo a gravação da entrevista

Assinatura:_____

Data: _____

Telefone de contato _____

Assinatura

(Pesquisador): _____

Data: _____

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

(Etapa quantitativa online – para beneficiários e profissionais)

1. Sexo
2. Idade
3. Raça/Cor
4. Estado civil
5. Possui alguma deficiência? Se sim, qual?
6. Peso (aproximado)
7. Altura (aproximada)
8. Quantos Filhos você tem?
9. Ocupação atual
10. Vínculo trabalhista
11. Escolaridade
12. Área de formação (para quem cursou ensino superior)
13. Renda familiar mensal (aproximada)
14. Núcleo do projeto que está vinculado
15. Número de pessoas que moram na casa
16. A água da sua moradia é potável?
17. A rua onde fica sua casa é asfaltada?
18. Onde você mora tem rede de esgoto adequada?
19. O caminhão de lixo passa na sua rua?

APÊNDICE E - TABELAS COMPLETAS DE RESULTADOS DA FASE SURVEY ONLINE

Tabela 1: Resultados descritivos das variáveis categóricas (n=107)

Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	85	78.7
	Masculino	22	20.4
Raça	Parda	29	26.9
	Branca	57	52.8
	Preta	19	17.6
	Amarela	2	1.9
	Outro	1	0.9
Ocupação	Apenas trabalho em casa	29	27.1
	Apenas trabalho fora de casa	20	18.7
	Sou aposentada (o) mas trabalho fora de casa	6	5.6
	Sou aposentada(o) e não trabalho	35	32.7

	Trabalho e estudo	17	15.9
Escolaridade	Nunca estudei	1	0.9
	Ensino fundamental incompleto	5	4.6
	Ensino fundamental completo	3	2.8
	Ensino médio incompleto	2	1.9
	Ensino médio completo	30	27.8
	Ensino superior incompleto	9	8.3
	Ensino superior completo	34	31.5
	Curso técnico/ profissionalizante	5	4.6
	Pós-graduação	19	17.6
Renda	Até R$ 1.320	15	14.7
	De R$ 1.321 até R$ 2.640	22	21.6
	De R$ 2.641 até R$ 3.960	14	13.7
	De 3.961 até R$ 6.600	13	12.7
	Acima de R$ 6.600	16	15.7

Prefiro não informar	22	21.6

Tabela 2: Resultados descritivos das variáveis contínuas (n=107)

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	18	76	53.78	13.68
Número de pessoas com as quais convive	1	8	2.32	1.13
Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde	2	10	4.39	2.32
Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças	2	10	4.68	2.20
Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde	2	10	3.70	1.99

Tabela 3: Resultados Generalized Linear Model (GLM) (n=107)

Modelo	Variável independente	Graus de liberdade	Estatística Wald	p
1 (Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde)	Sexo	1	0.214	0.644
	Raça/Cor	**2**	**10.086**	**0.006**
	Ocupação	3	3.488	0.322
	Escolaridade	2	1.129	0.569
	Renda	**5**	**19.389**	**0.002**
	Idade	1	0.639	0.424
2 (Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo da prevenção das doenças)	Sexo	1	1.135	0.287
	Raça/Cor	**2**	**6.533**	**0.038**
	Ocupação	3	5.336	0.149
	Escolaridade	2	0.561	0.755
	Renda	**5**	**13.270**	**0.021**
	Idade	1	0.794	0.373

3 (Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde)	Sexo	1	0.156	0.693
	Raça/Cor	**2**	**9.004**	**0.011**
	Ocupação	3	5.177	0.159
	Escolaridade	2	0.549	0.760
	Renda	**5**	8.152	0.148
	Idade	1	0.328	0.567

Tabela 4: Betas das variáveis preditoras estatisticamente significativas (n=107)

Modelo	Variável preditora	Comparações par a par	*Beta*	*Chi-quadrado de Wald*	Sig.
Modelo 1 (Avaliação e aplicação de informações relevantes para a saúde no campo do cuidado à saúde)	Raça/Cor	**Preta - parda**	**1,710**	**6,280**	**0,012**
		Preta - branca	-0,181	0,113	0,736
		Parda - branca	**-1,890**	**9,729**	**0,002**

Renda	**Até R$ 1.320 - Acima de R$ 6.600**	**-2,908**	**10,229**	**0,001**
	Até R$ 1.320 - De 3.961 até R$ 6.600	-1,691	3,093	0,079
	Até R$ 1.320 - De R$ 2.641 até R$ 3.960	-1,062	1,062	0,303
	Até R$ 1.320 -De R$ 1.321 até R$ 2.640	-1,009	1,485	0,223
	De R$ 1.321 até R$ 2.640 - De R$ 2.641 até R$ 3.960	-0,053	0,004	0,950
	De R$ 1.321 até R$ 2.640 - De 3.961 até R$ 6.600	-0,682	0,893	0,345
	De R$ 1.321 até R$ 2.640 - Acima de R$ 6.600	**-1,900**	**8,019**	**0,005**

		De R$ 2.641 até R$ 3.960 - De 3.961 até R$ 6.600	-0,629	0,598	0,439
		De R$ 2.641 até R$ 3.960 - Acima de R$ 6.600	**-1,846**	**5,960**	**0,015**
		De 3.961 até R$ 6. 600 - Acima de R$ 6.600	-1,217	3,286	0,070
2 (Encontrar/acessar e avaliar as informações no campo dar prevenção das doenças)	Raça/Cor	Preta - parda	1,088	2,542	0,111
		Preta - branca	-0,474	0,706	0,401
		Parda - branca	**-1,562**	**6,533**	**0,011**
	Renda	**Até R$ 1.320 - Acima de R$ 6.600**	**-1,983**	**4,358**	**0,037**
		Até R$ 1.320 - De 3.961 até R$ 6.600	0,550	0,279	0,597

Até R$ 1.320 - De R$ 2.641 até R$ 3.960	-0,175	0,029	0,865
Até R$ 1.320 -De R$ 1.321 até R$ 2.640	-0,613	0,556	0,456
De R$ 1.321 até R$ 2.640 - De R$ 2.641 até R$ 3.960	0,438	2,059	0,596
De R$ 1.321 até R$ 2.640 - De 3.961 até R$ 6.600	1,163	2,739	0,148
De R$ 1.321 até R$ 2.640 - Acima de R$ 6.600	**-1,370**	**-0,016**	**0,047**
De R$ 2.641 até R$ 3.960 - De 3.961 até R$ 6.600	0,725	0,707	0,401
De R$ 2.641 até R$ 3.960 -	**-1,808**	**5,203**	**0,023**

	Acima de R$ 6.600			
	De 3.961 até R$ 6. 600 - Acima de R$ 6.600	**-2,533**	**10,181**	**0,001**
3 (Capacidade do indivíduo para encontrar/ acessar e entender as informações relevantes à saúde no campo da promoção da saúde)	Raça	Preta - parda	0,642	1,374	0,241
		Preta - branca	-0,663	1,848	0,174
		Parda - branca	**-1,305**	**8,783**	**0,003**

APÊNDICE F - TABELAS COMPLETAS DE RESULTADOS DA FASE PRESENCIAL

Tabela 5: Resultados descritivos das variáveis categóricas (n=71)

Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	64	87.7
	Masculino	7	9.6
Cuidados de saúde	LS inadequada	55	83.3
	LS problemática	11	16.7
Prevenção de doenças	LS inadequada	54	90.0
	LS problemática	5	8.3
	LS suficiente	1	1.7
Promoção da saúde	LS inadequada	55	85.9
	LS problemática	8	12.5

	LS suficiente	1	1.6
LS geral	LS inadequada	47	88.7
	LS problemática	6	11.3

Tabela 6: Resultados descritivos das variáveis contínuas (n=71)

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	27	88	58.38	12.85
Cuidados de saúde	1.04	32.29	19.42	7.18
Prevenção de doenças	<0.01	36.67	17.46	7.61
Promoção da saúde	<0.01	34.38	17.54	7.99
LS geral	1.42	31.21	18.80	6.30

Tabela 7: Diferenças nos domínios da Escala de Literacia para a Saúde segundo sexo (n=71)

Variável	Sexo	M	DP	Estatística do teste t (Bootstrapping sample)					
				DM	IC	t	gl	p	d
Cuidados de saúde	Feminino	19.60	6.05	-1.22	-9.30 – 6.47	-0.43	49	0.668	0.18
	Masculino	20.83	9.83						
Prevenção de doenças	Feminino	17.45	7.02	-2.72	-11.91 – 4.83	-0.85	49	0.397	0.37
	Masculino	20.18	9.77						
Promoção da saúde	Feminino	18.47	7.26	-0.79	-7.41 – 5.70	-0.25	49	0.801	0.11
	Masculino	19.27	7.17						
LS geral	Feminino	18.53	6.25	-1.56	-7.84 – 5.04	-0.55	49	0.580	0.24
	Masculino	20.09	7.97						

Tabela 8: Resultados das análises de correlação entre os domínios da Escala de Literacia para a Saúde e a idade (n=71)

	Cuidados de saúde	Prevenção de doenças	Promoção da saúde	LS geral
Idade	r = 0.004	r = 0.111	r = 0.232	r = 0.132
	(p = 0.977)	(p = 0.441)	(p = 0.104)	(p = 0.360)

ANEXO

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE MENSURAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE

Versão BRASILeira do instrumento European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form (HLS-EU-Q6) (Mialhe et al..., 2021).

Em uma escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, com que facilidade você consegue:

1. Avaliar quando você precisa de uma segunda opinião de outro médico?

2. Usar as informações que seu médico passa a você para tomar decisões sobre a sua doença?

3. Encontrar informações sobre como lidar com problemas de saúde mental, como estresse ou depressão?

4. Avaliar se as informações sobre os riscos à saúde disponíveis nos meios de comunicação são confiáveis? (por ex. TV, internet ou outros meios de comunicação);

5. Encontrar informações sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates etc.);

6. Entender as informações disponíveis nos meios de comunicação sobre como ficar mais saudável? (por ex. internet, jornais, revistas).

ANEXO B - EUROPEAN HEALTH LITERACY SCALE (HLS-EU-BR)

(Etapa qualitativa presencial – beneficiários do projeto Rio Ativo)

Em uma escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade você sente em relação a:

1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o/a preocupam?

2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o/a preocupam?

3. Saber mais sobre o que fazer em caso de uma emergência médica?

4. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?

5. Compreender o que o seu médico lhe diz?

6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?

7. Compreender o que fazer numa emergência médica?

8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?

9. Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica ao seu caso?

10. Avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes opções de tratamento?

11. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?

12. Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?

13. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?

14. Cumprir as instruções sobre a medicação?

15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?

16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?

17. Encontrar informação para lidar com os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?

18. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?

19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?

20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as situações como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?

21. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?

22. Compreender por que precisa de vacinas?

23. Compreender por que precisa de fazer rastreios?

24. Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?

25. Avaliar quando precisa de ir ao médico para fazer um check-up ou um exame geral de saúde?

26. Avaliar que vacinas pode necessitar?

27. Avaliar que exames médicos deve fazer?

28. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?

29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?

30. Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?

31. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?

32. Encontrar informação sobre atividades saudáveis, como a atividade física, a alimentação saudável e a nutrição?

33. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?

34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?

35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?

36. Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?

37. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?

38. Compreender a Informação nas embalagens de alimentos?

39. Compreender a informação nos meios de comunicação em como se manter mais saudável?

40. Compreender a informação em como manter uma mente saudável?

41. Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?

42. Avaliar a forma como as suas condições de habitação o podem ajudar a manter-se saudável?

43. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?

44. Tomar decisões para melhorar a sua saúde?

45. Integrar um clube desportivo ou uma aula de ginástica se desejar?

46. Influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar?

47. Participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?