

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO**

**FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARENTAL  
HEALTH LITERACY ACTIVITIES TEST (PHLAT)**

**CASCADEL-PR  
(Junho/2020)**

**FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARENTAL  
HEALTH LITERACY ACTIVITIES TEST (PHLAT)**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências em Saúde.

**Área de concentração:** Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde

**ORIENTADORA:** Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

**COORIENTADORA:** Profa. Dra. Cláudia Silveira Viera

CASCADEL-PR

(Junho/2020)

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Simch, Francielle Brustolin de Lima  
Adaptação transcultural e validação do instrumento  
Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT) /  
Francielle Brustolin de Lima Simch; orientador(a),  
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso; coorientador(a),  
Claudia Silveira Viera, 2020.  
161 f.

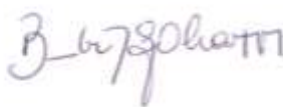
Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste  
do Paraná, Campus de Cascavel, Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
Biociências e Saúde, 2020.

1. Letramento em saúde. 2. Pais. 3. Crianças. 4. Atenção  
Primária. I. Toso, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira.  
II. Viera, Claudia Silveira. III. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH**  
**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARENTAL**  
**HEALTH LITERACY ACTIVITIES TEST (PHLAT)**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.



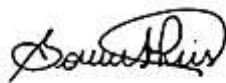
---

Orientador: Prof. Dr. (a) Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso  
UNIOESTE



---

Prof. Dr. (a) Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro  
UNIFESP



Prof. Dr. (a) Solange de Fátima Reis Conterno  
UNIOESTE

CASCADEL-PR  
(Junho/2020)

### *Dedicatória*

*Dedico este trabalho ao meu esposo, Agostinho Simch, que foi meu grande colaborador e incentivador. Meu porto seguro.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela dádiva da vida e por permitir que eu realizasse tantos sonhos nesta existência. Obrigada pela graça de aprender com os erros, crescer e proporcionar todo discernimento e sabedoria necessária para chegar a essa conquista. Por Seu infinito amor, pela força que me concedeu, que não me permitiu desistir.

Aos meus filhos, Pedro Emanuel e Maria Laura, que me movem todos os dias, na busca por meus objetivos.

Aos meus pais, José Abel e Fátima, que nunca mediram esforços para que eu conseguisse alcançar os meus sonhos, que sempre foram impulsionadores das minhas conquistas.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, e à minha coorientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claudia Silveira Viera, que acreditaram no meu potencial e, pacientemente, proporcionaram-me grande crescimento e aprendizado. A vocês, minha eterna gratidão.

Às professoras Solange Fátima Reis Conterno e Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro, que compõem a banca deste trabalho, agradeço por aceitarem o convite e pelas contribuições realizadas.

Ao amigo e colega de trabalho na Universidade Federal do Paraná, campus de Toledo, Maurício Bedim dos Santos, por sua preciosa contribuição estatística. Meu profundo agradecimento e admiração.

Ao meu grande amigo, Sandro Bochenek, que, com agradáveis e produtivas conversas, despertou em mim a curiosidade científica.

Aos alunos do Curso de Medicina da Universidade Federal – Campus Toledo, por aceitarem o desafio e, incansavelmente terem ido a campo, contribuindo com a coleta de dados deste trabalho.

À Atenção Básica do município de Toledo e às suas unidades de saúde, que, com muita solicitude, abriram as portas, concedendo que esta pesquisa fosse realizada.

## RESUMO

SIMCH, F.B.L. **Adaptação transcultural e validação do instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). 2020.** 158f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde)-Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Cascavel, Cascavel, 2020.

O adoecimento infantil é fator que impacta na vida de uma criança, tendo em vista as alterações nas condições de saúde e bem-estar, as mudanças na sua rotina e da família e a vulnerabilidade própria da idade, muitas vezes, associada à vulnerabilidade social da família. Nesse sentido, quando a família procura auxílio das equipes de saúde, para atender as demandas de cuidado de sua criança doente, é importante a comunicação eficiente entre os profissionais de saúde e os pais/cuidadores, de modo a manter estes informados e orientados quanto ao tratamento, aos procedimentos, à terapêutica e às dúvidas sobre o cuidado. Para avaliar se essa comunicação está sendo eficiente, na prática diária, apresenta-se a necessidade de instrumentos de avaliação que possam mensurar o nível de Letramento em Saúde de pais/cuidadores de crianças, que buscam atendimento de saúde na atenção primária. Entretanto, os instrumentos avaliativos, amplamente utilizados no exterior, não se encontram disponíveis para essa população no Brasil, embora já sejam utilizados para outros grupos etários e no seguimento de condições crônicas e adesão terapêutica. Assim, partir de instrumentos que permitam sintonias transculturais, realizar a adaptação de instrumento existente, para a realidade local, permite suprir essa lacuna encontrada. Objetiva-se, então, realizar a tradução, adaptação cultural, validação psicométrica e aplicação do instrumento *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT), para pais/cuidadores que buscam atendimento na unidade de atenção primária. O estudo delineia-se como estudo metodológico, seguindo as etapas de tradução, síntese, retrotradução, análise por comitê de juízes, pré-teste, teste/reteste e aplicação de testes estatísticos para avaliação das propriedades psicométricas e obtenção da sua versão para o português do Brasil. O pré-teste foi realizado com amostra de 31 familiares, o teste e reteste com 93 e para validação clínica foi aplicado a 302 familiares, segundo cálculo amostral. Foi desenvolvido em unidades de atenção primária do município de Toledo, Paraná. A análise estatística inferencial foi aplicada para verificar a validade e confiabilidade do instrumento para as fases realizadas. Na avaliação de validade de conteúdo, realizada pelo comitê de juízes, observou-se uma taxa adequada de concordância para o consenso de tradução de 100%. Na avaliação da confiabilidade, após a aplicação do instrumento no pré-teste, a consistência interna medida pelo Alfa



de Cronbach foi de 0,73 e, no teste-reteste, foi de 0,69. A avaliação da confiabilidade do instrumento quanto à estabilidade, mensurada pela correlação intraclasse, foi de 0,865, com intervalo de confiança de 95%, ambos demonstrando confiabilidade substancial. O instrumento foi considerado adequado quanto à sua adaptação cultural e validação para o português do Brasil, e confiável para a aplicação entre cuidadores/familiares. Na validação clínica, a validade de constructo, mensurada pela análise fatorial confirmatória, demonstrou equivalência do instrumento com a original, mantendo-se em uma única dimensão. A confiabilidade foi mensurada pelo Kuder-Richardson, com valor de 0,70. Responderam às questões do PHLAT, de acordo com o esperado, pois 67,4% dos participantes, portanto, a maioria dos cuidadores, teve letramento funcional em saúde satisfatório. No entanto, somente 39,7% conseguiram preparar uma mamadeira para reidratação oral e 42,1% dariam o medicamento comprado na farmácia, por conta própria, para a criança; 37,1% foram capazes de ler corretamente um termômetro para determinar se devem ligar para o pediatra, após receberem uma temperatura específica para usar como parâmetro para a febre. Destarte, 97,7% interpretaram corretamente informações da especificidade do medicamento, contidas na caixa oferecida; 87,1% responderam adequadamente quanto ao tempo correto dos intervalos entre mamadas, após receberem um folheto com orientações sobre aleitamento materno. As mães (92,4%) foram identificadas como as principais cuidadoras. Completaram o ensino médio 53,6% e 24,5%, o ensino superior/pós-graduação. A renda prevalente foi de até dois salários mínimos. A idade média dos cuidadores foi de 28,3 anos e 55,3% deles relataram procurar exclusivamente a unidade de atenção primária para assistência à saúde da criança. Maior renda e mais anos de escolaridade influenciaram em melhores resultados de letramento em saúde. Desse modo, o estudo contribui com um instrumento confiável de verificação do Letramento em Saúde para familiares de crianças menores de um ano, inédito no Brasil, útil para profissionais da atenção primária, possibilitando medir o nível de entendimento das famílias sobre as orientações terapêuticas e de cuidado recebidas. A falta de letramento adequado é uma adversidade coletiva, enfrentada pela estimulação da comunicação, de forma clara, entre equipe de saúde e pais/cuidadores, ação que poderá reduzir os impactos nas condições de saúde da criança.

**Palavras-Chaves:** Compreensão. Linguagem. Família. Criança. Letramento em saúde. Pessoal de saúde.

## ABSTRACT

SIMCH, F.B.L. **Transcultural Adaptation and Validation of the Instrument Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)**. 158f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2020.

Childhood illness is a factor that impacts a child's life, in view of changes in health and well-being conditions, changes in their routine and family, age-specific vulnerability, often associated with the family's social vulnerability. In this sense, when the family seeks help from the health teams to meet the care demands of their sick child, efficient communication between health professionals and caregivers/family members is important, in order to keep them informed and oriented about the treatment, procedures, therapy and doubts about caring. To assess whether this communication is being effective in daily practice, there is a need for assessment instruments that can measure the level of health literacy of caregivers/family members of children, who seek health care in primary care. However, the assessment instruments, widely used abroad, are not available for this population in Brazil, although they are already used for other age groups and following chronic conditions and therapeutic adherence. Thus, starting from instruments that allow cross-cultural attunements, adapting the existing instrument to the local reality, makes it possible to fill this gap. The aim, then, is to carry out the translation, cultural adaptation, psychometric validation and application of the instrument Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT), for caregivers/family members who seek care in the primary care unit. The study is outlined as a methodological, quantitative study, following the steps of translation, synthesis, back-translation, analysis by a committee of judges, pre-test, test/retest and application of statistical tests to assess psychometric properties and obtain its version for Brazilian Portuguese. The pre-test was carried out with a sample of 31 family members, the test and retest with 93 and for clinical validation it was applied to 302 family members, according to the sample calculation. It was developed in primary care units in the municipality of Toledo, PR. Inferential statistical analysis was applied to verify the validity and reliability of the instrument for the phases performed. In the content validity assessment carried out by the panel of judges, an adequate agreement rate for the translation consensus of 100% was observed. In the assessment of reliability after the application of the instrument in the pre-test, the internal consistency measured by Cronbach's Alpha was 0.73 and, in the test-retest it was 0.69. The assessment of the instrument's reliability regarding stability, measured by the intraclass correlation, was 0.865, with a 95% confidence interval, both demonstrating substantial reliability. The instrument was considered

adequate for its cultural adaptation and validation for Brazilian Portuguese, and reliable for application among caregivers/family members. In clinical validation, the construct validity measured by confirmatory factor analysis demonstrated equivalence of the instrument with the original, remaining in a single dimension, reliability was measured by Kuder-Richardson with a value of 0.70. 67.4% of the participants answered the PHLAT questions according to the expected, so most caregivers had satisfactory functional health literacy. However, only 39.7% were able to prepare a bottle for oral rehydration and 42.1% would give the purchased medicine at the pharmacy on their own to the child; 37.1% were able to read a thermometer correctly to determine whether to call the pediatrician after receiving a specific temperature to use as a parameter for fever. Thus, 97.7% correctly interpreted information on the specificity of the medication contained in the offered box, 87.1% responded adequately regarding the correct time between intervals between feedings after receiving a brochure with guidelines on breastfeeding. Mothers (92.4%) were identified as the main caregivers. High school completed 53.6% and 24.5% higher education/graduate. The prevalent income was up to two minimum wages. The average age of caregivers was 28.3 years and 55.3% reported looking exclusively at the primary care unit for child health care. Higher income and more years of schooling influenced better health literacy results. In this way, the study contributes with a reliable instrument for verifying Health Literacy for family members of children under one year old, unprecedented in Brazil, useful for primary care professionals, making it possible to measure the level of understanding of families about therapeutic and health guidelines. care received. Thus, the lack of adequate literacy is a collective adversity, however in child health it is necessary to stimulate communication clearly between the health team as a measure to face this reality, reducing the negative impacts on the child's health conditions.

**Keywords:** Understanding. Language. Family. Kid. Health literacy. Health personnel.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1– Número de estabelecimentos de saúde segundo o tipo de estabelecimento - 2017. Toledo, PR, 2019. ....	31
Quadro 2 – Taxa de analfabetismo segundo faixa etária – 2010. Toledo, PR, 2019.....	32
Quadro 3 – População censitária segundo faixa etária e sexo. Toledo, PR, 2019.....	32
Figura 1 - Processo de tradução, adaptação cultural e validação. ....	33
Figura 2 - Representação dos estágios da adaptação transcultural recomendados por Beaton, Bombardier e Guillemin (2000). ....	36
Quadro 4 - Unidades de atenção primária e percentual de atendimentos de crianças menores de um ano, em 2018.....	38

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

HPV – Papiloma Vírus Humano

CCI - Coeficiente de Correlação Intraclass

INAF – Indicador de Alfabetismo Funcional

LS – Letramento em Saúde

LF – Letramento Funcional

LFS – Letramento Funcional em Saúde

PHLAT - *Parental Health Literacy Activities Test*

REALM – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*

SAHLSA - *Short Assessment of Health Literacy for Spanish*

SAHLPA – *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese*

S-TOFHLA – *Test of Functional Health Literacy in Adults – short version*

SUS – Sistema Único de Saúde

TALES – Teste de Avaliação de Letramento em Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOFHLA - *Test of Functional Health Literacy In Adults*

WHCA - *World Health Communication Associates*

WIC – *Woman, Infants and Children*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
3.1 Letramento e Letramento em Saúde .....	18
3.2 Instrumentos de avaliação do letramento em saúde .....	23
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>30</b>
4.1 Tipo do estudo .....	30
4.2 Local do estudo .....	30
4.3 Instrumento.....	32
4.4 População e Amostra do Pré-teste, teste e reteste .....	37
4.5 Critérios de inclusão .....	39
4.6 Critérios de exclusão .....	40
4.7 Coleta de dados.....	40
4.8 Aspectos éticos.....	40
4.9 Análise de dados .....	41
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
Artigo 1 .....	44
Artigo 2 .....	65
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>95</b>
Apêndice A .....	96
Apêndice B .....	101
Apêndice C .....	106
Apêndice D .....	111
Apêndice E .....	113
<b>ANEXOS .....</b>	<b>116</b>
Anexo A .....	117
Anexo B .....	125
Anexo C .....	127
Anexo D .....	133
Anexo E .....	147
Anexo F .....	148

## 1 INTRODUÇÃO

O letramento é resultante do processo de aprender a ler e a escrever, sendo a situação que um sujeito ou uma coletividade alcança após a apropriação da escrita e de suas práticas na sociedade. De outro modo, o letramento funcional se define por meio dos conhecimentos e habilidades de leitura e escrita que proporcionam ao sujeito o envolvimento nas atividades distintas da sua área de abrangência (SOARES, 2001).

Nesse contexto, Coelho *et al.* (2014) descrevem o Letramento Funcional em Saúde (LFS), a partir do conhecimento, do estímulo e das capacidades individuais para acessar, assimilar, analisar e empregar as informações de saúde com a finalidade de exercer julgamentos e tomada de decisões, no que se refere à vida cotidiana a respeito de saúde, agravos, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Os conceitos de Letramento como capacidade competente de leitura e escrita e Letramento em Saúde (LS) são distintos<sup>1</sup>, porém intimamente relacionados, pois aquelas pessoas que apresentam baixo nível de letramento, ou seja, pouca compreensão do texto que se apresenta, terão também limitações no LS. Desse modo, não conseguirão ler e entender as informações contidas em materiais

educativos, nas bulas de medicamentos, nas receitas médicas, dentre outros materiais escritos (VOLPATO *et al.*, 2010).

Os usuários que têm limitado letramento, quando comparados aos que possuem nível adequado, frequentemente, relatam que os médicos utilizam palavras difíceis. Por isso, tão importante quanto à competência de letramento dos usuários que procuram os serviços de saúde são o vocabulário e as habilidades de comunicação dos profissionais que atuam nesse campo. A comunicação, por meio de uma linguagem simples, deve ser considerada habilidade relevante, junto a outras competências,

---

<sup>1</sup> No presente estudo serão abordados os dois conceitos, LS e LFS, como sinônimos.



daqueles que exercem profissões no campo da saúde. Soma-se a tudo isso o fato de que o usuário pode estar com suas condições físicas e cognitivas prejudicadas pelo adoecimento, pelo medo, por estresse ou por outro desconforto que lhe cause embaraço e constrangimento diante de um ambiente de saúde altamente letrado, em virtude da formação acadêmica dos profissionais (PASSAMAI *et al.*, 2012).

O LS, devido a sua complexidade, multidimensionalidade, interdisciplinaridade (PASSAMAI *et al.*, 2012, SANTOS; PORTELA, 2016) e ao impacto que um inadequado letramento pode ocasionar para os indivíduos, família, comunidade e ao sistema de saúde, originou interesse no tema por parte de pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas (SANTOS *et al.*, 2015).

De acordo com Machado *et al.* (2014), o LS inadequado está associado a cuidados de saúde de pior qualidade e custo. Em virtude disso, nota-se o crescimento de pesquisas voltadas à relação entre adesão e eficácia, no comportamento de saúde, e à distinção do LS dos indivíduos.

Nesse contexto, em estudo de revisão de literatura, sobre instrumentos e métodos de avaliação do LS, Marques e Lemos (2017), identificaram 36 instrumentos de sua avaliação, sendo que os mais utilizados são o TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy In Adults*) (PARKER *et al.*, 1995) e o REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) (DAVIS *et al.*, 1993). Como expressão da importância da utilização desses dois instrumentos, nota-se que, entre as pesquisas de validação de instrumentos, com intuito de avaliar o LS, eles são os mais utilizados, (APOLINARIO, *et al.*, 2012; MARQUES; LEMOS, 2017), inclusive no Brasil.

O instrumento TOFHLA foi elaborado para avaliar o nível de entendimento dos pacientes, perante a comunicação existente na área médica, como receitas médicas, instruções para exames do público adulto em geral (PARKER *et al.*, 1995). As habilidades como leitura, escrita e números são importantes no tratamento de doentes, pois apresentam a necessidade de ler e seguir corretamente instruções contidas nos receituários médicos, como conversar e interpretar informações para dispor de sucesso no tratamento. Contudo, pesquisas que avaliam letramento funcional no setor médico necessitam de um instrumento mais apropriado para testar essa realidade que circunda tais conhecimentos complexos (MIALHE *et al.*, 2019).

O REALM é um instrumento de triagem desenvolvido para ser utilizado em ambientes de saúde pública e de cuidados primários com a finalidade de identificar pacientes com baixo nível de leitura. É uma ferramenta facilmente aplicável, sendo concluída rapidamente, em três minutos (DAVIS, *et al.*, 1993; APOLINARIO *et al.*, 2012; MARQUES; LEMOS, 2017).

No Brasil, dispõe-se do instrumento Teste de Avaliação do Letramento em Saúde (TALES), criado e validado para a realidade brasileira, com o objetivo de disponibilizar um instrumento de triagem que possibilite aos profissionais de saúde a identificação e intervenção de pacientes com alto risco de insucesso no tratamento, decorrente do LS inadequado, para que, dessa forma, sejam minimizados desfechos clínicos desvantajosos como comorbidades, invalidez e óbito. Esse instrumento é específico para avaliar o nível de LS em pacientes renais crônicos (SANTOS, 2017).

Contudo, como os instrumentos que mensurem o nível de LS, usualmente, são dirigidos a públicos específicos, não foram encontradas evidências científicas sobre o LS de pais/cuidadores, na implementação da terapêutica a seus filhos. Nesse sentido, faz-se necessária a disponibilidade de instrumento de avaliação sobre o LS a esse público, demonstrando-se como uma lacuna de conhecimento. Tal fato assume relevância, na medida em que o grupo infantil é público assíduo na atenção primária, tanto nas consultas de acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento como na busca de cuidado, principalmente, às doenças respiratórias, que acometem crianças de modo prevalente no país e influenciam na hospitalização por causas que podem ser evitadas pela atenção primária (OLIVEIRA *et al.*, 2010; TOSO *et al.*, 2016).

Devido à ausência de instrumento específico, validado no Brasil, para pais/cuidadores de crianças, e a importância do LS para a resolutividade da atenção à saúde no cuidado infantil, o presente estudo realizou a tradução, adaptação cultural, validação psicométrica e aplicação do instrumento *Parental Health Literacy Activities Test* – PHLAT.

Esse instrumento avalia as habilidades de letramento em saúde e a compreensão matemática dos pais, quanto às instruções terapêuticas, principalmente medicamentosa, para cuidar de crianças com até um ano de idade (KUMAR *et al.*, 2010).

O PHLAT é composto por 20 itens, dividido em quatro domínios clínicos: 1)Nutrição, 2)Psicossocial/Desenvolvimento, 3)Acidentes/Segurança e 4)Clínica/Avaliações/Imunizações. O teste avalia uma série de habilidades de alfabetização e matemática, incluindo: alfabetização impressa, adição, multiplicação, divisão, frações e percentagens, raciocínio matemático em diferentes situações e numeração/hierarquia de números. Todas essas habilidades e competências podem ser necessárias para os pais, na rotina do primeiro ano de vida do bebê, como o preparo correto de uma mamadeira utilizando fórmula infantil, a compreensão de rótulos nutricionais e a interpretação de termômetro (KUMAR *et al.*, 2010).

Espera-se, com o presente estudo, dispor de um instrumento confiável para auxiliar na avaliação do LS dos pais/cuidadores, em relação à indicação terapêutica do profissional de saúde para seu filho, além de possibilitar a avaliação da relação entre o LS e os cuidadores famílias usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no momento do atendimento de suas crianças, na unidade de atenção primária.

A justificativa de estudos dessa natureza pauta-se na prevenção do agravamento do quadro de saúde da criança e em sua consequente hospitalização devido a condições que seriam passíveis de serem resolvidas no âmbito da atenção primária à saúde, tendo em vista que disponibilizar uma ferramenta de compreensão do tratamento proposto, bem como de sua implementação, possibilita a adesão à terapêutica prescrita.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

- Validar o instrumento *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT), quanto ao conteúdo e constructo, disponibilizando- para uso com pais/cuidadores que buscam atendimento na unidade de atenção primária no Brasil.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Realizar a tradução e a adaptação cultural do instrumento *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT) para pais/cuidadores que buscam atendimento na unidade de atenção primária.

Avaliar a consistência interna dos itens, da versão adaptada para o português do Brasil, do *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT),

- Testar as propriedades psicométricas da versão adaptada em uma amostra de pais/cuidadores que buscam atendimento ao seu filho na unidade de atenção primária.
- Verificar a manutenção da dimensionalidade do instrumento, em comparação ao original.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Letramento e Letramento em Saúde

A sociedade atual vive um momento em que a informação e o conhecimento estão disponíveis em diferentes formatos, criando, assim, mudança significativa na vida das pessoas, por desenvolver habilidades e competências para utilizarem, de forma proveitosa e eficaz, as informações que necessitam (MIRANDA, 2013).

A palavra letramento, segundo Mortatti (2004), teve o início da sua utilização na área da educação, na década de 1980, no Brasil, a partir da necessidade da diferenciação de práticas de letramento e práticas de alfabetização. A autora ainda reforça sobre a importância da definição e diferenciação do que, até então, era tratado, de maneira abrangente e indistinta, por alfabetização.

Segundo Rojo (2009), o indivíduo que tem letramento possui habilidades de leitura e compreensão em situações cotidianas; consegue desprender-se da formalidade dos textos e analisá-los, sobrepondo-os a outros textos, refutando e avaliando posições e ideologias que formam seus sentidos.

O LF é apontado por Soares (2001, 2007) como a capacidade de usar as habilidades de leitura e escrita para atuar ativamente na sociedade. Ao associar o conceito de LF, no universo restrito da saúde, pode-se conceituar o LFS como a habilidade de usar o conhecimento de leitura, escrita e raciocínio matemático para fins específicos do cuidado com a saúde, os quais vão desde a proatividade preventivas de doenças, até a capacidade por reivindicações de melhor qualidade na saúde, por parte de políticas e governos.

O estudo é importante porque contribui para a prevenção de doenças e a compreensão dos cuidados básicos necessários, como a alimentação adequada ou, mesmo, as instruções acerca de riscos iminentes, quando não se tomam os devidos cuidados (PASSAMAI *et al.*, 2012).

Os estudos realizados no Brasil, usualmente, destinam-se a públicos específicos, como indica Moraes *et al.* (2017), quando menciona a imprescindibilidade da amplitude quanto à investigação do nível de LS do doente renal crônico e seu entendimento a respeito da doença.

Ademais, Santos *et al.* (2015), em revisão integrativa sobre o LS, na concepção da enfermagem gerontológica, no Brasil, referem que os estudos relativos ao tema ainda são limitados, indicando ampliá-los, na área científica, para o fortalecimento estratégico de enfrentamento e para melhores práticas em saúde, possibilitando levantamentos de dados estatísticos fidedignos em áreas específicas.

Nos Estados Unidos, estudo evidenciou baixo nível de LS, entre os pacientes, na atenção primária. Identificaram-se maiores riscos de não adesão aos tratamentos e problemas na administração de medicações prescritas a indivíduos com baixo nível de letramento, atrelando-se ao relato de pior estado de saúde e resultados de saúde abaixo do esperado, gerando risco aumentado de 52% para hospitalização. Considerou-se que a não adesão, ou a falta de medicamentos, resulta em 125.000 mortes, anualmente, e tem um custo de US\$ 100 bilhões em tratamentos e perda de produtividade (BARRET; PURYEAR; WESTPHELING, 2008).

Stromquist (2001, p. 303) também ressalta que “uma vasta literatura baseada em pesquisas mostra que as pessoas alfabetizadas atribuem maior valor à nutrição, saúde, e educação de suas crianças, de modo que benefícios intergerações provêm da alfabetização”. Isso posto, pode-se perceber que o investimento em educação não gera apenas benefícios imediatos, mas também a longo prazo.

Outro aspecto relacionado ao grau de letramento e à saúde refere-se à compreensão das instruções médicas por pacientes, sejam essas orais ou escritas, bem como à administração correta de medicamentos. Considera-se que, quando as instruções não são compreendidas corretamente pelos pacientes, seja quanto à dosagem, seja quanto à periodicidade com que eles devem ser administrados, pode-se acarretar agravamento dos problemas de saúde de modo geral, os quais poderão ocasionar internamentos desnecessários e, em casos mais extremos, óbitos (PORTELA *et al.*, 2010).

Como afirmam Santos *et al.* (2017), frequentemente, as informações são expressas de forma complexa, utilizando-se de terminologias médicas ou vocabulário formal, que implicam na compreensão e, portanto, também na qualidade do cuidado. O estresse resultante do diagnóstico de uma doença grave e a quantidade demasiada de informações médicas a serem seguidas colaboram para o LS inadequado e podem colaborar também com o desencadeamento de desfechos clínicos negativos (SANTOS *et al.*, 2012).

Conforme apontam Portela *et al.* (2010), é grande a quantidade de pacientes com falta de compreensão ao tratamento oferecido, constantemente devido à ausência de informações verbais e/ou escritas pelo prescritor, durante a consulta. A insuficiência de conhecimento e de informação prestada ao paciente, sobre sua medicação, acarreta amplas dificuldades para a condução correta da terapêutica medicamentosa, facilitando a ineficácia do tratamento, conduzindo a complicações severas.

Santos *et al.* (2012) destacam que o LS compreende determinantes singulares e generalizados, em que se incluem habilidades de comunicação entre paciente e profissional de saúde, questões culturais, sistema de saúde e sua complexidade, bem como ações do contexto. É uma preocupação constante, para os pesquisadores e profissionais de saúde, avaliar o LS do paciente, em decorrência do acelerado acúmulo de indícios associados a ele e que impactam na saúde dos indivíduos.

No Brasil, não se dispõe de pesquisas de amplitude nacional que indiquem o grau de LFS, ou mesmo se essa condição está afetando, de alguma forma, o resultado de saúde da população brasileira (PASSAMAI *et al.*, 2012). Em relação aos pais e cuidadores de crianças, não há evidências quanto à LFS, demonstrando-se uma lacuna no conhecimento.

O LFS é assunto relativamente recente no âmbito acadêmico nacional, tendo em vista que, de acordo com Santos *et al.* (2012), apenas dois estudos significativos foram realizados no Brasil: um deles ocorrido entre 2006 e 2007 (CATHERY-Goulart *et al.*, 2009; MARAGNO, 2009), que avaliou o nível de LS de 312 participantes saudáveis, de diferentes idades, na cidade de São Paulo; e, no segundo estudo, foi avaliada a relação entre LS e adesão à terapia medicamentosa, entre pacientes que aguardavam o atendimento na atenção primária, em Bagé, Rio Grande do Sul.

Para Rocha e Lemos (2016), em revisão de produções científicas relacionadas à avaliação do LS associado à qualidade de vida, observou-se que grande parte é originária dos Estados Unidos (WALLACE *et al.*, 2006; MARTIN *et al.*, 2009; SHAH *et al.*, 2010; MASSEY *et al.*, 2012). Nota-se limitada produção na América Latina, sendo um estudo no Brasil (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009) e um na Argentina (KONFINO *et al.*, 2009). Ressalta-se a inexistência de pesquisas de grande amplitude no Brasil, que apontem o grau de LFS da população. Geralmente as pesquisas com esse enfoque empregam testes de leitura geral ou avaliações fundamentadas em textos de habilidades de leitura e aritmética, porém, a designação do LFS excede tais habilidades, abrangendo domínios, como a comunicação oral. Ademais, o LFS é ativo e situa-se na confluência das habilidades do paciente e das imposições da situação específica (ROCHA; LEMOS, 2016).

De acordo com Coelho *et al.* (2014), ao aplicar o LFS em relação à alimentação saudável, evidenciou-se um LFS insuficiente em grande parte dos participantes. Esse resultado pode ser uma das complexidades em atingir a promoção da saúde, pela falta de empoderamento e entendimento dos materiais educativos, ofertados sem se considerar o nível de LFS do usuário do serviço de saúde.

Conforme ressalta Chhabra *et al.* (2018), em pesquisa de materiais informativos com conteúdo sobre a vacina contra Papiloma Vírus Humano, nos Estados Unidos, encontrou-se pequena quantidade de materiais sobre o tema, na perspectiva do LS, e poucos tinham o conteúdo essencial recomendado. Promover o uso de materiais que incorporam as melhores práticas de LS, principalmente nas populações de alto risco e baixa escolaridade, é um aspecto modificável do sistema de saúde, que pode levar a melhores resultados da saúde infantil, com potencial para reduzir as disparidades de saúde. Pesquisas adicionais são necessárias para se entender melhor as barreiras da comunicação entre os profissionais de saúde e pais em relação à vacinação contra o HPV, e educadores, no sentido de melhor apoiar essas interações, especialmente para os grupos de alto risco.

A promoção da saúde está intimamente relacionada ao LFS e pode ser definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse



processo” (BRASIL, 2002, p.19). Essa, porém, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, devendo ser realizada em escolas, lares, locais de trabalho e demais espaços comunitários, constituindo-se, então, em tema de abordagem interdisciplinar. Para tanto, a promoção de saúde necessita ser desenvolvida por organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, além de instituições governamentais, com a finalidade de fortalecer poder de autogerenciamento às comunidades, além de desenvolver as habilidades pessoais, por meio da educação específica para esse fim, de maneira que as populações tenham maior controle sobre sua saúde (BRASIL, 2002).

Contudo, os estudos prévios de LS têm sido, principalmente, específicos de doenças e focados em ambientes hospitalares. O LS e suas práticas referem-se a todas as atividades e protocolos de cuidado centrados no paciente, que envolvem a avaliação do LS ou ações tomadas para melhorar o baixo nível de instrução em saúde ou minimizar suas consequências negativas (BARRET; PURYEAR; WESTPHELING, 2008).

Segundo a Word Health Communication Associates (WHCA) (2010), o processo de intervenção dos sistemas de saúde para melhoria do LFS pode ser dividido em quatro categorias: fornecimento de materiais escritos mais simplificados e atrativos; técnicas de comunicação, sobretudo, baseada em tecnologia; navegação em sistemas operacionais diversos; formação de educadores e profissionais de saúde. Os materiais escritos com a linguagem simplificada, a presença de gráficos, o formato e o espaçamento entre as letras elevam o LFS, porque facilitam o uso da informação, de acordo com o interesse e a necessidade dos usuários.

A tecnologia melhora o LFS, na medida em que fornece às pessoas a possibilidade de escolherem a informação que pode ser acessada. O problema é que a tecnologia digital é um fator de segregação maior que qualquer desigualdade em saúde ou renda. Além desses fatores, a formação de educadores e profissionais em saúde, por meio da capacitação em técnicas de comunicação e sensibilização, para a compreensão da diversidade cultural, é de suma importância para elevar o LFS dos usuários do sistema de saúde (WHCA, 2010).

Barret, Puryear, Westpheling (2008) relacionam, em seu estudo, práticas importantes e totalmente aplicáveis para LS, na atenção primária e em diversos setores da área da saúde, sendo essas: esforço de equipe, começando na recepção; uso de ferramentas padronizadas de comunicação; uso de linguagem simples, comunicação face a face, imagens e materiais educativos; os médicos associando-se aos pacientes para o alcance das metas; e compromisso organizacional para criar um ambiente onde o LS seja incorporado nas práticas do processo de trabalho.

Nesse contexto, a escolha de instrumentos adequados à avaliação do LS é fundamental para que se torne estratégia eficaz para ser utilizada no cotidiano do processo de trabalho em saúde.

### 3.2 Instrumentos de avaliação do letramento em saúde

Dois instrumentos têm sido mais utilizados para mensurar o LS, o TOFLHA - *Test of Functional Health Literacy in Adults* (teste de letramento funcional de saúde em adultos) e o REALM (Estimativa Rápida de Alfabetização de Adultos em Medicina). O primeiro instrumento avalia o LS, baseando-se em materiais usualmente utilizados em estabelecimentos de saúde, sendo 17 itens de habilidade numérica e 50 itens de compreensão de leitura (PARKER *et al.*, 1995).

O segundo instrumento, o REALM, é uma ferramenta para verificação do LFS, que tem por objetivo averiguar instruções relacionadas ao uso de medicamentos e à compreensão da terapêutica por parte dos usuários. Porém, conforme aponta Passamai *et al.* (2012, p. 306), um dos problemas da ferramenta é que ela não leva em consideração aspectos como a multidimensionalidade do LFS, sendo estes os fatores individuais, características sociodemográficas e o acesso à utilização do sistema de saúde, à relação paciente-profissional e ao autocuidado. No entanto, nenhum instrumento atualmente mede essas referidas dimensões do LFS.

O TOFHLA foi elaborado em 1995, para mensurar a capacidade de leitura e o entendimento dos pacientes, quanto aos itens que, frequentemente, encontravam-se no

contexto de cuidados de saúde (PFEFFER *et al.*, 1982), utilizando materiais existentes, como frascos de comprimidos e folhetos de informação sobre saúde. Isso abrange a compreensão da leitura, abordando não exclusivamente a capacidade de ler e pronunciar de modo correto uma lista de palavras, como também a capacidade de ler e entender as expressões rotineiras da área da saúde e informações numéricas (BAKER *et al.*, 1999).

No Brasil, o S-TOFHLA, versão reduzida do TOFHLA (BAKER *et al.*, 1999), teve sua tradução e validação realizada por Cathery-Goulart *et al.* (2009), o qual engloba 36 itens de leitura e 4 itens de habilidades numéricas (BAKER *et al.*, 1999).

Quanto ao segundo instrumento mais utilizado, o REALM, Davis *et al.* (1993) validaram sua versão abreviada e afirmam que este é um instrumento de triagem, sendo utilizado em ambientes de saúde pública e de cuidados primários, identificando dessa forma, pacientes com baixos níveis de leitura. Ele oferece estimativas de grau de leitura para pacientes que leem abaixo do nível do nono ano.

O REALM pode ser administrado com tempo de um a dois minutos, por pessoal com treinamento mínimo, sendo de fácil aplicação em ambientes clínicos e consiste em um teste de reconhecimento e pronúncia de termos da área da saúde (DAVIS *et al.*, 1993).

A versão completa do instrumento está disponível apenas em inglês. É definido como teste de reconhecimento de 66 palavras, dentre as quais estão termos médicos comuns, partes do corpo ou doenças, organizadas conforme o número de sílabas e grau de dificuldade de pronúncia. A mensuração dessa habilidade é considerada, conforme o número de palavras que o usuário foi capaz de pronunciar corretamente (DAVIS *et al.*, 1993).

Não obstante os dois instrumentos sejam oportunos para avaliar o LS na prática clínica, com base na perspectiva psicométrica, nem o REALM nem o TOFHLA compreendem a total complexidade da construção do LS. Os dois utilizam textos inerentes do contexto médico-hospitalar, entretanto, o letramento engloba vasta amplitude de atividade, em uma variedade de textos e contextos, abrangendo domínio linguístico de modo geral (SANTOS, 2017).

Um terceiro instrumento publicado por Apolinário *et al.*, (2012), intitulado *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese – Speaking Adults (SAHLPA)*, avalia o LS de indivíduos adultos, traduzido e adaptado a partir do instrumento espanhol intitulado SAHLSA.

No Brasil, Santos (2017) criou e validou um instrumento, intitulado Teste de Avaliação do Letramento em Saúde (TALES), envolvendo uma amostra de 1400 indivíduos, composta por pacientes do SUS, alunos da Educação de Jovens e Adultos do Ensino Superior. Foi elaborada uma cartilha, englobando informações sobre Doença Renal Crônica, empregando técnicas linguísticas de facilitação de leitura. Posteriormente, foi desenvolvido um banco com 63 itens, abordando questões de habilidades numéricas e de compreensão de leitura, classificados em três níveis de letramento, conforme a Matriz de Referência do Indicador de Analfabetismo Funcional (INAF), sendo este a incapacidade dos sujeitos de compreenderem textos simples, mesmo decodificando as letras. O referido instrumento obteve bons resultados, quando aplicado ao rastreio de baixo LS, apontando, para a equipe de saúde, pacientes com risco potencial a desfechos clínicos negativos.

No entanto, em relação à avaliação do LS de pais/cuidadores de crianças, até o momento, no Brasil, não existe instrumento com essa proposta para ser utilizada em atenção primária à saúde.

Nesse contexto, Yin *et al.* (2011), em estudo para validar a versão espanhola do instrumento de avaliação das condições de letramento de pais e cuidadores de crianças, apontam que a questão do baixo nível de alfabetização em saúde tem implicações significativas para a saúde pediátrica, já que pelo menos um em quatro - ou mais de 21 milhões - de pais norte-americanos têm conhecimento limitado em saúde. Isso acontece apesar de os pais utilizarem o LS em habilidades diárias para cuidar de seus filhos, à medida que buscam entender a saúde, por meio de fontes de informações, tarefas de LS que envolvem competências quantitativas ou numéricas, tais como, olhar os rótulos nutricionais para determinar a quantidade apropriada da porção a ser ofertada à criança, bem como dosar medicamentos líquidos e misturar fórmula infantil, o que pode ser particularmente difícil para os pais.

O Teste de Atividades de Alfabetização em Saúde Parental (PHLAT) investiga as habilidades de alfabetização em saúde e compreensão numérica (numeramento - terminologia utilizada para denominar letramento numérico) de cuidadores infantis de bebês de até um ano de idade. Seus itens testam tarefas comuns relacionadas à alfabetização e numeramento, de cuidados realizados pelos pais de crianças menores de um ano. Isso inclui misturar fórmula de leite infantil; compreensão das recomendações sobre amamentação; quando e quanto dar de medicamentos pediátricos para tosse ou resfriado, por exemplo, por conta própria, sem receita médica (OTC - *over-the-counter*, denominação original em inglês); e também a compreensão da própria receita, quando uma medicação é prescrita pelo médico, além do entendimento de rótulos nutricionais (KUMAR *et al.*, 2010).

Ademais, é composto por 20 itens com a abrangência de quatro domínios clínicos, sendo esses: o primeiro domínio Nutrição (com oito questões), o segundo Psicossocial/Desenvolvimento (com uma questão), terceiro sendo Acidentes/Segurança (com duas questões), Clínica/Avaliações/Imunização (com nove questões). Esse instrumento avalia, de forma ampla, habilidades de letramento e numeramento, englobando adição, multiplicação, divisão, frações e percentagens, matemática em diversas etapas, numeração/hierarquia de números. Cotidianamente esses domínios e habilidades podem ser exigidos dos pais, quanto ao cuidado do bebê, em seu primeiro ano de vida (KUMAR, *et al.*, 2010).

A versão em inglês do PHLAT demonstrou boa confiabilidade (KR-20 = 0,76) e validade de constructo (correlação com S-TOFHLA ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,001$ ), WRAT-3 ( $r = 0,55$ ,  $p < 0,001$ )).

No estudo de validação do teste na língua inglesa, a alfabetização foi mensurada com o S-TOFHLA, sendo examinada como uma variável contínua (score bruto) e uma variável categórica: inadequada ( $\leq 16$ ), marginal ( $\leq 22$ ) ou adequada ( $\geq 23$ ). O numeramento foi medido com o WRAT-3, e também foi analisado como uma variável contínua (score padrão) e uma variável categórica (nível de série correspondente). O desempenho total do PHLAT foi calculado como a porcentagem de perguntas respondidas (0% a 100%). Para validade de constructo, análises bivariadas examinaram a relação entre características do cuidador, nível de letramento e

numeramento e desempenho no PHLAT. Correlações entre o desempenho no PHLAT e os resultados contínuos, incluindo a alfabetização (Escore bruto de S-TOFHLA) e numeramento (escore padronizado da WRAT-3), foram avaliadas utilizando-se o coeficiente de correlação de Spearman. Para variáveis categóricas, a pontuação média no PHLAT foi comparada usando o teste T de Student ou a análise de variância unidirecional (KUMAR, *et al.*, 2010).

A análise psicométrica da versão de 20 itens do instrumento demonstrou boa confiabilidade (0,76) e validade no teste de habilidades que relacionam a alfabetização e numeramento de cuidadores infantil. O teste demonstrou excelente confiabilidade e validade de constructo, sugerindo que pode ser uma medida útil de avaliação em LS parental, no contexto do cuidado de crianças no primeiro ano de vida (KUMAR *et al.*, 2010).

Uma versão abreviada do PHLAT original de 20 itens, composto por 10 itens, chamado de PHLAT-10, apresentou alta correlação com o PHLAT completo ( $r = 0,91$ ,  $p < 0,001$ ), validade de constructo comparável e manutenção de boa confiabilidade interna ( $KR-20 = 0,70$ ). O instrumento PHLAT-10 manteve sete itens focados em nutrição, um item em compreender um gráfico de crescimento e dois itens sobre dosagem de medicamentos (YIN *et al.*, 2011).

Logo, Kumar *et al.* (2010) em seu estudo de validação para o inglês, do instrumento PHLAT versão 20 itens e do PHLAT versão 10 itens, apontam que inúmeros cuidadores apresentaram dificuldade de compreensão quanto a informações de saúde básica, para o cuidado de crianças. Exemplificando, um, em quatro, não conseguiu aplicar de forma correta a prescrição da medicação, ou realizar a leitura de um termômetro digital; metade não conseguiu dosar adequadamente a medicação por conta própria, ou entender um gráfico de crescimento; mais de três, em quatro, não conseguiram entender um folheto de amamentação frequentemente utilizado.

Uma versão em espanhol do PHLAT-10 foi disponibilizada, pois poucas ferramentas existem para mensurar a capacidade dos pais, que falam espanhol, em estudos relacionados à saúde e competências numéricas e de letramento, importantes para o cuidado de seus filhos pequenos. O Teste de Avaliação de Alfabetização em Saúde Parental (PHLAT-10) em espanhol pode ajudar a identificar pais com baixa

escolaridade e falta de informações sobre saúde infantil (YIN *et al.*, 2011). Esse instrumento é utilizado nos Estados Unidos e está disponível em inglês e espanhol, porém ainda não foi validado para o português no Brasil.

A referida proposta de adequação do instrumento de verificação para o espanhol deveu-se ao fato de ele ter sido elaborado para ser utilizado nos Estados Unidos, tendo como amostra pais latinos que moram no país. Sendo esta uma realidade específica, diferente da brasileira em questões socioeconômicas, educacionais e socioculturais, faz-se necessária a adequação e validação do instrumento para pesquisas no Brasil.

Contudo, como aponta Yin *et al.* (2011), no que antecede o desenvolvimento do PHLAT, nenhum instrumento se concentrou em mensurar as habilidades de LS de pais de crianças. Grande parte das avaliações existentes permanece centrada na saúde dos adultos, embora seja notável o reconhecimento de que as avaliações, que visam a populações e habilidades dessa faixa etária, podem ser benéficas.

Deste modo, Yin *et al.* (2011), indicam no estudo de validação do PHLATm versão em espanholm reduzida com 10 itens que, de 176 cuidadores, 77% apresentavam alfabetização em saúde adequada (S-TOFHLA), enquanto apenas 0,6% tinha 9 ou mais habilidades com números. O escore médio do PHLAT-10 foi de 41,6% (DP 21,1). Menos da metade (45,5%) foi capaz de realizar a leitura de um rótulo de prescrição de antibiótico líquido e de demonstrar a quantidade de medicação para dosar, utilizando seringa para via oral. Abaixo de um terço (31,8%) conseguiram interpretar um rótulo de alimentos para determinar se ele atendeu às diretrizes da WIC (Woman, Infants and Children). Além disso, maior escore PHLAT-10 foi associado a maiores anos de escolaridade ( $r = 0,49$ ).

Alguns estudos demonstram a importância do LS dos pais, em relação ao cuidado da criança, em suas diversas especificidades, como destaca Logsdon *et al.* (2015), quanto à comunicação sobre saúde e à vulnerabilidade da população de mães adolescentes que necessitam de informações claras, precisas e acessíveis sobre saúde, para promoverem a própria saúde e a do bebê. Para Goldfeld *et al.* (2012), ao se analisar o programa de promoção de alfabetização, nos Estados Unidos, fornecido por meio de serviços universais de puericultura aos pais, durante os primeiros quatro anos de vida da criança, na atenção primária, com distribuição de materiais de apoio,

não se perceberam os benefícios previstos para a alfabetização. Esta forma de comunicação não apresentou melhoras na adesão de atividades de alfabetização dos pais, aos quatro anos de idade da criança.

Ao se analisar a realidade brasileira, visando à elaboração de um instrumento para verificar o LS eficaz, pode-se dizer que é importante considerar fatores como questões regionais, socioeconômicas, a faixa etária do público alvo pesquisado, entre outras, tendo em vista que um diagnóstico eficiente, no sentido de detectar problemas relativos a isso, poderia auxiliar os profissionais de saúde em estabelecer uma comunicação eficaz com o paciente, otimizando tratamentos (PASSAMAI *et al.*, 2012).

Demonstrada a importância do letramento, do conhecimento necessário por parte dos indivíduos, para que obtenham a compreensão sobre o que está sendo dito e/ou prescrito pelo profissional de saúde, apresenta-se, a seguir, a metodologia para a validação de um instrumento capaz de medir esse conhecimento, no que diz respeito às informações que os familiares/cuidadores recebem, no momento do atendimento na unidade de atenção primária e, especificamente, na consulta médica para a criança.



## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Tipo do estudo

Este é um estudo metodológico, de validação de um instrumento desenvolvido, na língua inglesa, e para a cultura americana e para o português e cultura brasileira, denominado *Parental Health Literacy Activities Test* - PHLAT (Teste de Atividades de Letramento em Saúde Parental) (Anexo A).

De acordo com Lobiondo-Wood e Haber (2001), o estudo metodológico aponta algumas particularidades em face de outros tipos de pesquisa, pois não segue o mesmo direcionamento a todas as etapas de pesquisa que outros estudos apresentam; outrossim, a pesquisa metodológica pretende tornar um constructo intangível em algo tangível.

O instrumento visa à obtenção de informações acerca do nível de LFS, de cuidadores/familiares de crianças menores de um ano. Para a autorização do processo de validação do PHLAT para o português do Brasil, entrou-se em contato, por e-mail, com o autor do instrumento Dr. Russel Rothman, da *Vanderbilt University Medical Center* – Nashville – Estados Unidos, obtendo a permissão para a validação (Anexo B).

A validação seguiu os guidelines para o processo de adaptação transcultural de Beaton, Bombardier e Guillemin (2000), e as orientações para avaliar as propriedades psicométricas de instrumentos, quanto à confiabilidade e a validade, de Souza, Alexandre e Guirardello (2017) e Pernambuco *et al.* (2017).

### 4.2 Local do estudo

A coleta de dados do estudo foi desenvolvida na cidade de Toledo, a qual se localiza no Oeste do Paraná, com área de abrangência territorial de 1.205,501 km<sup>2</sup>,

atingindo a área territorial urbana 54,564 km<sup>2</sup>, com população estimada 138.572 mil habitantes (IPARDES, 2018).

A renda per capita média de Toledo foi de R\$ 876,72, em 2010, sendo que a proporção de pessoas pobres, consideradas aquelas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00, foi de 2,88% da população, de acordo com o último censo populacional, ocorrido em 2010. O Índice de Gini do município, em 2010, era de 0,46 (IPARDES, 2018).

Os estabelecimentos de saúde estão distribuídos, segundo o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, conforme se evidencia no Quadro 1.

**Quadro 1**– Número de Estabelecimentos de Saúde, segundo o tipo de estabelecimento -2017. Toledo, PR, 2019.

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Número</b>
Academia da Saúde	1
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	3
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	16
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	30
Consultórios	340
Hospital Geral	3
Policlínica	1
Posto de Saúde	12
Unidade de Pronto Atendimento – UPA	2
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	51
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar – Urgência/Emergência	2
Outros Tipos	6
<b>Total</b>	<b>467</b>

Fonte: Ipardes (2018).

O município é sede de uma das regionais de saúde do estado do Paraná, a vigésima, que integra a macroregional Oeste e conta com serviços de saúde em todos os níveis de atenção, conforme se percebe no quadro acima, sendo referência para um conjunto de 18 municípios menores.

O índice de analfabetismo, o qual está intimamente relacionado ao objeto de estudo dessa pesquisa, uma vez que a alfabetização influencia a capacidade de LS, está apresentado no Quadro 2.

**Quadro 2 – Taxa de Analfabetismo, segundo faixa etária – 2010. Toledo, PR, 2019.**

<b>Faixa Etária (anos)</b>	<b>Taxa (%)</b>
De 15 ou mais	4,60
De 15 a 19	0,63
De 20 a 24	0,67
De 25 a 29	0,84
De 30 a 39	1,69
De 40 a 49	3,24
De 50 e mais	13,36

Fonte: Ipardes (2018).

Somado, o valor dos índices de analfabetismo da população com mais de 15 anos foi de 25,03%. É importante conhecer esse índice nesse estudo, pois ele demonstra que uma parte da população, na obtenção da amostra para avaliar o LFS, está inabilitada a participar, devido à limitação decorrente da incapacidade de leitura, escrita e compreensão.

A população censitária menor de um ano de idade, no município, é outro índice necessário para compor a amostra do estudo, uma vez que o instrumento validado é para pais/cuidadores de crianças nessa faixa etária, conforme Quadro 3.

**Quadro 3 – População Censitária segundo faixa etária e sexo. Toledo, PR, 2019.**

<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>Masculina</b>	<b>Feminina</b>	<b>Total</b>
Menores de 1 ano	778	846	1.624

Fonte: Ipardes (2018).

#### 4.3 Procedimentos de validação do instrumento

Seguiram-se as cinco etapas propostas no *guideline* de Beaton, Bombardier e Guillemin (2000), para a realização da adaptação transcultural de instrumentos, sendo elas: tradução, síntese, retrotradução (*back translation*), avaliação por um comitê de juízes, pré-teste e ponderação dos escores. A figura 1 ilustra a recomendação dos autores.

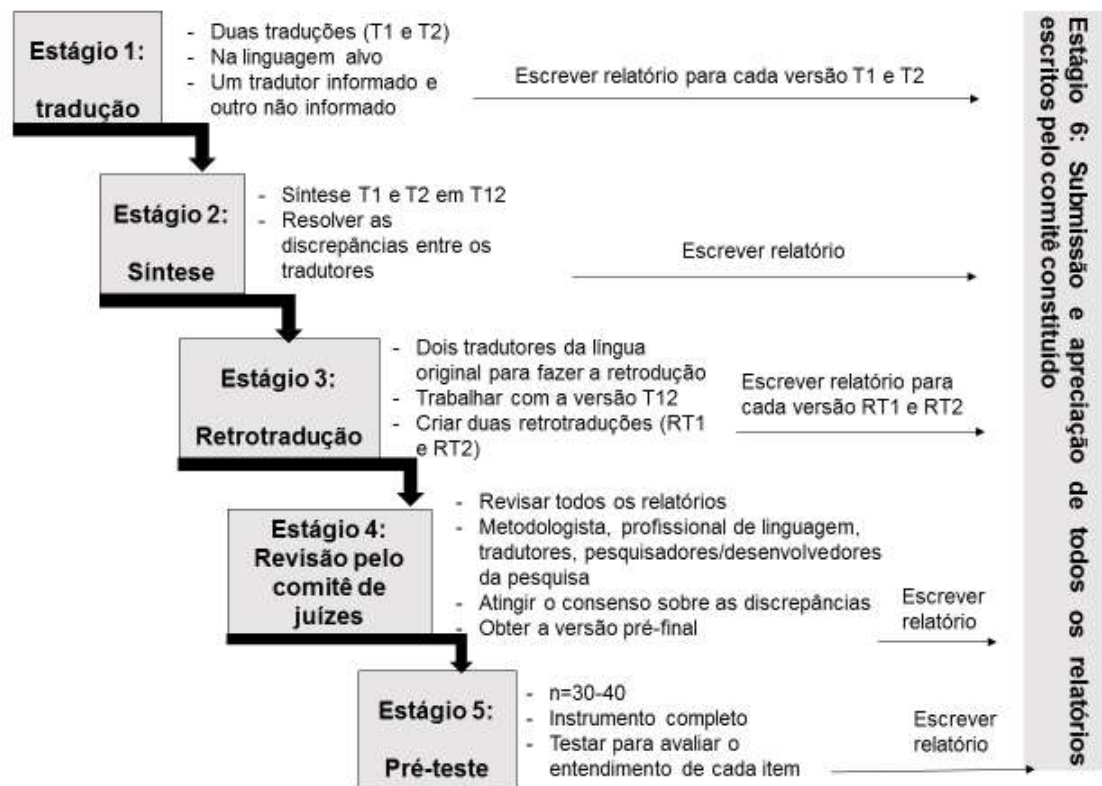


Figura 1 – Representação dos estágios da adaptação transcultural recomendados por Beaton, Bombardier e Guillemin (2000).

A tradução simples de um questionário pode dar origem a interpretações erradas, devido às diferenças culturais e linguísticas. Quando o questionário é desenvolvido em outro país e língua, e são utilizados em estudos científicos, além de traduzi-lo, é necessária sua adaptação cultural e validação.

Adaptar um instrumento para outro idioma torna-se um processo complexo, pois existem diferenças culturais. Portanto, não se pode fazer uma tradução simples. Segundo Beaton, Bombardier e Guillemin (2000; 2007), no processo de adaptação a outro idioma, considera-se diferentemente a cultura e o país envolvido, levando em conta a linguagem, o contexto cultural e o estilo de vida. Para adaptar um instrumento para outro idioma, deve-se observar aspectos técnicos, linguagem e semântica. A falta de equivalência dos questionários limita as possibilidades de comparação entre populações com diferentes idiomas ou culturas e troca de informações na comunidade científica.

O processo de tradução, adaptação cultural e validação (TACV) é necessário, também, quando se deseja aplicar um questionário em diferentes países que falam uma mesma língua. A TACV segue um processo sistematizado, de forma semelhante ao recomendado por Beaton, Bombardier e Guillemin (2000), incluindo as seguintes etapas (PERNAMBUCO *et al.*, 2017; SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017):

a) adaptação cultural: tradução direta, síntese, tradução inversa, consolidação por comitê de experts e pré-teste.

b) validação: evolução da consistência interna, confiabilidade intra-observacional e/ou inter-observacional, validade aparente ou lógica, de conteúdo, critério e constructo.

A primeira etapa compreende a tradução e a adaptação cultural (PERNAMBUCO *et al.*, 2017; SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017). A partir da permissão e autorização dos autores para a tradução da versão original para o idioma alvo, deve-se seguir os passos descritos abaixo:

*Tradução direta:* uma tradução conceitual do instrumento é feita. Pelo menos dois tradutores bilíngues independentes, cuja língua materna seja a língua alvo, devem participar. Um dos tradutores deve conhecer os objetivos e conceitos considerados no questionário e ter experiência prévia na tradução técnica de textos. O outro tradutor não deve ter conhecimentos prévios sobre o questionário e não conhecer os objetivos do estudo. Esses tradutores oferecerão uma tradução mais ajustada para a linguagem do uso coloquial de cada país, detectando as dificuldades de compreensão e tradução, derivadas do uso de palavras técnicas ou incomuns. Todo o questionário, incluindo instruções, itens e opções de resposta, deve ser traduzido usando esse método, registrando tudo em relatório.

*Síntese das traduções:* as traduções serão comparadas pelos tradutores. As discrepâncias entre as versões traduzidas serão identificadas e discutidas até chegar a um consenso. No caso de não haver consenso, será necessária a participação da equipe de pesquisa. No final, será elaborado relatório de processo, no qual aparecerá uma tradução única do questionário, que será a versão de síntese na língua alvo.

*Tradução reversa (retro tradução):* a versão da síntese será retro traduzida ao idioma original, no mínimo por dois tradutores profissionais bilíngues, cuja língua

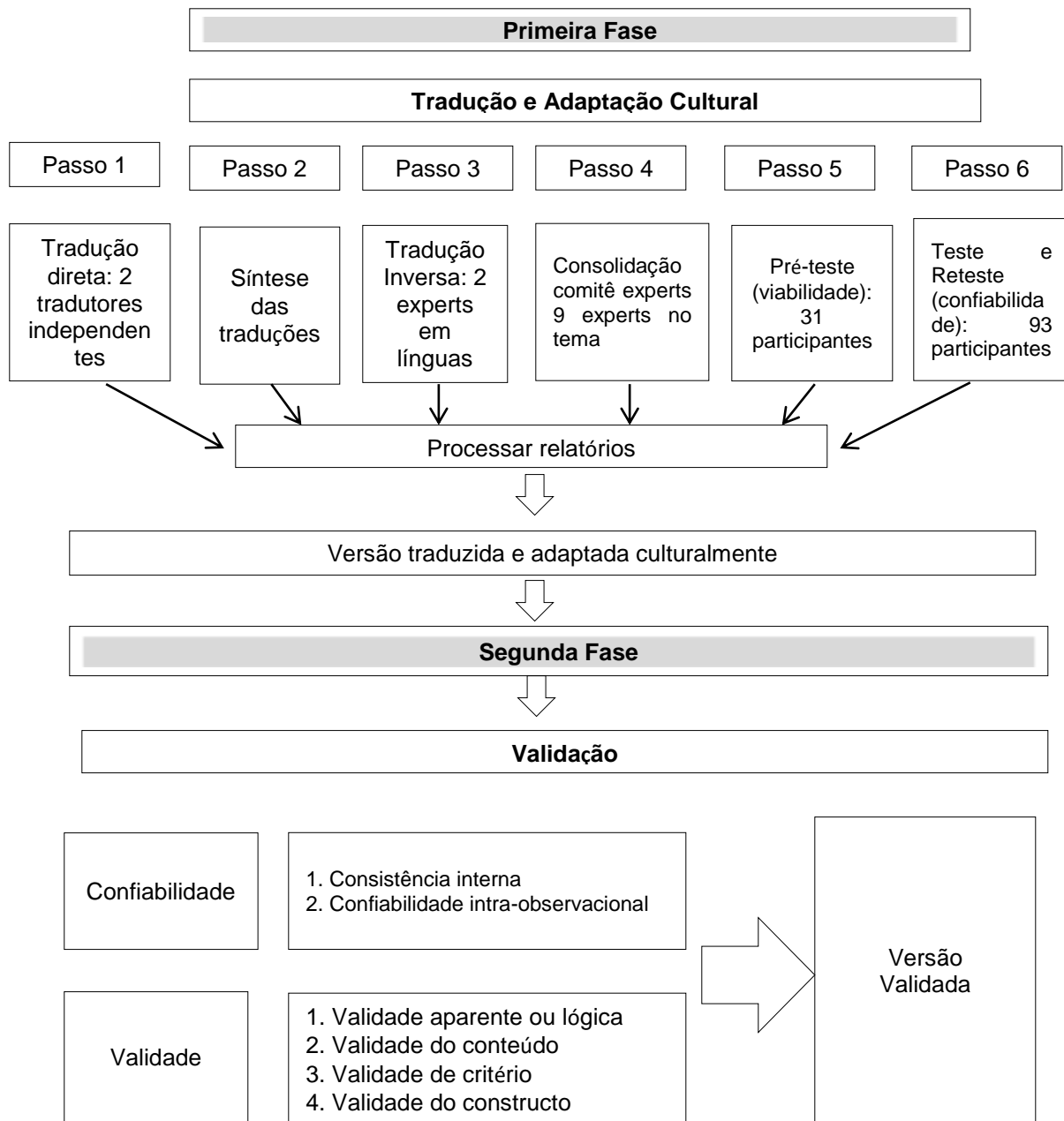
materna seja o questionário original. Os tradutores trabalham de forma independente, de modo que estarão cegos para a versão original do questionário, não terão conhecimento prévio sobre o assunto e não conhecerão os objetivos do estudo. Os tradutores devem destacar as palavras difíceis e incertezas encontradas durante o processo de tradução. Será determinado se a tradução deu origem a importantes diferenças semânticas ou conceituais entre o questionário original e a versão de síntese obtida na etapa anterior. Todos os itens serão digitados em relatório.

*Consolidação por uma comissão de experts:* recomenda-se constituir um comitê multidisciplinar, se possível, de especialistas bilíngues no assunto sobre o qual trata o questionário: um especialista em metodologia, um linguista e um profissional de saúde, bem como os tradutores que já participaram do processo. O objetivo deste comitê será chegar a um único questionário pré-final consolidado adaptado à língua-alvo. Nesta etapa, traduções diretas estarão disponíveis (etapa 1), a versão de síntese (etapa 2) e as traduções reversas (etapa 3). As discrepâncias encontradas serão identificadas e discutidas. Certificar-se-á de que a versão pré-final seja totalmente compreensível e equivalente ao questionário original. Será assegurado que o questionário pré-final seja compreensível para uma pessoa escolarizada com conhecimento equivalente a um indivíduo de 12 anos de idade. No caso de surgirem incertezas, se possível, será solicitada a participação de um dos autores do questionário. Um relatório será preparado para sintetizar as decisões do comitê, incluindo a versão consolidada.

*Pré-teste (aplicabilidade/viabilidade):* sua realização permitirá avaliar a qualidade da tradução, a adaptação cultural e a aplicabilidade ou viabilidade do questionário. Também permitirá calcular se o tempo de aplicação do instrumento está dentro dos limites razoáveis.

*Teste e Reteste:* investiga a confiabilidade do instrumento, a estabilidade, a consistência interna e das dimensões em que as questões foram agrupadas.

As etapas desenvolvidas nessa pesquisa encontram-se descritas na Figura 2.



**Figura 2** - Processo de tradução, adaptação cultural e validação.

**Fonte:** Desenvolvido pela autora, baseada em Guillemin, Bombardier e Beaton (2019).

A segunda etapa é composta pela validação do instrumento para o idioma de destino. Para que um instrumento seja considerado válido, deve-se reunir as seguintes características: a) ser fiel e capaz de medir sem erro; b) ser capaz de detectar e medir mudanças, tanto entre indivíduos como em uma resposta de um mesmo indivíduo, ao

longo do tempo; c) ser sensível, viável e aceito pela população alvo e por pesquisadores; d) ser adequado para medir o fenômeno que se pretende medir, e; e) refletir a teoria subjacente no fenômeno ou conceito que se quer medir. Para isso, devem-se seguir os seguintes passos (PERNAMBUCO *et al.*, 2017; SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017):

*Confiabilidade*: é o grau em que um instrumento é capaz de medir sem erros. Determina a proporção da variância total atribuível a diferenças verdadeiras entre os sujeitos. Dependendo das características do questionário, sua confiabilidade pode ser avaliada para todas ou algumas de suas três dimensões: 1) consistência interna: é o grau de inter-relação e coerência dos itens; 2) confiabilidade intraobservador ou confiabilidade teste-reteste: esse aspecto refere-se à repetição do instrumento, quando administrada para o mesmo método e para a mesma população, em dois momentos diferentes; 3) Quando a escala é uma análise quantitativa é realizada calculando o coeficiente de correlação intraclassa (CCI).

*Validade*: É a capacidade do questionário para medir o constructo para o qual foi concebido. Pode ser avaliado para todos ou apenas para algumas de suas quatro dimensões: validade aparente ou lógica, de conteúdo, de critério e de constructo. Os testes adotados nessa etapa são o Alfa de Cronbach (variáveis contínuas) e/ou o Kuder-Richardson (variáveis dicotômicas).

Por outra parte, para uma adequada adaptação cultural de um instrumento, é necessário que se assegure a equivalência conceitual com o documento original e que garanta sua aplicabilidade transcultural. Ou seja, a versão original deve ser equivalente à versão obtida e, em ambas as versões, deve-se refletir valores, critérios e pontos de vistas específicos da cultura (PERNAMBUCO *et al.*, 2017; SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

#### 4.4 População e Amostra do Pré-teste, teste e reteste

Para o cálculo da amostra, foi identificado o número de crianças com idade inferior a um ano de idade, no município de Toledo – Paraná. Segundo o Ipardes (2018), no município, existiam 1.624 indivíduos com essa característica. Para realização



da validação do questionário, foi realizada amostragem por meio de uma amostra aleatória proporcional, considerando o número de atendimentos realizados nas unidades de saúde de atenção primária da área urbana, do município de Toledo – Paraná. As unidades de saúde e seus respectivos percentuais de atendimento à população alvo (TOLEDO, 2018) são descritas no Quadro 4:

Quadro 4 – Unidades de atenção primária e percentual de atendimentos de crianças menores de um ano, em 2018.

Unidades de saúde	% crianças menores de um ano atendidas
Centro de Saúde de Toledo	13,2
Unidade de Saúde Jardim Maracanã	12,0
Unidade de Saúde Jardim Coopagro	11,1
Unidade de Saúde Santa Clara IV	10,5
Unidade de Saúde Jardim Europa	10,1
Unidade de Saúde Jardim Panorama	7,9
Unidade de Saúde Jardim Porto Alegre	7,3
Unidade de Saúde São Francisco	7,0
Unidade de Saúde Cosmos	5,6
Unidade de Saúde Jardim Concórdia	5,2
Unidade de Saúde Jardim Pancera	4,2
Unidade de Saúde Vila Industrial	4,0
Unidade de Saúde Cezar Parque	1,9

Fonte: elaborado pela autora.

Os participantes da pesquisa foram os cuidadores, entendidos como pais, mães, e/ou outros cuidadores responsáveis pelo cuidado das crianças que passaram por consulta nas unidades de atenção primária do município do estudo. Para obtenção da amostra mínima de cuidadores a serem entrevistados, adotou-se equação:

$$n_0 = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2} n_0 = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

Em que:

$n_0$  = número inicial de indivíduos

Z = valor crítico correspondente ao nível de confiança desejado

e = margem de erro

p = proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria de interesse.

Portanto, foram considerados: erro amostral de 0,05, intervalo de confiança de 95% e p de 50,0%.

O valor obtido foi corrigido em relação à população total utilizando a equação:

$$n = \frac{n_0}{1+(n_0/N)} n = \frac{n_0}{1+(n_0/N)}$$

Assim, definiu-se o total de 311 cuidadores, a serem entrevistados de forma estratificada em cada unidade de saúde, considerando-se o percentual de atendimentos demonstrado no Quadro 4, para a validação clínica do instrumento, conforme segue: Centro de Saúde de Toledo (41), Unidade de Saúde Jardim Maracanã (37), Unidade de Saúde Jardim Coopagro (34), Unidade de Saúde Santa Clara IV (33), Unidade de Saúde Jardim Europa (31), Unidade de Saúde Jardim Panorama (25), Unidade de Saúde Jardim Porto Alegre (23), Unidade de Saúde São Francisco (22), Unidade de Saúde Cosmos (18), Unidade de Saúde Jardim Concórdia (16), Unidade de Saúde Jardim Pancera (13), Unidade de Saúde Vila Industrial (12), Unidade de Saúde Cezar Parque (6).

A amostra de participantes variou de acordo com cada etapa da pesquisa. Para o pré-teste da versão pré-final, estimou-se 10% da amostra estabelecida, ou seja, 31 participantes; no teste-reteste, a amostra correspondeu a 30%, ou 93 participantes; e, finalmente, para a validação clínica do instrumento, a amostra final foi de 302 participantes. O total de participantes foi de 426, distribuídos nas diferentes etapas da pesquisa.

#### 4.5 Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão para a pesquisa foram elencados:

- a) ser o principal cuidador da criança;
- b) referir ser alfabetizada (o);
- d) ter o português como sua primeira língua usual.

#### 4.6 Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão para a pesquisa, foram elencados:

- a) ter histórico de distúrbios psiquiátricos relatado em prontuário de saúde;
- b) problemas neurológicos relatado em prontuário de saúde;
- c) familiares com deficiência auditiva e que não falassem a língua portuguesa (pela dificuldade de comunicação por parte dos pesquisadores e porque o instrumento é auto preenchido);
- d) familiares cuidadores com idade inferior a 18 anos.

#### 4.7 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nas unidades de atenção primária, nas quais os cuidadores de crianças até um ano de idade, após a consulta médica, foram convidados a participarem da pesquisa. A pesquisadora forneceu todas as explicações necessárias a respeito do projeto e sobre o preenchimento do instrumento PHLAT versão brasileira. Para aqueles que consentiram participar do estudo, foi fornecido o TCLE (Apêndice D) para assinatura e um questionário sociodemográfico (Apêndice E).

O PHLAT, versão brasileira (Apêndice A), é auto aplicável. Consiste em 20 questões, divididas em quatro domínios clínicos: Nutrição, (nº 1, 2, 3, 12, 17, 18, 19, 20), Psicossocial/Desenvolvimento (nº 6), Acidentes/Segurança (nº 4, 5), Clínica/Avaliações/imunização (nº 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16). No preenchimento do instrumento, foram fornecidos rótulos de produtos, bulas de medicamentos e figuras para interpretação de algumas questões (Anexo E). O tempo estimado para a aplicação foi de 20 a 25 minutos. Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com auxílio de alunos de iniciação científica, treinados por ela, para a aplicação do instrumento.

#### 4.8 Aspectos éticos

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, regido pelas resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/15, sob o parecer de nº 2.787.988 (Anexo C).

Com relação aos aspectos éticos, os participantes responderam ao instrumento somente após aceitação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

#### 4.9 Análise de dados

Os dados foram agrupados em planilhas do Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Inicialmente, na análise dos dados, descrevem-se as variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra de familiares que respondem ao instrumento no teste/reteste e em sua aplicação de validação clínica. Posteriormente, foi utilizada a análise fatorial, objetivando avaliar a validade e confiabilidade de constructo do instrumento pesquisado. A validade de um constructo está relacionada ao quanto uma escala realmente reflete o que ela se propõe a medir, e a confiabilidade revela o quanto uma variável ou um conjunto de variáveis é consistente, diante do que se deseja medir (HAIR *et al.*, 2009).

A análise fatorial verificou inter-relações entre as variáveis observadas, representando-as em um conjunto de fatores reduzidos que representam os constructos latentes (HAIR *et al.*, 2009). Utilizou-se a rotação ortogonal varimax para simplificar a interpretação dos fatores.

A confiabilidade do constructo, relacionada aos valores correspondentes à consistência interna do instrumento e das dimensões encontradas, foi estimada por meio do coeficiente de Alfa de Cronbach. De acordo com Hair *et al.* (2009), os valores de Alfa de Cronbach acima de 0,8 são considerados adequados, embora valores próximos a 0,7 sejam aceitáveis e são classificados como substanciais.

Para validade do constructo, foram realizadas análises bivariadas para verificar a relação entre as características do cuidador e o desempenho do PHLAT. Para as correlações entre o desempenho do PHLAT e as variáveis contínuas, foi utilizado o coeficiente de correlação de postos de Spearman, já para as variáveis categóricas, a

pontuação média do PHLAT foi comparada, usando teste t ou Análise de Variância (ANOVA), seguido do teste de Student-Newman-Keuls, sendo que, para ambos os testes, foi considerado um nível de significância de 5%. A confiabilidade interna do PHLAT foi avaliada por meio do teste de consistência de Kuder-Richardson (KR-20), uma variação do Alfa de Cronbach, para resultados dicotômicos.

A análise da dimensionalidade foi realizada por meios da técnica de análise fatorial exploratória de componentes principais, a fim de identificar/confirmar os fatores (dimensões) preestabelecidos para o instrumento. A fatorabilidade da escala foi investigada pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin – KMO (valores entre 0,5 e 1,0 indicam que a análise fatorial é apropriada) e o teste de esfericidade de Bartlett (avalia a hipótese de a matriz de correlação ser uma matriz identidade), com nível de significância de 5%. Para verificar a quantidade de fatores apontados pela análise de componentes principais, foi utilizado o critério baseado no gráfico do screeplot, também conhecido como teste de Cattell (1966).

Na análise fatorial confirmatória, foram analisados o ajustamento global do modelo fatorial hipotetizado e a estimação da magnitude do efeito dos constructos sobre as variáveis mensuradas. O método de extração utilizado foi o de fatoração de eixo principal.

## 5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram elaborados para apresentação e discussão no formato de dois artigos científicos, de acordo com os objetivos respondidos, conforme segue.

Artigo 1: Adaptação Transcultural e Validação do Instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT) – submetido à Revista Saúde em Debate (Comprovante de submissão no Anexo E). Normas da revista no anexo F.

Objetivos contemplados no artigo:

- Validar o instrumento *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT) quanto ao conteúdo e constructo, disponibilizando-a para uso no Brasil.
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada para o português do Brasil, do *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT), por meio da consistência interna de seus itens.

Artigo 2: Letramento em Saúde de pais de crianças atendidas na Atenção Primária: Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). Será submetido à revista da área interdisciplinar a ser definida.

Objetivos contemplados no artigo:

- Testar as propriedades psicométricas da versão adaptada em uma amostra de cuidadores/familiares que buscam atendimento na unidade de atenção primária.
- Verificar a manutenção da dimensionalidade do instrumento em comparação com o original.

## Artigo 1

### ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PARENTAL

### HEALTH LITERACY ACTIVITIES TEST (PHLAT)

### *TRANSCULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF THE INSTRUMENT PARENTAL*

### *HEALTH LITERACY ACTIVITIES TEST (PHLAT)*

#### RESUMO

O objetivo do estudo foi realizar a tradução, adaptação cultural e validação psicométrica do instrumento *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT), o qual avalia o letramento em saúde para cuidadores/familiares que buscam atendimento às suas crianças menores de um ano, na unidade de atenção primária. Estudo metodológico, quantitativo, de validação e adaptação transcultural de instrumento, seguindo as etapas de tradução, retrotradução, análise por comitê de juízes, aplicação de testes estatísticos para avaliação das propriedades psicométricas, obtendo-se sua versão para o português do Brasil. O pré-teste foi realizado com 31 familiares e o teste/reteste com 93, em unidades de atenção primária de município do Oeste do Paraná, em 2018 e 2019. Análise estatística inferencial foi aplicada para verificar a validade e confiabilidade do instrumento. Na validade de conteúdo com comitê de juízes, obteve-se taxa de concordância de 100%. Os dados, na fase de pré-teste, apresentaram *Alfa de Cronbach* de 0,73, e, na etapa do teste/reteste, obteve-se 0,69. A avaliação da confiabilidade pelo coeficiente de correlação intraclasse foi de 0.865, considerada substancial. O instrumento foi considerado adequado quanto a sua adaptação cultural e validade para o português do Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estudos de Validação; Criança; Cuidadores; Saúde; Alfabetização.

## ABSTRACT

The purpose of the study was to perform the translation, cultural adaptation and psychometric validation of the instrument *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT), which assesses health literacy for caregivers/family members seeking care for their children under one year old in the primary care unit. Methodological, quantitative, validation and cross-cultural instrument adaptation study, following the steps of translation, back-translation, judges committee analysis, application of statistical tests to evaluate psychometric properties, obtaining its version for Brazilian Portuguese. The pretest was performed with 31 family members and test/retest with 93, in primary care units in the municipality of Western Paraná, in 2018 and 2019. Inferential statistical analysis was applied to verify the validity and reliability of the instrument. On the content validity of the judges committee, a 100% agreement rate was obtained. The data in the pretest phase presented Cronbach's alpha of 0.73, and the test/retest of 0.69. The reliability assessment by the intraclass correlation coefficient was 0.865, considered substantial. The instrument was considered adequate for its cultural adaptation and validated for Brazilian Portuguese, reliable for application between caregivers/family members.

**KEYWORDS:** Validation Studies; Child; Caregivers; Health; Literacy.

## INTRODUÇÃO

O letramento é resultante do processo de aprender a ler e a escrever, sendo a situação que um sujeito ou uma coletividade alcança após a apropriação da escrita e de suas práticas na sociedade. De outro modo, o letramento funcional se define por meio dos conhecimentos e habilidades de leitura e escrita que proporcionam ao sujeito o envolvimento nas atividades distintas da sua área de abrangência<sup>1</sup>.



O Letramento Funcional em Saúde (LFS), que abrange o conhecimento, pode ser descrito como o estímulo e capacidades individuais para acessar, assimilar, analisar e empregar as informações de saúde, com a finalidade de exercer julgamentos e tomada de decisões, no que se refere à vida cotidiana, a respeito de saúde, agravos, prevenção de doenças e promoção da saúde<sup>2</sup>.

Frequentemente as informações são expressas de forma complexa, utilizando-se de terminologias médicas ou vocabulário formal que implicam na compreensão e, portanto, também na qualidade do cuidado<sup>3</sup>. O estresse resultante do diagnóstico de uma doença grave e a quantidade demasiada de informações médicas a serem seguidas colaboram para o Letramento em Saúde (LS) inadequado, e desencadeamento de desfechos clínicos negativos<sup>4</sup>. Nesse estudo, os dois conceitos de LS e LFS foram considerados sinônimos.

Dessa forma, o LS, devido a sua complexidade, multidimensionalidade, interdisciplinaridade<sup>5,6</sup> e ao impacto que um inadequado letramento pode ocasionar para os indivíduos, família, comunidade e ao sistema de saúde, originou interesse no tema, por parte de pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas<sup>7</sup>.

Em estudo de revisão de literatura sobre instrumentos e métodos de avaliação do LS, autores<sup>8</sup> identificaram 36 instrumentos, sendo os mais utilizados o TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy In Adults*), elaborado de forma a avaliar o nível de entendimento dos pacientes, perante a comunicação existente na área médica, como receitas médicas, instruções para exames do público adulto em geral<sup>9</sup>, e o REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*), instrumento de triagem, desenvolvido para ser utilizado em ambientes de saúde pública e de cuidados primários, com a finalidade de identificar pacientes com baixo nível de leitura<sup>10</sup>. Destaca-se o fato de a maior parte das pesquisas de validação de instrumentos, com a finalidade de avaliação do LS, serem constituídas por traduções e adaptações desses dois instrumentos<sup>11,8</sup>, o

que ocorre nos estudos também no Brasil. No entanto, instrumentos validados que avaliem LS para a realidade brasileira ainda são limitados.

O instrumento S-TOFHLA, uma versão reduzida do TOFHLA<sup>12</sup>, teve sua tradução e validação realizada<sup>13</sup>, a qual engloba 36 itens de leitura e 4 itens de habilidades numéricas<sup>12</sup>. O instrumento *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese – Speaking Adults* (SAHLPA) avalia o LS de indivíduos adultos, elaborado com base na tradução e adaptação de um instrumento espanhol intitulado SAHLSA<sup>11</sup>. Adaptado culturalmente e validado no Brasil<sup>14</sup>, o instrumento para uso em promoção da saúde avaliou o nível de LS de universitários de diversos cursos de graduação. Recentemente foi validado<sup>15</sup> o Teste de Letramento em Saúde (TLS), instrumento de avaliação do LS para a língua portuguesa do Brasil, resultante do processo de adaptação transcultural do TOFHLA.

O Teste de Atividades de Alfabetização em Saúde Parental (PHLAT) é um instrumento que investiga as habilidades de alfabetização em saúde e compreensão numérica (numeramento - terminologia utilizada para denominar letramento numérico) de cuidadores infantis, de bebês até um ano de idade. Os itens do instrumento testam tarefas comuns relacionadas à alfabetização e ao numeramento, de cuidados realizados pelos pais de crianças menores de um ano. Isso inclui misturar fórmula de leite infantil, compreensão das recomendações sobre amamentação, quando e quanto dar de medicamentos pediátricos para tosse ou resfriado, por exemplo, por conta própria, sem receita médica (OTC - *over-the-counter*, em inglês) e também a compreensão da própria receita, quando uma medicação é prescrita pelo médico, e o entendimento de rótulos nutricionais<sup>16</sup>.

Perceberam-se, como lacuna na avaliação em LS no país, instrumentos que o mensurem em relação ao conhecimento de pais e cuidadores de crianças sobre os cuidados de saúde,

orientados por profissionais, às crianças sob cuidados médicos. Assim, esse estudo teve como objetivo a tradução, adaptação cultural e validação psicométrica do instrumento *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT), para cuidadores/familiares de crianças até um ano de idade, que buscam atendimento na unidade de atenção primária.

## MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, regido pelas resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/15, sob o parecer de nº 2.787.988 e CAAE 93750118.0.0000.0107.

Para a adaptação transcultural e validação do instrumento PHLAT, o qual visa à obtenção de informações acerca do nível de LFS, de cuidadores/familiares de crianças, foi obtida autorização antecipadamente dos autores do instrumento original.

O instrumento contém 20 questões, distribuídas em domínios clínicos, conforme segue: nutrição (1-3, 12, 17-20), psicossocial/desenvolvimento (6), acidentes/segurança (4, 5) e clínica/avaliações/imunização (7-10, 13-16). Em relação às habilidades predominantemente avaliadas, as questões estão assim distribuídas: letramento impresso (1, 5, 12, 13, 14, 15, 19, 20), adição e subtração (2), multiplicação e divisão (3, 17), frações e decimais (4, 10, 16), múltiplas funções matemáticas (8, 18) e numeração, contas, hierarquia e gráficos (6, 7, 9, 11). Para sua aplicação, demonstram-se, em cada item, os gráficos ou figuras correspondentes à pergunta e, então, as respostas são registradas no formulário, seguindo-se a codificação um quando a resposta está correta e zero quando está incorreta.

A primeira etapa compreendeu a tradução e a adaptação cultural<sup>17</sup>. Realizou-se a tradução conceitual do inglês para o português por dois tradutores bilíngues independentes, sendo que um

tradutor tinha conhecimento prévio do instrumento e o outro não o possuía. Em seguida, verificou-se a síntese das traduções pelos tradutores, prosseguindo-se com a retrotradução ou tradução reversa do instrumento para a língua original, por dois especialistas na língua inglesa, elaborando-se a versão síntese do instrumento traduzido.

Para a continuidade do processo de adaptação cultural, foi constituído um comitê multidisciplinar com nove especialistas, sendo três profissionais em saúde infantil (médico pediatra, enfermeiro pediatra, enfermeiro neonatologista), um professor de metodologia, dois pesquisadores, um linguista, e os dois tradutores, com objetivo de analisar as discrepâncias e obter a versão para o teste de campo. Nessa etapa, foram observadas a equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural através das comparações entre as traduções e a adaptação cultural, sendo necessário adaptação de itens na língua portuguesa, que não eram adequados para a realidade brasileira. O instrumento com as adaptações realizadas obteve 100% de concordância, sendo denominado versão pré-teste.

O alcance da fase final da adaptação cultural sucedeu com a aplicação da versão pré-teste. Essa etapa do processo buscou aplicar o teste de campo do instrumento, com uma amostra da população, para a verificação da aplicabilidade e viabilidade do instrumento. A versão pré-teste foi aplicada no período de outubro a dezembro de 2018, para validação do conteúdo, a 31 cuidadores/familiares de crianças até um ano de idade, nas unidades de atenção primária de um município do Oeste do Paraná. O cálculo amostral foi baseado no número de atendimentos de crianças menores de um ano no município do estudo, para todas as etapas da pesquisa. O preenchimento do instrumento foi na forma autoaplicável, seguindo a recomendação do autor do instrumento original.

No momento da realização do preenchimento de cada instrumento, foi realizado um relatório sobre as dificuldades encontradas por meio da observação e aquelas relatadas pelos participantes. As questões consideradas com problemas, conforme descritas no relatório, foram revistas, sendo realizadas as adaptações da versão pré-teste para a aplicação da próxima etapa. Nessa etapa, realizou-se o *Alfa de Cronbach* para avaliação da consistência interna.

Na sequência, realizou-se a investigação da estabilidade do PHLAT, por meio do teste-reteste e da análise de consistência interna e das dimensões encontradas. Nessa etapa, participaram 93 cuidadores/familiares de crianças até um ano de idade, nas unidades de atenção primária. A aplicação do teste-reteste ocorreu no período de março a junho de 2019 e teve por finalidade a verificação da reprodutibilidade do instrumento traduzido e adaptado, possibilitando a visualização de sua estabilidade ao longo do tempo.

A aplicabilidade do instrumento e sua reaplicação ocorreram com um intervalo de 24h até 48h, sendo realizadas com os mesmos participantes, porém, o teste ocorreu nas unidades de saúde, enquanto o reteste em domicílio. As questões do instrumento tiveram sua ordem modificada para que suas respostas não tivessem influência da memória recente.

A avaliação da confiabilidade do instrumento foi verificada pelo Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI), entre os resultados do teste e reteste, avaliando a reprodutibilidade do instrumento. A consistência interna dos dados foi avaliada com a aplicação do coeficiente de *Alfa de Cronbach*.

## RESULTADOS

Os dados no pré-teste indicaram *Alfa de Cronbach* de 0,73 em intervalo de confiança de 95%, conforme Tabela 1, sendo a versão de pré-teste, aprovada para realização da próxima etapa, de teste-reteste.

**Tabela 1.** Coeficiente Alfa de Cronbach das questões do PHLAT, no pré-teste, 2019.

Questões	Valores de alpha	Alpha padronizado	G6*	Média correlação inter-itens	Erro padrão	Variância	Mediana
Questão 1.1	0,71	0,70	0,90	0,096	0,073	0,038	0,096
Questão 2	0,70	0,70	0,90	0,096	0,074	0,039	0,099
Questão 2.1	0,72	0,72	0,91	0,104	0,071	0,038	0,100
Questão 2.2	0,72	0,72	0,91	0,106	0,070	0,039	0,115
Questão 3.1	0,70	0,71	0,91	0,100	0,075	0,040	0,100
Questão 3.2	0,71	0,71	0,91	0,101	0,073	0,042	0,095
Questão 3.3	0,69	0,70	0,90	0,096	0,078	0,039	0,099
Questão 4	0,71	0,71	0,91	0,102	0,072	0,042	0,100
Questão 5	0,72	0,72	0,92	0,105	0,070	0,043	0,100
Questão 6	0,72	0,72	0,91	0,104	0,070	0,043	0,101
Questão 7	0,74	0,74	0,91	0,113	0,065	0,041	0,114
Questão 8	0,72	0,71	0,91	0,102	0,070	0,041	0,099
Questão 9	0,73	0,74	0,92	0,113	0,067	0,042	0,116
Questão 10	0,72	0,72	0,91	0,105	0,071	0,040	0,100
Questão 11	0,69	0,70	0,90	0,097	0,078	0,040	0,096
Questão 12	0,73	0,73	0,92	0,110	0,068	0,043	0,115
Questão 13	0,73	0,73	0,92	0,111	0,067	0,041	0,101
Questão 14	0,73	0,74	0,92	0,115	0,068	0,042	0,115
Questão 15	0,73	0,73	0,92	0,112	0,067	0,042	0,115
Questão 16	0,73	0,74	0,92	0,115	0,067	0,040	0,115
Questão 18	0,75	0,74	0,91	0,115	0,063	0,040	0,115
Questão 19	0,71	0,70	0,90	0,095	0,071	0,039	0,099
Questão 20	0,71	0,71	0,92	0,101	0,071	0,042	0,099

**FONTE:** Banco de dados do pesquisador. Legenda: \*G6 – Guttman's Lambda 6 teste de confiabilidade.

Na Tabela 2, apresenta-se o percentual de acertos das respostas de acordo com cada questão.

**Tabela 2.** Apresentação do índice de acertos e erros das respostas de cada questão do PHLAT, no pré-teste, 2019.

Questões	Respostas	
	Incorretas	Corretas
1 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 1, quanto de água e de pó você deve colocar para fazer 120 ml de leite?		
1.1 Quantidade água utilizada:	13%	87%
1.2 Número de medidas colocadas:	16%	84%
2 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 2, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 210 ml de leite?		
2.1 Quantidade de água utilizada:	19%	81%
2.2 Número de medidas colocadas:	10%	90%
3 Seu bebê tem diarreia e o pediatra recomenda que você dê uma mamadeira de 240 ml, misturando metade de leite e metade de soro para reidratação oral. Como você prepararia essa mamadeira com o leite em pó 1?		
3.1 Quantidade de água utilizada:	48%	52%
3.2 Número de medidas colocadas:	32%	68%
3.3 Quantidade de soro utilizada:	45%	55%
4 Você é informado pelo pediatra do seu bebê para levá-lo a um serviço de saúde, se ele tiver uma temperatura de 38°C ou maior. No termômetro, está marcando a seguinte temperatura: <b>37,8°C</b> Você deveria levar sua criança para avaliação no serviço de saúde?	48%	52%
5 Vamos dizer que sua criança de 10 meses pesa 10.400 gramas e tem altura normal para a idade. Usando a tabela sobre o uso de assentos para crianças, qual assento para o carro você deve escolher para seu filho?		
a) Bebê conforto, virado para trás, no banco traseiro.	23%	77%
b) Bebê conforto, virado para a frente, no banco traseiro.	0%	0%
c) Cadeira de segurança, virado para trás, no banco traseiro.	0%	0%
d) Cadeira de segurança, virado para a frente, no banco traseiro	0%	0%
6 Na consulta de acompanhamento de 2 meses do seu bebê, o médico lhe diz que, de acordo com a curva de crescimento infantil, ela está no percentil 25 de peso. O que esse percentil significa? Por favor, veja a curva de crescimento exibida.	32%	68%
7 Se seu bebê de 7 meses pesa 8 quilos e está com febre, quanto remédio para febre você deve dar ao bebê? Usando a Tabela de Dosagem do medicamento exibida, indique a quantidade de gotas de remédio que você deve dar ao seu filho. Decida a dose com base no peso do seu filho.	19%	81%
8 Examinando as bulas dos dois tipos de medicamentos infantis para febre exibidas, de qual deles você precisaria usar um número menor de gotas, para tratar a febre do seu bebê?		
a) Ibuprofeno 50mg	0%	0%
b) Ibuprofeno 100mg	6%	94%
9 Seu bebê de 3 meses pesa 5 quilos e está com febre e você compra remédio para febre, em gotas. Usando a caixa como referência, você daria o medicamento ao seu bebê?		
( ) Sim	94%	6%
( ) Eu ligaria para o pediatra ou levaria ao serviço de saúde	0%	0%
( ) Não	0%	0%
10 Se você estiver usando remédio infantil para tratar a febre do seu filho, e seu médico recomendar que você dê apenas ½ colher de chá do medicamento, quantos mililitros (mL) você precisa dar? Você pode consultar a tabela exibida.	52%	48%
11 Seu sobrinho de 3 anos e 16 quilos vem visitá-los e de repente ele está com febre. Para tratar a febre, você decide dar-lhe o recomendado na bula do remédio infantil para febre de 2,5ml. Quanto você deve dar a ele?		
a) ½ (meia) colher de chá	58%	42%
b) 1 colher de chá	0%	0%
c) 1 ½ colher de chá	0%	0%
d) 1 colher de sopa	0%	0%
12 O seu médico lhe dá a seguinte lista de alimentos para evitar dar ao seu bebê.		
- Leite	- Amendoim, castanhas, nozes	
- Claras de ovos	- Peixe e marisco	
- Uvas	- Cenouras cruas	

- Pipoca	- Cachorro-quente	
Depois de ler a lista de ingredientes do biscoito entregue, você daria isso para o seu bebê de 10 meses?		
( ) Sim	0%	0%
( ) Não	26%	74%
13 Aos 6 meses de idade, seu bebê tem uma chance maior de pegar resfriados e outras infecções. Tomando como exemplo o paracetamol gotas entregue, decida se você usaria esse medicamento para seu filho e quanto você daria.		
( ) Sim– eu daria _____(coloque a quantidade).	0%	0%
( ) Sim – mas eu perguntaria ao pediatra primeiro.	39%	61%
( ) Não – eu não daria o medicamento para meu filho.	0%	0%
14 De acordo com as informações na caixa do medicamento oferecida, que sintomas esta medicação NÃO ajuda a aliviar.		
a) congestão nasal	0%	0%
b) Vômito	0%	0%
c) Febre	3%	97%
d) Tosse	0%	0%
15 Seu bebê tem 1 ano de idade, pesa 8 quilos e está resfriado e com febre. Você dá a ele a quantidade de gotas de paracetamol que sempre usa, mas uma hora depois, ele ainda está com febre. Você também tem um frasco de dipirona. O que você deve fazer, dar o outro medicamento ou esperar?		
a) Dar ____ml/gotas de dipirona.	0%	0%
b) Esperar, Porque....	16%	84%
16 Seu bebê tem uma infecção no ouvido e o médico receitou amoxicilina 3 vezes ao dia (ver frasco). Usando a seringa/copo, demonstre como você administraria a dose prescrita de 5 ml.	6%	94%
17 Um nutricionista diz-lhe para dar ao seu bebê, com mais de seis meses, não mais que 50 ml de suco por vez. 200 ml de suco dará para quantas vezes?	0%	100%
18 Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. Deve-se dar preferência a sucos naturais com 100% de frutas ou vegetais. Os sucos prontos devem especificar no rótulo quanto de açúcar, vitaminas, proteínas, sódio e outros componentes contém. Com base nessa informação, analise o rótulo com os Dados Nutricionais, do suco demonstrado, e decida se poderia ser dado ao seu filho?		
( ) Sim	0%	0%
( ) Não	42%	58%
19 Nos primeiros 3 dias de aleitamento materno, o peito fica inchado e dolorido. De acordo com este folheto, quanto tempo vai levar para melhorar?	3%	97%
20 Você não tem certeza se o seu bebê está recebendo leite suficiente, uma vez que demora cerca de 15 minutos para se alimentar em ambos os seios. De acordo com este folheto, isto é:		
a) normal	10%	90%
b) mais que o normal	0%	0%
c) menos que o normal	0%	0%

FONTE: Banco de dados do pesquisador.

No pré-teste, as questões que ficaram em torno ou abaixo de 50% foram as 3.1, 3.3, e 18, referentes ao domínio nutrição; questão 4, sobre segurança; questões 9, 10, e 11 do domínio medicamentos. Sobre as habilidades requeridas em cada uma delas, houve dificuldade de interpretação numérica, referente à multiplicação e divisão na questão 3, fração e decimais nas questões 4 e 10, múltiplas capacidades matemáticas na questão 18, hierarquia numérica nas respostas 9 e 11. Para a pergunta sobre a oferta de suco à criança (questão 17), obteve-se 100% de acerto. Nesse caso, essa questão foi excluída para o cálculo de correlação e confiabilidade.



A avaliação da confiabilidade do instrumento, na etapa do teste-reteste, foi verificada pelo CCI, entre os resultados do teste e reteste, possibilitando avaliar a reprodutibilidade do instrumento. A consistência interna dos dados foi avaliada por meio da aplicação do coeficiente de *Alfa Cronbach* (Tabela 3), cuja questão 14, que obteve 100% de acerto, também foi excluída do cálculo.

**Tabela 3.** Coeficiente *Alfa de Cronbach* das questões do PHLAT, no teste-reteste, 2019.

Questões	Valores de alpha	Alpha padronizado	G6*	Média correlação inter-itens	Erro padrão	Variância	Mediana
Questão 1.1	0,66	0,67	0,75	0,083	0,050	0,018	0,066
Questão 1.2	0,66	0,67	0,76	0,086	0,049	0,019	0,073
Questão 2.1	0,68	0,70	0,79	0,095	0,046	0,021	0,077
Questão 2.2	0,68	0,70	0,79	0,094	0,046	0,022	0,074
Questão 3.1	0,66	0,67	0,77	0,086	0,050	0,019	0,070
Questão 3.2	0,68	0,69	0,79	0,093	0,047	0,021	0,078
Questão 3.3	0,65	0,67	0,77	0,085	0,051	0,018	0,073
Questão 4	0,68	0,69	0,79	0,094	0,047	0,022	0,073
Questão 5	0,70	0,72	0,81	0,103	0,043	0,021	0,085
Questão 6	0,70	0,71	0,80	0,102	0,043	0,021	0,085
Questão 7	0,70	0,71	0,80	0,102	0,043	0,021	0,085
Questão 8	0,68	0,69	0,79	0,093	0,047	0,021	0,073
Questão 9	0,70	0,71	0,80	0,100	0,044	0,021	0,085
Questão 10	0,66	0,68	0,78	0,088	0,049	0,021	0,066
Questão 11	0,66	0,68	0,78	0,089	0,049	0,021	0,070
Questão 12	0,69	0,71	0,80	0,099	0,045	0,021	0,081
Questão 13	0,71	0,72	0,80	0,104	0,042	0,020	0,085
Questão 15	0,68	0,69	0,79	0,093	0,047	0,022	0,073
Questão 16	0,69	0,70	0,80	0,097	0,046	0,022	0,078
Questão 17	0,67	0,68	0,77	0,088	0,048	0,020	0,073
Questão 18	0,71	0,72	0,80	0,102	0,043	0,021	0,085
Questão 19	0,68	0,69	0,78	0,093	0,047	0,020	0,073
Questão 20	0,69	0,71	0,80	0,099	0,045	0,021	0,078

FONTE: Banco de dados do pesquisador. Legenda: G6 – Guttman's Lambda 6 teste de confiabilidade.

O *Alfa de Cronbach* obtido foi de 0,69, considerado valor aceitável<sup>18</sup>. Na Tabela 4, apresenta-se o percentual de acertos das respostas, de acordo com cada questão do teste.

**Tabela 4.** Percentual de acertos das respostas de acordo com as questões do PHLAT, no teste-reteste, 2019.

Questões	Respostas Teste		Respostas Reteste	
	Incorretas	Corretas	Incorretas	Corretas
1 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 1, quanto de água e de pó você deve colocar para fazer 120 ml de leite?				
1.1 Quantidade água utilizada:	19%	81%	11%	89%
1.2 Número de medidas colocadas:	19%	81%	13%	87%
2 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 2, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 210 ml de leite?				
2.1 Quantidade de água utilizada:	11%	89%	5%	95%
2.2 Número de medidas colocadas:	9%	91%	10%	90%
3 Seu bebê tem diarreia e o pediatra recomenda que você dê uma mamadeira de 240 ml, misturando metade de leite e metade de soro para reidratação oral. Como você prepararia essa mamadeira com o leite em pó 1?				
3.1 Quantidade de água utilizada:	32%	68%	27%	73%
3.2 Número de medidas colocadas:	51%	49%	48%	52%
3.3 Quantidade de soro utilizada:	34%	66%	28%	72%
4 Você é informado pelo pediatra do seu bebê para leva-lo a um serviço de saúde se ele tiver uma temperatura de 38°C ou maior. No termômetro está marcando a seguinte temperatura: 37,8°C				
Você deveria levar sua criança para avaliação no serviço de saúde?	57%	43%	55%	45%
5 Vamos dizer que sua criança de 10 meses pesa 10.400 gramas e tem altura normal para a idade. Usando a tabela sobre o uso de assentos para crianças, qual assento para o carro você deve escolher para seu filho?				
a) Bebê conforto, virado para trás, no banco traseiro.	25%	75%	26%	74%
b) Bebê conforto, virado para a frente, no banco traseiro.	0%	0%	0%	0%
c) Cadeira de segurança, virado para trás, no banco traseiro.	0%	0%	0%	0%
d) Cadeira de segurança, virado para a frente, no banco traseiro	0%	0%	0%	0%
6 Na consulta de acompanhamento de 2 meses do seu bebê, o médico lhe diz que, de acordo com a curva de crescimento infantil, ela está no percentil 25 de peso. O que esse percentil significa? Por favor, veja a curva de crescimento exibida.	38%	62%	33%	67%
7 Se seu bebê de 7 meses pesa 8 quilos e está com febre, quanto remédio para febre você deve dar ao bebê? Usando a Tabela de Dosagem do medicamento exibida, indique a quantidade de gotas de remédio que você deve dar ao seu filho. Decida a dose com base no peso do seu filho.	32%	68%	40%	60%
8 Examinando as bulas dos dois tipos de medicamentos infantis para febre exibidas, de qual deles você precisaria usar um número menor de gotas, para tratar a febre do seu bebê?				
a) Ibuprofeno 50mg	0%	0%	0%	0%
b) Ibuprofeno 100mg	32%	68%	34%	66%
9 Seu bebê de 3 meses pesa 5 quilos e está com febre e você compra remédio para febre, em gotas. Usando a caixa como referência, você daria o medicamento ao seu bebê?				
( ) Sim	0%	0%	0%	0%
( ) Eu ligaria para o pediatra ou levaria ao serviço de saúde	57%	43%	55%	45%
( ) Não	0%	0%	0%	0%
10 Se você estiver usando remédio infantil para tratar a febre do seu filho, e seu médico recomendar que você dê apenas ½ colher de chá do medicamento, quantos mililitros (mL) você precisa dar? Você pode consultar a tabela exibida.	63%	37%	72%	28%

11 Seu sobrinho de 3 anos e 16 quilos vem visitá-los e de repente ele está com febre. Para tratar a febre, você decide dar-lhe o recomendado na bula do remédio infantil para febre de 2,5ml. Quanto você deve dar a ele?

a) ½ (meia) colher de chá	61%	39%	58%	42%
b) 1 colher de chá	0%	0%	0%	0%
c) 1 ½ colher de chá	0%	0%	0%	0%
d) 1 colher de sopa	0%	0%	0%	0%

12 O seu médico lhe dá a seguinte lista de alimentos para evitar dar ao seu bebê.

- Leite	- Amendoim,
- Claras de ovos	castanhas, nozes
- Uvas	- Peixe e marisco
- Pipoca	- Cenouras cruas
	- Cachorro-quente

Depois de ler a lista de ingredientes do biscoito entregue, você daria isso para o seu bebê de 10 meses?

( ) Sim	0%	0%	0%	0%
( ) Não	31%	69%	27%	73%

13 Aos 6 meses de idade, seu bebê tem uma chance maior de pegar resfriados e outras infecções. Tomando como exemplo o paracetamol gotas entregue, decida se você usaria esse medicamento para seu filho e quanto você daria.

( ) Sim– eu daria _____(coloque a quantidade).	0%	0%	0%	0%
( ) Sim – mas eu perguntaria ao pediatra primeiro.	40%	60%	42%	58%
( ) Não – eu não daria o medicamento para meu filho.	0%	0%	0%	0%

14 De acordo com as informações na caixa do medicamento oferecida, que sintomas esta medicação NÃO ajuda a aliviar.

a) congestão nasal	0%	0%	0%	0%
b) Vômito	0%	0%	0%	0%
c) Febre/Dor	0%	100%	0%	100%
d) Tosse	0%	0%	0%	0%

15 Seu bebê tem 1 ano de idade, pesa 8 quilos e está resfriado e com febre. Você dá a ele a quantidade de gotas de paracetamol que sempre usa, mas uma hora depois, ele ainda está com febre. Você também tem um frasco de dipirona. O que você deve fazer, dar o outro medicamento ou esperar?

a) Dar _____ml/gotas de dipirona.	0%	0%	0%	0%
b) Esperar, Porque .....	24%	76%	27%	73%

16 Seu bebê tem uma infecção no ouvido e o médico receitou amoxicilina 3 vezes ao dia (ver frasco). Usando a seringa/copo, demonstre como você administraria a dose prescrita de 5 ml.

a) Demonstrou corretamente	10%	90%	6%	94%
b) Demonstrou incorretamente	0%	0%	0%	0%

17 Um nutricionista diz-lhe para dar ao seu bebê, com mais de seis meses, não mais que 50 ml de suco por vez. 200 ml de suco dará para quantas vezes?

	13%	87%	15%	85%
18 Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. Deve-se dar preferência a sucos naturais com 100% de frutas ou vegetais. Os sucos prontos devem especificar no rótulo quanto de açúcar, vitaminas, proteínas, sódio e outros componentes contém. Com base nessa informação, analise o rótulo com os Dados Nutricionais, do suco demonstrado, e decida se poderia ser dado ao seu filho?				

( ) Sim	0%	0%	0%	0%
( ) Não	46%	54%	42%	58%

19 Nos primeiros 3 dias de aleitamento materno, o peito fica inchado e dolorido. De acordo com este folheto, quanto tempo vai levar para melhorar?

	18%	82%	16%	84%
--	-----	-----	-----	-----

20 Você não tem certeza se o seu bebê está recebendo leite suficiente, uma vez que demora cerca de 15 minutos para se alimentar em ambos os seios. De acordo com este folheto, isto é:

a) normal	12%	88%	13%	87%
b) mais que o normal	0%	0%	0%	0%

c) menos que o normal

0%

0%

0%

0%

FONTE: Banco de dados do pesquisador.

No teste, as questões que ficaram abaixo de 50%, referentes ao domínio nutrição, foram as 3.2, 4 (no pré-teste 48% e no teste 43%); sobre segurança, a questão 9 (no pré-teste 6%, no teste 43%), no domínio medicamentos, a questão 10 (pré-teste 48% e no teste 37%) e questão 11 (no pré-teste 42%, no teste 39%). Sobre as habilidades requeridas em cada uma delas, houve pouca capacidade de interpretação numérica, referente à multiplicação e divisão na questão 3, fração e decimais nas questões 4 e 10, hierarquia numérica nas respostas 9 e 11. Para a pergunta sobre que sintomas esta medicação NÃO ajuda a aliviar (questão 14), obteve-se 100% de acerto.

Os dados de alfa de cada questão estão apresentados na Tabela 5, a seguir.

**Tabela 5.** Comparação do *Alfa de Cronbach* entre o pré-teste e teste, 2019.

Questões	Alpha pré-teste	Alpha teste
Questão 1.1	0,71	0,66
Questão 2	0,70	0,66
Questão 2.1	0,72	0,68
Questão 2.2	0,72	0,68
Questão 3.1	0,70	0,66
Questão 3.2	0,71	0,68
Questão 3.3	0,69	0,65
Questão 4	0,71	0,68
Questão 5	0,72	0,70
Questão 6	0,72	0,70
Questão 7	0,74	0,70
Questão 8	0,72	0,68
Questão 9	0,73	0,70
Questão 10	0,72	0,66
Questão 11	0,69	0,66
Questão 12	0,73	0,69
Questão 13	0,73	0,72
Questão 14	0,73	-
Questão 15	0,73	0,68
Questão 16	0,73	0,69
Questão 17	-	0,67
Questão 18	0,75	0,71

Questão 19	0,71	0,68
Questão 20	0,71	0,69
FONTE: Banco de dados da pesquisa.		

A avaliação da confiabilidade do instrumento, analisada pelo coeficiente de correlação intraclass, mostrou CCI de 0.865, com intervalo de confiança de 95%.

## DISCUSSÃO

Sobre os dados de validação para o português do instrumento *Parental Health Literacy Activities Test*, tanto no pré-teste quanto no teste e reteste, evidenciou-se que as questões obtiveram *Alfa de Cronbach* de 0,73 e 0,69, respectivamente, considerado substancial<sup>19</sup> e comparável à confiabilidade do instrumento original, o qual foi avaliado com a utilização de testes de consistência interna com o Kuder-Richardson, apresentando valor de KR-20 igual a 0,76<sup>16</sup>.

As dificuldades e limitações são inerentes à adaptação e à validação de instrumentos de outro país de origem, pois o país-alvo tem significativas diferenças culturais e de linguagem, tornando as modificações inevitáveis<sup>15</sup>, sendo necessário adaptação de itens na língua portuguesa, que não eram adequados para a realidade brasileira.

Contudo, preservou-se a originalidade do instrumento de origem, certificada na retrotradução, mesmo que tenham sido geradas diferenças semânticas ou conceituais entre o original e a versão de síntese alcançada<sup>17</sup>, para adequação ao público brasileiro.

Outra limitação do estudo apresenta-se sob a forma de inexistência de instrumentos que mensurem o LFS de pais/cuidadores de crianças, visto que estudos sobre o tema ainda são limitados no cenário internacional e no Brasil. Tal fato assume importância relevante, na medida em que o grupo infantil é público assíduo na atenção primária, principalmente em busca de

cuidado às doenças respiratórias, que acometem crianças de modo prevalente no país e influenciam na hospitalização por causas evitáveis pela atenção primária<sup>20</sup>.

Preocupam os dados evidenciados por este estudo, os quais apontam que: 43% dos cuidadores conseguiram interpretar um termômetro para decidir se a temperatura indicada seria motivo para levar ou não o filho ao pediatra; 68% conseguiram interpretar, após o fornecimento da dosagem/peso, a quantidade correta de administração de um medicamento; 57% comprariam e administrariam uma medicação ao filho sem indicação do pediatra; 62% souberam interpretar se o percentil na curva de crescimento oferecida estava adequado para o peso/idade; 63% e 61% (questões 10 e 11) não conseguiram interpretar e transformar mililitros (ml) em medidas de colher para administrar o medicamento; 54% apontaram que dariam sucos industrializados para seus filhos.

Ainda, a média dos cuidadores que conseguiram preparar uma mamadeira de 240ml, fracionada com soro de reidratação oral, foi de 61%. Grande parte dos cuidadores entrevistados, 88%, após ler o folheto de aleitamento materno, responderam que o tempo de intervalo entre mamadas demonstrado era normal para a amamentação. Em comparação aos valores do estudo original, 69% foram capazes de ler corretamente um termômetro para determinar se deveriam chamar o pediatra ou não; 53% foram capazes de determinar a dose adequada do medicamento em gotas. Somente 64% puderam determinar corretamente se forneceria um suco industrializado, 51% puderam interpretar o percentil de uma curva de crescimento. Poucos participantes (18%), depois de ler um guia sobre amamentação, conseguiram determinar quanto o tempo gasto na amamentação foi menor que o normal<sup>16</sup>.

Os resultados do PHLAT apontam inúmeros desafios que os cuidadores enfrentam ao tentar fornecer cuidados diários apropriados, relacionados à saúde infantil. Os cuidadores,

frequentemente, foram incapazes de entender os rótulos de nutrição e medicação, folhetos simples de saúde infantil e recomendações básicas sobre o cuidado infantil. Muitos também não conseguiram misturar fórmulas infantis ou medicação adequadamente<sup>16</sup>.

Estudo com população de mães adolescentes<sup>21</sup>, mas que pode ser ampliado para a população em geral, demonstrou a importância do LS da criança em suas diversas especificidades, quanto à comunicação sobre saúde e quanto à vulnerabilidade, já que elas necessitam de informações claras, precisas e acessíveis sobre saúde, para promoverem a própria saúde e a do bebê, justificando, dessa forma, a escolha pela adaptação e validação desse instrumento para esse público, ao qual não dispunha de um instrumento de mensuração do LFS, adequado às condições brasileiras.

## CONCLUSÃO

O PLHAT, versão brasileira, apresentou-se como um instrumento confiável para mensurar o LSF do cuidador, em relação à indicação terapêutica do profissional de saúde para seu filho, possibilitando avaliar a relação entre o LS e as famílias usuárias do sistema único de saúde, no momento do atendimento de suas crianças na unidade de atenção primária. Sua importância reside em que, se o familiar cuidador não compreende a terapêutica proposta, pode não a implementar ou fazê-lo de modo parcial, fator que pode levar ao agravamento do quadro de saúde da criança e, conseqüentemente, à hospitalização por condições que seriam passíveis de serem resolvidas no âmbito da atenção primária à saúde.

O PHLAT, versão brasileira, demonstra grande relevância na utilização cotidiana da atenção primária, pois pode ser aplicado para identificação das vulnerabilidades de compreensão e comunicação que acometem a criança e as famílias que necessitam de maiores e melhores

informações, no contexto do cuidado infantil. Os achados desse estudo indicam a importância da comunicação clara em saúde, focada nas habilidades básicas necessárias à saúde da criança, bem como em um direcionamento dos profissionais para melhorar a comunicação com os cuidadores, incluindo materiais interativos de educação e saúde de fácil compreensão.

Percebeu-se a necessidade de melhorar o entendimento da informação sobre saúde infantil, envidando esforços que visam a aprimorar o atendimento, investindo em mais tempo de duração das consultas e em compartilhamento de saberes profissionais, durante os atendimentos, incluindo, nas consultas, os enfermeiros, cujo potencial de educação em saúde tem grande relevância nesse processo do cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Soares M. *Letramento: Um Tema em Três Gêneros*. Belo Horizonte: Autêntica; 2001.
2. Coelho MAM, Sampaio HAC, Passamai MPB, Cabral LA, Passos TU, Lima GP. Functional health literacy and healthy eating: Understanding the brazilian food guide recommendations. *Rev Nutr* [serial on the Internet]. 2014 dez [cited 2018 apr 30];27(6):[about 10 p.]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732014000600715](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732014000600715)
3. Santos JEM, Brasil VV, Moraes KL, Cordeiro JABL, Oliveira GF, Bernardes CP, Bueno BRM, Boaventura RP, Gonçalves FAF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Silva AMTC. Legibilidade de prospecto facilitador e letramento em saúde de indivíduos com marcapasso. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2017 jun [acessado 2018 mai 15]; 70(3): [cerca de 7 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt\\_0034-7167-reben-70-03-0633.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0633.pdf)
4. Santos L, Mansur HN, Paiva TFPS, Colugnati FAB, Bastos MG. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *J Bras Nefrol* [periódico na Internet]. 2012 set [acessado



2018 abr 29]; 34(3): [cerca de 10 p.]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a14.pdf>

5. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos. *Interface* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2018 abr 29]; 16(4): [cerca de 14 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2812.pdf>

6. Santos MIPO, Portella MR. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2016 fev [acessado 2018 jul 9]; 69(1): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0156.pdf>

7. Santos MIPO, Portella MR, Scortegagna HM, Santos PCS. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [periódico na Internet]. 2015 set [acessado 2018 abr 30]; 18(3): [cerca de 14 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00651.pdf>

8. Marques SR, Lemos SMA. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão sistemática. *Rev Audiol Commun Res* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2019 dez 4]; 22(e1757): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acr/v22/2317-6431-acr-2317-6431-2016-1757.pdf>

9. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* [serial on the Internet]. 1995 oct [cited 2018 oct 23];10(10):[about 5 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8576769>

10. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, Crouch MA. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *J Fam Med* [serial

on the Internet]. 1993 jun [cited 2018 oct 23];25(6):[about 5 p.]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8349060>

11. Apolinario D, Braga RCOP, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, Lee SD. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2012 aug [cited 2018 oct 23];46(4):[cerca de 10 p.]. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/ao3816.pdf>

12. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* [serial on the Internet]. 1999 sep [cited 2018 oct 23];38(1):[about 10 p.]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569>

13. Carthery-goulart MT, Anghinah R, Areza-fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, Formigoni AP, Frota N, Guariglia C, Alessandro FJ, Kato EM, Lima EP, Mansur L, Moreira D, Nobrega A, Porto CS, Senaha MLH, Silva MNM, Smis J, Souzatarico JN, Radanovic M, Nittrini R. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 ago [cited 2018 mai 14];43(4):[about 8 p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/124.pdf>

14. Quemelo PRV, Milani D, Bento VF, Vieira ER, Zaia JE. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2017 mar [acessado 2019 dez 17]; 33(2):e00179715:[cerca de 15 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00179715.pdf>

15. Maragno CAD, Mengue SS, Moraes CG, Rebelo MVD, Guimarães AMM, Pizzol TSD. Teste de letramento em saúde em português para adultos. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na Internet].

2019 abr [acessado 2019 dez 17];22(E190025): [cerca de 12 p.]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190025.pdf>

16. Kumar D, Sanders L, Perrin E, Lokker N, Patterson B, Gunn V, Finkle J, Franco V, Choi L, Rothman R. Parental understanding of infant health information: Health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Acad Pediatr* [serial on the Internet]. 2010 sep-oct [cited 2018 oct 23];10(5):[about 8 p.]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20674532>

17. Pernambuco L, Espelt A, Magalhaes-Junior HV, Lima KC. Recomendações para elaboração, tradução, adaptação transcultural e processo de validação de testes em Fonoaudiologia. *CoDAS* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2019 jul 9];29(3) e20160217:[cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n3/2317-1782-codas-29-3-e20160217.pdf>

18. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderso RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. 6<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

19. Viera S. *Introdução à bioestatística*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

20. Toso BRGO, Ross C, Sotti CW, Brisch SW, Cardoso JM. Profile of children hospitalizations by primary care sensitive Conditions. *Rev Acta Scientiarum Health Sciences* [serial on the Internet]. 2016 july-dec [cited 2018 apr 29];38(2):[about 8 p.]. Available from:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/29422/pdf>

21. Logsdon MC, Davis DW, Ratterman R, Ryan R, Myers J. Acceptability and initial efficacy of education for teen mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* [serial on the Internet]. 2015 may-jun [cited 2018 nov 20];40(3):[about 7 p.]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25919212>

## Artigo 2

### LETRAMENTO EM SAÚDE DE PAIS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO

#### PRIMÁRIA: PARENTAL HEALTH LITERACY ACTIVITIES TEST (PHLAT)

#### *HEALTH LITERACY OF CHLDREN'S PARENTS ATTENDED IN PRIMARY CARE: PARENTAL HEALTH LITERACY ACTIVITIES TEST (PHLAT)*

#### RESUMO

**Objetivo:** apresentar a validação clínica do Parental Health Literacy Activities Test – PHLAT, por meio das propriedades de medida da versão traduzida, verificando a manutenção de sua dimensionalidade em comparação ao original, para avaliar as competências de letramento funcional em saúde de pais e/ou cuidadores de crianças menores de um ano e verificar a correlação das características sociodemográficas dos cuidadores com o letramento funcional em saúde. **Método:** Estudo metodológico, com 302 familiares/cuidadores de crianças, até um ano de idade, que participaram da validação clínica do instrumento em sua versão brasileira, em unidades de atenção primária de município do Oeste do Paraná, em 2019 e 2020. Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** A confiabilidade interna do teste, medida pelo método de Kaiser-Richardson, foi substancial ( $KR-20 = 0,70$ ) e manteve-se, na análise fatorial confirmatória, uma dimensão, como no original. O letramento funcional em saúde foi definido pela mediana das respostas, obtendo-se 70 como ponto de corte. Obtiveram letramento funcional em saúde satisfatório 67,4% dos participantes. O perfil dos cuidadores demonstrou que 93,4% deles são mães, com idade média de 28,3 anos; 53,6% completaram o ensino médio; a renda prevalente é de até dois salários mínimos e 55,3% utilizavam exclusivamente a unidade de atenção primária para assistência à saúde da criança. Na correlação entre as características sociodemográficas e o letramento funcional em saúde, maior renda e mais anos de escolaridade influenciaram em melhores resultados de letramento. **Conclusão:** O estudo contribui com um

instrumento confiável de verificação do letramento funcional em saúde para o cuidado de crianças, inédito no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alfabetização em saúde; Criança; Cuidadores; Família; Pessoal de Saúde; Estudo de Validação.

## **ABSTRACT**

**Objective:** Present a clinical validation of the Parent Health Literacy Activities Test - PHLAT through the measurement properties of the translated version, verifying the maintenance of its dimensionality in comparison with the original, to assess the functional health literacy of parents and / or caregivers of children under one year old and to verify the correlation of sociodemographic resources of caregivers with the functional health literacy. **Method:** Cross-sectional study with 302 family members / caregivers of children up to one year of age, who participated on clinical validation of the instrument in its Brazilian version, in primary care units in a city of West Paraná, in 2019 and 2020. A descriptive and inferential statistics analysis was carried out. **Results:** The internal confidence of the test, measured by the Kaiser-Richardson method, was substantial ( $KR-20 = 0.70$ ) and maintained in the confirmatory factor analysis a dimension of the scale, as in the original. The functional health literacy was defined by the median of responses, obtaining 70 cutoff points. 67.4% of participants obtained satisfactory functional health literacy. The profile of caregivers demonstrated that 93.4% were the mothers, with an average age of 28.3 years, 53.6% completed high school, the predominant income was up to two minimum wages and 55.3% used exclusively the primary care unit for children health assistance. In the correlation between sociodemographic characteristics and functional health literacy, higher income and more years of schooling influenced the best performance results.

**Conclusion:** The need for effective health communication between professionals and primary care users was reaffirmed, contributing with an instrument to verify functional health literacy for children care, unprecedented in Brazil.

**KEYWORDS:** Health literacy; Children; Caregivers; Family; Health Personnel; Validation Study.

## INTRODUÇÃO

A alfabetização em saúde, também chamada de Letramento Funcional em Saúde (LFS) ou *Health Literacy*, como o termo é conhecido internacionalmente, refere-se ao conhecimento e às competências das pessoas para atenderem às inúmeras demandas da saúde na sociedade moderna<sup>1</sup>.

No Brasil, adotou-se como sinônimo de literacidade, a palavra letramento, a qual teve o início da sua utilização na área da educação, na década de 1980, surgindo da necessidade de se diferenciar práticas de letramento de práticas de alfabetização. Manifestou-se a importância da definição e diferenciação do que até então era tratado, de maneira abrangente, por alfabetização<sup>2</sup>.

Segundo seu conceito, o indivíduo ser letrado significa que ele se utiliza da habilidade da leitura de códigos linguísticos e numéricos em situações diversas da vida e em diferentes espaços sociais. O letramento refere-se ao desprender-se da formalidade dos textos e analisá-los, sobrepondo-os em relação a outros textos, refutando e avaliando posições e ideologias que formam seus sentidos<sup>3</sup>. O LFS pode ser definido como a habilidade de usar o conhecimento de leitura e escrita para fins específicos do cuidado com a saúde, desde a proatividade na prevenção de doenças até a capacidade por reivindicações de melhor qualidade na saúde<sup>4</sup>.

Conhecer e determinar níveis de LFS é importante para o sistema de saúde como um todo, mas especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), devido a seu potencial resolutivo de problemas, evitando o agravamento das condições de saúde<sup>5</sup>, e também no sentido de desenvolver diferentes abordagens, nas orientações sobre os cuidados de saúde aos indivíduos com limitada compreensão de leitura e escrita, bem como de habilidades matemáticas<sup>6</sup>.

Estudos sobre o LFS o relacionam às habilidades para entender os aspectos dos cuidados no sistema de saúde para tomada de decisões, eficácia sobre educação em saúde, utilização do

LFS como forma avaliativa<sup>7</sup> e, ainda, a verificação da associação entre o LFS, determinantes sociais e auto percepção da saúde em adultos usuários da APS<sup>8</sup>.

O impacto que um letramento limitado pode originar para indivíduos, família, comunidade e ao sistema de saúde tem gerado interesse de pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas<sup>9</sup>, bem como, por sua complexidade, multidimensionalidade e interdisciplinaridade<sup>10</sup>. Em virtude disso, nota-se o crescimento de pesquisas voltadas à relação entre adesão e eficácia no comportamento de saúde e à distinção do LFS dos indivíduos<sup>11</sup>.

Estudos realizados no Brasil têm mensurado o LFS em públicos específicos<sup>12</sup>, contudo, evidenciou-se lacuna na realidade nacional, principalmente no uso de instrumentos de mensuração do LFS para familiares de crianças. É preciso assegurar-se de que as pessoas entendam as orientações, bem como a prescrição de medicamentos para o seu problema de saúde. Isso se torna mais relevante quando diz respeito ao tratamento de saúde das crianças, que dependem de um cuidador que compreenda o que lhe foi explicado para que a terapêutica seja seguida.

Devido a isso e por não ter sido encontrado instrumento de verificação do LFS no cuidado infantil, disponível no país, e por saber que instrumentos de medida desempenham um importante papel na prática clínica e na avaliação de saúde<sup>13</sup>, elegeu-se, para o estudo, o *Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)*<sup>14</sup>.

Este é um instrumento para avaliação do LFS e para a compreensão matemática dos pais/cuidadores de crianças com até um ano de idade, no que se refere às instruções terapêuticas, sobretudo, medicamentosas. Além disso, identifica os cuidadores, de crianças com até um ano de idade, que precisam de instruções especiais quando utilizam serviços de APS, desenvolvido nos Estados Unidos<sup>14</sup>, com validação de conteúdo no Brasil pelos pesquisadores<sup>15</sup> e, nesse estudo, com a continuidade da validação de constructo.

A resolutividade do cuidado da criança está intimamente relacionada à capacidade de compreensão dos pais sobre as orientações que recebem dos profissionais de saúde, durante o atendimento na APS. Para tanto, a escolha de instrumentos de mensuração do LFS deve ser pautada na avaliação de sua confiabilidade e validade. A confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente, no tempo e no espaço, enquanto a validade refere-se à propriedade de um instrumento medir exatamente o que se propõe<sup>13</sup>.

Nessa perspectiva, estudos que possibilitem determinar o LFS para esse público, por meio de um instrumento eficaz, são de importante relevância, tanto para orientar as ações dos profissionais de saúde durante o atendimento, quanto para a formulação de políticas e programas de saúde para esse público. Ademais, possibilita compreender as adversidades presentes nas famílias e proporcionar práticas de saúde que se adequem à realidade de cada criança<sup>16</sup>.

Assim sendo, o objetivo do estudo foi realizar a validação clínica do *Parental Health Literacy Activities Test* – PHLAT, por meio das propriedades de medida da versão traduzida. Os objetivos específicos foram: verificar a manutenção de sua dimensionalidade em comparação ao original; avaliar as competências de LFS de pais e/ou cuidadores de crianças menores de um ano; e verificar a correlação das características sociodemográficas dos cuidadores com o LFS.

## MÉTODOS

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob parecer nº 2.787.988 e CAAE 93750118.0.0000.0107.

Trata-se de estudo metodológico relativo à validação clínica do PHLAT e à mensuração do LFS de cuidadores de crianças menores de um ano, o qual é um instrumento composto por 20 itens, dividido em quatro domínios clínicos: Nutrição (nº 1, 2, 3, 12, 17, 18, 19, 20), Psicossocial/Desenvolvimento (nº 6), Acidentes/Segurança (nº 4, 5) e Clínica/Avaliações/Imunizações (nº 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16), que pode ser autoaplicável. As habilidades de alfabetização e matemática, avaliadas pelo PHLAT, incluem: alfabetização impressa, adição, multiplicação, divisão, frações e percentagens, raciocínio matemático em diferentes situações e numeração/hierarquia de números. Todas essas habilidades e domínios podem ser necessários para os pais, na rotina de cuidado durante o primeiro ano de vida do bebê<sup>14,15</sup>.

O estudo foi desenvolvido em município da região Oeste do Paraná, incluindo-se todas as unidades de atenção primária da área urbana. Os dados foram obtidos no período que vai desde o segundo semestre de 2019 até fevereiro de 2020. Os participantes da pesquisa foram os cuidadores, entendidos como pais, mães, e/ou outros familiares responsáveis pelo cuidado das crianças que passaram por consulta nas unidades de atenção primária do município do estudo.



Para o cálculo da amostra, foi identificado o número de crianças com idade inferior a um ano, no município do estudo, e o número de atendimentos dessa faixa etária na APS, no período de um ano. Realizou-se a estratificação amostral de cada unidade, considerando o número de atendimentos realizados. Para obtenção da amostra mínima de 302 cuidadores a serem entrevistados, de forma estratificada por unidade de saúde, adotou-se a equação:

$$n_0 = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2} n_0 = \frac{p(1-p)Z^2}{e^2}$$

Em que:

$n_0$  = número inicial de indivíduos

$Z$  = valor crítico correspondente ao nível de confiança desejado

$e$  = margem de erro

$p$  = proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria de interesse.

Portanto, foram considerados: erro amostral de 0,05, intervalo de confiança de 95% e  $p$  de 50,0%.

O valor obtido foi corrigido em relação à população total, utilizando a equação:

$$n = \frac{n_0}{1+(n_0/N)} n = \frac{n_0}{1+(n_0/N)}$$

A coleta de dados ocorreu nas unidades de APS, em ambiente reservado, nas quais os cuidadores de crianças até um ano de idade, após a consulta médica, foram convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com auxílio de alunos de iniciação científica, treinados por ela para a aplicação do teste.

A pesquisadora forneceu todas as explicações necessárias a respeito do estudo e sobre o preenchimento do instrumento PHLAT, versão brasileira. Para aqueles que consentiram em participar do estudo, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, aplicou-se um questionário sociodemográfico e o instrumento PHLAT, com o uso de rótulos de produtos, bulas de medicamentos e figuras, para interpretação das questões que os requerem. O tempo médio para a aplicação foi de 20 a 25 minutos, sempre após as consultas/atendimentos.

Os dados foram digitados em planilha Excel, com dupla conferência, e exportados para o software IBM® SPSS® Statistics versão 26. Realizou-se análise descritiva dos itens sociodemográficos e do PHLAT, na qual, para as variáveis quantitativas, foram calculadas médias e desvio padrão, e para as qualitativas, foram apresentadas as frequências e seus respectivos percentuais.

O desempenho total do PHLAT foi calculado como a porcentagem de perguntas respondidas, podendo variar de 0 a 100%. A relação entre o PHLAT e o entendimento dos pacientes, em relação à administração dos medicamentos/bula (questões 8, 9, 11, 13 e 14), foi realizada levando-se em conta as pontuações do PHLAT (dicotomizada pela mediana para serem classificadas como literacia alta ou baixa) e o método empregado foi razão de chances de Mantel-Haenszel. A mediana dos escores totais foi 70%, sendo dicotomizada a partir desta. Portanto, pontuação superior ou igual a 70% foi considerada com literacia alta, e pontuação abaixo de 70% foi considerada com literacia baixa.

Para validade do constructo, foram realizadas análises bivariadas, a fim de verificar a relação entre as características do cuidador e o desempenho do PHLAT. Para as correlações entre o desempenho do PHLAT e as variáveis contínuas, foi utilizado o coeficiente de correlação de postos de Spearman; já para as variáveis categóricas, a pontuação média do PHLAT foi comparada usando teste t ou Análise de Variância (ANOVA), seguido do teste de Student-Newman-Keuls, sendo que, para ambos os testes, foi considerado um nível de significância de 5%. A confiabilidade interna do PHLAT foi avaliada por meio do teste de consistência de Kuder-Richardson (KR-20), uma variação do *Alfa de Chronbach*, para resultados dicotômicos.

A análise da dimensionalidade foi realizada por meio da técnica de análise fatorial exploratória de componentes principais, a fim de identificar/confirmar os fatores (dimensões) preestabelecidos para o instrumento. A fatorabilidade foi investigada pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin – KMO (valores entre 0,5 e 1,0 indicam que a análise fatorial é apropriada) e pelo teste de esfericidade de Bartlett (avalia a hipótese de a matriz de correlação ser uma matriz identidade), com nível de significância de 5%. Para verificar a quantidade de fatores apontados pela análise de componentes principais, foi utilizado o critério baseado no gráfico do screeplot, também conhecido como teste de Cattell (1966).

Na análise fatorial confirmatória, foram analisados o ajustamento global do modelo fatorial hipotetizado e a estimação da magnitude do efeito dos construtos sobre as variáveis mensuradas. O método de extração utilizado foi o de fatoração de eixo principal.

## RESULTADOS

Na Tabela 1, estão apresentados os dados sociodemográficos utilizados para caracterizar cada participante do estudo.

Tabela1- Dados sociodemográficos dos participantes do estudo, 2020.

Características		N	%
Sexo	Feminino	279	92,4%
	Masculino	23	7,60%
Cuidador principal	Mãe	282	93,4%
	Pai	13	4,3%
	Outros	7	2,2%
Estado Civil	Casado (a)/União estável	254	84,1%
	Outros	48	15,9%
Escolaridade	Fundamental	65	21,5%
	Médio	162	53,6%
	Superior/Pós-Graduação	74	24,5%
	Não Informado	1	0,3%
Ocupação	Com vínculo Formal	105	34,8%
	Autônomo/Informal	61	20,2%
	Sem ocupação atual	133	44,0%
	Não Informado	3	1,0%
Número de Filhos	1	107	35,4%
	2	117	38,7%
	Mais de 2	65	21,5%
	Não Informado	13	4,3%
Renda Familiar	Até 01 Salário Mínimo	57	18,9%
	De 01 a 02 Salários Mínimos	128	42,4%
	De 02 a 03 Salários Mínimos	75	24,8%
	Mais que 03 Salários Mínimos	37	12,3%
Local de Assistência	Não Informado	5	1,7%
	Hospital/Clínica/Pediatra	31	13,6%
	Predominantemente UBS	167	55,3%
	UBS e Outros serviços	41	13,6%
	UPA/Hospital	50	16,6%
	Não Informado	3	1,0%
Aquisição de Medicamentos	UBS	168	55,6%

	Farmácia	39	12,9%
	Ambas	85	28,1%
	Não Informado	10	3,3%
	Sim	74	24,5%
Plano de Saúde	Não	223	73,8%
	Não Informado	5	1,7%
<b>Idade Média</b>		<b>Média</b>	<b>D.P.</b>
Do Cuidador	Idade	28,3	6,5
Da criança	Idade em meses	4,6	3,3

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa.

Houve predominância das mães como cuidadores principais (93,4%), a maioria casada e/ou em união estável (84%); 64,2% delas estavam trabalhando de forma autônoma ou estavam sem trabalho; 60,2% tinham dois ou mais filhos. A maioria dos participantes do estudo (53,6%) tinha completado o ensino médio e 24,5%, o ensino superior/pós-graduação, enquanto 21,5% cursaram o ensino fundamental e 61,3% tinham renda menor que dois salários mínimos (R\$1.045,00 era o valor de um salário mínimo à época da coleta de dados da pesquisa). A idade dos cuidadores foi em média de 28,3 anos e 55,3% dos participantes relataram procurarem exclusivamente a Unidade de Atenção Primária como local para assistência à saúde da criança; 55,6% recebem os medicamentos na própria unidade de saúde e 73,8% não têm plano de saúde.

Quanto aos dados de validação clínica do PHLAT, em relação a sua confiabilidade, evidencia-se, na tabela 2.

Tabela 2- Confiabilidade interna do PHLAT, 2020.

Questão	Alpha	Alpha Padronizado	G6	Correlação Padronizada	Média	Desvio Padrão
1	0,67	0,68	0,71	0,56	0,74	0,44
2	0,67	0,69	0,71	0,486	0,81	0,39
3	0,67	0,68	0,71	0,517	0,4	0,49
4	0,69	0,7	0,74	0,248	0,37	0,48
5	0,68	0,7	0,73	0,304	0,72	0,45
6	0,69	0,71	0,74	0,219	0,57	0,5
7	0,69	0,71	0,74	0,224	0,74	0,44
8	0,67	0,69	0,72	0,422	0,68	0,47
9	0,71	0,72	0,75	0,012	0,42	0,49
10	0,67	0,68	0,71	0,512	0,44	0,5
11	0,68	0,7	0,73	0,363	0,45	0,5
12	0,69	0,7	0,73	0,272	0,75	0,44
13	0,69	0,7	0,74	0,254	0,65	0,48

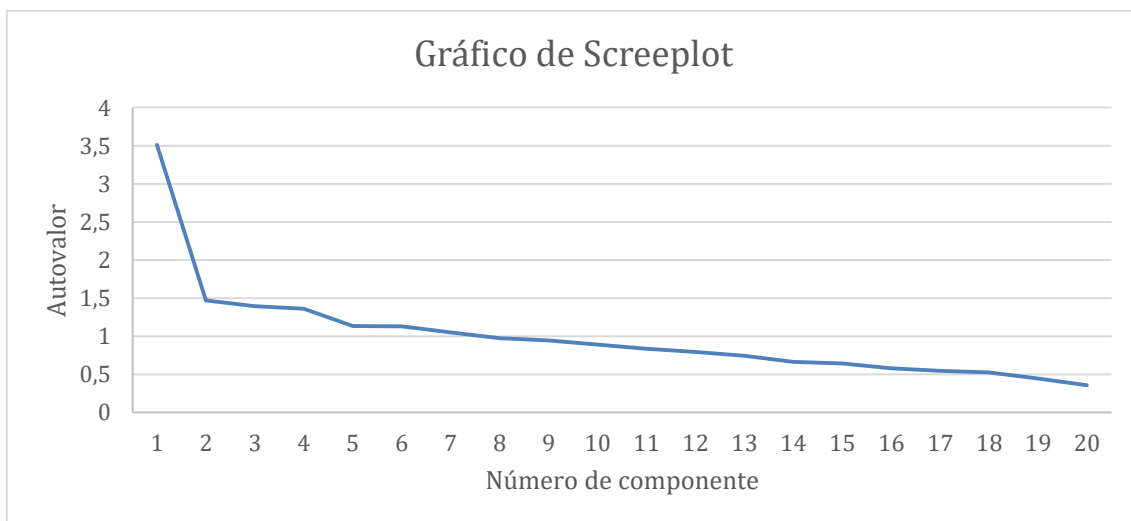
14	0,69	0,71	0,74	0,224	0,98	0,15
15	0,69	0,7	0,74	0,252	0,78	0,41
16	0,68	0,69	0,72	0,452	0,87	0,34
17	0,67	0,68	0,72	0,488	0,86	0,35
18	0,71	0,72	0,75	0,091	0,59	0,49
19	0,67	0,68	0,72	0,522	0,8	0,4
20	0,69	0,7	0,73	0,306	0,87	0,34

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa.

A confiabilidade interna do PHLAT foi considerada substancial ( $KR-20 = 0,70$ ),  $IC95\%$  ( $0,65 - 0,74$ ).

Para a condução da análise fatorial, foi realizada uma inspeção inicial da matriz de correlações (Correlation Matrix) e foram verificadas as possibilidades de fatorabilidade, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 - Análise de componentes principais, 2020.



A matriz foi considerada fatorável, já que a medida KMO (KaiserMeyer-Olkin) foi moderada (0,734) e o Teste de Esfericidade de Bartlett's (qui-quadrado aproximado: 822,21; nível de significância de 0,000) indicou que a matriz correlacional não era uma matriz identidade, possibilitando realizar a fatoração da matriz dos dados. Para avaliação da quantidade de fatores apontados pela análise de componentes principais, foi utilizado o critério baseado no gráfico screeplot, o qual indicou que o PHLAT foi carregado com um único fator. Os itens com a maior carga fatorial foram as questões 1 (0,593), 2 (0,497), 3 (0,556), 5 (0,314), 8 (0,443), 10 (0,530), 11 (0,371), 16 (0,427), 17 (0,474), 19 (0,543). Esses foram relacionados aos domínios clínicos de

nutrição (1, 2, 3, 17 e 19), segurança (5), clínica/avaliação/imunização (8, 10 e 16), sendo que a questão 19 refere-se também à habilidade de letramento escrito (impresso).

Quanto à avaliação do LFS dos participantes, na Tabela 3, estão apresentados os resultados das respostas do PHLAT.

Tabela 2 – Questões do PHLAT e respostas corretas (sim) e incorretas (não), 2020.

Questões	Resposta Correta	N	%
1 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 1, quanto de água e de pó você deve colocar para fazer 120 ml de leite?	Não	78	25,8%
	Sim	224	74,2%
2 Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 2, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 210 ml de leite?	Não	57	18,9%
	Sim	245	81,1%
3 Seu bebê tem diarreia e o pediatra recomenda que você dê uma mamadeira de 240 ml, misturando metade de leite e metade de soro para reidratação oral. Como você prepararia essa mamadeira com o leite em pó 1?	Não	182	60,3%
	Sim	120	39,7%
4 Você é informado pelo pediatra do seu bebê para levá-lo a um serviço de saúde, se ele tiver uma temperatura de 38°C ou maior. No termômetro está marcando a seguinte temperatura: 37,8°C. Você deveria levar sua criança para avaliação no serviço de saúde?	Não	190	62,9%
	Sim	112	37,1%
5 Vamos dizer que sua criança de 10 meses pesa 10.400 gramas e tem altura normal para a idade. Usando a tabela sobre o uso de assentos para crianças, qual assento para o carro você deve escolher para seu filho?	Não	86	28,5%
	Sim	216	71,5%
6 Na consulta de acompanhamento de 2 meses do seu bebê, o médico lhe diz que, de acordo com a curva de crescimento infantil, ela está no percentil 25 de peso. O que esse percentil significa?	Não	129	42,7%
	Sim	173	57,3%
7 Se seu bebê de 7 meses pesa 8 quilos e está com febre, quanto remédio para febre você deve dar ao bebê? Usando a Tabela de Dosagem do medicamento exibida, indique a quantidade de gotas de remédio que você deve dar ao seu filho. Decida a dose com base no peso do seu filho.	Não	79	26,2%
	Sim	223	73,8%
8 Examinando as bulas dos dois tipos de medicamentos infantis para febre exibidas, de qual deles você precisaria usar um número menor de gotas, para tratar a febre do seu bebê?	Não	98	32,5%
	Sim	204	67,5%
9 Seu bebê de 3 meses pesa 5 quilos e está com febre, e você compra remédio para febre, em gotas. Usando a caixa como referência, você daria o medicamento ao seu bebê?	Não	175	57,9%
	Sim	127	42,1%
10 Se você estiver usando remédio infantil para tratar a febre do seu filho, e seu médico recomendar que você dê apenas ½ colher de chá do medicamento, quantos mililitros (ml) você precisa dar?	Não	168	55,6%

	Sim	134	44,4%
11 Seu sobrinho de 3 anos e 16 quilos vem visitá-los e de repente ele está com febre. Para tratar a febre, você decide dar-lhe o recomendado na bula do remédio infantil para febre de 2,5ml. Quanto você deve dar a ele?	Não	166	55,0%
	Sim	136	45,0%
12 O seu médico lhe dá a seguinte lista de alimentos para evitar dar ao seu bebê. Depois de ler a lista de ingredientes do biscoito entregue, você daria isso para o seu bebê de 10 meses?	Não	76	25,2%
	Sim	226	74,8%
13 Aos 6 meses de idade, seu bebê tem uma chance maior de pegar resfriados e outras infecções. Tomando como exemplo o paracetamol gotas entregue, decida se você usaria esse medicamento para seu filho e quanto você daria.	Não	105	34,8%
	Sim	197	65,2%
14 De acordo com as informações na caixa do medicamento oferecida, que sintomas esta medicação NÃO ajuda a aliviar.	Não	7	2,3%
	Sim	295	97,7%
15 Seu bebê tem 1 ano de idade, pesa 8 quilos e está resfriado e com febre. Você dá a ele a quantidade de gotas de paracetamol que sempre usa, mas uma hora depois, ele ainda está com febre. Você também tem um frasco de dipirona. O que você deve fazer, dar o outro medicamento ou esperar?	Não	66	21,9%
	Sim	236	78,1%
	Não	39	12,9%
16 Seu bebê tem uma infecção no ouvido e o médico receitou amoxicilina 3 vezes ao dia (ver frasco). Usando a seringa/copo, demonstre como você administraria a dose prescrita de 5 ml.	Sim	263	87,1%
17 Um nutricionista diz-lhe para dar ao seu bebê, com mais de seis meses, não mais que 50 ml de suco por vez. 200 ml de suco dará para quantas vezes?	Não	41	13,6%
	Sim	261	86,4%
18 Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. Deve-se dar preferência a sucos naturais com 100% de frutas ou vegetais. Com base nessa informação, analise o rótulo com os Dados Nutricionais, do suco demonstrado, e decida se poderia ser dado ao seu filho?	Não	124	41,1%
	Sim	178	58,9%
19 Nos primeiros 3 dias de aleitamento materno, o peito fica inchado e dolorido. De acordo com este folheto, quanto tempo vai levar para melhorar?	Não	62	20,5%
	Sim	240	79,5%
20 Você não tem certeza se o seu bebê está recebendo leite suficiente, uma vez que ele demora cerca de 15 minutos para se alimentar em ambos os seios. De acordo com este folheto, isto é:	Não	39	12,9%
	Sim	263	87,1%

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa.

A média de respostas corretas às questões do PHLAT foi de 67,4%, com um desvio padrão de 18,1%, portanto, a maioria dos cuidadores teve LFS em saúde satisfatório. No entanto, somente 39,7% conseguiram preparar uma mamadeira para reidratação oral, e 42,1% dariam o medicamento, comprado na farmácia por conta própria, para a criança; 37,1% foram capazes de ler corretamente um termômetro para determinar se devem ligar para o pediatra, após receber

uma temperatura específica para usar como parâmetro para a febre. Destarte, 97,7% interpretaram corretamente informações da especificidade do medicamento contidas na caixa oferecida, 87,1% responderam adequadamente quanto ao tempo correto dos intervalos entre mamadas, após receberem um folheto com orientações sobre aleitamento materno.

Ainda, foram analisadas as questões 8, 9, 11, 13 e 14, todas referentes à administração de medicamentos à criança por conta própria, para a correlação entre o LFS e a resposta correta, de acordo com a questão. Assim, para a questão 8, a Razão de Chances foi de 4,46 (IC95% 2,65 a 7,50), com correlação estatisticamente significativa ( $p=0,0000$ ). O respondente que possui uma literacia alta tem chance 4,46 maior de responder corretamente a essa pergunta.

Para a questão 9, a Razão de Chances foi de 1,72 (IC95% 1,08 a 2,74), também com correlação estatisticamente significativa ( $p=0,0210$ ). O respondente com literacia alta tem chance 1,72 maior de responder corretamente a essa pergunta. Para a questão 11, a Razão de Chances foi de 4,38 (IC95% 2,68 a 7,15), com correlação estatisticamente significativa ( $p = 0,0000$ ). O respondente que possui literacia alta tem chance 4,38 maior de responder corretamente a essa pergunta. No caso da questão 13, a Razão de Chances foi de 4,14 (IC 95% 2,50 a 6,87), também com correlação estatisticamente significativa ( $p = 0,0000$ ) e chance 4,14 maior de responder corretamente a essa pergunta para aqueles com literacia alta. Ao contrário, na questão 14, a Razão de Chances foi de 7,21 (IC95% 0,86 a 60,62), não existindo correlação estatisticamente significativa ( $p = 0,0690$ ). Nas respostas dessa questão, somente 6 pessoas com letramento baixo erraram a resposta.

A correlação dos dados obtidos de alto e baixo LFS com os dados sociodemográficos dos participantes são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Correlação dos dados sociodemográficos dos participantes com sua literacidade, 2020.

Característica	Correlação (r)	Valor de p
Idade do Cuidador	0,047	0,418
Idade da Criança	-0,041	0,494
	Média (DP)	Valor de p
Sexo Cuidador		
Masculino	67,6 (17,4)	0,958
Feminino	67,4 (16,7)	
Estado Civil Cuidador		
Casado (a)	69,0 (16,7)	0,255
Div./Separado (a)	56,7 (2,9)	
Solterio (a)	65,0 (18,8)	



União Estável	66,6 (15,9)	
Viúvo (a)	52,5 (3,5)	
<b>Escolaridade Cuidador</b>		
Fundamental	61,2 (17,5)	
Médio	66,3 (16,0)	0,000
Superior.	74,6 (15,6)	
Pós-Graduação	80,0 (8,9)	
<b>Renda Familiar</b>		
Até 01 Salário Mínimo	62,2 (14,9)	
De 01 a 02 Salários Mínimos	67,6 (17,7)	0,004
De 02 a 03 Salários Mínimos	70,33 (15,9)	
Mais que 03 Salários Mínimos	72,0 (14,0)	

**Fonte:** Banco de dados da pesquisa.

Para idade do cuidador ( $p=0,418$ ) e idade da criança ( $p=0,494$ ), a correlação com o escore total do PHLAT não foi significativa, dados que corroboram com os resultados do instrumento original e da sua validação em espanhol. Também não houve diferença significativa entre as médias dos escores totais do PHLAT em relação ao sexo do cuidador ( $p = 0,958$ ). Da mesma forma, para o estado civil do cuidador, cujo valor foi de 0,255.

Entretanto, para a variável escolaridade do cuidador, existe diferença significativa em relação à média do escore total do PHLAT ( $p=0,000$ ). Para verificar qual a escolaridade influenciou nesse valor, realizou-se teste comparativo de médias de Student-Newman-Keuls e constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de pontuação do PHLAT das pessoas com ensino fundamental e médio, cujas médias foram 61,2 e 66,3, respectivamente. Da mesma forma, não houve diferença estatística significativa nas médias da pontuação do PHLAT entre os ensinos superior e pós-graduação, para os quais as médias foram 74,6 e 80,0, respectivamente. Porém, houve diferença estatisticamente significante entre os dois grupos formados (fundamental e médio versus superior e pós-graduação), isso quer dizer que os respondentes com escolaridade superior ou pós-graduação acertam mais as questões quando comparados aos respondentes que possuem ensino fundamental e médio.

Além disso, para a variável renda familiar do cuidador, existe diferença significativa em relação à média do escore total do PHLAT ( $p=0,004$ ). Nesse caso, foi realizado um teste comparativo de médias de Student-Newman-Keuls, para verificar em quais níveis de renda ocorrem as diferenças estatisticamente significativas, e verificou-se que somente as pessoas com renda de até um salário mínimo diferem das demais, sendo as outras médias iguais entre si. Ou

seja, quem tem renda de até um salário mínimo obteve pontuação menor no PHLAT em relação às demais rendas.

## DISCUSSÃO

O teste de letramento com o PHLAT, versão brasileira, apresentou uma pontuação média de respostas certas (67,6%, DP=18,1%), resultando em baixa diferença, se comparado ao instrumento original que apontou uma média de 68% com desvio padrão de 18%<sup>14</sup>. Da mesma forma, na análise fatorial, o PHLAT evidenciou unidimensionalidade, exatamente como o teste original. O PHLAT, versão brasileira, apresentou confiabilidade substancial (KR-20 = 0,70), o que indica sua reprodutibilidade de forma confiável, para ser aplicada como ferramenta na prática clínica, para mensurar o nível de LS dos cuidadores de crianças com até um ano de idade. Assim, o instrumento guardou as similaridades e a funcionalidade daquela desenvolvida na língua inglesa, confirmando, na avaliação psicométrica, adequada qualidade do instrumento, no que se refere às evidências de validade e à confiabilidade<sup>17</sup>. Ressalta-se que esse é o primeiro estudo nacional a avaliar, de forma abrangente, como a alfabetização e a numeração correlacionam-se com a compreensão básica das instruções de saúde relacionadas ao cuidado do bebê.

Em relação à avaliação de seus escores, exemplificando, dentre os quatro domínios, aquele em que foi obtido maior letramento foi o de nutrição, pois a maioria dos itens, seis de oito, demonstrou alto letramento. Contudo, em dois aspectos importantes, este foi bastante reduzido, a administração de soroterapia de reposição oral (39,7%) e a oferta de alimentos industrializados, mesmo após leitura e avaliação do rótulo (58,9%), que, comparado à orientação de saúde recebida, contraindicava essa prática.

Quanto ao domínio psicossocial/desenvolvimento, o letramento também foi baixo (57,3%). No domínio prevenção de acidentes/segurança, um dos itens se sobressaiu em relação à alta literacia, entretanto, 62,9% não conseguiram ler o termômetro e nem tomar uma decisão sobre administrar antitérmico ou levar a criança ao médico. Elevação de temperatura em crianças é considerada um sinal de alerta e requer tomada de decisão, a qual esteve prejudicada na amostra.

Por conseguinte, também preocupante é o domínio da clínica/avaliação/imunizações, em que, dos nove itens, cinco obtiveram baixo letramento, portanto, mais de 50% das questões não foram avaliadas corretamente. Nesses itens do teste, as habilidades matemáticas são exigidas,

com divisão, fracionamento, medidas equivalentes, dosagem correta da medicação, conforme a receita ou embalagem dos medicamentos, além da habilidade de leitura para ler e interpretar corretamente o texto solicitado. Dar um medicamento para febre teve acerto de 57,9%; decidir se daria o medicamento por conta própria, com base na leitura das orientações no frasco, teve acerto de 42,1%; transformar uma medida em outra foi possível para 44,4%; ler uma bula e saber se a dose do medicamento está adequada para a criança teve acerto de 45%.

A literatura demonstra que diversos fatores impactam para o nível de LS dos indivíduos, como a escolaridade, a renda, a idade e até mesmo o sexo<sup>16,10,12,17</sup>. Embora tenham sido realizados para avaliação da compreensão sobre orientações/tratamento de saúde para adultos, podemos adotá-los a exemplo de comparação, em função de os pais/cuidadores também serem.

É o caso da escolaridade e da renda, evidenciados, nesse estudo, em que se evidenciou diferença estatística significativa entre os dois grupos formados (fundamental e médio versus superior e pós-graduação), ou seja, os respondentes com escolaridade superior ou pós-graduação acertam mais as questões quando comparadas às dos respondentes que possuem ensino fundamental e médio, resultado que se equipara ao maior desempenho do PHLAT original e às suas correlações com maior escolaridade, habilidade de alfabetização e numeramento<sup>14</sup>.

Sendo a escolaridade um dos fatores de determinação social do processo saúde-doença, o qual se vincula a melhores resultados do LS, autores<sup>18</sup>, ao analisarem o LS nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas, demonstram uma relação significativa entre menor escolaridade e baixa capacidade em compreender as instruções médicas, dados similares aos de nosso estudo.

Ainda, estudo que avaliou a relação entre o LFS de usuários do Sistema Único de Saúde e o entendimento das porções alimentares do Guia Alimentar Brasileiro, versão bolso, constatou que a maioria dos participantes apresentou letramento insuficiente (58,0%), concluindo que os problemas de entendimento representam um fator de dificuldade na promoção da saúde, havendo necessidade de empoderar os indivíduos mediante a disponibilidade de materiais educativos de mais fácil compreensão, em conformidade com seu LFS<sup>19</sup>.

De modo semelhante a outros estudos, o fator socioeconômico apresentou diferença significativa, em que os participantes com renda de até um salário mínimo obtiveram pontuação menor no PHLAT, em relação às demais rendas<sup>18,16</sup>. Em revisão de literatura, os estudos

incluídos verificaram relação positiva do letramento funcional em saúde com a baixa escolaridade, idade mais avançada, sexo masculino e baixa renda<sup>4</sup>.

É importante que a Enfermagem se aproprie desse conhecimento e inclua, no planejamento das atividades de educação em saúde, as dimensões da alfabetização em saúde. O conceito de LS deve ser incluído como Classificação de Resultados de Enfermagem e em sua subsequente validação de taxonomia<sup>20</sup>. Para promover a saúde da comunidade, a alfabetização em saúde deve ser priorizada como objetivo da gestão e das políticas de saúde.

O estudo evidenciou a dificuldade de entendimento que os cuidadores de crianças menores de um ano apresentam na compreensão de informações básicas quanto à terapêutica proposta ao cuidado da criança e traz significativa contribuição, por meio de instrumento de avaliação do LS, inédito no Brasil. O LS é considerado um mediador potencialmente importante da saúde e de suas disparidades, reforçando a necessidade de se desenvolver e analisar estratégias de avaliação do LS com grupos e em cenários específicos<sup>7</sup>.

Evidências têm mostrado que a menor alfabetização em saúde dos pais, especificamente a compreensão de leitura, está associada a maiores taxas de recaída entre crianças com síndrome nefrótica<sup>21</sup>, também podem interferir nos cuidados com recém-nascidos de risco, após a alta hospitalar, uma vez que muitos pais têm dificuldade em responder perguntas relacionadas a tarefas básicas de cuidados infantis. Os profissionais, nas unidades de terapia intensiva neonatal, devem garantir que a comunicação e o planejamento da alta levem em consideração o grau de LS dos pais<sup>22</sup>. Isso ressalta a importância de se avaliar o LS para o manejo dos problemas de saúde da criança.

Ademais, apontam-se algumas limitações do estudo, como demonstrar somente as associações e não a causalidade. O fato de, devido ao teste, na unidade de saúde, talvez não refletir o comportamento real em casa, os rótulos e medicamentos apresentados podem não ser familiares à mãe/cuidadora, e isso pode ter influenciado nas respostas, por não terem sido feitas comparações entre os resultados do PHLAT e o histórico de saúde das crianças. Assim, sugere-se a continuidade dos estudos clínicos, para demonstrar sua utilidade preditiva.

## CONCLUSÃO

A falta de letramento adequado é uma adversidade coletiva, entretanto, na saúde infantil, faz-se necessária a estimulação da comunicação, de forma clara, entre equipe de saúde, como

medida para o enfrentamento dessa realidade, reduzindo os impactos negativos nas condições de saúde da criança.

Os resultados do PHLAT destacam os desafios que os cuidadores enfrentam na tentativa de proporcionar cuidados diários adequados à saúde de seus bebês, pois muitos foram incapazes de entender rótulos de nutrição e medicamentos, informações simples de saúde infantil e segurança básica das crianças. Muitos também foram incapazes de misturar fórmulas infantis ou de dosar a medicação apropriadamente. Conhecer esses problemas é importante para orientar as ações dos profissionais de saúde, na atenção primária, bem como a educação em saúde para as famílias com baixo letramento, o que pode impactar no agravamento de condições de saúde das crianças, sensíveis à atenção primária.

## REFERÊNCIAS

1. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska S, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Publ Health* [internet]. 2012 jan [cited 2020 june 06],[about 13 p.] Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-80>
2. Mortatti, M.R. L. Educação e Letramento. São Paulo: UNESP, 2004. 136 p.
3. Rojo, R. Letramentos múltiplos, escola e inclusão social. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.
4. Rocha PC, Lemos SMA. Conceptual aspects and factors associated with Functional Health Literacy: a literary review. *Rev. CEFAC* [internet]. 2016 feb [cited 2020 June 04] ; 18( 1 ): 214-225 [about 12 p]. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00214.pdf>
5. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, Leuzzi S, Gottems LBD, Macinko J. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* [internet]. 2019 jun

[acessado 2020 jun 04]; 24( 6 ): 2031-2041 [cerca de 12 p.]. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2031.pdf>

6. Gonçalves Lima M, Carvalho J, Vasconcelos EM, Borba AK, Zimmermann R, Costa E. A importância da avaliação do letramento funcional em saúde no idoso: revisão integrativa. *Rev. Enfermagem Atual In Derme*, v. 90, n. 28, 11 dez. 2019. [acessado em 04 jun 2020]; [cerca de 7

p.]. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/537>

7. Moura NS, Lopes BB, Teixeira JJD, Oriá MOB, Vieira NFC, Guedes MVC. Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet].

2019 jun [acessado 2020 jun 04]; 72( 3 ): 700-706; [cerca de 7 p.] Disponível em:

[https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt\\_0034-7167-reben-72-03-0700.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0700.pdf)

8. Marques SRL, Escarce AG, Lemos SMA. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *CoDAS* [Internet]. 2018 [acessado 2020 jun 04]; 30( 2 ): e20170127; [cerca de 8 p.]. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/codas/v30n2/2317-1782-](https://www.scielo.br/pdf/codas/v30n2/2317-1782-codas-30-2-e20170127.pdf)

[codas-30-2-e20170127.pdf](https://www.scielo.br/pdf/codas/v30n2/2317-1782-codas-30-2-e20170127.pdf)

9. Santos MIPO, Portella MR, Scortegagna HM, Santos PCS. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2015 set [acessado 2018 abr 30]; 18( 3 ): 651-664 [cerca de 14 p.].

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00651.pdf>

10. Santos MIPO, Portella MR. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 fev [acessado 2018 jul 9]; 69(1): [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0156.pdf>

11. Machado ALG, Lima FET, Cavalcante TF, Araújo TL, Vieira NFC. Instruments of health literacy used in nursing studies with hypertensive elderly. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2014

dez [cited 2018 apr 29]; 35( 4 ): 101-107[about 7 p.]. Disponível em:

[https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt\\_1983-1447-rgenf-35-04-00101.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00101.pdf)

12. Moraes KL, Brasil VV, Oliveira GF, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Boaventura RP, Munari DB, Canhestro MB. Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 fev [acessado 2018 abr 30]; 70( 1 ): 155-162 [cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0155.pdf>

13. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 set [acessado 2020 jun 04]; 26( 3 ): 649-659 [cerca de 11 p.]. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00649.pdf>

14. Kumar D, Sanders L, Perrin E, Lokker N, Patterson B, Gunn V, Finkle J, Franco V, Choi L, Rothman R. Parental understanding of infant health information: Health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Acad Pediatr* [internet]. 2010 sep-oct [cited 2018 oct 23];10(5):[about 8 p.]. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20674532>

15. Simch FBL, Viera, CS, Santos MB, Toso BRGO. Adaptação Transcultural e Validação do Instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Rev. Saúde em Deb.* No prelo 2020.

16. Rocha MR, Santos SD, Moura KR, Carvalho LS, Moura IH, Silva ARV. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus tipo 2. Esc. Anna Nery [Internet]. 2019 [citado 2020 Jun 04]; 23( 2 ): e20180325 [cerca de 7 p.]. Disponível em:

[https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt\\_1414-8145-ean-23-02-e20180325.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt_1414-8145-ean-23-02-e20180325.pdf)

17. Cunha GH, Galvão MTG, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 Feb [cited 2020 June 04]; 70( 1 ): 180-188 [about 9 p.]. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0180.pdf>
18. Chehuen Neto J A, Costa LA, Estevanin G M, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, Ferreira RE. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 mar [acessado 2020 junho 04]; 24( 3 ): 1121-1132. [cerca de 12 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n3/1413-8123-csc-24-03-1121.pdf>
19. Coelho MAM, Sampaio HAC, Passamai MPB, Cabral LA, Passos TU, Lima GP. Functional health literacy and healthy eating: Understanding the brazilian food guide recommendations. *Rev. Nutr* [internet]. 2014 dec [cited 2018 apr 30];27(6):[about 10 p.]. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v27n6/1415-5273-rn-27-06-00715.pdf>
20. Gutiérrez MF, Sarmiento PB, Marín MJA, Castro OP, Sánchez JMR. Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *Int Nurs Rev.* [internet]. 2018 mar [cited 2020 june 04];65(1):54-64 [about . Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28449363/>
21. Borges K, Sibbald C, Shamsy NH, Ristovska JV, Banh T, Patel V, Brooke J, Piekut M, Reddon M, Menezes KA, McNaughton A, Pearl RJ, Langlois V, Radhakrishnan S, Licht PBC, Piscione DT, Levin L, Noone D, Hebert D, Parekh SR. Parental Health Literacy and Outcomes of Childhood Nephrotic Syndrome. *Pediatrics.* [internet]. 2017 mar, [cited 2020 june 04];139 (3) e20161961:[about 10p.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28213606/>
22. Enlow E, Gray MM, Keeshen SW, D’Agostino JA, ABBASI S, SCOTT AL,. Health literacy of parents of very preterm infants at NICU admission and discharge: a prospective cohort study. *J*



*Perinatol* [internet]. 2019 feb, [cited 2020 june 05]; 39(6):866–875. Available from:

<https://www.nature.com/articles/s41372-019-0340-y>

## 6. CONCLUSÕES

O LS e a complexidade envolvida na variedade de contextos das competências da linguagem escrita, oral e numérica apontam a relevância do tema, indicando a necessidade de instrumentos que classifiquem o grau de LS nos indivíduos, em cenários específicos.

No presente estudo, foi possível realizar a tradução e a validação do instrumento PHLAT, conforme proposto e, com sua aplicação clínica, avaliar o LS de familiares cuidadores de crianças menores de um ano de idade, na atenção primária a saúde. Os cuidadores demonstraram conhecimento suficiente em relação ao cuidado infantil, por meio da mensuração do LS, com esse instrumento específico e seus diferentes domínios. Contudo, um terço deles demonstrou dificuldades em processar as informações em saúde recebidas, convertê-las em conhecimento e aplicá-las na rotina do cuidado da criança.

Dessa forma, esse estudo contribui com a disponibilização de instrumento de fácil aplicação, na atenção primária, para identificar esses familiares e trabalhar as dificuldades de compreensão das orientações e da terapêutica proposta. O PHLAT, versão brasileira, pode ser utilizado, de forma confiável, como instrumento na prática clínica para avaliar o nível de LS dos cuidadores de crianças com até um ano de idade.

Assim, o PHLAT, versão brasileira, pode ser empregado cotidianamente na atenção primária, para o reconhecimento das vulnerabilidades de compreensão e comunicação que acometem a criança e as famílias, as quais necessitam de maiores e melhores informações no contexto do cuidado infantil.

Entender as vulnerabilidades inerentes ao cuidado infantil e a eficácia do processo de comunicação, entre os profissionais e as famílias que buscam atendimento na atenção primária, propicia conhecer o alcance efetivo das práticas diárias e o distanciamento de desfechos clínicos negativos.

## REFERÊNCIAS

- APOLINARIO, D. BRAGA, R. C. O. P.; MAGALDI, R. M.; BUSSE, A. L.; CAMPORA, F.; BRUCKI, S.; *et al.* Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 702-11, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 out. 2018.
- BAKER, D. W.; WILLIAMS, M. V.; PARKER, R. M.; GAZMARARIAN, J. A.; NURSS, J. Development of a brief test to measure functional health literacy. **Journal Patient Educ. Couns**, v. 38, n. 1, p. 33-42, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569>>. Acesso em: 23 Out. 2018.
- BARRETT, S. E.; PURYEAR, J. S.; WESTPHELING, K. **Health literacy practices in primary care settings**: Examples from the field. Washington: Commonwealth Fund, 2008. Disponível em: <[http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2008/jan/health-literacy-practices-in-primary-care-settings--examples-from-the-field/barrett\\_hltliteracypracticesprimarycaresettingsexamplesfield\\_1093-pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2008/jan/health-literacy-practices-in-primary-care-settings--examples-from-the-field/barrett_hltliteracypracticesprimarycaresettingsexamplesfield_1093-pdf)>. Acesso em 30 Abr. 2018.
- BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, Nova York*, v. 25, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: <<http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/vragenlijsten/Beaton.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- \_\_\_\_\_, Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. **Institute for Work & Health**, 2007. Disponível em: <<http://dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 18 Maio 2018.
- CARTHERY-GOULART, M. T.; ANGHINAH, R.; AREZA-FEGYVERES, R.; BAHIA, V. S.; BRUCKI S. M. D.; DAMIN, A. *et al.* Performance of a Brazilian population on the test

of functional health literacy in adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 631-638, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 Mai 2018.

CHHABRA, R.; DEENA, J.; CHISOLM, P.; BAYLDON, B.; QUADRI, M.; SHARIF, I. *et al.* Evaluation of pediatric human papillomavirus vaccination provider counseling written materials: **Journal A Health Literacy Perspective**. v. 18, p. 28-36, 2018. Disponível em: [https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859\(17\)30462-X/fulltext](https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(17)30462-X/fulltext). Acesso em 01 Mai. 2018.

COELHO, M. A. M.; SAMPAIO H. A. C.; PASSAMAI, M. P. B.; CABRAL, L. A.; PASSOS, T. U. LIMA, G. P. Functional health literacy and healthy eating: understanding the Brazilian food guide recommendations. **Revista Nutrição**, v. 27, n. 6, p. 715-723, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732014000600715&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732014000600715&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 30 Apr. 2018.

DAVIS, T.C.; LONG, S. W.; JACKSON, R.H.; MAYEAUX, E. J.; GEORGE, R. B.; MURPHY, P.W.; et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. **Journal Fam Med**, v. 25, n. 6, p. 391-5, 1993. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8349060>>. Acesso 23 Out. 2018.

GOLDFELD, S., QUACH, J., NICHOLLS, R., REILLY, S., UKOUMUNNE, O. C., WAKE, M. Four-year-old outcomes of a universal infant-toddler shared reading intervention: the let's read trial. **Arch Pediatr Adolesc Med**. v.166, n.11, p.1045-52, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22986757>. Acesso em: 21 Nov. 2018.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Análise multivariada de dados**. 6. ed., Porto Alegre: Bookman, 2009.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno estatístico do município de Toledo**. Toledo, 2018.

KONFINO, J.; MEJIA, R.; LANI, M. P. M.; PEREZ-STABLE, E. J. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. **Journal Med.**, v. 69, n. 6, p. 631-4, 2009. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4180496/pdf/nihms-629375.pdf>> Acesso em 18 Mai 2018.

KUMAR, D.; SANDERS, L.; PERRIN, E.; LOKKER, N.; PATTERSON, B.; GUNN, V.; *et al.* Parental understanding of infant health information: health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). **Journal Acad Pediatr.**, v. 10, n. 5, p. 309-316, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20674532> >. Acesso em 23 Out. 2018.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOGSDON, M. C.; DAVIS, D. W.; RATTERMAN, R.; RYAN, R.; MYERS, J. Acceptability and initial efficacy of education for teen mothers. **MCN Am J Matern Child Nurs.**, v. 40, n. 3, p. 186-92, May-Jun., 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25919212>. Acesso em: 20 Nov. 2018.

MACHADO, A. L. G.; LIMA, F. E. T.; CAVALCANTE, T. F.; ARAÚJO, T. L.; VIEIRA, N. F. T. Instruments of health literacy used in nursing studies with hypertensive elderly. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 101-07, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000400101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400101&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 Apr. 2018.

MARAGNO, C. A. D.; **Associação entre Letramento em Saúde e Adesão ao Tratamento Medicamentoso.** 2009. 88f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MARQUES, S. R.; LEMOS, S. M. A. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão sistemática. **Rev. Audiol Commun. Res.**, v. 22, p. 17-57, 2017.

MARTIN, L. T.; RUDER, T.; ESCARCE, J. J.; GHOSH-DASTIDAR, B.; SHERMAN, D.; ELLIOTT, M.; *et al.* Developing predictive models of health literacy. **J. Gen Intern Med.**, v. 24, n. 11, p. 1211-6, 2009. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11606-009-1105-7.pdf>> Acesso em 18 Mai 2018.

MASSEY, P. M.; PRELIP, M.; CALIMLIM, B. M.; QUITER, E. S.; GLIK, D. C. Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. **J. Health Educ. Res.**, v. 27, n 6, p. 961-74, 2012. Disponível em:<<https://doi.org/10.1093/her/cys054>> Acesso em 18 Maio 2018.

MIALHE, F. L. *et al.* Letramento em Saúde e Promoção da Saúde. In. PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. (Orgs). Educação e promoção da saúde: teoria e prática. 2. Ed. Rio de Janeiro: Santos, 2019. p. 105-135.

MIRANDA, J. S. P. **Análise da formação do bibliotecário para atuar em ambientes educacionais a partir de três programas de especialização brasileiros.** 2013. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Goiás, Goiás. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/4231>>. Acesso em: 02 Maio. 2018.

MORAES, K. L.; BRASIL, V. V.; OLIVEIRA, G. F.; BERNARDES, J. A.; CORDEIRO, L.; SILVA, A. M. T. C.; *et al.* Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 155-162, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000100155&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100155&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 30 abr. 2018.

MORTATTI, M.R. L. **Educação e letramento.** São Paulo: UNESP, 2004.

OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C. S.; COLLET, N.; LIMA, R. A. G. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev. Brasileira de epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 268-277, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 Abr. 2018.

TOSO, B. R. G. O.; ROSS, C.; SOTTI, C. W.; BRISCH, S. W.; CARDOSO, J. M. Profile of children hospitalizations by primary care sensitive conditions. **Rev. Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 38, n. 2, p. 231-238, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/29422/pdf>>. Acesso em 29 Abr. 2018.

PARKER, R. M.; BAKER, D. W.; WILLIAMS, M. V.; NURSS, J. R. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J Gen Intern. Med.**, v. 10, n. 10, p. 537-41, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8576769>>. Acesso em 23 Out. 2018.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; DIAS, A. M. I.; CABRAL, L. A. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 16, n. 4, p. 301-14, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2812>>. Acesso em: 29 Apr. 2018.

PERNAMBUCO, L.; ESPELT, A.; MAGALHAES JUNIOR, H. V.; LIMA, K. C. Recomendações para elaboração, tradução, adaptação transcultural e processo de validação de testes em Fonoaudiologia. **CoDAS**, v. 29, n. 3, e20160217, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n3/2317-1782-codas-29-3-e20160217.pdf>>. Acesso em: 09 Jul. 2019.

PFEFFER, R. I.; KUROSAKI, T. T.; HARRAH, J. C. H.; CHANCE, J. M.; FILOS, S. Measurement of functional activities in older adults in the community. **J Gerontol.**, v. 37, n. 3, p. 323-9, 1982. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7069156>>. Acesso em 04 Nov 2018.

PORTELA, A.; SIMÕES, M. O. S.; FOOK, S. M. L.; NETO, A. N. M.; SILVA, P. C. D.; Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3523-3528, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Jul 2018.

ROCHA, P. C.; LEMOS, S. M. A. Conceptual aspects and factors associated with Functional Health Literacy: a literary review. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 214-225, fev. 2016.

ROJO, R. **Letramentos múltiplos, escola e inclusão social**. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.

SANTOS, L.; MANSUR, H. N.; PAIVA T. F. P. S.; COLUGNATI, F. A. B.; BASTOS, M. G. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. **J. Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 3, p. 293-302, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002012000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 abr. 2018.

SANTOS, L. T. M. **Validação do Teste de Letramento em Saúde (TALES) um questionário Brasileiro de avaliação do Letramento em Saúde**. 2017. 155 f. Tese (Doutorado em Saúde Brasileira) – Programa de Pós Graduação em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

SANTOS, M. I. P. O.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. M.; SANTOS, P. C. S. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p.

651-664, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000300651&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300651&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 abr. 2018.

SANTOS, M. I. P. O; PORTELLA, M. R. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n.1, p.156-164, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000100156&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100156&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 jul. 2018.

SANTOS, J. E. M.; BRASIL, V. V.; MORAESI, K. L.; CORDEIRO, J. A. B.L.; OLIVEIRA, G. F.; BERNARDES, C. P.; *et al.* Legibilidade de prospecto facilitador e letramento em saúde de indivíduos com marcapasso. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 633-639, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000300633&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300633&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2018.

SHAH, L. C, WEST, P.; BREMMMEYR, K.; SAVOY-MOORE, R. T. Health literacy instrument in family medicine: The “newest vital sign” ease of use and correlates. **J Am Board Fam Med.**, v. 23, n. 2, p. 195-203, 2010. Disponível em: <<http://www.jabfm.org/content/23/2/195>> Acesso em 18 maio 2018.

SOARES, M. **Alfabetização e letramento**. São Paulo: Contexto, 2007.

\_\_\_\_\_. **Letramento: Um tema em três gêneros**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SOUZA, A. C; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Doi: 10.5123/S1679-49742017000300022

STROMQUIST, N. P. Convergência e divergência na conexão entre gênero e letramento: novos avanços. **Educação e Pesquisa**, v. 27, n. 2, p. 301-320, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v27n2/a08v27n2.pdf>>. Acesso em: 17 Mai. 2018.

TOLEDO. Departamento de Atenção Básica. **Relatório de Consultas**. Toledo, 2018.



VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C.; MIALHE, F. L. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? **Rev. Ciências Farm. Básica Apl.**, v. 30, n. 3, p. 309-14, 2010. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/623/887](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/623/887). Acesso em 29 Abr. 2018.

YIN, H. S.; LEE M. S.; ROTHMAN, R. L.; MENDELSON, A. L.; DREYER, B. P.; WHITE, R. O.; *et al.* Assessment of health literacy and numeracy among Spanish-speaking parents of young children: validation of the Spanish Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish). **J. Academic Pediatrics**, v. 12, n. 1, p. 68-74, 2011. Disponível em: [https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859\(11\)00231-2/pdf](https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(11)00231-2/pdf). Acesso em 15 maio. 2018.

WALLACE, L. S.; ROGERS, E. S.; ROSKOS, S. E.; HOLIDAY, D. B.; WEISS, B. D. Brief report: screening items to identify patients with limited health literacy skills. **J Gen Intern Med.**, v. 21, n. 8, p. 874-7, 2006. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1111%2Fj.1525-1497.2006.00532.x>. Acesso em 18 maio 2018.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES - WHCA. **Health literacy**: part 2 evidence and case studies, 2010. Disponível em: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf> Acesso em: 18 maio 2018.

## APÊNDICES

## Apêndice A

### Teste de Atividades de Letramento em Saúde para Pais – PHLAT versão brasileira

1. Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 1, quanto de água e de pó você deve colocar para fazer 120 ml de leite?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas (colheres) colocadas: \_\_\_\_\_

2. Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em 2, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 210 ml de leite?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas (colheres) colocadas: \_\_\_\_\_

3. Seu bebê tem diarreia e o pediatra recomenda que você dê uma mamadeira de 240 ml, misturando metade de leite e metade de soro para reidratação oral. Como você prepararia essa mamadeira com o leite em pó 1? \_\_\_\_\_

4. Você é informado pelo pediatra do seu bebê para leva-lo a um serviço de saúde se ele tiver uma temperatura de 38°C ou maior. No termômetro está marcando a seguinte temperatura:

**37,8°C**

Você deveria levar para avaliação no serviço de saúde?

( ) Sim

( ) Não

5. Vamos dizer que sua criança de 10 meses pesa 10.400 gramas e tem altura normal para a idade. Usando a tabela sobre o uso de assentos para crianças, qual assento para o carro você deve escolher para seu filho?

a) Bebê conforto, cabeceira voltada para trás, no banco traseiro.

b) Bebê conforto, virado para a frente, no banco traseiro.

- c) Cadeira de segurança, voltado para trás, no banco traseiro.
- d) Cadeira de segurança, virado para a frente, no banco traseiro.

6. Na consulta de acompanhamento de 2 meses do seu bebê, o médico lhe diz que, de acordo com a curva de crescimento infantil, ela está no percentil 25 de peso. O que esse percentil significa? Por favor, veja a curva de crescimento entregue.

- a) De 100 bebês, seu bebê é igual ou maior que 25 deles.
- b) De 100 bebês, seu bebê é menor que 25 deles.
- c) De 100 bebês, seu bebê é maior que 75 deles.
- c) De 100 bebês, seu bebê é menor que 75 deles.

7. Se seu bebê de 7 meses pesa 8 quilos e está com febre, quanto remédio para febre você deve dar ao bebê? Usando a Tabela de Dosagem do medicamento oferecida, indique a quantidade de gotas de remédio que você deve dar ao seu filho. Decida a dose com base no peso do seu filho.

\_\_\_\_\_

8. Examinando as bulas dos dois tipos de medicamentos infantis para febre oferecidas, você precisaria usar um número de gotas diferente de cada um, para tratar a febre do seu bebê?

Medicamento um: \_\_\_\_\_

Medicamento dois: \_\_\_\_\_

9. Seu bebê de 3 meses pesa 5 quilos e está com febre e você compra remédio para febre, em gotas, na farmácia. Usando a caixa como referência, você daria o medicamento ao seu bebê?

- ( ) Sim
- ( ) Eu ligaria para o pediatra ou levaria ao serviço de saúde.
- ( ) Não

10. Se você estiver usando remédio infantil para tratar a febre do seu filho, e seu médico recomendar que você dê apenas  $\frac{1}{2}$  colher de chá do medicamento, quantos

mililitros (mL) você precisa dar? Você pode consultar a tabela na caixa do medicamento como referência. \_\_\_\_\_

11. Seu sobrinho de 3 anos e 16 quilos vem visitá-los e de repente ele está com febre. Para tratar a febre, você decide dar-lhe remédio infantil para febre. Quanto você deve dar a ele?

- a) ½ (meia) colher de chá
- b) 1 colher de chá
- c) 1 ½ colher de chá
- d) 1 colher de sopa

12. O seu médico lhe dá a seguinte lista de alimentos para evitar dar ao seu bebê.

- Leite	- Amendoim e outros produtos de nozes
- Claras de ovos	- Peixe e marisco
- Uvas	- Cenouras cruas
- Pipoca	- Cachorro-quente

Depois de ler a lista de ingredientes do biscoito entregue, você daria isso para o seu bebê de 10 meses?

- ( ) Sim
- ( ) Não

13. Aos 6 meses de idade, seu bebê tem uma chance maior de pegar resfriados e outras infecções. Tomando como exemplo o medicamento infantil entregue, decida se você usaria esse medicamento para seu filho e quanto você daria.

- ( ) Sim – eu daria \_\_\_\_\_ (coloque a quantidade).
- ( ) Sim – mas eu perguntaria ao pediatra primeiro.
- ( ) Não – eu não daria o medicamento para meu filho, por conta própria.

14. De acordo com as informações na caixa do medicamento oferecido, que sintomas essa medicação NÃO ajuda a aliviar.

- a) congestão nasal
- b) Vômito

c) Febre

d) Tosse

15. Seu bebê tem 1 ano de idade, pesa 8 quilos e está resfriado e com febre. Você dá a ele a quantidade de gotas do medicamento para febre que sempre usa, mas uma hora depois, ele ainda está com febre. Você também tem um frasco de outro medicamento para febre. O que você deve fazer, dar o outro medicamento ou esperar?

a) Dar \_\_\_\_\_ ml/gotas do outro medicamento.

b) \_\_\_\_\_ Esperar, \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.

16. Seu bebê tem uma infecção no ouvido e o médico receitou antibiótico 3 vezes ao dia (ver frasco). Usando a seringa/copo, demonstre como você administraria uma dose prescrita desse medicamento.

17. Um nutricionista diz-lhe para dar ao seu bebê, com mais de seis meses, não mais que 50 ml de suco por dia. Quantas vezes você poderá dar 200 ml de suco natural preparado? \_\_\_\_\_ vezes.

18. Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. Deve-se dar preferência a sucos naturais com 100% de frutas ou a vegetais. Os sucos prontos devem especificar, no rótulo, quanto de açúcar, vitaminas, proteínas, sódio e outros componentes contêm. Com base nessa informação, analise o rótulo com os Dados Nutricionais, do suco demonstrado, e decida se poderia ser dado ao seu filho.

( ) Sim

( ) Não

Para as perguntas 19-20, consulte as páginas do Folheto de Aleitamento Materno fornecidas:

19. Nos primeiros 3 dias de aleitamento materno, o peito fica inchado e dolorido. De acordo com este folheto, o que você deverá fazer nessa situação?

---

20. Você não tem certeza se o seu bebê está recebendo leite suficiente, uma vez que demora cerca de 15 minutos para se alimentar em ambos os seios. De acordo com este folheto, isto é:

- a) normal
- b) mais que o normal
- c) menos que o normal

Obrigada pela sua participação!

## Apêndice B

### Teste de Atividades de Letramento em Saúde para Pais – PHLAT versão brasileira

#### - Pré-teste

1. Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 1, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 120 ml de leite?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas colocadas: \_\_\_\_\_

2. Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 2, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 210 ml de leite?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas colocadas: \_\_\_\_\_

3. Seu bebê tem diarreia e o pediatra recomenda que você dê uma mamadeira de 240 ml, misturando metade de leite e metade de soro para reidratação oral. Como você prepararia essa mamadeira com o leite em pó 1?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas colocadas: \_\_\_\_\_

Quantidade de soro utilizada: \_\_\_\_\_

4. Você é informado pelo pediatra do seu bebê para leva-lo a um serviço de saúde se ele tiver uma temperatura de 38°C ou maior. No termômetro está marcando a seguinte temperatura:

**37,8°C**

Você deveria levar sua criança para avaliação no serviço de saúde?

( ) Sim

( ) Não

5. Vamos dizer que sua criança de 10 meses pesa 10.400 gramas e tem altura normal para a idade. Usando a tabela sobre o uso de assentos para crianças, qual assento para o carro você deve escolher para seu filho?

a) Bebê conforto, virado para trás, no banco traseiro.

b) Bebê conforto, virado para a frente, no banco traseiro.



- c) Cadeira de segurança, virado para trás, no banco traseiro.
- d) Cadeira de segurança, virado para a frente, no banco traseiro.

6. Na consulta de acompanhamento de 2 meses do seu bebê, o médico lhe diz que, de acordo com a curva de crescimento infantil, ela está no percentil 25 de peso. O que esse percentil significa? Por favor, veja a curva de crescimento exibida.

- a) De 100 bebês, seu bebê é igual ou maior que 25 deles.
- b) De 100 bebês, seu bebê é menor que 25 deles.
- c) De 100 bebês, seu bebê é maior que 75 deles.
- c) De 100 bebês, seu bebê é menor que 52 deles.

7. Se seu bebê de 7 meses pesa 8 quilos e está com febre, quanto remédio para febre você deve dar ao bebê? Usando a Tabela de Dosagem do medicamento exibida, indique a quantidade de gotas de remédio que você deve dar ao seu filho. Decida a dose com base no peso do seu filho.

---

8. Examinando as bulas dos dois tipos de medicamentos infantis para febre exibidas, de qual deles você precisaria usar um número menor de gotas, para tratar a febre do seu bebê?

- a) Ibuprofeno 50mg
- b) Ibuprofeno 100mg

9. Seu bebê de 3 meses pesa 5 quilos e está com febre e você compra remédio para febre, em gotas. Usando a caixa como referência, você daria o medicamento ao seu bebê?

- ( ) Sim
- ( ) Eu ligaria para o pediatra ou levaria ao serviço de saúde.
- ( ) Não

10. Se você estiver usando remédio infantil para tratar a febre do seu filho, e seu médico recomendar que você dê apenas  $\frac{1}{2}$  colher de chá do medicamento, quantos mililitros (mL) você precisa dar? Você pode consultar a tabela exibida. \_\_\_\_\_

11. Seu sobrinho de 3 anos e 16 quilos vem visitá-los e de repente ele está com febre. Para tratar a febre, você decide dar-lhe o recomendado na bula do remédio infantil para febre de 2,5ml. Quanto você deve dar a ele?

- a) ½ (meia) colher de chá
- b) 1 colher de chá
- c) 1 ½ colher de chá
- d) 1 colher de sopa

12. O seu médico lhe dá a seguinte lista de alimentos para evitar dar ao seu bebê.

- Leite	- Amendoim, castanhas, nozes
- Claras de ovos	- Peixe e marisco
- Uvas	- Cenouras cruas
- Pipoca	- Cachorro-quente

Depois de ler a lista de ingredientes do biscoito entregue, você daria isso para o seu bebê de 10 meses?

- ( ) Sim
- ( ) Não

13. Aos 6 meses de idade, seu bebê tem uma chance maior de pegar resfriados e outras infecções. Tomando como exemplo o paracetamol gotas entregue, decida se você usaria esse medicamento para seu filho e quanto você daria.

- ( ) Sim – eu daria \_\_\_\_\_ (coloque a quantidade).
- ( ) Sim – mas eu perguntaria ao pediatra primeiro.
- ( ) Não – eu não daria o medicamento para meu filho.

14. De acordo com as informações na caixa do medicamento oferecida, que sintomas esta medicação NÃO ajuda a aliviar.

- a) congestão nasal
- b) Vômito
- c) Febre
- d) Tosse

15. Seu bebê tem 1 ano de idade, pesa 8 quilos e está resfriado e com febre. Você dá a ele a quantidade de gotas de paracetamol que sempre usa, mas uma hora depois, ele ainda está com febre. Você também tem um frasco de dipirona. O que você deve fazer, dar o outro medicamento ou esperar?

a) Dar \_\_\_\_\_ ml/gotas de dipirona.

b) \_\_\_\_\_ Esperar, \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.

16. Seu bebê tem uma infecção no ouvido e o médico receitou amoxicilina 3 vezes ao dia (ver frasco). Usando a seringa/copo, demonstre como você administraria a dose prescrita de 5 ml.

17. Um nutricionista diz-lhe para dar ao seu bebê, com mais de seis meses, não mais que 50 ml de suco por vez. 200 ml de suco dará para quantas vezes?  
\_\_\_\_\_ vezes.

18. Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. Deve-se dar preferência a sucos naturais com 100% de frutas ou vegetais. Os sucos prontos devem especificar no rótulo quanto de açúcar, vitaminas, proteínas, sódio e outros componentes contém. Com base nessa informação, analise o rótulo com os Dados Nutricionais, do suco demonstrado, e decida se poderia ser dado ao seu filho?

( ) Sim

( ) Não

Para as perguntas 19-20, consulte as páginas do Folheto de Aleitamento Materno fornecidas:

19. Nos primeiros 3 dias de aleitamento materno, o peito fica inchado e dolorido. De acordo com este folheto, quanto tempo vai levar para melhorar?

\_\_\_\_\_

20. Você não tem certeza se o seu bebê está recebendo leite suficiente, uma vez que demora cerca de 15 minutos para se alimentar em ambos os seios. De acordo com este folheto, isto é:

- a) normal
- b) mais que o normal
- c) menos que o normal

Obrigada pela sua participação!

## Apêndice C

### Teste de Atividades de Letramento em Saúde para Pais – PHLAT versão brasileira

#### - Teste

1. Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 1, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 120 ml de leite?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas colocadas: \_\_\_\_\_

2. Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 2, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 210 ml de leite?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas colocadas: \_\_\_\_\_

3. Seu bebê tem diarreia e o pediatra recomenda que você dê uma mamadeira de 240 ml, misturando metade de leite e metade de soro para reidratação oral. Como você prepararia essa mamadeira com o leite em pó 1?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas colocadas: \_\_\_\_\_

Quantidade de soro utilizada: \_\_\_\_\_

4. Você é informado pelo pediatra do seu bebê para leva-lo a um serviço de saúde se ele tiver uma temperatura de 38°C ou maior. No termômetro está marcando a seguinte temperatura:

**37,8°C**

Você deveria levar sua criança para avaliação no serviço de saúde?

( ) Sim

( ) Não

5. Vamos dizer que sua criança de 10 meses pesa 10.400 gramas e tem altura normal para a idade. Usando a tabela sobre o uso de assentos para crianças, qual assento para o carro você deve escolher para seu filho?

a) Bebê conforto, virado para trás, no banco traseiro.

b) Bebê conforto, virado para a frente, no banco traseiro.

- c) Cadeira de segurança, virado para trás, no banco traseiro.
- d) Cadeira de segurança, virado para a frente, no banco traseiro.

6. Na consulta de acompanhamento de 2 meses do seu bebê, o médico lhe diz que, de acordo com a curva de crescimento infantil, ela está no percentil 25 de peso. O que esse percentil significa? Por favor, veja a curva de crescimento exibida.

- a) De 100 bebês, seu bebê é igual ou maior que 25 deles.
- b) De 100 bebês, seu bebê é menor que 25 deles.
- c) De 100 bebês, seu bebê é maior que 75 deles.
- d) De 100 bebês, seu bebê é menor que 52 deles.

7. Se seu bebê de 7 meses pesa 8 quilos e está com febre, quanto remédio para febre você deve dar ao bebê? Usando a Tabela de Dosagem do medicamento exibida, indique a quantidade de gotas de remédio que você deve dar ao seu filho. Decida a dose com base no peso do seu filho.

---

8. Examinando as bulas dos dois tipos de medicamentos infantis para febre exibidas, de qual deles você precisaria usar um número menor de gotas, para tratar a febre do seu bebê?

- a) Ibuprofeno 50mg
- b) Ibuprofeno 100mg

9. Seu bebê de 3 meses pesa 5 quilos e está com febre e você compra remédio para febre, em gotas. Usando a caixa como referência, você daria o medicamento ao seu bebê?

- ( ) Sim
- ( ) Eu ligaria para o pediatra ou levaria ao serviço de saúde.
- ( ) Não

10. Se você estiver usando remédio infantil para tratar a febre do seu filho, e seu médico recomendar que você dê apenas  $\frac{1}{2}$  colher de chá do medicamento, quantos mililitros (mL) você precisa dar? Você pode consultar a tabela exibida. \_\_\_\_\_

11. Seu sobrinho de 3 anos e 16 quilos vem visitá-los e de repente ele está com febre. Para tratar a febre, você decide dar-lhe o recomendado na bula do remédio infantil para febre de 2,5ml. Quanto você deve dar a ele?

- a) ½ (meia) colher de chá
- b) 1 colher de chá
- c) 1 ½ colher de chá
- d) 1 colher de sopa

12. O seu médico lhe dá a seguinte lista de alimentos para evitar dar ao seu bebê.

- Leite	- Amendoim, castanhas, nozes
- Claras de ovos	- Peixe e marisco
- Uvas	- Cenouras cruas
- Pipoca	- Cachorro-quente

Depois de ler a lista de ingredientes do biscoito entregue, você daria isso para o seu bebê de 10 meses?

- ( ) Sim
- ( ) Não

13. Aos 6 meses de idade, seu bebê tem uma chance maior de pegar resfriados e outras infecções. Tomando como exemplo o paracetamol gotas entregue, decida se você usaria esse medicamento para seu filho e quanto você daria.

- ( ) Sim – eu daria \_\_\_\_\_ (coloque a quantidade).
- ( ) Sim – mas eu perguntaria ao pediatra primeiro.
- ( ) Não – eu não daria o medicamento para meu filho.

14. De acordo com as informações na caixa do medicamento oferecida, quais sintomas esta medicação ajuda a aliviar.

- a) congestão nasal
- b) Vômito
- c) Febre/Dor
- d) Tosse

15. Seu bebê tem 1 ano de idade, pesa 8 quilos e está resfriado e com febre. Você dá a ele a quantidade de gotas de paracetamol que sempre usa, mas uma hora depois, ele ainda está com febre. Você também tem um frasco de dipirona. O que você deve fazer, dar o outro medicamento ou esperar?

a) Dar \_\_\_\_\_ ml/gotas de dipirona.

b) \_\_\_\_\_ Esperar, \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_.

16. Seu bebê tem uma infecção no ouvido e o médico receitou amoxicilina 3 vezes ao dia (ver frasco). Usando a seringa/copo, demonstre como você administraria a dose prescrita de 5 ml.

a) Demonstrou corretamente

b) Demonstrou incorretamente

17. Um nutricionista diz-lhe para dar ao seu bebê, com mais de seis meses, não mais que 50 ml de suco por vez. 200 ml de suco dará para quantas vezes?  
\_\_\_\_\_ vezes.

18. Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. Deve-se dar preferência a sucos naturais com 100% de frutas ou vegetais. Os sucos prontos devem especificar no rótulo quanto de açúcar, vitaminas, proteínas, sódio e outros componentes contém. Com base nessa informação, analise o rótulo com os Dados Nutricionais, do suco demonstrado, e decida se poderia ser dado ao seu filho?

( ) Sim

( ) Não

Para as perguntas 19-20, consulte as páginas do Folheto de Aleitamento Materno fornecidas:



19. Nos primeiros 3 dias de aleitamento materno, o peito fica inchado e dolorido. De acordo com este folheto, quanto tempo vai levar para melhorar?

---

20. Você não tem certeza se o seu bebê está recebendo leite suficiente, uma vez que demora cerca de 15 minutos para se alimentar em ambos os seios. De acordo com este folheto, isto é:

- a) normal
- b) mais que o normal
- c) menos que o normal

Obrigada pela sua participação!

## Apêndice D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: **Validação e Adaptação Transcultural do Instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)**

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:

Francielle Brustolin de Lima Simch (45) 9 9124-6090

Convidamos você a participar de nossa pesquisa, que tem o objetivo de **traduzir, validar e testar um instrumento que mede o seu nível de entendimento sobre o que é explicado pelo profissional de saúde para o cuidado (medicamentos, tratamentos) a seu filho**. Esperamos, com esse estudo, levantar informações sobre a comunicação entre os cuidadores de crianças e profissionais de saúde, para eventuais melhorias nessa relação. Para isso, será aplicado um questionário com perguntas sobre o que e como fazer aquilo que foi orientado pelo médico ou outro profissional da unidade de saúde, sobre entendimento do cuidado à criança, após a consulta.

Durante a execução do projeto, no momento de responder ao questionário, você pode ter algum constrangimento, desconforto, dúvida, ou querer desistir de sua participação, o que poderá ocorrer sem problema algum. Ainda, depois de ter participado, se, por qualquer razão, você quiser desistir, isso também será possível, bastando apenas entrar em contato com a pesquisadora, cujo telefone encontra-se nesse termo. Para qualquer pergunta sobre a pesquisa, dúvida ou relato de algum acontecimento, a pesquisadora poderá ser contatada a qualquer momento. No caso de ocorrer qualquer situação adversa, durante a coleta de dados, que acontecerá em unidade de saúde, será solicitado atendimento imediato, o qual será acompanhado pela pesquisadora.

Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo. Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar a pesquisadora, pelo telefone mencionado acima, ou o Comitê de Ética, pelo número (45)3220-3092.

Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue a você.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo** participar da pesquisa.

Nome do sujeito de pesquisa:

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eu, Francielle Brustolin de Lima Simch, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Toledo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Apêndice E

FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR	
I - IDENTIFICAÇÃO	
Nome do respondente: _____	1. Sexo: 1 ( ) M 2 ( ) F
Relação com a criança: _____	
2. Idade: _____ (anos) 3. Data de Nascimento: _____	
4. Estado Civil 1 ( ) Solteiro 2 ( ) Casado 3 ( ) Separado 4 ( ) Divorciado 5 ( ) Viúvo 6 ( ) União Estável 7 ( ) Outros: _____	
5. Principal Cuidador Da Criança: 1 ( ) Mãe 2 ( ) Pai 3 ( ) Irmãos Mais Velhos 4 ( ) Avós 5 ( ) Creche 6 ( ) Escola 7 ( ) Outros (Citar): _____	
6. Idade do Cuidador: _____	
7. Nº de Filhos da Família: _____	
8. Possui Alguma Deficiência ou Doença Crônica? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não Em Caso Afirmativo Qual? _____	
9. Escolaridade: 1 ( ) Ensino Fundamental Incompleto 2 ( ) Ensino Fundamental Completo 3 ( ) Ensino Médio Incompleto 4 ( ) Ensino Médio Completo 5 ( ) Ensino Superior Incompleto 6 ( ) Ensino Superior Completo 7 ( ) Pós-Graduação 8 ( ) Sem Escolaridade, até Que Série/Ano Estudou: _____	
II- DADOS SOCIOECONÔMICOS E FINANCEIROS	
10. Situação no Mercado de Trabalho: 1 ( ) Trabalho com Vínculo Empregatício 2 ( ) Trabalho Autônomo 3 ( ) Sem Vínculo Empregatício 4 ( ) Ocupação Atual: _____	
11. Renda Mensal : 1 ( ) Um salário mínimo 2 ( ) Dois salários mínimos 3 ( ) 3 salários mínimos 4 ( ) Mais de quatro salários mínimos	
12. Nº de Pessoas que Vivem com a Renda (Per Capita): _____	
13. Recebe Auxílio de Programa Social: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	
14. Quais: 1 ( ) Bolsa Família 2 ( ) Vale Gás 3 ( ) Vale Leite Outros: _____	

CONDIÇÕES DE MORADIA	
<p><b>15. Propriedade:</b> 1 (   ) Casa Própria 2 (   ) Alugada 3 (...) Cedida 4 (   ) Conjunto Habitacional</p> <p>5 (   ) Invasão Legalizada 6 (   ) Não Legalizada 7 (   ) Outros: _____</p>	
<p><b>16. Descrição Física da Moradia:</b> 1 (   ) Alvenaria 2 (   ) Madeira 3 (   ) Mista 4 (   ) Lona</p> <p><b>17. Nº Cômodos:</b> 1 (   ) Um 2 (   ) Dois 3 (   ) Três 4 (   ) Quatros 5 (   ) Mais de Quatro</p>	
<b>18. Quantos</b>	<b>Moradores Residem na Casa:</b>
<p><b>19. Característica Dominante da Área:</b> 1 (   ) Residencial 2 (   ) Comercial 3 (   ) Industrial</p> <p>4 (   ) Área Verde</p> <p><b>20. Abastecimento de Água:</b> 1 (   ) Da Rede Oficial e Tratada 2 (   ) Encanada Com Abastecimento Regular 3 (   ) Encanada com Abastecimento Irregular 4 (   ) Água de Poço 5 (   ) Mina 6 (   ) Rio 7 (   ) Ligação Clandestina</p> <p><b>21. Esgoto:</b> 1 (   ) Rede Oficial 2 (   ) Fossa 3 (   ) Esgoto a Céu Aberto</p> <p><b>22. Eletricidade:</b> 1 (   ) Rede Oficial 2 (   ) Ligação Coletiva 3 (   ) Ausente</p> <p><b>23. Coleta de Lixo:</b> 1 (   ) Regular 2 (   ) Irregular 3 (   ) Queimado 4 (   ) Enterrado</p> <p>5 (   ) Acumulado</p> <p><b>24. Pavimentação:</b> 1 (   ) Asfalto 2 (   ) Calçamento 3 (   ) Terra</p> <p><b>25. Presença de Animais na Residência:</b> 1 (   ) Dentro De Casa 2 (   ) Fora De Casa</p> <p>Quais: _____</p> <p><b>26. Meio De Transporte:</b> 1 (   ) Carro Próprio 2 (   ) Motocicleta 3 (   ) Ônibus Coletivo</p> <p>4 (   ) Bicicleta 5 (   ) Outros: _____</p>	
BENS DE CONFORTO	
<p>27. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular: _____</p> <p>28. Quantidade de pessoas empregadas na família, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana: _____</p> <p>29. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho: _____</p> <p>30. Quantidade de banheiros: _____</p> <p>31. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel: _____</p> <p>32. Quantidade de geladeiras: _____</p> <p>33. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex: _____</p> <p>34. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, _____</p>	

note e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones:

35. Quantidade de lavadora de louças: \_\_\_\_\_

36. Quantidade de fornos de micro-ondas: \_\_\_\_\_

37. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional: \_\_\_\_\_

38. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca: \_\_\_\_\_

39. Quantidade de televisores: \_\_\_\_\_

### **ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA**

40. Se a criança fica doente, onde leva para tratar da saúde dela: \_\_\_\_\_

41. Tem um posto de saúde que costuma leva-la? \_\_\_\_\_

42. Tem plano de saúde? \_\_\_\_\_

43. Pega os medicamentos receitados no posto ou compra na farmácia? \_\_\_\_\_

**DATA COLETA DE DADOS:** \_\_\_\_\_

**END. DA FAMÍLIA:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE:** \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

## Anexo A

### The Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT) and the Shortened PHLAT-10

Last Revised: December 15, 2006

Disha Kumar BS  
Lee M Sanders MD MPH  
Eliana Perrin MD MPH  
Russell L Rothman MD MPP

### The Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)

#### Description

**The Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)** is an assessment test designed to investigate the health literacy and numeracy skills of parents with infant children (birth- 1 year). Health literacy can be defined as the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the health care environment. Numeracy is an important component of literacy that can be defined as the ability to understand and use numbers and math skills in daily life. Literacy and numeracy are particularly important to parents of infant children because these parents must use literacy skills and apply math skills to many activities in caring for their children, including: measuring baby formula, reading a thermometer, and using over the counter (OTC) and prescription medications. The questions in the PHLAT were formulated based on directions given by health care practitioners to parents during routine well-child examination visits in the first year of life and based on the routine health supervision guidelines for caring for infants ( AAP recommendations, Bright Futures (NCEMCH). In addition, question development was guided by reviewing previously validated math and literacy tests (TOFHLA, WRAT, Woodcock Johnson, Keymath, and the Diabetes Numeracy Test). Questions were refined by practicing pediatricians; pediatric health services researchers, and experts in the field of health literacy and numeracy. Arriving at the answers to the PHLAT will require not only the ability to perform a variety of literacy and math skills such as reading prose, performing addition, subtraction, and multiplication, but also the application of those skills in the daily setting.

#### Test Administration

The PHLAT can be written or orally administered. It consists of 20 questions in four clinical domains: Nutrition, Psychosocial/Development, Injury/Safety, and Medical/Screening/ Immunization. The test assesses literacy and math skills including: print literacy, addition, multiplication, division, fractions, multi-step mathematics, and numeration/ number hierarchy. The estimated time for administration is 20-25 minutes.

#### *General Guidelines*

Introduce yourself to the respondent.



If the respondent wears glasses, please ask him or her to put them on. If the respondent wears contacts, remind him or her to wear them to the exam.  
 Test the patients' visual acuity using a Rosenbaum Pocket Vision Screener. Patients with corrected visual Acuity >20/50 should be excluded from test.  
 Explain the purpose and time frame of the test.  
 Hand the respondent a pencil and paper before starting the exam.  
 Ask the respondent to write any calculations on the scrap sheet.  
 Ask the respondent to write his or her final answers on the test in the spaces provided.  
 Explain to the respondent that if he or she is to erase, erase completely without leaving smears or markings.

*For oral administration, the test administrator is to follow these directions:*

Read the questions out loud to the respondent.  
 Allow the parent to examine any figures associated with the question.  
 Repeat the question if asked.  
 Give the respondent time to answer the question.  
 Only read what is printed in the question. Improvising or interpreting a question for a respondent can invalidate the test results and decrease test efficiency.  
 Allow time for the respondent to calculate and record his or her answers.  
 After the respondent has answered a question, immediately proceed to the next item.  
 There is no time limit on a particular item.  
 Remind respondents who wear hearing aids to bring them to the test.  
 For respondents who are having difficulty:  
 Repeat any question when asked by the respondent. However, do not repeat the question more than three times.  
 If the respondent is having difficulty, please encourage the respondent to continue. Appropriate comments are "you're doing fine." However, do not establish a pattern, such as saying "good" only after correct responses.  
 If the respondent does not want to resume the test, please respond by saying, "I am not trying to embarrass you or put you down. We can stop now, but I would like to pause to let you know that you are very important to this study, and the information you are providing could be used to help parents of small children. May I continue..."  
 Record any information that you think is relevant or important about the respondent's behavior.

#### **Clinical Domains**

<b>Domain</b>	<b>Question number</b>
Nutrition	1-3, 12, 17-20
Psychosocial/Development	6
Injury/Safety	4,5
Medical/Screening/Immunization	7-10, 13-16

#### **Predominant Skill Assessed**

<b>Problem Type</b>	<b>Question number</b>
Print Literacy	1, 5, 12, 13, 14, 15, 19, 20
Addition/Subtraction	2
Multiplication/Division	3, 17
Fractions/ Decimals	4, 10, 16
Multi-step mathematics	8, 18
Numeration/Counting/Hierarchy / Graphs	6, 7, 9, 11

### **Development of the PHLAT-10**

The **PHLAT-10** is a shortened version of the PHAT devised through psychometric analysis.

**The PHLAT-10 includes these 10 Items:**  
(Parentheses = new numbering)

**1-3 (1-3): Nutrition**  
**6 (4): BMI Understanding (nutrition)**  
**10 (5): Motrin Measurement**  
**12 (6): Nutrition (Food Allergies)**  
**16 (7): Amoxicillin Dosing**  
**17-19 (8-10): Nutrition**

Performance on the **PHAT-10** is significantly correlated with:

STOFHLA (0.41,  $p < 0.0001$ )

WRAT score (0.54,  $p < 0.0001$ )

Income (0.28,  $p = 0.0004$ )

Education (0.24,  $p = 0.001$ )

The full PHAT (0.91,  $p < 0.0001$ )

Internal Reliability (KR-20) is good: 0.70

## **Protocol for Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)**

For each administration of the PHLAT, provide a copy to the participant and keep a copy for yourself so that you can follow along.

As the parent(s) go through each question, provide them with each item, chart, or reading that the specific question asks about.

For each demonstration question, please place a check-mark next to the question if the parent(s) do the demonstration correctly. If the demonstration is incorrect, please circle the question number.

When providing the parent(s) with specific items, do not indicate or read where on a label or chart they should look to find the answer.

If the parent(s) are struggling, give them positive encouragement to continue with the test.

CODING: Correct : 1; Incorrect : 0

### Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)

Using the instructions provided on the Enfamil powder formula, how much water and formula would you add to make a 4oz. bottle?

Amount of water added: \_\_\_\_\_

Number of scoops added: \_\_\_\_\_

Using the instructions provided for the Enfamil concentrated formula, how much water and formula would you add to make a 4oz. bottle?

Amount of water added: \_\_\_\_\_

Amount of concentrate added: \_\_\_\_\_

Your baby has diarrhea, and the pediatrician recommends that you give him an 8oz. bottle mixed with half formula and half Pedialyte. How would you prepare this with Enfamil *powder* formula?

\_\_\_\_\_

You are told by your baby's pediatrician to call him if the baby has a temperature of 100.4°F or greater.

The thermometer looks like the following:

100.2F

Should you call the doctor?

\_\_YES

\_\_NO

Lets say your 10-month-old child weighs 23 pounds and is of normal height. Using the General Child Seat Use Information chart, which car seat should you choose for your child?

Infant seat, rear-facing, reclined at 25 degrees

Infant seat, forward-facing, reclined at 45 degrees

Convertible seat, rear-facing, reclined at 45 degrees

Convertible seat, forward-facing, reclined at 45 degrees

At your baby's 2-month follow-up appointment, her doctor tells you that according to the infant growth curve, she is in the 25<sup>th</sup> percentile for weight. What does this percentile mean? Please see the attached growth curve.

Out of 100 babies, your baby is bigger than 25 of them.

Out of 100 babies, your baby is smaller than 25 of them.

Out of 100 babies, your baby is bigger than 75 of them.

Out of 100 babies, your baby is bigger than 52 of them.

If your 7 month old baby weighs 19 pounds and has a fever, how much fever medication should you give the baby? Using the attached Acetaminophen Dosage Chart, state how much Concentrated Tylenol Infants' Drops you should give your child. Decide the dose based on the weight of your child.

---

Examining both the Concentrated Tylenol Infants' Drops and Children's Tylenol boxes, which would you need to use a greater volume of to treat your baby's fever?

---

Your 3-month-old baby weighs 11 pounds and is suffering from a fever and you buy Concentrated Motrin Infants' Drops. Using the box as a reference, would you give Concentrated Motrin Infants' Drops to your baby?

- ☐ YES
- ☐ I would call the Doctor
- ☐ NO

If you are using Children's Motrin to treat your child's fever, and your doctor recommends that you give only ½ teaspoon of medication, how many milliliters do you need to measure out? You may refer to the Children's Motrin box for reference.

---

Your 3-year-old, 35 pound nephew comes to visit and he suddenly has a fever. To help treat his fever, you decide to give him Children's Tylenol. How much should you give him?

☐ ½ teaspoon

☐ 1 teaspoon

☐ 1 ½ teaspoon

☐ 1 tablespoon

Your doctor gives you the following list of foods to avoid giving your baby.

- |              |                                  |
|--------------|----------------------------------|
| - Milk       | - Peanuts and other nut products |
| - Egg whites | - Fish and Shellfish             |
| - Grapes     | - Raw carrots                    |
| - Popcorn    | - Hot dogs                       |

After reading the ingredients list for Nilla Wafers, would you give this to your 10 month old baby?

☐ YES

☐ NO

At 6 months old, your baby has a greater chance of catching colds and other infections. Using the Concentrated Tylenol Infants' Drops *Plus* Cold box, determine whether you would use this medication for your child, and how much you would administer.

☐ YES – I would give \_\_\_\_\_(enter amount).

☐ YES – But, I would call my child's doctor first.

☐ NO – I would not give this to my child.

According to the Concentrated Tylenol Infants' Drops *Plus* Cold and C symptoms does this medication NOT help to relieve?

Nasal congestion

Vomiting

Fever

Cough

Your baby is 1 year old and weighs 18lbs., and she is suffering from a cold and fever. You give her 1 dropper-full of Little Colds Multi-Symptom Cold Formula Concentrated Oral Drops, but an hour later, she still has a fever. You also have a bottle of Concentrated Tylenol Infants' Drops. What should you do with the Concentrated Tylenol Infants' Drops?

Give her \_\_\_\_\_ mL Concentrated Tylenol Infants' Drops now.

Wait, because \_\_\_\_\_

Your baby has an ear infection and the doctor puts him on Amoxicillin 3 times a day (see bottle). Using the dropper, please demonstrate how you would administer one dose of this medication.

A nutritionist tells you to give your baby no more than 2 ounces of juice each day. For how long should a 32-ounce can of juice last?

\_\_\_\_\_ days

The WIC (Women, Infants, and Children) Program serves to provide nutritious foods and information to new mothers, infants, and young children. To be eligible for WIC, juices must be 100% fruit or vegetable juice. They must also contain 30mg of Vitamin C per 100 ml of juice, or 120% of Daily Value of Vitamin C. Would the juice with the Nutrition Facts below be eligible for WIC? (Please see chart below.)

Yes

No

**For questions 19-20 please refer to the pages of the Breastfeeding Brochure provided:**

In the first 3 days of breastfeeding, your breast gets swollen and painful. According to this brochure, how long will this take to get better?

\_\_\_\_\_

You're not sure if your baby is getting enough milk since she takes about 15 minutes total to feed from both breasts. According to this brochure, that is:

Normal

More than Normal

Less than Normal

THANK YOU FOR YOUR TIME.

## Anexo B

24/05/2018

Gmail - asking authorization to validate PHLAT scale



Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso <lb.toso@gmail.com>

---

### asking authorization to validate PHLAT scale

8 mensagens

---

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso <lb.toso@gmail.com>  
Para: yinh02@med.nyu.edu

23 de maio de 2018 18:04

Dear,

I would like to request authorization to validate in the Brazilian Portuguese language the Spanish Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish).

I am a nurse, university professor of the Bio-sciences and Health Masters program at the Western Parana State University, in Brazil.

My counseling student Francielle Brustolim Lima Simch, is working with the theme literacy and we would like to use this scale in Brazil.

For this we need to validate it and we ask for its authorization.

Thank you in advance for your response.

Regards,

~

Profª. Drª. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso  
Curso de Graduação em Enfermagem  
Mestrado Biociências e Saúde  
Campus Cascavel  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE  
Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno-Infantil - GPEMI  
Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras - SOBEP (Gestão 2015-2018)



Rothman, Russell <russell.rothman@vanderbilt.edu>  
Para: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso <lb.toso@gmail.com>

23 de maio de 2018 23:33

Yes, you can translate to Portuguese.

Please send us your version when complete

Good luck!

**Russell Rothman, MD MPP**

Professor, Internal Medicine, Pediatrics, & Health Policy

Ingram Chair in Integrative and Population Health

Vice President, Population Health Research

Director, Center for Health Services Research

Chief, Internal Medicine & Pediatrics Section

Center for Health Services Research

2525 West End Avenue, Suite 1200

Vanderbilt University Medical Center

Nashville, TN 37203

615-936-2149 (phone)

615-936-1269 (fax)

This email and any files transmitted with it may contain **confidential** and **privileged** information and is intended only for use by the individual or entity named above. If you are neither the intended recipient nor the employee, you are hereby notified that disclosure of contents in any manner is strictly prohibited. If you have received this email in error, please immediately purge it and all attachments and notify the sender by reply e-mail or contact the sender at the number listed.

## Anexo C

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Validação e Adaptação Transcultural do Instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)

**Pesquisador:** FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 93750118.0.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.787.988

#### Apresentação do Projeto:

O presente estudo apresenta considerações sobre a necessidade do uso de instrumentos de avaliação do nível de Letramento em Saúde em cuidadores/familiares de crianças que buscam atendimento de saúde; a importância de instrumentos que permitam sintonias transculturais; a partir da adaptação em contraposição ao desenvolvimento de um instrumento novo. O estudo delinea-se com um estudo metodológico, para o qual foi proposta realização da validação do instrumento partindo da tradução e adaptação transcultural do instrumento. Espera-se com o presente estudo disponibilizar um instrumento no país, que avalie a capacidade de entendimento dos pais em relação as terapêuticas propostas por profissionais de saúde a seus filhos e que o referido instrumento possa ser utilizado futuramente como modelo para outros estudos no Brasil

#### Objetivo da Pesquisa:

Realizar a tradução, adaptação cultural, validação psicométrica e aplicação do instrumento (Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish), para cuidadores/familiares que buscam atendimento na unidade de atenção primária.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Existe risco de desconforto/constrangimento devido o questionário abordar sobre dados cognitivos e habilidades do cuidador.

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 2089

Bairro: UNIVERSITÁRIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prpg@unioeste.br

**UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.757.985

**Benefícios:** Os domínios do instrumento PHLAT que contemplam a análise de Letramento em Saúde são fortes indicadores das potencialidades e/ou fragilidades relacionadas ao nível de letramento funcional em saúde, de cuidadores/familiares de crianças. Desta forma, é esperado que tais informações sejam pertinentes e contempladas para a formulação de estratégias para a melhoria do nível de Letramento em Saúde deste público.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de interesse científico, bem elaborada e detalhada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos anexados

**Recomendações:**

Projeto pode ser aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1151865.pdf	09/07/2018 15:29:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa.pdf	09/07/2018 15:19:59	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Outros	Declaracao_coleta_nao_iniciada.pdf	09/07/2018 14:42:18	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Outros	Instrumento_The_Parental_Health_Literacy_Activities_Test.pdf	09/07/2018 14:41:06	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_uso_de_dados_em_arquivo.pdf	06/07/2018 11:38:49	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_do_responsavel_pelo_campo_de_estudo.pdf	06/07/2018 11:37:31	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_TCLE.pdf	06/07/2018 11:04:28	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3226-3092

E-mail: cep.prpgg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.787.688

Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_escla recido_TCLE.pdf	06/07/2018 11:04:28	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_para_pesquisa_envolve ndo seres humanos.pdf	06/07/2018 11:03:57	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Avaliação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 27 de Julho de 2018

Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP/Unioeste  
Rua Universitária, 1619 - Jardim Universitário  
CEP 85.814-110 / Cascavel - Paraná - Fone: (45) 3220-3092

Assinado por:  
Dartel Ferrari de Lima  
(Coordenador)

Prof. Dr. Dartel Ferrari de Lima  
Coord. do Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos  
Portaria nº 65/19/2016-GR

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 2069

Bairro: UNIVERSITÁRIO

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prpgg@unioeste.br

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Validação e Adaptação Transcultural do Instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)

**Pesquisador:** FRANCELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 93750118.0.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.787.988

**Apresentação do Projeto:**

O presente estudo apresenta considerações sobre a necessidade do uso de instrumentos de avaliação do nível de Letramento em Saúde em cuidadores/familiares de crianças que buscam atendimento de saúde; a importância de instrumentos que permitam sintonias transculturais; a partir da adaptação em contraposição ao desenvolvimento de um instrumento novo. O estudo delinea-se com um estudo metodológico, para o qual foi proposta realização da validação do instrumento partindo da tradução e adaptação transcultural do instrumento. Espera-se com o presente estudo disponibilizar um instrumento no país, que avalie a capacidade de entendimento dos pais em relação as terapêuticas propostas por profissionais de saúde a seus filhos e que o referido instrumento possa ser utilizado futuramente como modelo para outros estudos no Brasil

**Objetivo da Pesquisa:**

Realizar a tradução, adaptação cultural, validação psicométrica e aplicação do instrumento (Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish), para cuidadores/familiares que buscam atendimento na unidade de atenção primária.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Existe risco de desconforto/constrangimento devido o questionário abordar sobre dados cognitivos e habilidades do cuidado.

**Endereço:** RUA UNIVERSITÁRIA 2089

**Bairro:** UNIVERSITÁRIO

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3092

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

**UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.757.985

**Benefícios:** Os domínios do instrumento PHLAT que contemplam a análise de Letramento em Saúde são fortes indicadores das potencialidades e/ou fragilidades relacionadas ao nível de letramento funcional em saúde, de cuidadores/familiares de crianças. Desta forma, é esperado que tais informações sejam pertinentes e contempladas para a formulação de estratégias para a melhoria do nível de Letramento em Saúde deste público.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de interesse científico, bem elaborada e detalhada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos anexados

**Recomendações:**

Projeto pode ser aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1151865.pdf	09/07/2018 15:29:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa.pdf	09/07/2018 15:19:59	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Outros	Declaracao_coleta_nao_iniciada.pdf	09/07/2018 14:42:18	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Outros	Instrumento_The_Parental_Health_Literacy_Activities_Test.pdf	09/07/2018 14:41:06	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_uso_de_dados_em_arquivo.pdf	06/07/2018 11:38:49	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_do_responsavel_pelo_campo_de_estudo.pdf	06/07/2018 11:37:31	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_TCLE.pdf	06/07/2018 11:04:28	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.787.688

Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_escla recido_TCLE.pdf	06/07/2018 11:04:28	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_para_pesquisa_envolve ndo seres humanos.pdf	06/07/2018 11:03:57	FRANCIELLE BRUSTOLIN DE LIMA SIMCH	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Avaliação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 27 de Julho de 2018

Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP/Unioeste  
Rua Universitária, 1619 - Jardim Universitário  
CEP 85.814-110 Cascavel - Paraná - Fone: (45) 3220-3092

Assinado por:  
Dartel Ferrari de Lima  
(Coordenador)

Prof. Dr. Dartel Ferrari de Lima  
Coord. do Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos  
Portaria nº 6519/2016-CEP

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 2069

Bairro: UNIVERSITÁRIO

UF: PR

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prpgg@unioeste.br



## Anexo D



Fonte: <https://www.paodeacucar.com/produto/155317/formula-infantil-nan-a-r-nestle-lata-800g>





Fonte: <https://www.paodeacucar.com/produto/154110/formula-infantil-nan-comfor-2-nestle-lata-800g>

**VEJA QUAL É O TIPO DE EQUIPAMENTO DE SEGURANÇA MAIS ADEQUADO  
PARA TRANSPORTE DE CRIANÇAS.**

**BEBÊ CONFORTO**



Desde o nascimento  
até 1 ano de idade.

Instalar no banco de  
trás, voltado para o  
vidro traseiro. As tiras  
devem ficar ajustadas  
ao corpo da criança,  
com uma leve folga

**CADEIRA DE SEGURANÇA**



Para crianças  
de 1 a 4 anos.

Deve ser instalada de  
frente para o painel do  
veículo, presa pelo  
cinto de segurança.

**ASSENTO DE ELEVAÇÃO  
OU "BOOSTER"**



Para crianças entre  
4 e 7 anos e meio.

Deve ser usado com  
cinto de segurança de  
3 pontos.  
As tiras do cinto  
passam pelo quadril e  
pelo peitoral da criança.

**CINTO DE SEGURANÇA  
DE TRÊS PONTOS**



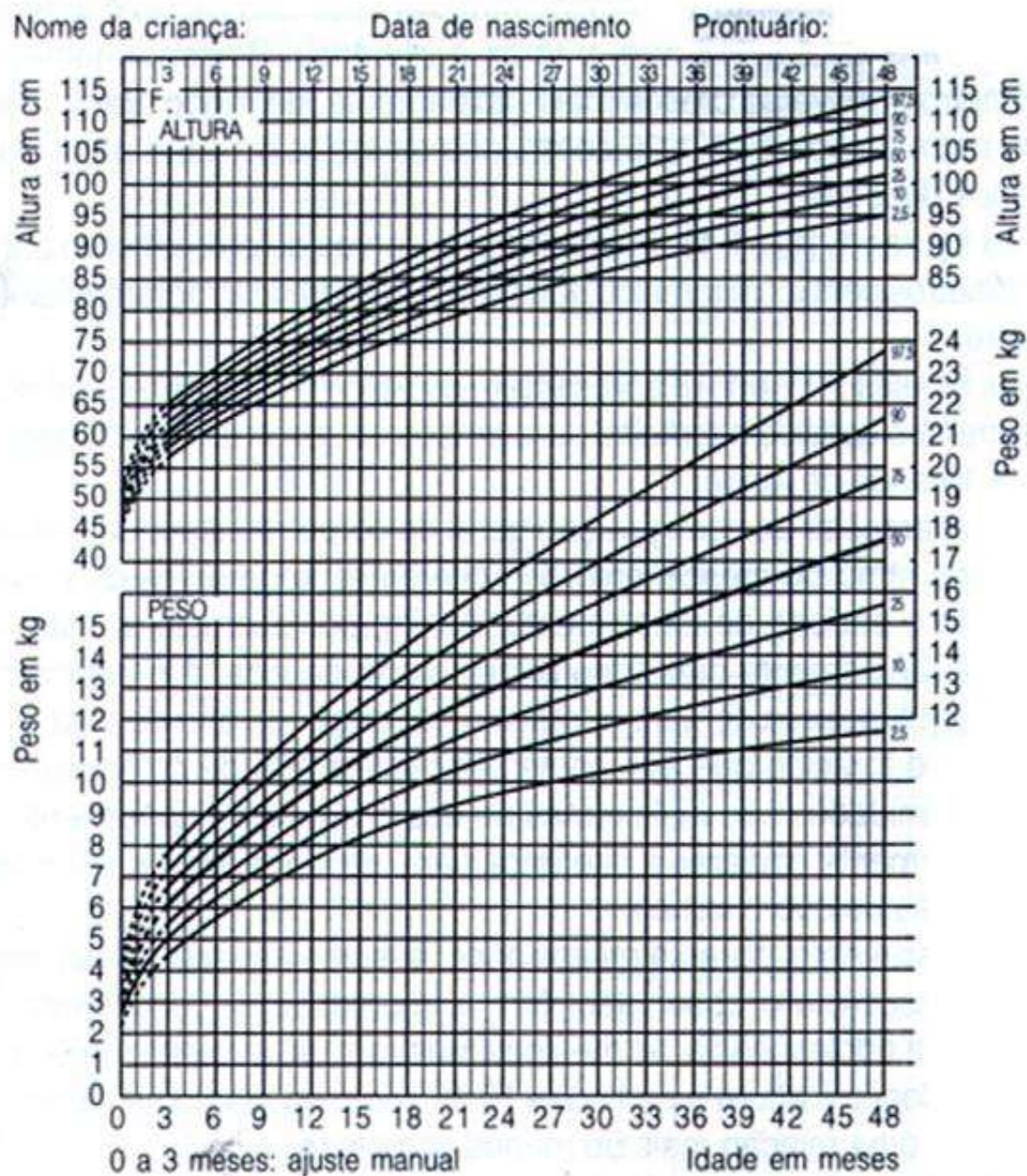
Acima  
de 7 anos e meio.

A criança deve usar o  
cinto somente se  
conseguir apoiar as  
costas por inteiro no  
banco.  
O cinto passa pelo quadril  
e pelo centro do ombro.

Fonte: [https://www.jornalnh.com.br/\\_conteudo/2017/01/noticias/regiao/2054193-saiba-como-transportar-criancas-com-seguranca-no-carro.html](https://www.jornalnh.com.br/_conteudo/2017/01/noticias/regiao/2054193-saiba-como-transportar-criancas-com-seguranca-no-carro.html)

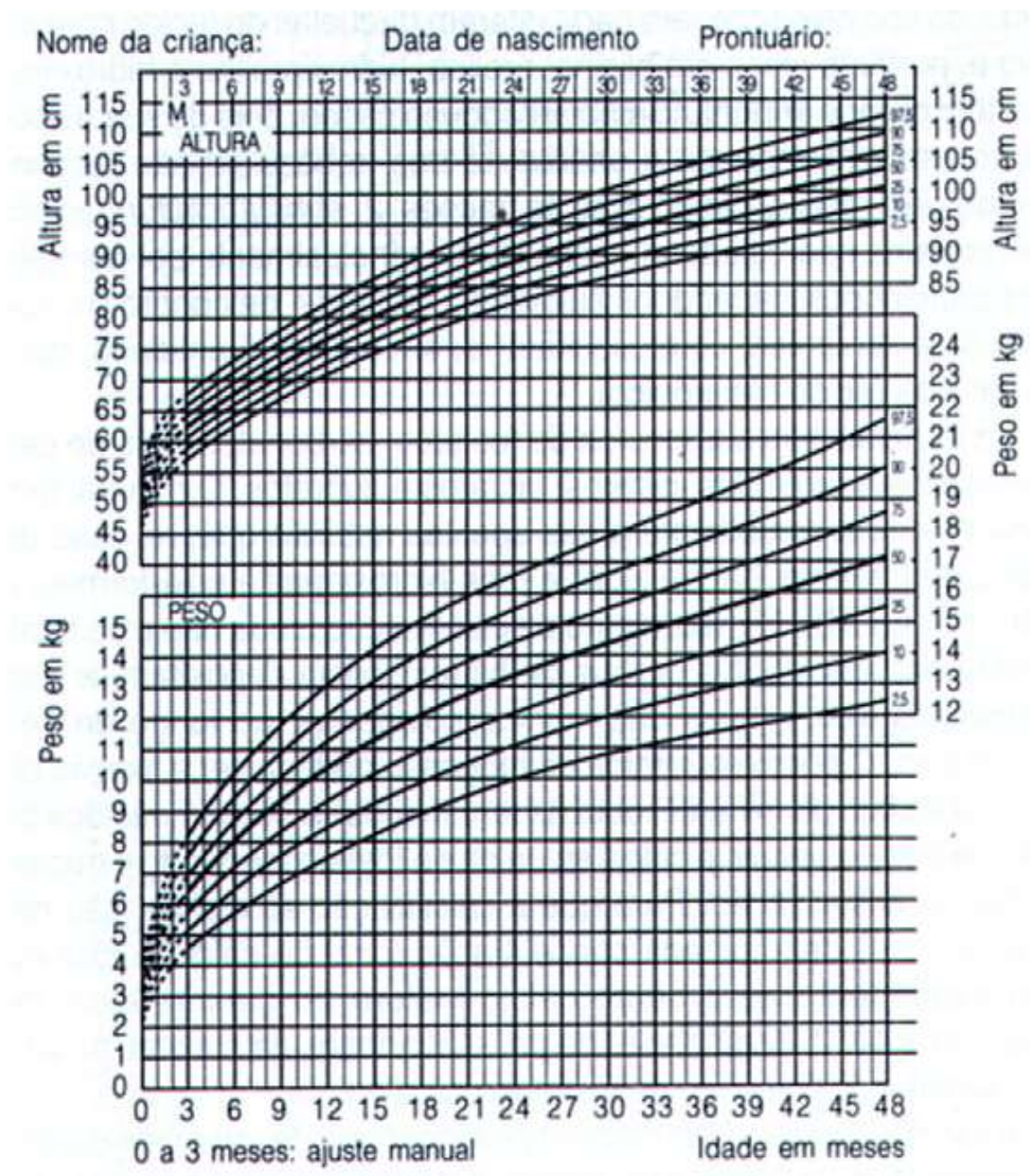


A altura em centímetros e o peso em kilogramas, em crianças de 0 a 48 meses de idade cronológica . Sexo masculino. Percentis 2,5; 10; 25; 50; 75; 90; 97,5.



Fonte: <http://www.misodor.com/CRESC.html>

A altura em centímetros e o peso em kilogramas, em crianças de 0 a 48 meses de idade cronológica . Sexo feminino. Percentis 2,5; 10; 25; 50; 75; 90; 97,5



Fonte: <http://www.misodor.com/CRESC.html>



## **Paracetamol Gotas 200 mg/mL:**

A dose recomendada de Paracetamol Gotas 200 mg/mL varia em função da idade. Assim:

### **Crianças abaixo de 11 kg ou 2 anos:**

Antes de realizar o tratamento com paracetamol deve-se consultar o médico.

### **Crianças abaixo de 12 anos:**

A dose recomendada de paracetamol é de 1 gota/kg até à dosagem máxima de 35 gotas, com intervalos de 4 a 6 horas entre cada administração. Não se devem exceder as 5 administrações em um período de 24 horas.

### **Adultos e crianças acima de 12 anos:**

A dose recomendada de paracetamol é de 35 a 55 gotas, de 3 a 5 vezes ao dia. A dose diária máxima de paracetamol é de 4000 mg, administrados em doses fracionadas. Não se deve exceder os 1000 mg por dose, o que equivale a 55 gotas, com intervalos de 4 a 6 horas, no período de 24 horas.

A duração do tratamento depende do desaparecimento dos sintomas.

Fonte: [https://www.bulario.com/paracetamol\\_gotas/](https://www.bulario.com/paracetamol_gotas/)

## 1 DIPIRONA

### 6. COMO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?

#### POSOLOGIA E MODO DE USAR

O tratamento pode ser interrompido a qualquer instante sem provocar danos ao paciente, inerentes à retirada da medicação.

Coloque o frasco na posição vertical com a tampa para o lado de cima, gire-a até romper o lacre.

**Cada 1 mL = 20 gotas** (quando o frasco for mantido na posição vertical para gotejar a quantidade pretendida de gotas conforme indicado abaixo).

Adultos e adolescentes acima de 15 anos: 20 a 40 gotas em administração única ou até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia.

As **crianças** devem receber dipirona conforme seu peso seguindo a orientação deste esquema:

Peso (média de idade)	Dose	Gotas
5 a 8 kg (3 a 11 meses)	dose única dose máxima diária	2 a 5 gotas 20 (4 tomadas x 5 gotas)
9 a 15 kg (1 a 3 anos)	dose única dose máxima diária	3 a 10 gotas 40 (4 tomadas x 10 gotas)
16 a 23 kg (4 a 6 anos)	dose única dose máxima diária	5 a 15 gotas 60 (4 tomadas x 15 gotas)
24 a 30 kg (7 a 9 anos)	dose única dose máxima diária	8 a 20 gotas 80 (4 tomadas x 20 gotas)
31 a 45 kg (10 a 12 anos)	dose única dose máxima diária	10 a 30 gotas 120 (4 tomadas x 30 gotas)
46 a 53 kg (13 a 14 anos)	dose única dose máxima diária	15 a 35 gotas 140 (4 tomadas x 35 gotas)

Fonte:

[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1022322014&pIdAnexo=1961219](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1022322014&pIdAnexo=1961219)

## IBUPROFENO 50MG

Peso (Kg)	Febre baixa (< 39°C)	Febre alta (> 39°C)
5 Kg	5 gotas	10 gotas
6 Kg	6 gotas	12 gotas
7 Kg	7 gotas	14 gotas
8 Kg	8 gotas	16 gotas
9 Kg	9 gotas	18 gotas
10 Kg	10 gotas	20 gotas
11 Kg	11 gotas	22 gotas
12 Kg	12 gotas	24 gotas
13 Kg	13 gotas	26 gotas
14 Kg	14 gotas	28 gotas
15 Kg	15 gotas	30 gotas

## IBUPROFENO 100MG

Peso (Kg)	Febre baixa (< 39°C)	Febre alta (> 39°C)
5 Kg	3 gotas	5 gotas
6 Kg	3 gotas	6 gotas
7 Kg	4 gotas	7 gotas
8 Kg	4 gotas	8 gotas
9 Kg	5 gotas	9 gotas
10 Kg	5 gotas	10 gotas
11 Kg	6 gotas	11 gotas
12 Kg	6 gotas	12 gotas
13 Kg	7 gotas	13 gotas
14 Kg	7 gotas	14 gotas
15 Kg	8 gotas	15 gotas

Fonte: <https://www.bulas.med.br/p/bulas-de-medicamentos/bula/12816/alivium+gotas+50+mg+ml.htm>



Fonte: <https://www.araujo.com.br/tylenol-bebe-100mg-ml-gotas/p>



Fonte: <https://www.araujo.com.br/dipirone-sodica-500mg-ml-medley-generico-gotas/p>





Fonte: <https://www.araujo.com.br/ibuprofeno-50mg-ml-neo-quimica-generico-gotas/p>

<p><b>TABELA 3</b>  <b>Volumes (em ml) esperados em colheres para uso posológico em Medicina, segundo a Farmacopéia Brasileira oficial</b></p>		
Nº	Tipo de colher	Volume (ml)
1	Colher de café	2
2	Colher de chá	5
3	Colher de sobremesa	10
4	Colher de sopa	15

Fonte: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=210&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=210&fase=imprime)





[https://www.google.com/search?rlz=1C1CHZL\\_pt-BRBR748BR748&tbm=isch&q=amoxicilina+em+po+infantil&sa=X&ved=0ahUKEwj24uB7\\_7jAhUpIbkGHQ4XA1AQRNwCCEgoCw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgsrc=sdHKn5knIPXDnM:](https://www.google.com/search?rlz=1C1CHZL_pt-BRBR748BR748&tbm=isch&q=amoxicilina+em+po+infantil&sa=X&ved=0ahUKEwj24uB7_7jAhUpIbkGHQ4XA1AQRNwCCEgoCw&biw=1366&bih=625&dpr=1#imgsrc=sdHKn5knIPXDnM:)



Fonte: [www.lojasnet.com.br](http://www.lojasnet.com.br)

SUCO DE LARANJA INTEGRAL

Prat's®



V:01/11/2018 L:8566S 01:00

Produzido e enviado por:  
 AGRO PRATINHA INDÚSTRIA E COM. IMPORT. E EXPORTAÇÃO LTDA.  
 CNPJ.: 02.270.893/0002-30 - I.E. 906.01145-03  
 Rodovia BR 374, km 88 - s/n  
 Faz. São Paulo - CEP 87701-970  
 Tel. 44 3141.5000  
 Paranavai - PR | INDÚSTRIA BRASILEIRA

Suco  
 Prat's®  
 100% Laranja

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL  
 Porção de 200ml (1 copo)

Quantidade por porção		%VD(*)
Valor Energético	74kcal = 315kJ	4
Carboidratos	16g	5
Proteínas	1,3g	2
Gorduras Totais	0g	0
Gorduras Saturadas	0g	0
Gorduras Trans	0g	-
Fibra Alimentar	1,7g	7
Sódio	2mg	0
Vitamina C	70mg	150%

(\*)% Valores diários de referência com base em uma dieta de 2.000kcal ou 8.400kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.

Devido a variação de safra e diversidade da fruta o produto pode sofrer alterações na cor, sabor e aroma.

CONSERVAR REFRIGERADO ENTRE AS TEMPERATURAS DE -2°C a 5°C E APÓS ABERTO CONSUMIR EM ATÉ 48 HORAS.

REGISTRO DO PRODUTO NO M.A.P.A Nº PR 000470-7.000001

INGREDIENTES: Suco de laranja pasteurizado. Sem conservantes. Não fermentado, não Alcolólico.

NÃO CONTÉM GLÚTEN.



SERVÍÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR  
 prat's.com.br  
 44 3141.5000  
 Siga-nos nas  
 redes sociais

PRAZO DE VALIDADE/LOTE:  
 VIDE MARCAÇÃO NA EMBALAGEM,  
 RÓTULO OU TAMPA.

900ml





## **SEMANA MUNDIAL DA AMAMENTAÇÃO**

### **AMAMENTAÇÃO É A BASE DA VIDA**

#### **Amamentar seu filho hoje traz saúde e benefícios para a vida inteira.**

- 1- O leite materno pode ser congelado no freezer ou congelador, por até 15 dias, se for para uso do próprio filho, e por até 10 dias, se for para doação a um Banco de Leite Humano. Para descongelar, o leite deve ser mantido na geladeira ou em banho maria. Lembre-se de que o leite descongelado não pode ser congelado novamente.
- 2- Amamentar o bebê logo após o nascimento reduz os riscos de mortalidade neonatal, aumenta as chances de uma amamentação bem-sucedida e ainda contribui para a recuperação da mulher após o parto.
- 3- Nos primeiros meses, o bebê ainda não tem um horário para mamar. Dê o peito sempre que ele demonstrar fome. Com o tempo, o horário se estabelecerá. O tempo de mamada varia – deixe o bebê esvaziar uma mama para depois colocá-lo na outra. Se ele não esvaziar em uma única mamada, na próxima, ofereça a mama que ele estava por último.
- 4- Tomar alguns cuidados para não machucar o peito é importante na hora de colocar o bebê para mamar. Amamentar não dói. Nos primeiros dias de aleitamento materno, é normal o peito ficar inchado e dolorido, melhorando no 5º dia. Se os sintomas persistirem, deve-se buscar ajuda de um profissional da saúde.

FONTE:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/amamentacao/>(ADAPTADA)

## Anexo E



Francielle Brustolin de Lima <fbdlima@gmail.com>

---

### [SD] Agradecimento pela submissão

1 mensagem

---

**Mariana Chastinet via Saúde em Debate** <saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br>

29 de fevereiro de 2020 12:01

Responder a: Mariana Chastinet <revista@saudeemdebate.org.br>

Para: Francielle Brustolin de Lima Simch <fbdlima@gmail.com>

Francielle Brustolin de Lima Simch,

Agradecemos a submissão do trabalho "Adaptação Transcultural e Validação do Instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)" para a revista Saúde em Debate.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/3737>

Login: francielle0512

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Mariana Chastinet

[revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

## ANEXO F

### **Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificarem a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos (Vancouver), descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
- A identificação dos autores não consta no arquivo com o texto.
- O nome dos autores deve ficar registrado no formulário de cadastro do artigo, no campo "Incluir coautores". Informações imprescindíveis: NOME - E-MAIL - Nº ORCID - INSTITUIÇÕES DE VÍNCULO.
- O arquivo da submissão está no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.
- O texto está em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5; não utilizou sublinhados e negritos como grifo.
- Utilizou aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras; utilizou palavras em outros idiomas em itálico, com exceção de nomes próprios.
- Enviou figuras, gráficos, quadros e tabelas em formato aberto ou em alta resolução, em preto e branco ou em escala cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo.
- Encaminhou, em arquivo separado, a declaração de Conflito de interesses, os Colaboradores e os Agradecimentos (no mesmo arquivo).
- Encaminhou, em arquivos separados, a Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais (obrigatória) e o Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP (quando pertinente).

Diretrizes para Autores

*Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos*

**Revista Saúde em Debate**

*Instruções aos autores*

ATUALIZADAS EM MARÇO DE 2019

**ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL**

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados à política, ao planejamento, à gestão, ao trabalho e à avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais, que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos, que apótem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.



Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta, para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

**NOTA:** A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos, no campo da saúde, dar-se-á por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

## **ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS**

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: [revista.saudeemdebate.org.br](http://revista.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

### **Modalidades de textos aceitos para publicação**

1. **Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas a uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Nesse formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. **Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras, que aportem contribuições significativas para a área.
6. **Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.
7. **Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

### **Preparação e submissão do texto**

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado ao campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

### **O texto deve conter:**

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês, com, no máximo, 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução,

métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e a divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nesses casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial, além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os Artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o [Manual de Normalização de Referências](#) elaborado pela editoria do Cebes.

## **OBSERVAÇÕES**

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### **Informações sobre os autores**

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

### **PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo, por parte da editoria da revista, serão previamente acordadas com os autores, por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

### **Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)**

**a) Conflito de interesses.** Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*” será suficiente.

**b) Colaboradores.** Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

**c) Agradecimentos.** (Opcional).

**OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.**

#### **1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais**

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações, conforme modelo disponível [aqui](#).

#### **2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês, a critério dos autores. Nesse caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br

## Artigo Original

Resultado de investigação empírica, que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

## Ensaio

Análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

## Revisão

Revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas a uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

## Artigo de Opinião

Exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Nesse formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

## Relato de Experiência

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.



## Resenha

Resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

## Documento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

## Depoimento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

## Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.