



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

ANA CAROLINA DE PAULA MARQUES

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE LITERACIA EM SAÚDE
PARA ADULTOS**

Piracicaba

2017

ANA CAROLINA DE PAULA MARQUES

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE LITERACIA EM SAÚDE PARA
ADULTOS**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Marília Jesus Batista de Brito Mota

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Maria da Luz Rosário de Sousa

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida por Ana Carolina de Paula Marques e orientada pela Prof.^a. Dr.^a. Marília Jesus Batista de Brito Mota.

Piracicaba

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica

Universidade Estadual de Campinas

Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Marilene Girello - CRB 8/6159

Marques, Ana Carolina de Paula,1989-

M348t Tradução, adaptação transcultural e validação de um instrumento de literacia em saúde para adultos / Ana Carolina de Paula Marques. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Marília Jesus Batista de Brito Mota.

Coorientador: Maria da Luz Rosário de Sousa.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Estudos de validação. 2. Alfabetização em saúde. 3. Saúde bucal. 4. Adulto. I. Batista, Marília Jesus,1974-. II. Sousa, Maria da Luz Rosário de,1965-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Translation, cross-cultural adaptation and validation of an adult health literacy instrument

Palavras-chave em inglês:

Validation

studies

Health

literacy

Oral

health

Adult

Área de concentração: Odontologia em Saúde

Coletiva

Titulação: Mestra em Odontologia em Saúde

Coletiva

Banca examinadora: Marília Jesus Batista de Brito

Mota[Orientador]

Cristiane Spadacio

Eduardo Hebling

Data de defesa: 21-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 21 de Fevereiro de 2017, considerou a candidata ANA CAROLINA DE PAULA MARQUES aprovada.

PROF^a. DR^a. MARÍLIA JESUS BATISTA DE BRITO MOTA

PROF^a. DR^a. CRISTIANE SPADACIO

PROF. DR. EDUARDO HEBLING

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, de alegrias e tristezas, amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização desta dissertação.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram e me apoiaram em todas as decisões, sendo meu alicerce a todo momento.

Aos meus irmãos, pelo apoio e companheirismo.

À Prof.^a. **Dr^a Marília Jesus Batista de Brito Mota**, pela orientação científica, pela disponibilidade, pelas sugestões e paciência.

À Prof.^a. **Dr^a. Maria da Luz Rosário de Sousa** por suas contribuições, e revisão crítica na elaboração deste trabalho;

A coordenadora do curso Mestrado Profissional em Saúde Coletiva Prof.^a **Dr^a. Luciane Miranda Guerra**.

Ao Prof. **Dr. Antônio Carlos Pereira** que foi coordenador do programa, e aos docentes do Programa de Pós-Graduação pela oportunidade deste crescimento acadêmico e profissional;

Às minhas companheiras de curso que dividiram a mesma sala de aula, me permitindo um constante aprendizado, amizade e que permanecerão para sempre em meu coração.

A USF Boa esperança I e toda a sua equipe, pelos dois anos de muito aprendizado e trabalho em equipe, toda minha gratificação.

As amigas por todo apoio e colaboração, sempre dispostas a ajudar no que fosse necessário. Vocês contribuíram para que essa conquista se concretizasse.

Muito obrigada!

EPÍGRAFE

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

Paulo Freire

RESUMO

A literacia em saúde pode ser definida como um conjunto de aptidões pessoais, cognitivas e sociais, as quais determinam a capacidade dos indivíduos em ter acesso, compreender e utilizar as informações recebidas para promover e manter uma boa saúde. O objetivo do estudo foi realizar a tradução, adaptação transcultural e validação de um questionário de literacia em saúde para adultos brasileiros. O estudo transversal realizou a tradução, adaptação transcultural (equivalência conceitual, equivalência de itens e semântica, equivalência operacional, equivalência de mensuração) e validação do instrumento *Health Literacy Scale-14 (HSL-14)*, no município de Piracicaba. Para a equivalência conceitual foi realizada uma análise por avaliadores independentes, do referencial teórico do instrumento original (*HLS-14*). Na equivalência de itens e semântica, foi realizado a tradução literal do instrumento para língua portuguesa (Brasil) por dois tradutores com proficiência em ambos os idiomas, inglês e português. Após essa etapa, foram necessárias adaptações de termos para melhor compreensão do questionário, que se trata da adaptação transcultural. A retrotradução foi realizada por outro tradutor independente de língua materna inglesa, com proficiência em ambas as línguas para verificar se manteve o sentido do instrumento em seu idioma original. Para a equivalência operacional foi realizado um pré-teste com 52 usuários voluntários das unidades de saúde. Para a equivalência de mensuração, o questionário foi aplicado em uma amostra de 143 adultos, selecionados através de uma amostragem probabilística domiciliar para um estudo longitudinal prospectivo. Os dados foram tabulados em programa Microsoft Excel ® e realizadas análises estatísticas através do software SPSS 20.0 ®. Além das análises descritivas, foram realizadas análises de associação com o teste do Qui-Quadrado, tendo a literacia em saúde como desfecho ($p < 0,05$). O Alfa de Cronbach foi utilizado para verificar a consistência interna, o teste e pré-teste através da correlação de Kendall. A equivalência operacional apresentou concordância entre a maior parte das questões, com exceção das questões 6, 8, 9 e 14, cujos significados foram revistos para a próxima etapa. Na equivalência de mensuração obtivemos a consistência interna do instrumento calculada por meio do coeficiente α de Cronbach de 0,82 e média do escore total de 45,16 (DP=7,8) na amostra de adultos. Apresentaram alta

literacia 53,8% (n=77) desta amostra. A baixa literacia foi associada com maior faixa etária, menor frequência de escovação, maior uso de serviço odontológico por urgência, presença de biofilme, perda dentária superior a seis dentes e maior impacto na qualidade de vida ($p < 0,05$). A literacia nesse estudo foi associada a fatores demográficos, decisões em saúde e resultados em saúde. O processo de tradução, adaptação transcultural e validação demonstrou que o questionário *HLS-14* pode ser um instrumento válido de literacia em saúde quando aplicado para a população de adultos no Brasil.

Palavras-Chave: Estudos de validação, Alfabetização em saúde, Saúde bucal, Adultos.

ABSTRACT

Health literacy can be defined as a set of personal, cognitive and social skills, which determine the ability of individuals to access, understand and use information received to promote and maintain good health. The objective of the study was to perform translation, cross-cultural adaptation and validation of a questionnaire on health literacy for Brazilian adults. The cross-sectional study carried out the translation, cross-cultural adaptation (conceptual equivalence, equivalence of items and semantics, operational equivalence, measurement equivalence) and validation of the Health Literacy Scale-14 (HSL-14) instrument in the city of Piracicaba. For the conceptual equivalence, an analysis by independent evaluators of the theoretical reference of the original instrument (HLS-14) was performed. In the equivalence of items and semantics, the literal translation of the instrument for Portuguese language (Brazil) was carried out by two translators with proficiency in both English and Portuguese. After this stage, the researchers concluded that adaptations of terms would be necessary for a better understanding of the questionnaire, which is about cross-cultural adaptation. The back-translation was performed by another independent English-language translator, with proficiency in both languages to see if he or she retained the meaning of the instrument in its original language. For the operational equivalence, a pre-test was performed with 52 volunteer users of the health units. For the equivalence of measurement, the questionnaire was applied in a sample of 143 adults, selected through probabilistic sampling at a prospective longitudinal study. Data were tabulated in Microsoft Excel ® software and statistical analyzes were performed using SPSS 20.0 ® software. In addition to the descriptive analyzes, association analysis was performed with the Chi-Square test, with health literacy as an outcome ($p < 0.05$). Cronbach's alpha was used to verify internal consistency, test and pre-test using Kendall's correlation. The operational equivalence showed agreement between most of the questions, except for questions 6, 8, 9 and 14, whose meanings were revised for the next step. In the equivalence of measurement we obtained the internal consistency of the instrument calculated by means of the Cronbach's α coefficient of 0.82 and mean of the total score of 45.16 (SD = 7.8) in the adult sample. 53.8% (n = 77) of this sample presented high literacy. Low literacy was associated with higher age, lower brushing frequency, greater use of dental service due to urgency,

presence of biofilm, tooth loss greater than six teeth and higher impact on quality of life ($p < 0.05$). Literacy in this study was associated with demographic factors, health decisions, and health outcomes. The process of translation, cross-cultural adaptation and validation has demonstrated that the HLS-14 questionnaire can be a valid instrument of health literacy when applied to the adult population in Brazil.

Key words: Validation studies, Health literacy, Oral health, Adults.

SUMÁRIO

	PÁG.
1. INTRODUÇÃO	13
2. ARTIGO: Tradução, adaptação transcultural e validação de um instrumento de literacia em saúde para adultos.....	18
3. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES	48
Apêndice 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	48
Apêndice 2 – Ficha Clínica.....	51
Apêndice 3 – Questionário socioeconômico e sócio-demográfico.....	52
Apêndice 4- –Questionário Health Literacy Scale-14 traduzido e adaptado para o Português Brasileiro.....	59
ANEXOS.....	61
Anexo 1 – Folha de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	61
Anexo 2- Questionário Health Literacy Scale-14 original em inglês.....	62

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de aptidões sociais e cognitivas que irão determinar a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, entender e utilizar as informações para promover e manter boa saúde (Nutbeam *et al.*, 2000; Rudd *et al.*, 2012). Nesse aspecto, pode-se remeter a literacia em saúde como competência de realizar e compreender a leitura de palavras e prescrições medicamentosas, além de buscar informações de diversas fontes, imprescindíveis para tomada de decisões em saúde na vida cotidiana. Desta forma, torna-se relevante estratégia para promoção de saúde, no intuito de capacitação e empoderamento da população (Nutbeam *et al.*, 1998).

Segundo Nutbeam *et al.* (2000), o conceito de literacia em saúde pode ser ampliado e subdividido em três dimensões, sendo elas: a literacia funcional, que consiste em conhecimentos básicos de leitura e escrita, a literacia comunicativa, que consiste no desenvolvimento de habilidades para participar de atividades cotidianas, extrair essas informações e estar apto a repassar informações adquiridas, e a literacia crítica, que requer um maior grau de habilidade, pois o indivíduos devem ser capazes de analisar criticamente informações em saúde e saber utilizá-las em seu próprio benefício. O entendimento da literacia classificada em dimensões torna-se importante, pois como sugere o modelo conceitual descrito por Macek *et al.* (2010) há diferentes componentes da literacia em saúde, tais como, o reconhecimento de palavras, o conhecimento conceitual, a compreensão de leitura e a habilidade de comunicação. E por sua vez, essas habilidades podem influenciar em decisões em saúde, como também nos resultados de sua saúde.

Nos Estados Unidos, o termo literacia em saúde é usado para explicar a relação entre os níveis de alfabetização dos pacientes com sua capacidade de compreensão dos regimes terapêuticos prescritos (Committee on health literacy, 1999). Estudos mostram que indivíduos com maior literacia em saúde estão mais propensos a adotar comportamentos saudáveis (Hibbard *et al.*, 2007; Ishikawa *et al.*, 2008; Atchison *et al.*, 2010). Esta abordagem infere que um indivíduo com literacia em saúde adequada, é capaz de compreender as orientações que lhe

foram feitas, como prescrição, cartão de marcação de consulta, rótulos de medicamentos e outras instruções para uso em casa (Parker *et al.*, 1995). No entanto, o baixo nível de literacia em saúde está associado com maior risco de mortalidade em idosos, maiores taxas de hospitalização e uso de serviços de emergência, além de erros na dosagem de medicamentos e menor conscientização sobre promoção de saúde. Portanto, os indivíduos com baixa literacia buscam menos cuidados preventivos e possuem manejos menos adequados de doenças crônicas (Hibbard *et al.*, 2007; Atchison *et al.*, 2010).

Estudos tem associado a baixa literacia com piores condições clínicas de saúde bucal, como maior prevalência de perda dentária e doença periodontal (Berkman *et al.*, 2011; Ueno *et al.*, 2013); piores hábitos de saúde, como menor frequência de escovação (Ueno *et al.*, 2013) e menor utilização dos serviços odontológicos para prevenção (Berkman *et al.*, 2011; Ueno *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a influência da literacia em saúde bucal pode colaborar na melhor compreensão de materiais explicativos cedidos pelos profissionais de saúde, na busca de mais informações em diversas fontes (Holtzman *et. al* 2013). Segundo Holtzman *et. al* (2013), aqueles com maior literacia, apresentaram um menor índice de faltas a consultas odontológicas.

O aumento do número de estudos sobre a literacia em saúde, e a observação de um grande número de pessoas com baixo nível de literacia em saúde nos Estados Unidos (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2004), têm provocado interesse em estratégias que aumentem a literacia em saúde como parte das metas do plano nacional de ações de saúde de governo americano (*United States Department of Health and Human Services*) para o ano de 2020, que visa o desenvolvimento da prevenção de doenças e promoção de saúde (Bann *et al.*, 2012). Para isso, há a necessidade do uso de instrumentos que sejam capazes de mensurar de forma efetiva a literacia em saúde.

Diversos instrumentos tem surgido para mensuração de literacia em saúde, destacam-se: *Rapid Estimate Adult Literacy in Dentistry (REALD)* (Richman *et al.*, 2007); (Wong *et al.*, 2012), *Rapid Estimate Adult Literacy in Medicine and Dentistry (REALMD)* (Atchison *et al.*, 2010), *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)* (Gong *et al.*, 2007); *The Newest Vital Sign (NVS)* (Weiss *et al.*, 2005) e *Health Literacy Scale- 14 (HLS-14)* (Suka *et al.*, 2013).

Alguns instrumentos como o *TOFHLA*, que avalia a habilidade numérica e a compreensão da leitura por meio de tarefas que simulam situações da vida cotidiana, sua versão original demora um tempo aproximado de vinte e dois minutos, por isso, uma versão resumida foi elaborada (*S-TOFHLA*) (Apolinário *et al.*, 2012). E o *REALM*, que visa ao reconhecimento e pronúncia de 66 palavras no campo médico, é um instrumento de fácil aplicação, e têm a leitura como uma das habilidades básicas de alfabetização (Apolinário *et al.*, 2012). Outro teste é o *NVS*, que mede a capacidade numérica usando um rótulo nutricional. No entanto, a maior parte desses instrumentos presentes na literatura apenas mensuram o nível de literacia funcional, com enfoque predominante na leitura e escrita (Nielsen-Bohlman *et al.*, 2004).

Um dos poucos estudos relacionados à literacia em saúde comunicativa e crítica, foi desenvolvido por Ishikawa *et al.* (2008) que elaborou um questionário, para pacientes diabéticos, com intuito de avaliar a capacidade de extrair, analisar criticamente as informações e saber utilizá-las para tomar decisões. Este questionário foi posteriormente modificado e ampliado por Suka *et al.* (2013), sendo denominado *Health Literacy Scale (HLS)-14* podendo ser aplicado em adultos para qualquer situação de saúde.

O *Health Literacy Scale (HLS)- 14* abrange três dimensões da literacia: funcional, comunicativa, e crítica. Na versão original em inglês, o *HLS-14* foi aplicado em 1507 indivíduos, com a faixa etária entre 30 a 69 anos e composto por três etapas (Suka *et al.*, 2013). Na primeira etapa, os participantes foram questionados sobre suas experiências e perspectivas a respeito de decisões a serem tomadas sobre medicações. Na segunda etapa, a literacia em saúde foi medida, por meio da aplicação do questionário. E na última etapa, foi medida a qualidade de vida dos participantes da pesquisa. O questionário foi medido em escala likert de 5 pontos, cujo as opções de respostas variavam de concordo totalmente a discordo totalmente. As pontuações dos itens eram somadas para cada voluntário e obtidas então a pontuação final, que indica o nível de literacia em saúde. Quanto maior o score, maior a literacia em saúde (Suka *et al.*, 2013).

Dado que o instrumento original foi desenvolvido no idioma inglês, para possibilitar sua aplicação no contexto brasileiro, faz-se necessário que o *HLS-14* seja traduzido para o Português Brasileiro e adaptado culturalmente. Para uso desses instrumentos validados em outros idiomas, é necessário passar por

processo de validação e adaptação transcultural, contemplando os diferentes contextos da população alvo em que será aplicado o instrumento (Reichenheim *et al.*, 2008)

Segundo Guillemin *et al.* (1993) esse processo de tradução e retrotradução pode ser realizado em etapas: tradução inicial para o português, síntese das traduções, reunião para consenso dos tradutores, retrotradução, comitê de especialistas e aplicação do questionário em pré-teste.

Durante as reuniões pelo comitê de especialistas, os membros são instruídos a buscar equivalência entre a versão do questionário original e a versão a ser aplicada no pré-teste (Guillemin *et al.*, 1993).

A equivalência semântica verifica se as palavras possuem o mesmo significado da versão original ou se há problemas gramaticais na tradução (Guillemin *et al.*, 1993).

Para o presente estudo foi realizado ainda a equivalência de mensuração, que se trata da aplicação do questionário em uma amostra significativa e avalia a semelhança nas propriedades psicométricas das diversas versões do mesmo instrumento (Herdman *et al.*, 1998).

O desenvolvimento de instrumentos de literacia em saúde válidos e confiáveis são de grande importância, pois podem colaborar com os prestadores de cuidados a saúde, na identificação dos pacientes que apresentam dificuldades para compreensão e comunicação, podendo beneficiar nas intervenções em ambientes clínicos e em ações coletivas de saúde (Apolinário *et al.*, 2012).

No contexto nacional brasileiro, o termo e aplicação da literacia em saúde é um conceito recente e ainda pouco estudado. Em nosso país, e em outros países da América Latina, observamos uma boa parcela de jovens e adultos analfabetos ou analfabetos funcionais, o que pode dificultar a compreensão correta e utilização das informações em saúde. Este fato, demonstra a urgência da avaliação de como os usuários interpretam e se comunicam com os profissionais e serviços de saúde (Mialhe & Goulart). Por isso, a necessidade de instrumentos que contribuam efetivamente para o desenvolvimento de medidas preventivas e em melhores resultados em saúde (Horowitz *et al.*, 2012).

Embora exista uma variedade de instrumentos para avaliar a literacia em saúde, o presente estudo optou pelo instrumento modificado e ampliado por

Suka *et al.* (2013), pois apresenta uma grande abrangência, por poder ser utilizado para qualquer condição de saúde e mensurar as três dimensões de literacia em saúde: funcional, comunicativa e crítica.

Esta dissertação, apresentada no modelo alternativo, segundo normas da deliberação da Congregação da FOP no. 306/2010 quanto à elaboração e normalização dos trabalhos de teses e dissertações produzidos na Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP).

2 ARTIGO:

Tradução, adaptação transcultural e validação de um instrumento de literacia em saúde para adultos

*Translation, cross-cultural adaptation and validation of an adult health literacy
instrument*

Artigo submetido a Revista Ciência & Saúde Coletiva

Ana Carolina de Paula Marques

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade de Campinas, Brasil (FOP/UNICAMP).

Manoelito Ferreira Silva Junior

Doutorando em Odontologia, área de Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade de Campinas, Brasil (FOP/UNICAMP).

Maria da Luz Rosário de Sousa

Professora Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP).

Marília Jesus Batista de Brito Mota

Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade de Campinas, Brasil (FOP/UNICAMP).

Professora Adjunta da Faculdade de Medicina de Jundiaí, SP.

Autor Correspondência:

Marília Jesus Batista de Brito Mota

Av. Limeira, 901 - Cx. Postal 52 Piracicaba-São Paulo, Brasil

CEP: 13414-903

RESUMO

O objetivo do estudo foi realizar a validação de um questionário de literacia em saúde em adultos brasileiros. O estudo transversal para validação e adaptação transcultural do instrumento *Health Literacy Scale 14 (HLS-14)* seguiu as etapas: tradução, adaptação transcultural (equivalência conceitual, equivalência de itens e semântica, equivalência operacional e equivalência de mensuração) e retrotradução. O questionário foi aplicado em 143 adultos de Piracicaba-SP. Houve análise descritiva e de associação sendo a literacia em saúde o desfecho (Teste Qui-Quadrado; $p < 0,05$). A consistência interna foi avaliada através do Alfa de Cronbach e o teste e pré-teste através da correlação de Kendall. A equivalência operacional apresentou concordância entre a maior parte das questões, com exceção das questões 6, 8, 9 e 14. O coeficiente α de Cronbach foi de 0,82 e média do escore total de 45,16 (DP=7,8). A maioria apresentou alta literacia (53,8%). A baixa literacia foi associada com maior faixa etária, menor frequência de escovação, maior uso de serviço odontológico por urgência, presença de biofilme, perda dentária superior a seis dentes e maior impacto na qualidade de vida ($p < 0,05$). A versão em português (brasileiro) do *HLS-14* pode ser considerado como um instrumento válido de literacia em saúde para adultos.

Palavras-Chave: Estudos de validação. Alfabetização em saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

The objective this study was to realize validation of a questionnaire on health literacy in Brazilian adults. The cross-sectional study to validation and cross-cultural adaptation of the Health Literacy Scale-14 (HLS-14) following steps: translation, cross-cultural adaptation (conceptual equivalence, equivalence of items And semantics, operational equivalence and measurement equivalence) and back-translation. The questionnaire was applied in 143 adults in Piracicaba-SP. Was descriptive analysis and association with health literacy as outcome (Chi-Square test; $p < 0.05$). Internal consistency was verified to Cronbach's alpha, test and pre-test using Kendall's correlation. The operational equivalence showed agreement between most of the questions, except for questions 6, 8, 9 and 14. Cronbach's coefficient α was 0.82 and average of the total score of 45.16 (SD = 7.8). The majority had high literacy (53.8%). Low literacy was associated with higher age, lower brushing frequency, greater use of dental service due to urgency, presence of biofilm, tooth loss greater than six teeth and higher impact on quality of life ($p < 0.05$). Literacy in this study was associated with demographic factors, health decisions, and health outcomes. The Portuguese (Brazilian) version of HLS-14 can be considered as a valid instrument of health literacy for adults.

Keywords: Validation Studies. Health Literacy. Oral Health.

INTRODUÇÃO

A literacia em saúde pode ser definida como conjunto de aptidões sociais e cognitivas que irão determinar a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, entender e utilizar as informações para promover e manter boa saúde^{1,2}. Sendo uma excelente estratégia em promoção de saúde e fundamental para capacitação e empoderamento da população³.

Macek *et al.*⁴ apresentaram um modelo conceitual teórico identificando diferentes componentes da literacia em saúde como o reconhecimento de palavras, o conhecimento conceitual e a compreensão de leitura e habilidades de comunicação, que geram o conhecimento em saúde, que por sua vez determinam decisões em saúde e conseqüentemente os resultados em sua saúde.

Estudos mostram que indivíduos com maior literacia em saúde estão mais propensos a adotar comportamentos saudáveis⁵⁻⁷. Esta abordagem infere que um indivíduo com literacia em saúde adequada, é capaz de compreender as orientações que lhe foram feitas, como prescrição, cartão de marcação de consulta, rótulos de medicamentos e outras instruções para uso em casa⁸. No entanto, o baixo nível de literacia em saúde está associado com maior risco de mortalidade em idosos, maiores taxas de hospitalização e uso de serviços de emergência, além de erros na dosagem de medicamentos, menor conscientização sobre promoção de saúde. Portanto, os indivíduos com baixa literacia buscam menos cuidados preventivos e possuem manejo menos adequado de doenças crônicas^{5,7}.

Com relação à saúde bucal, estudos tem associado a baixa literacia em saúde com piores condições clínicas de saúde bucal, como maior prevalência de perda dentária e doença periodontal^{9,10}, piores hábitos de saúde como menor frequência de escovação¹⁰ e menor utilização dos serviços de saúde para prevenção^{9,10}.

A maior parte de estudos existentes para mensurar literacia em saúde, foram elaborados para avaliar apenas a dimensão funcional, com enfoque predominante na leitura e escrita¹¹. Um dos poucos estudos relacionados à literacia em saúde crítica e comunicativa, foi desenvolvido por Ishikawa *et al.*⁶ que elaborou um questionário, para pacientes diabéticos, com intuito de avaliar a capacidade de extrair, analisar criticamente as informações e saber utilizá-las

para tomar decisões. Este questionário denominado *Health Literacy Scale 14 (HLS-14)* posteriormente modificado e ampliado por Suka *et al.*¹² visando mensurar a literacia funcional, comunicativa e crítica, podendo ser aplicado em adultos para qualquer situação de saúde. Este questionário foi validado no Japão e na Holanda.

Existe uma variedade de instrumentos para avaliar a literacia em saúde e o presente estudo optou pelo instrumento desenvolvido por Suka *et al.*¹² visando mensurar a literacia funcional, comunicativa e crítica, podendo ser aplicado em adultos para qualquer situação de saúde. O questionário referido foi validado no Japão e na Holanda.

No contexto nacional brasileiro, o termo e aplicação da literacia em saúde é um conceito recente e ainda pouco estudado. Em nosso país, e em outros países da América Latina, observamos uma boa parcela de jovens e adultos analfabetos ou analfabetos funcionais, o que pode dificultar a compreensão correta e utilização das informações em saúde. Este fato, demonstra a urgência da avaliação de como os usuários interpretam e se comunicam com os profissionais e serviços de saúde.¹³ Por isso, a necessidade de instrumentos que contribuam efetivamente para o desenvolvimento de medidas preventivas e em melhores resultados em saúde.¹⁴

Tendo em vista a grande relevância do estudo da literacia em saúde que tem mostrado associação com decisões em saúde e resultados clínicos, os objetivos deste estudo foram realizar a tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento *Health Literacy Scale(HLS)-14*, aplicando-o em uma amostra de adultos.

METODOLOGIA

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (CEP-FOP/UNICAMP) (número 072/2015).

Desenho do estudo e local da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal de tradução, adaptação transcultural e validação de um instrumento realizado na cidade de Piracicaba, São Paulo, Brasil.

Instrumento

O questionário de literacia em saúde para adultos utilizado foi o de *Suka et al.*¹², Health Literacy Scale (HLS) -14, que contém quatorze questões, com respostas possíveis dentro da escala likert de cinco pontos, para avaliar três dimensões da literacia: literacia funcional (LF) que contém 5 itens, comunicativa com 5 itens (LCo) e crítica (LCr) contendo 4 itens.

O processo para validação, adaptação transcultural e equivalências do *HLS-14* foi composto por 4 etapas: equivalência conceitual, equivalência de itens e semântica, equivalência operacional e equivalência de mensuração¹³ (Figura 1).

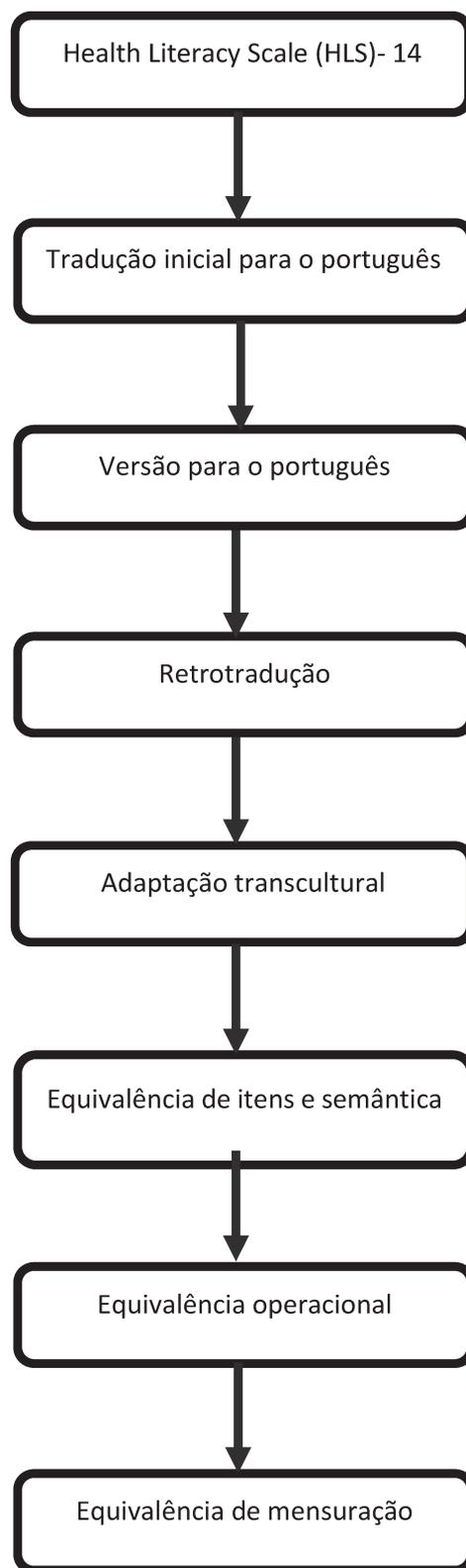


Figura 1. Etapas do processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento.

Etapas

Equivalência conceitual

Houve o estudo do instrumento *Health Literacy Scale -14 (HLS-14)*. Em sua versão original, foi aplicado em 1507 indivíduos, com a faixa etária entre 30 a 69 anos e composto por três etapas. Na primeira etapa, os participantes foram questionados sobre suas experiências e perspectivas a respeito de decisões a serem tomadas sobre medicações. Na segunda etapa, a literacia em saúde foi medida, por meio da aplicação do questionário *HLS-14*. E na terceira etapa, foi medida a qualidade de vida dos participantes da pesquisa. O questionário foi medido em escala likert de 5 pontos, cujo as opções das respostas variavam de concordo totalmente a discordo totalmente. As pontuações dos itens eram somadas para cada voluntário e obtidas então à pontuação final, que indica o nível de literacia em saúde. Quanto maior o escore, maior a literacia em saúde¹².

Equivalência de itens e semântica

Para a equivalência semântica o questionário original foi traduzido da língua inglesa de forma literal para o Português Brasileiro. Essa etapa foi realizada por dois tradutores com proficiência em ambos os idiomas, inglês e português, um de língua materna inglesa com proficiência em português brasileiro e outro de língua de língua materna português brasileiro com proficiência em inglês, ambos não cientes dos objetivos da pesquisa.

Após essa etapa, houve um consenso entre os quatro pesquisadores sobre a tradução de cada vocábulo, para realização da equivalência de itens e semântica. Os pesquisadores concluíram que seriam necessárias reformulações e adaptações de alguns termos para melhor compreensão do questionário.

Posteriormente a análise semântica das questões do instrumento *HLS-14*, obteve-se uma versão traduzida e adaptada ao Português Brasileiro, que foi retrotraduzida por outro tradutor independente de língua materna inglesa, com proficiência em ambas as línguas para verificar se manteve o sentido do idioma

original. O arquivo foi enviado para o autor da versão original para que avaliasse a versão retrotraduzida.

Equivalência operacional

O questionário foi aplicado a 52 voluntários da Unidade de Saúde Boa Esperança I, da cidade de Piracicaba – SP selecionados aleatoriamente, para testar o questionário adaptado e verificação da compreensão das perguntas e respostas. Após responder o questionário, os voluntários relataram sobre a compreensão do instrumento.

O questionário foi reaplicado, um mês depois, nos mesmos voluntários. A análise estatística nesta fase foi correlação do coeficiente de Kendall e o teste α de Cronbach, que é considerado confiável quando maior ou igual à 0,70¹⁵.

Equivalência de mensuração

Para esta etapa o questionário foi aplicado em uma população de adultos que faz parte de um estudo maior de coorte prospectivo no município de Piracicaba, localizado no interior de São Paulo.

A amostra desta etapa foi parte de um levantamento epidemiológico¹⁶, iniciado em 2011 (baseline) utilizou uma amostra representativa de adultos entre 20 e 64 anos residentes do município de Piracicaba- SP, estratificada por diferenças existentes nas condições de saúde bucal nos diferentes grupos etários: adultos jovens (20 a 44 anos) e adultos mais velhos (45 a 64 anos), utilizando dois cálculos. Adotou-se o efeito de desenho (deff) de 1,5, margem de erro de 10%, intervalo de confiança de 95%, e dados de prevalência da experiência de cárie para cada grupo etário (70,2% e 90,9% respectivamente). A população de Piracicaba em 2000 era 368.836 no total, sendo que 202.131 indivíduos encontravam-se entre 20 e 64 anos. O tamanho amostral para adultos de 20 a 44 foi 172 e para adultos de 45 a 64 anos foi 68, estimando 240 indivíduos. Foram considerados para o sorteio 11 domicílios para cada um dos 30 setores censitários. A seleção amostral foi planejada a partir de dados do censo de 2000 fornecidos pelo IBGE, que eram os dados compilados mais recentes no

momento do estudo. A média de moradores na faixa etária por domicílio no censo de 2000 foi 2,49 e a média de domicílios por setor foi 177,75. Foram sorteados, segundo a técnica de amostragem probabilística, 30 setores censitários, mais 2 para serem suplentes. Em cada setor, foram sorteadas 11 residências, segundo a fração que variou determinada pelo número de domicílios. Foi examinado um adulto por domicílio e totalizaram 248 participantes no baseline.

Em 2015, houve a realização do acompanhamento (follow-up), e houve a aplicação do *HLS-14*, para sua validação. Nesse momento, o critério de inclusão do estudo foram indivíduos participantes do estudo em 2011 em residência selecionada no município de Piracicaba- SP por amostragem probabilística que possuíam idade entre 20-64 anos em 2011. A amostra no estudo longitudinal em 2015 foi de 143 adultos entre 24-68 anos¹⁶.

A coleta de dados desta etapa ocorreu entre os meses de junho a setembro de 2015 por meio de um questionário estruturado, com duração de aproximadamente 15 minutos e compreendeu a aplicação do instrumento *HLS-14*. Além desse questionário, cada voluntário respondeu a outras informações sobre fatores demográficos, socioeconômicos, de utilização de serviço odontológico e de percepção de saúde bucal. O questionário foi realizado através de entrevista no momento da realização do exame domiciliar. Foi realizado um estudo piloto previamente a coleta de dados para avaliar a compreensão das questões aplicadas. Também foi verificado o impacto na qualidade de vida através do Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) validado no Brasil¹⁷.

Os exames clínicos bucais foram realizados nos voluntários em seus domicílios, com iluminação natural (sem profilaxia prévia, nem secagem), utilizando sondas Community Periodontal Index (CPI) e espelhos bucais planos como preconizados pela Organização Mundial da Saúde¹⁸. Dois examinadores calibrados realizaram os exames, em que o índice Kappa variou de 0,89 a 1,00 para todas as condições clínicas¹⁶.

As condições clínicas de saúde bucal pesquisadas foram: cárie dentária coronária, condição periodontal e presença de biofilme dental. A experiência de cárie foi avaliada através da soma do índice de dentes permanentes cariados,

perdidos e obturados (CPOD)¹⁶. A presença de bolsa periodontal foi dada à profundidade de bolsa superior a 4 mm (CPI \geq 3). A presença de biofilme dental foi avaliada segundo Ainamo e Bay¹⁹, considerando sim para uma ou mais superfícies dentárias com biofilme visível.

Para o estudo foi adotado um modelo teórico conceitual para literacia em saúde de Macek *et al.*⁴ (Figura 2), que baseia-se no conceito de que a capacidade de reconhecer as palavras e compreender leitura, que fazem parte da literacia funcional, levam a apropriação do conhecimento (literacia comunicativa e crítica) da informação em saúde, e assim, proporciona capacidade de tomar decisões apropriadas que levam a melhores resultados de saúde.

Análise estatística

Para a análise estatística utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0 e Excel®. Foi realizada uma análise descritiva da amostra e associação de variáveis independentes de literacia em saúde. As variáveis independentes escolhidas foram fatores demográficos e socioeconômicos como está representado no modelo conceitual teórico adaptado para o estudo (Figura 2): idade foi estratificada em adultos jovens (24-48 anos) e mais velhos (49-68 anos), sexo em feminino ou masculino; a renda em alta quando maior ou igual a 4 salários mínimos (\geq 4 salários mínimos-SM), média (2-3 SM) ou baixa (\leq 1 SM); a escolaridade foi classificada segundo os anos de estudo, em até 4 anos, de 5 a 11 anos e acima de 11 anos.; decisão em saúde: frequência de escovação, uso do fio dental, tabagismo; utilização de serviço odontológico, frequência do uso do serviço odontológico (frequentemente, urgência); resultados em saúde: presença de cárie não tratada (sim ou não), bolsa periodontal (sim: CPI $>$ 3 ou não), perda dentária (dicotomizada na mediana=6), impacto da saúde bucal na qualidade de vida medido pelo OHIP-14 (presença de um ou mais impactos severos frequentemente e sempre) .

A literacia neste estudo foi o desfecho e construída com a soma dos 14 itens do questionário, posteriormente foi dicotomizada na mediana (46) segundo proposto por Suka *et al.*¹², sendo classificada em alta literacia e baixa literacia.

Foi realizado Teste do Qui-quadrado para verificar a associação entre a literacia e as variáveis independentes, adotando-se a significância de 5%.

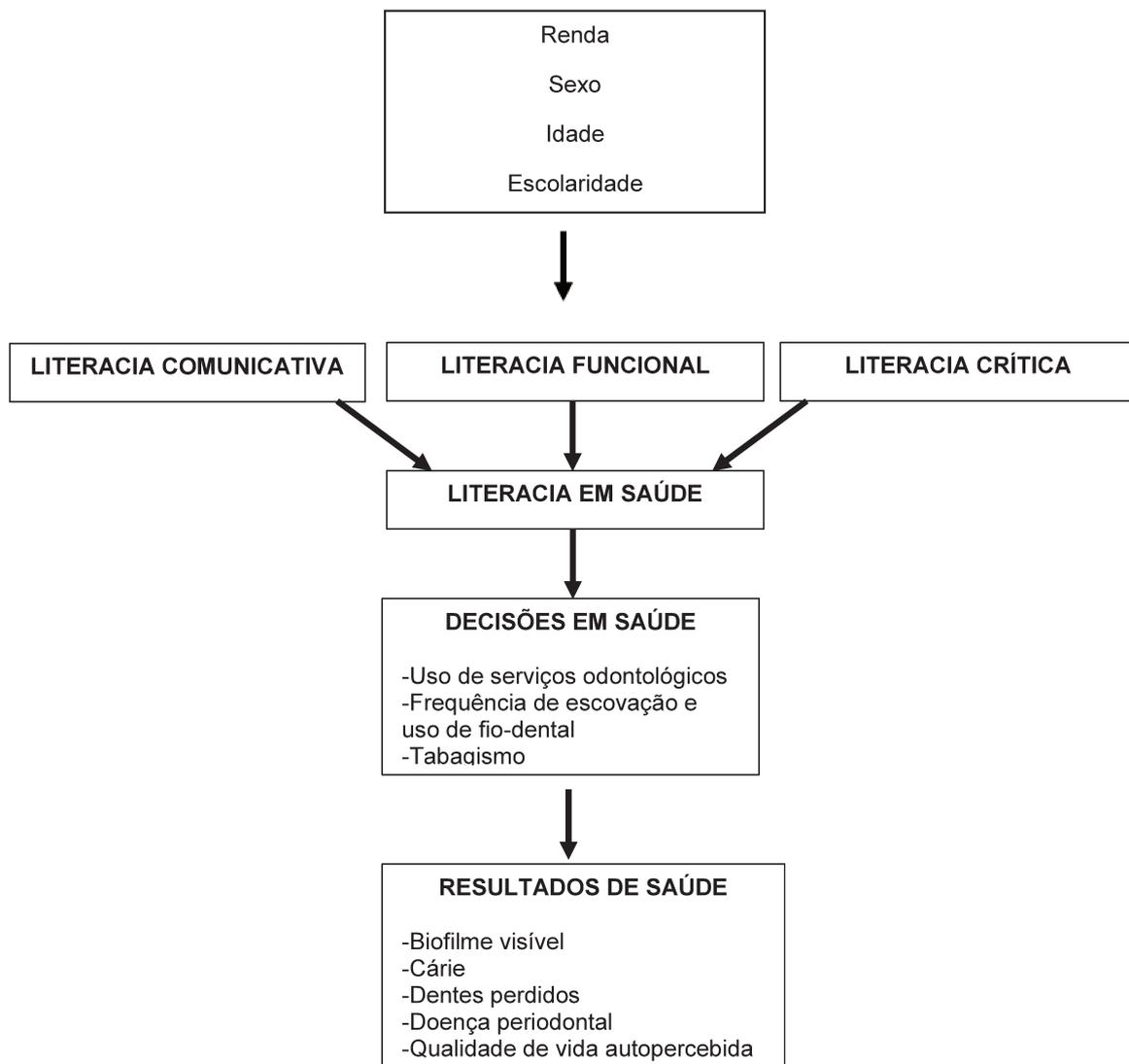


Figura 2. Modelo referencial teórico de Literacia em saúde bucal adaptado de Macek et al.⁴.

RESULTADOS

Após a tradução do questionário por dois tradutores foi realizado um consenso das duas traduções e não foi encontrada a necessidade de alteração nesta etapa.

Os quatro pesquisadores nesta fase se reuniram para discutir as possíveis dificuldades na compreensão de algumas das questões, e foram realizadas algumas alterações para melhor entendimento dos participantes da pesquisa, como apresentado no Quadro 1.

No enunciado que antecede o bloco de questões da literacia comunicativa houve necessidade de melhorar a compreensão, sendo reescrita para “Quando você lê bulas de remédio, responda”.

Na questão 1, foi realizada a substituição do termo Caracteres por palavras, pois poderia expressar melhor o sentido no Português Brasileiro.

Na questão 6, houve a substituição dos termos “diversas fontes” por “em vários lugares “. Assim como na questão 7, que foi permutado o vocábulo “extraio” por “encontro” não alterando o sentido da questão.

Sequencialmente, a questão 8, houve a troca da palavra “obtive” por “encontrada”. Enquanto que na questão de número 9 foi permutado o vocábulo “informo” por “falo”.

Na questão de número 10, houve alteração da palavra “aplico” pelo termo “coloco em prática”, e ainda, o vocábulo “obtive” por “encontrada”. Da mesma forma que na décima segunda questão, foi permutado o termo “levo em conta” pela palavra “sei”.

Semelhantemente, a questão 14, houve mudança na expressão, que inicialmente era: “Eu junto informações em que posso basear minhas informações sobre saúde” após as adaptações, assumiu a seguinte forma: “Eu pego informações gerais que me ajudam a tomar decisões de como melhorar minha saúde”

Segundo o relato geral dos voluntários, o instrumento foi considerado importante para avaliar a capacidade das pessoas em entender as instruções dadas pelos profissionais de saúde.

Quadro 1. Instrumento *HLS-14* em sua versão original, traduzida e após adaptação transcultural. Piracicaba-SP, Brasil, 2015.

Q1	Versão original: I find characters which I cannot read <i>Versão traduzida: Eu encontro caracteres que não consigo ler.</i> <i>Versão adaptada: Eu encontro palavras que não consigo ler</i>
Q2	Versão original: The print is very small for me (although I use glasses). <i>Versão traduzida: A impressão é muito pequena para mim (apesar de eu usar óculos).</i> <i>Versão adaptada: A impressão é muito pequena para mim (apesar de eu usar óculos)</i>
Q3	Versão original: The content is very difficult for me to understand. <i>Versão traduzida: O conteúdo é difícil demais para eu entender</i> <i>Versão adaptada: O conteúdo é muito difícil de entender.</i>
Q4	Versão original: It takes a long time to read (the instructions). <i>Versão traduzida: Leva muito tempo para ler (as instruções)</i> <i>Versão adaptada: Demoro muito para ler (as instruções).</i>
Q5	Versão original: I need someone to help me reading them. <i>Versão traduzida: Eu preciso que alguém me ajude a ler.</i> <i>Versão adaptada: Eu preciso que alguém me ajude a ler.</i>
Q6	Versão original: I look for information at various sources <i>Versão traduzida: Eu procuro informações em diversas fontes</i> <i>Versão adaptada: Eu procuro informações em vários lugares</i>
Q7	Versão original: I extract information that I want. <i>Versão traduzida: Eu extraio a informação que eu quero.</i> <i>Versão adaptada: Eu encontro a informação que preciso.</i>
Q8	Versão original: I understand the information I get. <i>Versão traduzida: Eu entendo a informação que obtive.</i> <i>Versão adaptada: Eu entendo a informação encontrada</i>
Q9	Versão original: I pass on my opinion about my illness, to the doctor, family and friends <i>Versão traduzida: Eu informo a minha opinião sobre a minha doença, ao meu médico, familiares ou amigos</i> <i>Versão adaptada: Eu falo minha opinião sobre a doença ao meu médico, familiares ou amigos</i>
Q10	Versão original: I apply the information I receive, through self-assessment, to my lifestyle and daily routine. <i>Versão traduzida: Eu aplico as informações que obtive à minha vida no dia a dia</i> <i>Versão adaptada: Eu coloco em prática as informações encontradas no meu dia a dia.</i>
Q11	Versão original: I take into account if the information is applicable to me. <i>Versão traduzida: Eu levo em conta se as informações se aplicam a mim.</i> <i>Versão adaptada: Eu sei quando as informações são boas no meu caso.</i>
Q12	Versão original: I take into account if the information is acceptable <i>Versão traduzida: Eu levo em conta se as informações são verdadeiras</i> <i>Versão adaptada: Eu levo em conta se as informações são verdadeiras</i>
Q13	Versão original: I verify if the information is valid and reliable. <i>Versão traduzida: Eu verifico se as informações são válidas e se posso confiar</i> <i>Versão adaptada: Eu tenho conhecimento para julgar se as informações são confiáveis.</i>
Q14	Versão original: I put together information on the basis of my decisions about health <i>Versão traduzida: Eu junto informações em que posso basear minhas decisões sobre saúde</i> <i>Versão adaptada: Eu pego informações que me ajudam a tomar decisões de como melhorar minha saúde.</i>

A versão final do instrumento foi aplicada em um pré-teste com 52 usuários de unidades de saúde. Após o teste de correlação de Kendall todas as questões foram associadas, quando comparadas com a primeira e segunda aplicação do questionário, com exceção das questões 6, 8, 9 e 14 ($p < 0,05$).

Quando o questionário de literacia foi aplicado na amostra de adultos de Piracicaba ($n=143$) de 24 a 68 anos, observou-se consistência interna do instrumento calculada através do coeficiente α de Cronbach de 0,82. Para cada dimensão houve um valor do coeficiente α de Cronbach. Para a literacia funcional $\alpha = 0,66$, literacia comunicativa $\alpha = 0,90$ e literacia crítica $\alpha = 0,81$.

A média do score total HLS-14 foi de 45,16, e o desvio padrão (DP) de 7,8 nesta amostra de adultos.

A tabela 1 apresenta a distribuição da literacia (funcional, crítica e comunicativa) de acordo com cada questão. Pode ser observado que 43,4 % ($n=62$) dos entrevistados relataram dificuldade em relação à compreensão de palavras contidas em bulas de remédio, 46,2% ($n=66$) consideram a impressão das letras de bulas de medicamentos pequenas e 60,1% ($n=86$) dos voluntários, afirmam que não buscam informações adicionais que os ajudam a tomar melhores decisões sobre sua saúde. Apresentaram alta literacia 53,8% ($n=77$) desta amostra.

Tabela 1-Distribuição da literacia em saúde bucal para cada questão em adultos de Piracicaba-SP, Brasil, 2015.

Literacia	Questão	Concordo muito n (%)	Concordo n (%)	Nem concordo, nem discordo n (%)	Discordo n (%)	Discordo muito n (%)
Funcional	Eu encontro palavras que não consigo ler	31(21,7)	62(43,4)	16(11,2)	28(19,6)	02(1,4)
	A impressão é muito pequena para mim.	32(22,4)	66(46,2)	11(7,7)	29(20,3)	01(0,7)
	O conteúdo é muito difícil de entender.	22(15,4)	56(39,2)	29(20,3)	30(21)	01(0,7)
	Demoro muito para ler (as instruções).	10(7)	43(30,1)	18(12,6)	62(43,4)	05(3,5)
	Eu preciso que alguém me ajude a ler.	07(4,9)	20(14)	16(11,2)	70(49)	26(18,2)
Comunicativa	Eu procuro informações em vários lugares	06(4,2)	17(11,9)	02(1,4)	89(62,2)	23(16,1)
	Eu encontro a informação que preciso.	05(3,5)	19(13,3)	11(7,7)	92(64,3)	10(7)
	Eu entendo a informação encontrada.	05(3,5)	20(14)	20(14)	88(61,5)	4(2,8)
	Eu falo minha opinião sobre a doença ao meu médico, familiares ou amigos	04(2,8)	33(23,1)	8(5,6)	80(55,9)	13(9,1)
	Eu coloco em prática as informações encontradas no meu dia a dia.	05(3,5)	30(21)	12(8,4)	80(55,9)	10(7)
Crítica	Eu sei quando as informações são boas no meu caso.	04(2,8)	31(21,7)	23(16,1)	72(50,3)	08(5,6)
	Eu levo em conta se as informações são verdadeiras	03(2,1)	25(17,5)	19(13,3)	79(55,2)	12(8,4)
	Eu tenho conhecimento para julgar se as informações são confiáveis.	07(4,9)	52(36,4)	27(18,9)	43(30,1)	09(6,3)
	Eu pego informações que me ajudam a tomar decisões de como melhorar minha saúde.	05(3,5)	18(12,6)	15(10,5)	86(60,1)	14(9,8)

Nota :Os dados não correspondem a 100% devido a não resposta no questionário de literacia.

A maioria dos examinados foram mulheres, entre 49-68 anos, com mais de 11 anos de estudo. Usam com o serviço odontológico privado, escovam os dentes 3 vezes ou mais por dia, não usam fio dental ainda 58% destes adultos relataram irem regularmente quanto à frequência ao dentista (Tabela 2).

Tabela 2. Características socioeconômicas e de práticas em saúde dos adultos residentes em Piracicaba- SP, Brasil, 2015.

Variáveis		n	%	
Características socioeconômicas	Renda	Alta (≥ 4 SM)	48	33,6
		Média (2-3 SM)	33	23,1
		Baixa (≤ 1 SM)	47	32,9
	Sexo	Feminino	103	72,0
		Masculino	40	28,0
	Idade	24 a 48 anos	68	47,6
		49 a 68 anos	75	52,4
	Escolaridade (anos)	11 ou mais	78	54,5
		5 a 10	34	23,8
Até 4		31	21,7	
Decisões em saúde	Usos de serviços	Particular	75	52,4
		Convênio	36	25,2
		Público	29	20,3
	Escovação	3x ou +	100	69,9
		Até 2x	43	30,1
	Fio dental	Sim	61	42,7
		Não	81	56,6
	Tabagismo	Sim	23	83,9
		Não	120	16,1
	Frequência do serviço odontológico	Regularmente	83	58
Urgência		58	40,6	
Resultados de saúde	Biofilme visível	Não	87	60,8
		Sim	53	37,1
	Cárie	Não	94	65,7
		Sim	49	34,3
	Bolsa de Sangramento	Não tem bolsa >4mm	93	65
		Tem bolsa >4mm	50	35
	Qualidade de vida	Não têm impactos	84	58,7
		Têm 1 ou mais impactos severos	59	41,3
	Dentes perdidos	Até 5 dentes perdidos	76	53,1
		6 ou mais dentes perdidos	67	46,9
	Sangramento	Não	86	60,1
		Sim	57	39,9
	Restauração	Não	18	12,6
Sim		125	87,4	

Na tabela 3 a baixa literacia em saúde foi associada entre os indivíduos com maior faixa etária (entre 49-69 anos), maior utilização de para urgência odontológica, menor frequência de escovação, maior número de dentes

perdidos, maior impacto na qualidade de vida autopercebida e maior presença de biofilme visível.

Tabela 3. Análise bivariada entre o nível da literacia e características socioeconômicas e de práticas em saúde dos adultos residentes em Piracicaba- SP, Brasil, 2015.

Variáveis Independentes	Variáveis Exógenas	Literacia		p-valor
		Alta n (%)	Baixa n (%)	
Idade*	De 24 a 48 anos	43(65,2)	23(34,8)	0,042
	49 a 69	34(47,9)	37(52,1)	
Sexo	Feminino	58(58,0)	42(42,0)	0,486
	Masculino	19(51,4)	18(48,6)	
Renda	Alta (≥ 4 SM)	29(61,7)	18(38,3)	0,503
	Média(2-3SM)	19(59,4)	13(40,6)	
	Baixa (≤ 1 SM)	22(50,0)	22(50,0)	
Escolaridade	11 ou mais	50(64,10)	28(35,9)	0,061
	5 a 10 anos	17(51,50)	16(48,5)	
	Até 4 anos	10(38,50)	16(61,5)	
Tipos de Serviços	Particular	44(62,0)	27(38,0)	0,117
	Convênio	21(58,30)	15(41,7)	
Frequência do serviço odontológico*	Público	11(39,30)	17(60,7)	0,003
	Regularmente	54(66,70)	27(33,3)	
	Urgência	22(40,70)	32(59,3)	
Motivo da visita	Rotina	38(63,30)	22(36,7)	0,336
	Dor	10(50,0)	10(50,0)	
Frequência de escovação*	Tratamento	28(50,90)	27(49,1)	0,038
	3 ou mais	60(61,90)	37(38,1)	
Uso do fio dental	Até 2x	17(42,50)	23(57,5)	0,109
	Sim	37(63,80)	21(36,2)	
Tabagismo	Não	39(50,0)	39(50,0)	0,375
	Sim	66(57,9)	48(42,1)	
Dentes cariados	Sim	11(47,8)	12(52,2)	0,215
	Não tem cariados	54(60,0)	36(40,0)	
Bolsa periodontal	Tem cariados	23(48,9)	24(51,1)	0,466
	Não tem bolsa >4mm	48(53,9)	41(46,1)	
Dentes perdidos*	Tem bolsa >4mm	29(60,40)	19(39,6)	0,043
	Até 5 dentes perdidos	48(64,0)	27(36,0)	
Qualidade de vida (OHIP)*a	6 ou mais dentes perdidos	29(46,8)	33(53,2)	0,035
	Não tem impacto	51(63,8)	29(36,2)	
	Tem 1 ou mais impacto severo	26(45,6)	31(54,4)	
Biofilme Visível*	Não	52(63,4)	30(36,6)	0,044
	Sim	24(47,1)	27(52,9)	

Nota: *Variáveis com valor de $p < 0,05$. Teste do Qui-Quadrado.

a: Oral Health Impact Profile

DISCUSSÃO

O instrumento *HLS-14* aplicado em Português Brasileiro demonstrou ser válido para avaliar a literacia em saúde na população de adulto estudada. A aplicação do instrumento é simples e rápida, cerca de 15min, sendo viável para ser utilizado em ambientes clínicos ou em estratégias coletivas. No presente estudo, a baixa literacia foi associada aos indivíduos com maior faixa etária, que utilizam o serviço odontológico por urgência, menor frequência de escovação, maior prevalência de dentes perdidos, presença de biofilme dental e maior prevalência de impacto na qualidade relacionada à saúde bucal. Conforme definido no modelo teórico conceitual de Macek *et al.*⁴, a literacia em saúde está associada à decisões e condições de saúde, e por isso, a grande relevância do tema para a comunidade científica e profissionais da saúde.

A versão em Português Brasileiro do instrumento *HLS-14* demonstrou, no presente estudo, uma boa consistência interna, pois segundo Kline²⁰, valores de alfa de Cronbach maiores que 0,70 são considerados adequados entre instrumentos destinados à aplicação de testes de habilidade. Esses achados foram similares a validação do instrumento original *HLS-14* em língua holandesa, na Holanda²¹ e no Japão¹² para língua inglesa, em que as três dimensões foram consideradas satisfatórias.

No presente estudo, a dimensão literacia funcional foi a que apresentou menor alfa de Cronbach. Mesmo que esta amostra apresente em sua maioria o ensino médio completo, que corresponde a onze anos de estudo, um dos motivos que podem justificar esse efeito pode ser o entendimento da literacia em saúde como um aspecto além da capacidade de leitura, mas também envolve questões sociais e políticas que implicam no exercício da cidadania²². No questionário aplicado em adultos de Piracicaba, as questões que apresentaram maior percentual de baixa literacia foram as questões desta dimensão, referente à dificuldade de ler bulas e compreender o significado de palavras, bem como a maioria concordou com a afirmação de que o conteúdo das bulas de medicamentos é difícil de compreender.

Os autores do estudo de validação do instrumento *HLS-14* para língua holandesa²¹ apontaram uma falta de instrumentos que sejam capazes de avaliar

a literacia nos seus três níveis e com aplicabilidade em diferentes populações. Este fato impactou na escolha deste instrumento no presente estudo, pois apresenta abrangência nas três dimensões de literacia em saúde para verificar sua aplicabilidade na população brasileira. O instrumento mostrou-se aplicável, no presente estudo, após a realização de adaptações na semântica, que melhoraram a compreensão das questões. No presente estudo, houve discordância na equivalência operacional em quatro questões do questionário (questões 6, 8, 9 e 14), referentes as dimensões comunicativa e crítica. Esse fato também foi apontado na validação holandesa²¹, onde as questões 6, 9 e 14 também apresentaram problemas de compreensão de significado, demonstrando que mesmo em duas culturas diferentes as dificuldades foram semelhantes. Dessa forma, estudos futuros sobre o instrumento devem rever a semântica destas questões mencionadas.

Na etapa de equivalência de mensuração, foi observada associação entre baixa literacia e maior faixa etária, dentre os fatores socioeconômicos e demográficos estudados. De acordo com Suka *et al.*¹², não houve diferenças significativas entre os grupos etários, ao contrário do que vimos no presente estudo. Entretanto, estudo desenvolvido por Parker *et al.*²³ também obtiveram associação de baixa literacia com maior faixa etária, e os adultos mais velhos deste estudo apresentaram maiores dificuldades com os cuidados em saúde bucal.

Van der Vaart *et al.*²¹ afirmam que o processo educacional impacta nas decisões em saúde, que por sua vez influencia nos resultados de saúde. Apesar do nosso estudo não apresentar associação da literacia em saúde e escolaridade, outro estudo aponta essa associação²². No presente estudo, não foram encontrados associação com fatores socioeconômicos, mas é comprovado na literatura que determinantes da saúde, como renda e escolaridade, estão associados com fatores de decisões e resultados em saúde²⁴, e podem também impactar na literacia em saúde, que tem apresentado associação com escolaridade.

No presente estudo, a literacia foi associada com as variáveis de decisões em saúde como: uso de serviços odontológicos e frequência de escovação. Esses resultados também foram encontrados em outros estudos que demonstram que a maior literacia em saúde está associada a comportamentos mais saudáveis⁵⁻⁷.

Os indivíduos com baixa literacia apresentaram maior frequência de uso de serviço odontológico por urgência. Esses dados corroboram com Holtzman *et al.*²⁵ que encontraram entre os indivíduos com menor literacia um maior índice de faltas às consultas odontológicas. Assim como no presente estudo, Berkman *et al.*⁹ afirmaram que a baixa literacia está associada com maior utilização de serviços de saúde, incluindo o aumento de hospitalizações e atendimentos de urgências.

Ueno *et al.*¹⁰ encontraram associação entre o nível de literacia em saúde bucal e comportamentos de saúde bucal e estado de higiene bucal medido pela presença de biofilme dental, como ocorreu no presente estudo. Quanto mais alta a literacia, mais frequentemente os pacientes escovavam seus dentes ou dentadura, e melhor era o estado de higiene bucal no estudo de Ueno *et al.*¹⁰. Lee *et al.*²⁶ também encontraram que o aumento da literacia foi associado com melhor higiene bucal. Conforme os resultados do presente estudo houve associação entre baixa literacia e frequência de escovação, e também com a presença de biofilme visível, que neste caso, podem demonstrar que piores hábitos como menor frequência de escovação podem levar à presença de biofilme, o que é um resultado em saúde. Comportamentos saudáveis estão associados a melhores condições de saúde.

As condições clínicas de saúde bucal que foram associadas com baixa literacia foram presença de biofilme, dentes perdidos e impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Houve maior prevalência de dentes perdidos acima da mediana entre os adultos avaliados no presente estudo que apresentaram baixa literacia. Os resultados estão em concordância com o estudo de Ueno *et al.*¹⁰, cujo aqueles com baixa literacia, apresentaram maior prevalência de dentes perdidos e piores índices periodontais. A perda dentária é o desfecho final para dentes acometidos por cárie ou doença periodontal, sendo uma seqüela que pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos por interferirem na estética, na mastigação, na fala, nos relacionamentos entre outros aspectos²⁷. A associação da literacia com a perda dentária pode ser explicada pelo fato de que indivíduos com baixa literacia, tem maior dificuldade no manejo das doenças^{5,7} podendo acarretar piores consequências em saúde.

Como observado nos resultados deste presente estudo e no modelo teórico adotado de Macek *et al.*⁴ a literacia em saúde impacta nas decisões em saúde e conseqüentemente nos resultados em saúde. Já está demonstrado na literatura o impacto da saúde bucal na qualidade de vida^{27,28}. Piores condições de saúde bucal impactam na qualidade de vida e estão associadas à literacia em saúde, como também o impacto da qualidade de vida está associada a literacia. Porém maiores investigações são necessárias para esclarecer a associação da literacia com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Embora esta amostra seja parte de um estudo longitudinal, a literacia em saúde medida pelo *HLS-14* foi avaliada no recorte transversal, não apresentando uma dimensão temporal. Por ser um estudo inovador, torna-se necessário um aprofundamento para verificar o papel da literacia na saúde bucal e análises posteriores para melhor compreensão do construto.

Por esse motivo, ressaltamos que literacia em saúde pode ser uma estratégia com impacto substancial sobre medidas preventivas e os resultados de saúde. Contribuindo para reduzir as disparidades de saúde bucal e empoderando os indivíduos a tomar decisões adequadas, portanto, melhorando a qualidade de vida e reduzindo custos para o sistema de saúde²⁹. Assim, a validação de um instrumento que mensure a literacia é importante para auxiliar em futuras investigações e tomadas de decisões em saúde.

CONCLUSÃO

O instrumento de literacia em saúde em Português (brasileiro) apresentou validade em uma população adulta brasileira. A baixa literacia foi associada com fatores demográficos (maior faixa etária), decisões em saúde (menor frequência de escovação e maior uso de serviço odontológico por urgência) e resultados de saúde (presença de biofilme, dentes perdidos e maior impacto na qualidade de vida). Futuros estudos que considerem o conhecimento da literacia para a tomada de decisões em saúde podem ser relevantes para saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International. Geneva; Oxford University Press: 1998. 36 p.
2. Rudd ER. Oral health literacy: correcting the mismatch. *J Public Health Dent.* 2012; 72(Suppl 1): 31-3.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000; 15(3): 259-67.
4. Macek MD, Haynes D, Wells W, Bauer-Leffler S, Ann Cotten P, Parker RM. Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. *J Public Health Dent.* 2010; 70(3): 197-204.
5. Hibbard JH, Peters E, Dixon A, Tusler M. Consumer competencies and the use of comparative quality information – it is not just about literacy. *Med Care Res Rev.* 2007; 64(4): 379-94.
6. Ishikawa H, Takeushi T, Yano E. Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy among diabetic patients. *Diabetes Care.* 2008; 31(5): 874-9.
7. Atchison KA, Gironde MW, Messadi D, Der-Martirosian C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *J Public Health Dent.* 2010; 70(4): 269-75.
8. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFLA): a new instrument for measuring patient's literacy skills. *J Gen Intern Med.* 1995; 10(10): 537-42.

9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2011; 155(2): 97-116.
10. Ueno M, Takeuchi S, Oshiro A, Kawaguchi Y. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinical status in Japanese adults. *Journal of Dental Sciences.* 2013; 8(2): 170-6.
11. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A prescription to End Confusion. Washington DC: National Academies Press; 2004.
12. Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, Nakayama T, Sumitani M, Sugimori H. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med.* 2013; 18: 407-15.
13. Mialhe FL, Carthery-Goulart MT. Letramento em Saúde e Promoção da Saúde. In: Maria Cecília Focesi Pelicioni; Fábio Luiz Mialhe. (Org.). *Educação e Promoção da Saúde- Teoria e Prática.* 1ed. São Paulo: Editora Santos- Grupo GEN, 2012, v. 1, p. 133-180.
14. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *J Public Health Dent.* 2012;72 (Suppl. 1): 26-30.
15. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika.* 1951.
16. Silva-Junior MF. Estudo longitudinal das perdas dentárias em adultos e fatores associados. Piracicaba-SP. Dissertação [Mestrado em

- Odontologia]. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2016.
17. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(4): 307-14.
 18. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
 19. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975; 25(4): 229-35.
 20. Kline P. The handbook of psychological testing. Second edition. London: Routledge; 2000
 21. Van der Vaart R, Drossaert CH, Taal E, Klooster PM, Hilderink-Koertshuis RT, Klaase JM, van de Laar MAF. Validation of the Dutch functional, communicative and critical health literacy scales. *Patient Educ Couns.* 2012; 89(1): 82-8.
 22. Sorensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012; 12: 80.
 23. Parker EJ, Jamieson LM. Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. *BMC Oral Health.* 2010; 10(3): 1-8.
 24. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, et al. Fair society, healthy lives: the Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010 [Internet]. 2010. [Acesso em 2015 Jun 19]. 2010. Disponível em: <http://www.marmotreview.org/>.

25. Holtzman JS, Atchison KA, Gironda MW, Radbod R, Gornbein J. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42(3): 263-70.

26. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Vann Jr W. The Relationship of Oral Health Literacy and Self-Efficacy with Oral Health Status and Dental Neglect. *Am J Public Health.* 2012; 102(5): 923–929

27. Batista MJ, Perianes LBR, Hilgert JB, Hugo FN, Souza MLR. The impacts of oral health on quality of life in working adults. *Braz Oral Res.* 2014; 28(1): 1-6.

28. Batista MJ, Lawrence HP, Souza MLR. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. *Health Qual Life Outcomes.* 2014; 12: 165.

29. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *J Public Health Dent.* 2012;72 (Suppl. 1): 26-30.

3 CONCLUSÕES

O instrumento de literacia em saúde apresentou validade nesta população adulta brasileira. A baixa literacia foi associada com fatores demográficos (maior faixa etária), decisões de saúde (menor frequência de escovação e maior uso de serviço odontológico por urgência) e resultados de saúde (maior presença de biofilme, dentes perdidos e maior impacto na qualidade de vida).

REFERÊNCIAS *

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*. 1999; 281, 552 a 557.

Apolinario D, Braga RCO, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, Lee SD. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Revista Saúde Pública*. 2012;46(4):702-11.

Atchison KA, Gironde MW, Messadi D, Der-Martirosian C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *J Public Health Dent*. 2010; 70(4): 269–275.

Bann CM, McCormack LA, Berkman ND, Squiers LB. The Health Literacy Skills Instrument: A 10-Item Short Form. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 2012; 17: sup3, 191-202. doi: 10.1080/10810730.2012.718042

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. 2011; v. 155, n. 2, 97- 116.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*. 1951.

Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richamn JA, Van WF. Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHLiD). *Journal of Public Health Dentistry*. 2007; Vol.67, No 2:105-112.

Hibbard JH, Peters E., Dixon A, Tusler M. Consumer competencies and the use of comparative quality information – it isn't just about literacy. *Medical Care Research and Review*. 2007; 64, 379–394.

Holtzman JS, Atchison KA, Gironde MW, Radbod R, Gornbein J. The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013; 263-270.

Ishikawa H, Takeushi T, Yano E. Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy among diabetic patients. *Health Promotion International*. 2008; 23:269-274.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouver Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed.

Macek MD, Haynes D, Wells W, Bauer-Leffler S, Ann Cotten P, Parker RM. Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. *Journal of Public Health Dentistry* .2010; 70(3):197-204.

Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kinding DA. *Health Literacy: Prescription to End Confusion*. Washington, D.C. 2004

Nutbeam D .Health promotion glossary. *Health Promotion International*.1998; 13. no. 4. Oxford University Press.

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000; 15:259-67.

Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008; 67:2072-8.

Paker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFLA): a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*.1995; 10, 537–542.

Reichenheim ME, Paixão CM, Moraes CL. Portuguese (Brazil) cross-cultural adaptation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S EAST) used to identify risk of violence against the elderly. *Cad Saude Pública*.2008; 24(8): 1801-13.

Richman JA, Lee JY, Rozier RG, Gong DA, Pahel BT, Vann FW.Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in Dentistry: The Reald-99.*Journal of Public Health Dentistry*. 2007; Vol.67, No 2.

Rudd ER. Oral health literacy: correcting the mismatch. *Journal of Public Health Dentistry*. 2012; 72: S31–S33.

Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, Nakayama T, Sumitani M. Sugimori H. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med* .2013; 18:407–415.

Ueno M, Takeuchi S, Oshiro A, Kawaguchi Y. Relationship between oral health literacy and oral health behaviors and clinica status in Japanese adults. *Journal of Dental Sciences* 2013; 8: 170-176.

World Health Organization (WHO). *Basic methods*. Geneva: WHO; 1987.

Wong HM, Bridges SM, Yiu CKY, McGrath CPJ, Au TK, Parthasarathy DS. Development and validation of Hong Kong Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry. *Journal of investigative and clinical dentistry* .2012

APÊNDICES

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: “Validação de um questionário de letramento crítico em saúde bucal para adultos”

Introdução e objetivo

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Validação de um questionário de letramento crítico em saúde bucal para adultos*”. Se decidir participar, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa realizada pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP. O objetivo deste estudo é validar um questionário e avaliar o impacto do letramento em saúde nas práticas em saúde bucal.

1) Justificativa da pesquisa

O letramento em saúde é a habilidade dos indivíduos obterem, compreenderem e utilizarem as informações de saúde de forma adequada. O letramento em saúde é uma das cinco estratégias da Organização Mundial da Saúde para promoção de saúde. Conhecer o letramento em saúde é importante pois quanto mais letrados são os indivíduos, melhores são os resultados em saúde obtidos.

2) Procedimento do estudo

Após concordar em participar deste estudo, você passará pelos seguintes procedimentos: QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO E DA PERCEPÇÃO DA SUA SAÚDE BUCAL – Para avaliar as condições socioeconômicas tais como renda, grau de instrução e obter a percepção do voluntário sobre a própria saúde bucal. O questionário contém questões pessoais que devem ser respondidas de forma sincera, pois não existem respostas certas ou erradas, e todas as informações serão sigilosas.

EXAME BUCAL- Para avaliar as condições de saúde bucal como cárie e condição da gengiva e das próteses. O exame será realizado na sua própria residência. Você será informado sobre suas condições de saúde bucal, e caso haja necessidade de tratamento, será orientado a buscar a unidade de saúde mais próxima a sua residência. Pois o estudo não prevê encaminhamento para tratamento.

3) Grupos- Este estudo será realizado em um grupo único de adultos.

4) Métodos alternativos- Não existem métodos alternativos para obtenção das informações pretendidas.

5) Riscos e desconfortos- Não há riscos previsíveis, pois os procedimentos são simples como o de um exame clínico de rotina realizado por um cirurgião-dentista. O exame bucal será realizado com materiais esterilizados, além disso o examinador utilizará luvas, máscaras, gorro e avental. O questionário será respondido em aproximadamente 20 minutos, pela leitura e marcação das respostas.

6) Benefícios- O principal benefício que este trabalho traz para a comunidade é que esses dados poderão ser utilizados para planejamento de possíveis programas de saúde bucal destinados a essa população, com a vantagem de poderem ser direcionados para o controle dos fatores de riscos verificados durante a pesquisa. Você não terá benefício direto com a pesquisa, porém será esclarecido sobre suas condições de saúde bucal.

7) Forma de acompanhamento e assistência- O pesquisador se compromete a fornecer quaisquer informações que o Sr. (a) achar necessário. O atendimento para pesquisa será realizado nas próprias residências, em período que não interfira na atividade.

8) Esclarecimentos- Você receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios empregados neste documento e outros assuntos realizados a pesquisa antes, durante ou após a realização da mesma.

9) Retirada do consentimento- O participante tem a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudos sem qualquer punição ou prejuízo. Caso não queira participar, não haverá qualquer prejuízo ou danos ao atendimento juntos aos serviços públicos de saúde.

10) Sigilo dos dados- O voluntário tem garantia de não ser identificado, pois será mantido o caráter confidencial das informações referentes a sua privacidade.

11) Despesas- O voluntário não terá gastos ou cobranças pela participação no estudo pois a examinadora vai até a residência do paciente, onde será realizado os exames e o questionário.

12) Previsão de indenização- Não há previsão de indenização, pois a pesquisa não oferece danos previsíveis por se tratarem de exames bucais e aplicação de um questionário. No entanto, os pesquisadores responsáveis se encontram comprometidos com o Conselho Nacional de Saúde na observação e cumprimento das normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa em seres humanos.

13) Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa- Não havendo riscos previsíveis a pesquisa só será encerrada quando as informações desejadas forem obtidas.

14) Entrega do TCLE- Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua

participação agora ou a qualquer momento. Você e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as páginas deste Termo.

Caso tenha mais perguntas sobre o estudo, por favor, faça os seguintes contatos:

Pesquisadores: Marília Jesus Batista / Ana Carolina de Paula Marques

Fone:(19)2106-52-79/2106-5209.FOP: Avenida Limeira 901-Bairro Areão.Piracicaba-SP.CEP:13414-903.Email: anamarkuesinha@yahoo.com.br

15) Declaração de consentimento

Eu, _____ do
RG: _____ declaro ter sido suficientemente informado(a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa “Validação de um questionário de letramento crítico em saúde bucal para adultos” de responsabilidade da mestranda/pesquisadora Ana Carolina de Paula Marques e Marília Jesus Batista. Estou ciente das garantias de confidencialidade que permitem a divulgação dos resultados e dos dados, desde que não seja possível a identificação de sua origem. Minha participação possui caráter voluntário, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. Sendo assim:

() concordo em participar da pesquisa () discordo participar da pesquisa.

Assinatura: _____

Data: / /

Todas as páginas do TCLE serão rubricadas pelo sujeito da pesquisa (ou responsável) e pesquisador. .

Pesquisador: Ana Carolina de Paula Marques

Apêndice 3. QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO E SÓCIODEMOGRÁFICO

Por favor, responda as questões abaixo, ressalta-se que não existem respostas certas ou erradas. Todas essas informações são sigilosas.

Nas questões que possuem alternativas, pede-se que ao voluntário que escolha APENAS UMA DAS ALTERNATIVAS.

Fatores sócio-demográficos

1. NOME: _____

2. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO:

3. IDADE EM ANOS

4. ANO QUE NASCEU

5. SEXO MASCULINO
 FEMININO

6. ESTADO CIVIL:
1 – solteiro
2 – casado
3 – divorciado/separado

7. GRUPO ÉTNICO:
1 - amarelo
2 – branco
3 – indígena
4 – negro
5 – pardo

Fatores sócio-econômicos

8. Sua renda mensal (Situação econômica pessoal)

- até R\$272,00
- de R\$273,00 até R\$545,00
- de R\$546,00 a R\$1090,00
- de R\$1091,00 a R\$2180,00
- de R\$2181,00 a R\$ 4905,00
- de R\$4906,00 a R\$ 8175,00
- de R\$8176,00 a R\$16350,00
- Acima de R\$16351,00
- não sabe/ não informou

9. Renda familiar mensal (Situação econômica da família)

- até R\$272,00
- de R\$271,00 a R\$545,00
- de R\$546,00 a R\$1090,00
- de R\$1091,00 a R\$ 2180,00

10. Número de pessoas na família (Residentes na mesma casa)

- Até 2 Pessoas 3 Pessoas 4 Pessoas
- 5 Pessoas 6 Pessoas Acima 6 Pessoas

11. Fonte da sua renda

- salário
- pró-labore
- rendimento financeiro
- honorários
- aluguéis
- aposentadoria
- pensão
- não sabe/ não informou

12. Atualmente você está empregado?

- sim, o dia todo, tempo integral
- sim, parte do dia, tempo parcial
- não, afastado
- não, desempregado
- não sabe/ não informou

13. Profissão: _____

14. Seu grau de instrução

- sem escolaridade/ NÃO ALFABETIZADO
- sem escolaridade/ ALFABETIZADO
- 1ª e 4ª série incompleta
- 1ª e 4ª série completa
- 5ª e 8ª série incompleta

- 5ª e 8ª série completa
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- não sabe/ não informou

15. Moradia

- Residência própria quitada
- Residência própria com financiamento a pagar
- Residência cedida pelos pais ou parentes
- Residência cedida em troca de trabalho
- Residência alugada
- Residência cedida por não ter onde morar
- não sabe/ não informou

16. Qual o grau de instrução de sua mãe?

- NÃO ALFABETIZADO
- ALFABETIZADO
- 1ª e 4ª série incompleta
- 1ª e 4ª série completa
- 5ª e 8ª série incompleta
- 5ª e 8ª série completa
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- não sabe/ não informou

17. Qual o grau de instrução do seu pai?

- NÃO ALFABETIZADO
- ALFABETIZADO
- 1ª e 4ª série incompleta
- 1ª e 4ª série completa
- 5ª e 8ª série incompleta
- 5ª e 8ª série completa
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- não sabe/ não informou

18. Como considera a situação econômica da sua família na sua infância?

- rica média pobre muito pobre não sabe/ não informou

19. Sua situação econômica atual em relação à da sua família quando você era criança é:

- bem melhor melhor igual pior bem pior não sabe/ não informou

Fatores relacionados à saúde geral e bucal

20. Está atualmente sob tratamento médico? não sim

21. Qual? _____

22. Está tomando algum medicamento? não sim

23. Qual? _____

24. Possui alguma doença há mais de três meses? não sim

25. Qual? _____

26. Extraíu (arrancou) algum dente no dentista alguma vez na vida? não sim

27. Se a resposta for positiva, por que extraíu?

- muita dor
- cavidade muito grande
- o dente estava perdido
- a restauração estava quebrada
- o dente estava quebrado

- () a gengiva estava muito inflamada, e estava mole
- () abscesso/ infecção
- () o canal do dente estava ruim
- () para fazer prótese ou dentadura
- () não sabe/ não informou
- () outros

28. Quantos anos você tinha quando perdeu o primeiro dente?

29. Qual o motivo da extração do primeiro dente?

- () muita dor
- () cavidade muito grande
- () o dente estava perdido
- () a restauração estava quebrada
- () o dente estava quebrado
- () a gengiva estava muito inflamada, e estava mole
- () abscesso/ infecção
- () o canal do dente estava ruim
- () para fazer prótese ou dentadura
- () não sabe/ não informou
- () outros _____

30. Por que você extraiu seu dente ao invés de mantê-lo?

- () não tinha tratamento que poderia ser feito no dente
- () outros tratamentos teriam custado muito
- () não valia a pena o tempo e o esforço necessários para recuperar o dente, mas não por causa de dinheiro
- () porque era necessário para fazer prótese parcial ou total
- () os outros tratamentos causariam muita dor
- () porque não tive muito sucesso com outros tratamentos no passado
- () seria muito sofrimento considerar as outras opções
- () outras razões _____
- () não sabe/ não informou

31. Onde extraiu o primeiro dente?

- () SUS () dentista particular () convênio () outros _____

32. Extraiu algum dente no dentista no último ano? () sim () não

33. Se a resposta for positiva, Por que extraiu?

- () muita dor
- () cavidade muito grande
- () o dente estava perdido
- () a restauração estava quebrada
- () o dente estava quebrado
- () a gengiva estava muito inflamada, e estava mole
- () abscesso/ infecção
- () o canal do dente estava ruim
- () para fazer prótese ou dentadura
- () não sabe/ não informou
- () outros

34. Por que você extraiu seu dente ao invés de mantê-lo?

- () não tinha tratamento que poderia ser feito no dente
- () outros tratamentos teriam custado muito
- () não valia a pena o tempo e o esforço necessários para recuperar o dente, mas não por causa de dinheiro
- () porque era necessário para fazer prótese parcial ou total
- () os outros tratamentos causariam muita dor
- () porque não tive muito sucesso com outros tratamentos no passado
- () seria muito sofrimento considerar as outras opções
- () outras razões
- () não sabe/ não informou

35. Que tipo de tratamento o dentista propôs a você como alternativa para a extração?

- () uma restauração
- () uma cirurgia na gengiva
- () uma coroa ou ponte fixa

- () tratamento de canal
- () extração foi a única opção que o dentista me ofereceu
- () outras _____
- () não foram discutidas outras opções
- () não sabe/ não informou

36. O que você pensa que causa dor de dente?

- () problemas de dente não tratados, falha do dentista
- () "dentes ruins de família"
- () falta de higiene dos dentes (que leva à cárie)
- () comer certos tipos de comida
- () problemas de sinusite
- () o envelhecimento (acontece quando as pessoas ficam mais velhas)
- () outra resposta _____
- () não sabe/ não informou

37. Possui escova de dente? () não () sim

38. Qual a frequência que você escova seus dentes ou limpa sua dentadura

Número de vezes

- () por dia
- () por semana
- () por mês
- () por ano
- () nunca
- () não sabe/ não informou

39. Qual frequência que você usa o fio dental

Número de vezes

- () por dia
- () por semana
- () por mês
- () por ano
- () nunca
- () não sabe/ não informou

40. Usa ou já usou algum tipo de prótese na sua boca até o dia de hoje? () não () sim

41. Você fuma? () não () sim

42. Se a resposta for positiva, quantos cigarros você fuma por dia?

43. É ex-fumante? () não () sim

44. Se a resposta for positiva, por quanto tempo fumou antes de abandonar o cigarro?

45. Consome bebidas alcoólicas com frequência? () não () sim

46. Qual a frequência? _____

Acesso a serviços de saúde

47. Já foi ao dentista alguma vez na vida? () não () sim

48. Qual a frequência que você costuma ir a uma consulta odontológica?

- () mais que uma vez ao ano para exame de rotina ou tratamento
- () em torno de uma vez ao ano para exame de rotina ou tratamento
- () menos que uma vez ao ano para exame de rotina ou tratamento
- () apenas para consulta de emergência
- () nunca
- () não sabe/ não informou

49. Há quanto tempo foi sua última consulta odontológica?

- () Nunca foi ao dentista
- () menos de um ano
- () de 1 a 2 anos
- () 3 anos ou mais

50. Onde foi a última consulta?

- nunca foi ao dentista
 serviço público ()
 dentista particular
 serviço privado (convênios)
 serviço filantrópico
 outros

51. Qual o motivo que o levou ao dentista na última consulta odontológica?

- nunca foi ao dentista
 consulta rotina/reparo/manutenção
 dor
 sangramento gengival
 cavidades nos dentes
 feridas, caroços ou manchas na boca
 outros

52. Nesses últimos 12 meses, você tem evitado realizar tratamento odontológico?

- sim () não () não sabe/ não informou

53. Caso tenha evitado o tratamento odontológico, por que o fez?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> não consegui consulta | <input type="checkbox"/> muito ocupado |
| <input type="checkbox"/> não tenho convênio odontológico | <input type="checkbox"/> não quero piorar minha boca |
| <input type="checkbox"/> não tive como pagá-lo | <input type="checkbox"/> estive muito doente para ir |
| <input type="checkbox"/> não tive como ir até o dentista | <input type="checkbox"/> não é importante |
| <input type="checkbox"/> os últimos tratamentos não resolveram | <input type="checkbox"/> muito longe para chegar no dentista |
| <input type="checkbox"/> o tratamento é muito doloroso | <input type="checkbox"/> outros |
| <input type="checkbox"/> muito medo | <input type="checkbox"/> não sabe/ não informou |

54. Quanto você gastou com tratamento odontológico ou pagamento de convênio no último ano?

- _____ () não sabe/ não informou

55. Como avalia o atendimento do último dentista que visitou?

- nunca foi ao dentista () péssimo () ruim () regular () bom () ótimo

56. Considera que necessita de atendimento atualmente? () não () sim

57. Recebeu informações de como evitar problemas bucais? () não () sim

Você concorda ou discorda das afirmações abaixo a respeito às informações de saúde bucal

58. Eu tenho informações disponíveis de saúde bucal em vários veículos de informação:

- concordo fortemente () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo fortemente

59. Eu sou capaz de obter informações relacionadas à saúde sempre que quero:

- concordo fortemente () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo fortemente

60. Eu sou capaz de entender e me comunicar para obter mais informações de saúde bucal:

- concordo fortemente () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo fortemente

61. Eu sou capaz de interpretar e julgar a confiabilidade da informação que recebi em saúde bucal:

- concordo fortemente () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo fortemente

62. Eu posso fazer escolhas baseadas nas informações que eu obtive e relacioná-la com minha situação e os meus problemas de saúde bucal:

- concordo fortemente () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo fortemente

Autopercepção em saúde

63. Como percebe sua saúde geral?

- ótima () boa () regular () ruim () péssima () não sabe/não informou

64. Como você percebe sua saúde bucal?

- ótima () boa () regular () ruim () péssima () não sabe/não informou

65. Comparado com outras pessoas da sua idade como você percebe sua saúde bucal?

ótima boa regular ruim péssima não sabe/não informou

66. Está satisfeito com sua saúde geral?

muito satisfeito satisfeito um pouco insatisfeito insatisfeito muito insatisfeito não sabe/não informou

67. Está satisfeito com sua saúde bucal?

muito satisfeito satisfeito um pouco insatisfeito insatisfeito muito insatisfeito não sabe/não informou

68. Como você classificaria sua qualidade de vida?

excelente muito boa boa regular ruim não sabe/ não informou

69. Você acredita que a saúde bucal interfere na sua qualidade de vida?

interfere muito interfere interfere um pouco não interfere nada não sabe/ não informou

70. O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos meses ?

nenhuma dor pouca dor média dor muita dor

71. Quão satisfeito você está com a aparência dos seus dentes?

muito satisfeito satisfeito um pouco insatisfeito insatisfeito muito insatisfeito não sabe/não informou

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura (esta pergunta é repetida a cada item):

72. Você teve problemas para falar alguma palavra?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

73. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

74. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

75. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

76. Você ficou preocupado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

77. Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

78. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

79. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

80. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

81. Você se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

82. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

83. Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

84. Você sentiu que a vida, em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre

85. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
() nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre

Apêndice 4- HEALTH LITERACY SCALE(HLS)- 14 TRADUZIDO E ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Nome:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Questionário

QUANDO VC LÊ BULAS DE REMÉDIO, RESPONDA:

01- Eu encontro palavras que não consigo ler.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

02- A letra é muito pequena para mim (apesar de eu usar óculos).

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

03- O conteúdo é muito difícil de entender.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

04- Demoro muito para ler (as instruções).

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

05- Eu preciso que alguém me ajude a ler.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

SE VOCÊ DESCOBRE QUE TEM CÁRIE OU UMA INFLAMAÇÃO NA GENGIVA, E NÃO TEM MUITAS INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA E SEU TRATAMENTO, RESPONDA:

06- Eu procuro informações em vários lugares.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

07- Eu encontro a informação que preciso.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

08- Eu entendo a informação encontrada.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

09- Eu falo minha opinião sobre a doença ao dentista, familiares ou amigos.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

10- Eu coloco em prática as informações encontradas no meu dia a dia.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

11- Eu sei quando as informações são boas no meu caso.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

12- Eu levo em conta se as informações são verdadeiras.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

13- Eu tenho conhecimento para julgar se as informações são confiáveis.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

14- Eu pego informações que me ajudam a tomar decisões de como melhorar minha saúde.

() concordo muito () concordo () nem concordo, nem discordo () discordo () discordo muito

ANEXOS

Anexo 1. PROTOCOLO DE ACEITO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

09/12/2016

Comitê de Ética em Pesquisa - Certificado



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Validação de um questionário de letramento crítico em saúde bucal para adultos**", protocolo nº 072/2015, dos pesquisadores Ana Carolina de Paula Marques e Marília Jesus Batista, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 16/09/2015.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project "**Validation of a questionnaire of critical literacy in oral health for adults**", register number 072/2015, of Ana Carolina de Paula Marques and Marília Jesus Batista, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on Sep 16, 2015.

Profa. Dra. Fernanda Miori Pascon
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

file:///C:/Users/Mar%C3%ADlia/Documents/mestrado%20profissional/2014/and%20carolina%20marques/Comit%C3%AA%20de%20%C3%89tica%20em%20Pesquisa%20-%20Certificado.html

1/1

Anexo 2. HEALTH LITERACY SCALE (HLS) -14 ORIGINAL EM INGLÊS

1-Find characters that I cannot read

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

2-Feel that the print is too small for me to read

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

3-Feel that the content is too difficult for me to understand

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

4-Feel that it takes a long time to read them

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

5- Need someone to help me read them

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

6-Collect information from various sources

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

7-Extract the information I want

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

8- Understand the obtained information

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

9- Communicate my opinion about my illness

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

10- Apply the obtained information to my daily life

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

11- Consider whether the information is applicable to me

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

12- Consider whether the information is credible

Strongly Disagree Disagree Not Sure Agree Strongly Agree
() () () () ()

13-Check whether the information is valid and reliable

Strongly Disagree	Disagree	Not Sure	Agree	Strongly Agree
()	()	()	()	()

14-Collect information to make my healthcare decisions.

Strongly Disagree	Disagree	Not Sure	Agree	Strongly Agree
()	()	()	()	()