

Poliana Cristina Rocha<sup>1,2</sup>  
Dálian Cristina Rocha<sup>1,3</sup>  
Stela Maris Aguiar Lemos<sup>1</sup>

# Letramento funcional em saúde na adolescência: associação com determinantes sociais e percepção de contextos de violência

## *Functional health literacy and quality of life of high-school adolescents in state schools in Belo Horizonte*

### Descritores

Letramento Funcional em Saúde  
Qualidade de Vida  
Adolescente  
Violência  
Determinantes Sociais da Saúde

### Keywords

Functional Health Literacy  
Quality of Life  
Adolescent  
Violence  
Social Determinants of Health

### RESUMO

**Objetivo:** Investigar a associação entre letramento funcional em saúde e fatores sociodemográficos, qualidade de vida, autopercepção da saúde e percepção de contextos de violência em adolescentes de escolas estaduais de Belo Horizonte. **Método:** Trata-se de estudo observacional analítico transversal com amostra probabilística estratificada composta por 384 adolescentes entre 15 e 19 anos. A coleta de dados foi realizada em 16 escolas e incluiu questionários autoaplicáveis de avaliação do letramento funcional em saúde, classificação socioeconômica, autopercepção de saúde e de qualidade de vida. A confiabilidade da consistência interna do instrumento de letramento funcional em saúde foi determinada por meio do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach. Foram realizadas análises descritivas, bivariada e de regressão logística múltipla com entrada hierarquizada dos dados segundo o nível de determinação do modelo teórico estabelecido. Foi considerado o nível de significância de 5% e utilizada como medida de magnitude das associações o Odds Ratio. **Resultados:** O instrumento de letramento funcional em saúde apresentou coeficiente de 0,766, indicando consistência interna aceitável. Mais da metade dos adolescentes apresentou letramento funcional em saúde bom. No modelo final da análise multivariada, permaneceram associadas ao letramento funcional em saúde as variáveis: não praticar religião ( $p = 0,006$ ; OR = 2,108); domínio social da qualidade de vida ( $p = 0,004$ ; OR = 1,022); e domínio escolar da qualidade de vida ( $p = 0,009$ ; OR = 1,019). **Conclusão:** Adolescentes com melhor percepção do convívio social e da inserção escolar tendem a apresentar melhor letramento funcional em saúde. A presença da prática de religião na vida do adolescente também interfere no letramento funcional em saúde.

### ABSTRACT

**Purpose:** To investigate the association between functional health literacy and sociodemographic factors, quality of life, self-perception of health, and perception of contexts of violence in adolescents in state schools in Belo Horizonte. **Methods:** This is a cross-sectional analytical observational study with a probabilistic sample of 384 adolescents between 15 and 19 years old. Data collection was carried out in schools and included self-reporting questionnaires to assess the functional health literacy, socioeconomic classification, self-perceived health, and quality of life. The reliability of internal consistency of the functional health literacy instrument was determined by calculating Cronbach's alpha coefficient. A multivariate logistic regression analysis was performed using hierarchical data entry according to the level of determination of the theoretical model established. In order to evaluate the association, a significance level of 5% was considered, while the Odds Ratio used as a measure of the magnitude of the associations. **Results:** The functional health literacy instrument presented a coefficient of 0.766, indicating adequate internal consistency. More than half of teenagers presented good functional health literacy. In the final model of multivariate analysis, the variables not practicing a religion ( $p = 0.006$ ; OR = 2.108); social domain of quality of life ( $p = 0.004$ ; OR = 1.022); and educational domain of quality of life ( $p = 0.009$ ; OR = 1.019) remained associated with functional health literacy. **Conclusion:** Not practicing a religion and the increase in the scores of social and educational domains of quality of life increased the chances of better functional health literacy.

### Endereço para correspondência:

Poliana Cristina Rocha  
Departamento de Fonoaudiologia,  
Universidade Federal de Minas Gerais  
– UFMG  
Av. Prof. Alfredo Balena, 190,  
Belo Horizonte (MG), Brasil,  
CEP: 30130-100.  
E-mail: polianacristinarocha@yahoo.  
com.br

Recebido em: Novembro 08, 2016

Aceito em: Abril 24, 2017

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Prefeitura Municipal de Betim, Betim (MG), Brasil.

**Fonte de financiamento:** nada a declarar.

**Conflito de interesses:** nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

A adolescência consiste em um importante ciclo da vida no desenvolvimento do indivíduo, perpassando por diversas modificações. Assim sendo, faz-se extremamente importante o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde nessa etapa, havendo a possibilidade de inserir hábitos de vida saudáveis que poderão permanecer ao longo da vida<sup>(1)</sup>.

Não obstante essa constatação, as políticas nacionais de saúde ainda se apresentam insuficientes para contemplar esse ciclo de vida, de maneira que os adolescentes são referenciados às políticas para crianças e adultos, ficando as ações voltadas para o público em questão restritas aos aspectos curativos. Obstáculos como falta de tempo e de capacitação são colocados pelos profissionais de saúde como dificultadores para um atendimento integral ao adolescente. Além disso, a dificuldade de interface com outras esferas, como educação e cultura, e a dificuldade de comunicação entre adolescentes e adultos também representam uma problemática para esse atendimento<sup>(2)</sup>.

Faz-se necessário que as ações de promoção à saúde do adolescente incluam, além de informação e conhecimento, competências sociais, pessoais, de autoconhecimento e de vida para que ele possa realizar escolhas adequadas para sua saúde<sup>(3)</sup>.

Letramento funcional em saúde pode ser entendido como a capacidade do indivíduo buscar, compreender e utilizar a informação em saúde para a promoção e manutenção de sua saúde no decorrer de sua vida<sup>(4)</sup>. O desenvolvimento dessa capacidade no ciclo de vida da adolescência pode contribuir para que os indivíduos tenham condições de gerenciar sua saúde durante toda a vida, visto que a adolescência representa importante etapa na elaboração de decisões futuras sobre o autocuidado<sup>(5)</sup>.

O letramento funcional em saúde relaciona-se à vulnerabilidade social e à escolaridade do indivíduo<sup>(6)</sup>. O indivíduo, durante o ciclo de vida da adolescência, apresenta vulnerabilidade social intrínseca devido à sua condição de desenvolvimento, podendo estar exposto a situações de risco relacionadas à saúde, educação, família e sociedade<sup>(7)</sup>. Sendo assim, o desenvolvimento do letramento funcional em saúde no ciclo de vida da adolescência pode representar fator de proteção à saúde dos indivíduos expostos a situações de risco, tornando-os menos vulneráveis devido à capacidade de lidar melhor com essas situações.

Vale considerar, ainda, outro eixo fundamental no período da adolescência, a qualidade de vida. O termo qualidade de vida apresenta-se subjetivo, multidimensional e contempla a autoavaliação de diversos aspectos da vida do indivíduo. A literatura ainda é incipiente com relação à percepção da qualidade de vida pelo público adolescente<sup>(8)</sup>. Não foram encontrados na literatura estudos que associem a qualidade de vida com o letramento funcional em saúde na população adolescente, o que reforça a importância de pesquisas nesse sentido.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre letramento funcional em saúde e fatores sociodemográficos, qualidade de vida, autopercepção da saúde e percepção de contextos de violência em adolescentes de escolas públicas de Belo Horizonte.

## MÉTODO

Trata-se de estudo observacional analítico transversal com amostra probabilística aleatória estratificada por regional administrativa do município de Belo Horizonte e composta por 384 indivíduos com idades entre 15 e 19 anos 11 meses e 29 dias, estudantes do ensino médio da rede estadual de educação de Minas Gerais.

A pesquisa foi realizada em 16 escolas das nove regionais administrativas do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Inicialmente, foi selecionada uma escola de cada regional, e outras foram incluídas por ser a primeira amostra insuficiente.

O cálculo amostral foi definido considerando a ausência de estimativas de percentuais esperados para as variáveis de interesse. Assim, foi assumido que tal percentual se situava em 50%, valor que maximiza o tamanho amostral. Considerou-se, ainda, como nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

Foram incluídos na pesquisa os estudantes na faixa etária de 15 a 19 anos que concordaram em participar e tiveram um termo de consentimento livre e esclarecido assinado por eles e outro pelos responsáveis, no caso dos adolescentes com até 17 anos, 11 meses e 29 dias. Os adolescentes de 18 e 19 anos foram responsáveis pela assinatura dos respectivos Termos de Consentimento Livre Esclarecido.

Foram utilizados cinco instrumentos de pesquisa: questionário para caracterização dos adolescentes, questionário sobre letramento em saúde, Questionário Pediátrico sobre Qualidade de Vida (PedsQL Versão 4.0), questionário sobre autopercepção da violência e questionário sobre autopercepção da saúde.

O instrumento para caracterização do adolescente consistiu em um questionário autoaplicável, composto por questões fechadas com o objetivo de delinear o perfil socioeconômico, cultural e demográfico da amostra. Esse instrumento consta de identificação (idade, gênero, ano escolar) e perfil socioeconômico cultural (situação de moradia, hábito de assistir televisão, frequentar teatro e cinema, presença de trabalho, prática de religião e o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)).

Para a análise do letramento em saúde, utilizou-se um questionário estruturado, autoaplicável, constituído de 10 questões fechadas que têm como objetivo avaliar as formas como o participante percebe, compreende e utiliza a informação prévia sobre a saúde para promover e manter a sua própria saúde. A confiabilidade da consistência interna do instrumento foi determinada por meio do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach que foi 0,766, indicando consistência interna aceitável. Assim, foi criado um escore simples, considerando a soma das respostas dos itens, com valores que variaram de 0 a 30. O escore foi então categorizado utilizando como ponto de corte a média, 22, em duas categorias: < 22 pontos (letramento funcional em saúde ruim) e ≥ 22 pontos (letramento funcional em saúde bom).

Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o Questionário Pediátrico sobre Qualidade de vida – PedsQL Versão 4.0, que é multidimensional e caracterizado por quatro eixos: físico, emocional, social e domínio escolar, totalizando 23 perguntas<sup>(9)</sup>.

A avaliação da autopercepção da violência foi feita utilizando três perguntas com opções de respostas “sim” e “não”: “Já cometeu

algum ato de violência?"; "Já sofreu algum ato de violência?"; e "A violência causa impacto na sua saúde?".

A avaliação da autopercepção da saúde foi realizada por meio da classificação feita pelo próprio indivíduo de sua saúde com a questão "Como você avalia sua saúde?", com as opções de resposta "muito ruim, ruim, regular, boa e excelente".

A coleta de dados foi realizada nas próprias escolas com os alunos em sala no horário de aula. No dia anterior à coleta, foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para autorização e assinatura dos alunos e responsáveis, quando fosse o caso. Apenas responderam os instrumentos de pesquisa os alunos que tinham os TCLE assinados.

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis do estudo, por meio de distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas e de síntese numérica das variáveis contínuas, organizadas segundo os blocos definidos pelos pesquisadores.

Para as análises de associação, foi considerada a variável resposta, classificação do Letramento em Saúde em duas categorias – ruim e bom e demais variáveis explicativas. Tendo como referência as 10 perguntas sobre letramento em saúde, foi construído um escore simples, por meio da soma das respostas possíveis: 0 - sempre; 1 - frequentemente; 2 - às vezes; 3 - nunca. Dessa forma, obteve-se pontuação que variou de 0 a 30.

O escore foi então categorizado utilizando como ponto de corte a média 22,0 em duas categorias, a saber: < 22 pontos letramento ruim e  $\geq$  22 pontos letramento bom. Essa variável foi utilizada em todas as análises subsequentes.

As seguintes variáveis foram consideradas como explicativas e divididas em cinco blocos para entrada hierarquizada no modelo de análise multivariada:

1. características socioeconômicas demográficas: (gênero, idade, ano escolar, situação de moradia (com quem mora), moradia (própria/alugada), plano de saúde, e classificação econômica, trabalho);
2. aspectos culturais (tempo que vê televisão, leitura de jornais/revistas, frequência a museus, frequência a teatro/cinema, prática de alguma religião);
3. contexto de violência (já cometeu algum desses atos; já sofreu algum desses atos e violência causa impacto na sua saúde);
4. qualidade de vida (Peds\_QL) (domínios físico, emocional, social e escolar);
5. autopercepção de saúde (autoavaliação da própria saúde).

As seguintes variáveis explicativas foram reclassificadas para reduzir as categorias com poucas informações e melhorar as estimativas nas análises: situação de moradia/com quem mora (a variável original apresentava sete categorias que foram agrupadas em duas, "pais e irmãos" e "outros familiares e amigos"); CCEB (a variável original apresentava sete categorias que foram agrupadas em três, "A, B e CD", de forma que "A" engloba "A1 e A2", B engloba "B1 e B2" e "CD" engloba "C" e "D"); tratamento de água (a variável original apresentava três categorias e foi recategorizada em duas, "filtrada" e "clorada",

já que a resposta "sem tratamento" só foi respondida por um participante); e autoavaliação da própria saúde (a variável original apresentava cinco categorias que foram agrupadas em duas, "ruim" que engloba as opções "muito ruim, ruim e regular" e "boa" que engloba as opções "boa e excelente").

Para as variáveis categóricas, foram utilizados os testes quiquadrado de Pearson para análise das associações. No caso de variáveis contínuas, foram utilizados o teste T para comparação de médias ou o teste não paramétrico de Mann Whitney para as variáveis com distribuição assimétrica.

Foram construídos modelos com entrada hierárquica dos blocos segundo o nível de determinação estabelecido no modelo teórico. As variáveis com associações estatisticamente significantes ao nível de 20% ( $p < 0,20$ ) na análise bivariada foram consideradas nos modelos de regressão logística múltipla.

Para avaliação das associações nos modelos de regressão logística, foi considerado o nível de significância de 5%. Desta forma, foram consideradas como associações estatisticamente significantes as associações com probabilidade de significância (valor-p)  $\leq 0,05$ . Como medida de magnitude das associações, foi utilizado o Odds Ratio e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. A adequação dos modelos foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e obteve aprovação por meio do parecer CAAE: 14897013.4.0000.5149.

## RESULTADOS

Foram avaliados 384 adolescentes, sendo 70,3% do gênero feminino. Verificou-se que 24,7% dos estudantes eram do 1º ano, 19,3% eram do 2º ano e 56%, do 3º ano. A média de idade dos participantes foi de 17,1 anos, variando de 15 a 19 anos. Declararam estado civil solteiro 99,2%. Possuíam plano de saúde 55,3%. A maioria (90,9%) residia com pais e irmãos ou apenas com os pais. Os demais residiam com avós, sozinho ou outros familiares. Declararam possuir saneamento básico 99,5% e 99,7%, luz elétrica em suas residências. Declararam ter água filtrada 89,7%, 10%, água clorada e 0,3% declararam sem tratamento. Encontrou-se que 51,3% trabalhavam ou já haviam trabalhado. Com relação à classe econômica, verificou-se a seguinte distribuição: A1 (0,3%); A2 (5,2%), B1 (20,1%); B2 (32,6%); C1 (33,9%); C2 (7%) e D (1%).

Com relação aos aspectos culturais, 87,7% declararam frequentar cinema/teatro; 78,4%, praticar alguma religião; 59,2% declararam ler jornal/revista; e 23,6%, frequentar museu.

Os achados referentes ao letramento funcional em saúde dos adolescentes participantes desta pesquisa podem ser verificados na Tabela 1. Apresentaram letramento funcional em saúde bom 51,56%.

Em relação à qualidade de vida, foram calculadas as médias dos domínios físico, emocional, social, escolar e total. Os resultados estão apresentados na Tabela 2. Observou-se que os domínios emocional e escolar apresentaram médias mais baixas.

Os achados referentes à autopercepção da violência evidenciaram que 61,9% relataram já ter cometido algum ato de

**Tabela 1.** Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao letramento funcional em saúde

Com que frequência você:	N	%
<b>Tem dificuldades para ler/entender panfletos com orientações sobre cuidados com a saúde</b>		
Sempre / Frequentemente	9	2,3
Às vezes	172	45,0
Nunca	201	52,6
<b>Tem dificuldades para ler/entender/preencher formulários com dados referentes à sua saúde</b>		
Sempre / Frequentemente	13	3,4
Às vezes	181	47,3
Nunca		
<b>Tem dificuldades para ler/entender as orientações médicas ou de outro profissional de saúde dadas por escrito</b>		
Sempre / Frequentemente	68	17,8
Às vezes	178	46,6
Nunca	136	35,6
<b>Tem dificuldades em entender as orientações que são dadas verbalmente por profissionais de saúde</b>		
Sempre / Frequentemente	14	3,6
Às vezes	155	40,6
Nunca	213	55,8
<b>Faz questionamentos ao médico/outro profissional de saúde para sanar dúvidas quando não entende as orientações dadas (escritas ou verbais)</b>		
Sempre / Frequentemente	183	48,2
Às vezes	146	38,4
Nunca	51	13,4
<b>Tem dificuldades em marcar exames ou novas consultas por não ter entendido bem as orientações (escritas ou verbais) passadas pelo médico/outro profissional de saúde</b>		
Sempre / Frequentemente	42	11
Às vezes	140	36,6
Nunca	201	52,5
<b>Tem dificuldades em entender sua condição médica por não ter compreendido as explicações/orientações dadas pelo médico/outro profissional de saúde</b>		
Sempre / Frequentemente	19	5
Às vezes	160	42,0
Nunca	202	53,0
<b>Necessita de auxílio de alguém para ajudá-lo a entender as orientações passadas para seu tratamento/terapia, tais como uso de remédios, retornos, marcações de exames, etc.</b>		
Sempre / Frequentemente	61	16
Às vezes	182	47,5
Nunca	140	36,6
<b>Tem dificuldades para encontrar informações que irão auxiliá-lo no cuidado com sua saúde</b>		
Sempre / Frequentemente	31	8,1
Às vezes	174	45,5
Nunca	177	46,3
<b>Sai de uma consulta/terapia com dúvidas sobre sua saúde</b>		
Sempre / Frequentemente	21	5,5
Às vezes	164	42,7
Nunca	199	51,8

violência; 72,3% relataram já ter sofrido algum ato de violência; e 85,6% consideraram que a violência causa impacto na saúde.

Na avaliação da autopercepção da saúde, 0,5% da amostra classificou sua própria saúde como “muito ruim”; 0,5%, como “ruim”; 20,1%, como regular; 53,7%, como “boa”; e 25,1%, como “excelente”.

Na Tabela 3, está descrita a associação entre a variável resposta e as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

**Tabela 2.** Síntese numérica dos resultados do PedsQL

	PedsQL				Escore Total
	Domínio Físico	Domínio Emocional	Domínio Social	Domínio Escolar	
Média	81,4	57,1	85,9	68,0	74,1
Mediana	84,4	55,0	90,0	70,0	75,0
Desvio Padrão	15,1	18,0	16,0	16,2	11,4
Mínimo	34,4	10,0	0,0	10,0	33,7
Máximo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Legenda:** PedsQL = Questionário Pediátrico sobre Qualidade de Vida

**Tabela 3.** Análise bivariada da associação entre letramento funcional em saúde e características sociodemográficas

Características	Letramento em Saúde		Valor-p*
	Ruim	Bom	
<b>Gênero</b>			
Masculino	52 (28,0)	62 (31,3)	0,472
Feminino	134 (72,0)	136 (68,7)	
Total	186 (100,0)	198 (100,0)	
<b>Série escolar</b>			
1o. Ano	44 (23,7)	51 (25,8)	0,447
2o. Ano	32 (17,2)	42 (21,2)	
3o. Ano	110 (59,1)	105 (53,0)	
Total	186 (100,0)	198 (100,0)	
<b>Mora com</b>			
Pais e irmãos	166 (89,7)	181 (92,3)	0,370
Outros	19 (10,3)	15 (7,7)	
Total	185 (100,0)	196 (100,0)	
<b>Moradia</b>			
Casa própria	144 (77,4)	158 (81,0)	0,385
Casa alugada	42 (22,6)	37 (19,0)	
Total	186 (100,0)	195 (100,0)	
<b>CCEB</b>			
Classe A	10 (5,4)	11 (5,6)	0,705
Classe B	94 (50,5)	108 (54,5)	
Classe C e D	82 (44,1)	79 (39,9)	
Total	186 (100,0)	198 (100,0)	
<b>Plano de Saúde</b>			
Sim	91 (52,0)	106 (58,6)	0,213
Não	84 (48,0)	75 (41,4)	
Total	175 (100,0)	181 (100,0)	
<b>Trabalha ou já trabalhou</b>			
Sim	102 (54,8)	95 (48,0)	0,179
Não	84 (45,2)	103 (52,0)	
Total	186 (100,0)	198 (100,0)	

\*Teste Mann Whitney

**Legenda:** CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil

Entre as variáveis relacionadas às características sociodemográficas, somente a variável “trabalha ou já trabalhou” se associou ao Letramento funcional em saúde ao nível de 20% e foi a única considerada para o modelo de regressão logística múltipla.

A relação entre letramento funcional em saúde e as variáveis dos aspectos culturais estão descritas na Tabela 4.

Com relação às variáveis ligadas aos aspectos culturais, duas se associaram ao letramento funcional em saúde ao nível de significância de 20%: “frequente teatro ou cinema” e “pratica algum tipo de religião”, sendo ambas consideradas no modelo multivariado.

A associação do letramento funcional em saúde e as variáveis do contexto de violência estão descritas na Tabela 5.

Dois variáveis do contexto de violência associaram-se ao letramento funcional em saúde ao nível de 20% e, portanto, foram consideradas para o modelo multivariado: “já cometeu algum ato de violência” e “já sofreu algum ato de violência”.

A associação entre letramento funcional em saúde e as variáveis da qualidade de vida estão descritas na Tabela 6.

Todas as variáveis relacionadas à qualidade de vida associaram-se ao letramento funcional em saúde ao nível de significância de 20% e foram utilizadas no modelo de regressão logística múltipla.

A associação entre letramento funcional em saúde e a variável da autopercepção da saúde está descrita na Tabela 7.

No modelo final da análise multivariada, apresentado na Tabela 8, permaneceram associadas ao letramento funcional em saúde bom: não praticar religião ( $p=0,006$ ;  $OR=2,108$ ); domínio

**Tabela 4.** Análise bivariada da associação entre Letramento em saúde e aspectos culturais

Características	Letramento em Saúde		Valor-p*
	Ruim	Bom	
<b>Tempo que assiste TV</b>			
Menos de 2 horas	98 (55,4)	93 (51,1)	0,418
Mais de 2 horas	79 (44,6)	89 (48,9)	
Total	177 (100,0)	182 (100,0)	
<b>Lê jornais e revistas</b>			
Sim	108 (58,7)	117 (59,7)	0,843
Não	76 (41,3)	79 (40,3)	
Total	184 (100,0)	196 (100,0)	
<b>Frequente museus</b>			
Sim	46 (24,9)	44 (22,3)	0,560
Não	139 (75,1)	153 (77,7)	
Total	185 (100,0)	197 (100,0)	
<b>Frequente teatro/cinema</b>			
Sim	158 (85,4)	178 (89,9)	0,180
Não	27 (14,6)	20 (10,1)	
Total	185 (100,0)	198 (100,0)	
<b>Prática religiosa</b>			
Sim	153 (82,7)	145 (74,4)	0,048
Não	32 (17,3)	50 (25,6)	
Total	185 (100,0)	195 (100,0)	

\*Teste Mann Whitney

social da qualidade de vida ( $p=0,004$ ;  $OR=1,022$ ); e domínio escolar da qualidade de vida ( $p=0,009$ ;  $OR=1,019$ ) (Tabela 8).

Dessa forma, não praticar alguma religião aumentou em 2,11 vezes a chance de ter melhor letramento funcional em

**Tabela 5.** Análise bivariada da associação entre letramento funcional em saúde e contexto de violência

Características	Letramento em Saúde		Valor-p*
	Ruim	Bom	
<b>Já cometeu atos de violência</b>			
Sim	119 (65,4)	113 (58,5)	0,173
Não	63 (34,6)	80 (41,5)	
Total	182 (100,0)	193 (100,0)	
<b>Já sofreu atos de violência</b>			
Sim	139 (76,4)	132 (68,4)	0,085
Não	43 (23,6)	61 (31,6)	
Total	182 (100,0)	193 (100,0)	
<b>A Violência afeta a saúde</b>			
Sim	157 (86,3)	164 (85,0)	0,722
Não	25 (13,7)	29 (15,0)	
Total	182 (100,0)	193 (100,0)	

\*Teste Mann Whitney

**Tabela 6.** Análise bivariada da associação entre letramento funcional em saúde e qualidade de vida (PedsQL)

Características	Letramento em Saúde		Valor-p*
	Ruim	Bom	
<b>Domínio Físico</b>			
Mediana	81,3	87,5	0,014
Média	79,3	83,3	
Desvio Padrão	15,8	14,2	
<b>Domínio Emocional</b>			
Mediana	55,0	60,0	0,004
Média	54,6	59,4	
Desvio Padrão	17,6	18,1	
<b>Domínio Social</b>			
Mediana	85,0	95,0	<0,001
Média	82,9	88,7	
Desvio Padrão	17,1	14,3	
<b>Domínio Escolar</b>			
Mediana	65,0	75,0	<0,001
Média	64,6	71,1	
Desvio Padrão	16,0	15,8	

\*Teste Mann Whitney

**Tabela 7.** Análise bivariada entre letramento funcional em saúde e autopercepção de saúde

Características	Letramento em Saúde		Valor-p*
	Ruim (<22 pontos)	Bom (≥22 pontos)	
<b>Autopercepção de saúde</b>			
Ruim	46 (25,1)	34 (17,4)	0,067
Boa	137 (74,9)	161 (82,6)	
Total	183 (100,0)	195 (100,0)	

\*Teste Mann Whitney

**Tabela 8.** Modelos intermediários e final dos fatores associados ao letramento funcional em saúde bom

Modelos intermediários	OR Bruta	OR ajustada	IC 95%	valor-p
<b>Bloco 1 – Características Sociodemográficas</b>				
Não Trabalha	1,317	1,317	0,881 - 1,967	0,179
<b>Bloco 2 – Aspectos culturais</b>				
Não frequenta teatro e cinema	0,66	0,68	0,362 - 1,257	0,215
Não pratica alguma religião	<b>1,65</b>	<b>1,65</b>	<b>0,997 - 2,714</b>	<b>0,050</b>
<b>Bloco 3 – Contexto de Violência</b>				
Não cometeu atos de violência	1,34	1,21	0,731 - 2,002	0,458
Não sofreu atos de violência	1,49	1,26	0,727 - 2,178	0,411
<b>Bloco 4 – Qualidade de Vida</b>				
Domínio Físico	1,018	1,01	0,990 - 1,021	0,523
Domínio Emocional	1,015	1,01	0,992 - 1,018	0,458
Domínio Social	<b>1,024</b>	<b>1,02</b>	<b>1,004 - 1,036</b>	<b>0,012</b>
Domínio Escolar	<b>1,026</b>	<b>1,02</b>	<b>1,001 - 1,033</b>	<b>0,032</b>
<b>Bloco 5 – Percepção da Saúde</b>				
Boa autopercepção da Saúde	1,59	1,378	0,802 - 2,368	0,246
<b>Modelo Final</b>				
Trabalha	–	1,326	0,866 - 2,029	0,194
Pratica alguma religião	–	<b>2,108</b>	<b>1,235 - 3,600</b>	<b>0,006</b>
Domínio Social	–	<b>1,022</b>	<b>1,007 - 1,038</b>	<b>0,004</b>
Domínio Escolar	–	<b>1,019</b>	<b>1,005 - 1,034</b>	<b>0,009</b>

Legenda: OR = OddsRatio; IC = Intervalo de confiança

saúde e o aumento em um ponto nos escores de qualidade de vida nos domínios social e escolar aumentou em 2,2% e 1,9% a chance de o adolescente ter bom letramento funcional em saúde.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a amostra probabilística foi caracterizada como sendo a maior parte do gênero feminino, matriculada no 3º ano, com 18 anos de idade (média de 17,1) e com classificação econômica entre B1 e C1 pela CCEB. Mais da metade trabalhava ou já havia trabalhado. Com relação à classificação econômica, a maior concentração da classificação econômica da população de Belo Horizonte está entre C1 e C2, indicando que a amostra do presente estudo tende a um nível econômico ligeiramente maior<sup>(10)</sup>. No Brasil, 40% dos indivíduos entre 15 e 19 anos estão trabalhando. Esta pesquisa evidenciou maior parcela da amostra em situação economicamente ativa.

A análise dos dados revelou que a maioria dos indivíduos apresentou letramento funcional em saúde bom, corroborando estudos com amostras de diversas faixas etárias que utilizaram outros instrumentos de avaliação já validados como o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – REALM<sup>(11)</sup> e Test of Functional Health Literacy – TOFHLA<sup>(12,13)</sup> e evidenciaram escores de letramento funcional em saúde adequados na maior parte dos indivíduos. Estudo que utilizou como instrumento de avaliação o Newest Vital Sign – NVS<sup>(11)</sup> verificou letramento funcional em saúde adequado em cerca de um terço da amostra avaliada. Vale destacar que tais amostras eram compostas por mais da metade dos indivíduos do gênero feminino, o que é similar à presente pesquisa e com faixa etária mais ampla, variando entre 17 e 93 anos. O teste REALM avalia o reconhecimento de palavras relacionadas ao corpo humano; o TOFHLA avalia a

compreensão de leitura e de numeração de trechos relacionados à saúde; o SAHLISA também avalia reconhecimento de palavras e compreensão da leitura e o NVS analisa habilidades numérica e de leitura<sup>(14)</sup>. O questionário elaborado para o presente estudo tem o objetivo de avaliar a percepção do indivíduo em relação ao letramento funcional em saúde, o que difere então dos demais testes citados que medem a sua compreensão.

Outra pesquisa que mediu o letramento funcional em saúde, utilizando o instrumento TOFHLA em amostra com idade média de 44,3 anos, em um intervalo de 18 a 92 anos, na qual mais da metade era do gênero feminino e com mais de 9 anos de escolaridade formal, evidenciou que a maior parte apresentou nível de letramento funcional em saúde inadequado<sup>(15)</sup>, achado não corroborado pelo presente estudo. Contudo, nesse mesmo estudo, os participantes foram distribuídos em grupos por faixa etária e, no grupo mais jovem, 18 a 34 anos, a maioria foi classificada com letramento funcional em saúde adequado. Houve relação inversa entre idade e letramento funcional em saúde, ou seja, quando mais jovem melhor o letramento em saúde. Cabe considerar que a diferença dos achados pode ser devido à distinção da faixa etária das amostras do estudo supracitado e da presente pesquisa, característica que mais distancia os respectivos indivíduos participantes.

Estudo que utilizou dois testes para medir o letramento funcional em saúde, o REALM e o NVS, evidenciou resultados diversos, achado que foi justificado pelas diferentes habilidades testadas<sup>(11)</sup>. Desse modo, o teste utilizado para medir o letramento funcional em saúde parece influenciar o resultado, já que eles avaliam habilidades diferentes, como a de compreensão de leitura e a numérica, de maneira que o mesmo indivíduo pode ter bom desempenho em uma das habilidades e pior desempenho

em outra. Cabe ressaltar que a maioria desses estudos não foi realizada especificamente com indivíduos adolescentes e apresentaram amostras com faixas etárias amplas, variando entre 17 e 93 anos<sup>(11-13,15)</sup>.

Vale destacar o único estudo encontrado na busca de literatura que utilizou um grupo com idade semelhante à da amostra da presente pesquisa, no qual os indivíduos foram distribuídos em adultos (18 a 91 anos) e jovens, (entre 13 e 20 anos), o instrumento utilizado foi o NVS, a escolaridade variou do nível fundamental ao superior. Um dos critérios de inclusão para o grupo de jovens foi o indivíduo ser atleta. Menos da metade do grupo de jovens (média de idade de 15 anos) apresentou letramento funcional em saúde inadequado<sup>(16)</sup>, resultado semelhante ao deste estudo. Já no grupo de adultos, um pouco mais da metade apresentou letramento funcional em saúde inadequado. Contudo, apesar da similaridade de resultados do grupo de jovens com o presente estudo, o tipo de avaliação difere entre as duas pesquisas, visto que o instrumento e as características das amostras, como escolaridade e o fato de ser atleta, são distintos. Letramento funcional em saúde consiste em tema que emerge na comunidade científica, porém pouco se tem estudado sobre essa questão no público adolescente<sup>(17)</sup>, o que dificulta a promoção de estratégias que visam ao desenvolvimento do letramento funcional em saúde nesse ciclo de vida<sup>(18)</sup>.

Em estudo qualitativo com amostra composta por adolescentes com média de idade de 15,1 anos (em um intervalo de 14 a 18 anos) e de baixa renda, verificou-se que os participantes reconheciam sua função no cuidado com a saúde e o direito de questionamentos em relação às suas dúvidas. Além disso, indicou que as ações de prevenção à saúde não faziam sentido para o entendimento dos adolescentes<sup>(17)</sup>.

Os estudos foram realizados em diversos países, como Turquia<sup>(11)</sup>, Reino Unido<sup>(12)</sup>, Brasil<sup>(13)</sup> e Kosovo<sup>(15)</sup>, o que representa diferenças culturais e sociais entre as amostras.

Assim, é provável que o nível de letramento funcional em saúde varie de acordo com as características da amostra, como as sociodemográficas, culturais e faixa etária e com o instrumento utilizado para avaliação, visto que as habilidades testadas podem diferir.

A maior parte dos estudos aponta para melhor letramento funcional em saúde em mulheres<sup>(12,16,19)</sup>. Apenas uma pesquisa<sup>(11)</sup> indicou melhor letramento funcional em saúde em homens e relacionou esse achado à menor escolaridade das mulheres participantes. Desse modo, parece não ter sido a variável gênero o fator diferenciador entre os grupos, mas sim a escolaridade. No presente estudo, não houve associação estatisticamente significativa entre letramento funcional em saúde e a variável gênero, achado que não corrobora a literatura. Estudos demonstram existir associação entre escolaridade e nível de letramento funcional em saúde<sup>(11,12,16)</sup>, resultado com o qual essa pesquisa não corrobora, já que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis em questão. Esse achado pode ser devido ao fato de todos os indivíduos da amostra deste estudo estarem matriculados no ensino médio, existindo apenas diferença entre os três anos escolares desse nível de ensino, o que os torna homogêneos nesse aspecto. Nos estudos citados,

a escolaridade dos participantes das amostras variou, do que equivaleria no Brasil, do ensino fundamental ao superior.

A literatura indica associação entre classificação econômica e letramento funcional em saúde<sup>(11,12,20)</sup>. Em um desses estudos<sup>(20)</sup>, um terço da amostra foi classificada como no limite da pobreza para o país, no caso Estados Unidos, e, em outro<sup>(11)</sup>, mais da metade da amostra foi classificada como classe média. O presente estudo não corrobora esse achado, pois não evidenciou associação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Contudo a amostra desta pesquisa apresenta relativa homogeneidade na situação econômica, uma vez que todos os indivíduos provêm de escolas públicas e apresentam classificação econômica semelhante, enquadrando-se majoritariamente nas categorias B e C da CCEB.

Estudo aponta associação entre baixo letramento funcional em saúde e pior autopercepção da própria saúde, além de comportamentos de vida menos saudáveis em amostra com faixa etária entre 18 e 90 anos<sup>(12)</sup>. A presente pesquisa não constatou associação com significância estatística entre autopercepção da saúde e letramento funcional em saúde. Mais da metade da amostra classificou sua saúde como boa.

No presente estudo, não foi evidenciada relação estatisticamente significativa da autopercepção da violência com letramento funcional em saúde. É provável que a avaliação dessa temática tenha sido incipiente e que uma abordagem mais aprofundada aponte resultados diferentes, em especial com a população de adolescentes que está intrinsecamente ligada à vulnerabilidade social. Na literatura não há estudos que relacionem essas variáveis.

Os domínios físico e social tiveram melhores escores do que os domínios emocional e escolar na avaliação da qualidade de vida, achado que corrobora estudo realizado com adolescentes noruegueses de 13 a 15 anos com o mesmo instrumento de avaliação que o do presente estudo<sup>(21)</sup>.

A análise bivariada apontou significância de 20% para as variáveis trabalho (bloco 1); frequente teatro e/ou cinema e prática alguma religião (bloco 2); cometeu atos de violência e sofreu atos de violência (bloco 3); domínios físico, emocional, social e escolar da qualidade de vida (bloco 4); e a autopercepção de saúde (bloco 5). Essas variáveis foram utilizadas nos modelos intermediários de regressão logística. Contudo, considerando o modelo final, permaneceram associadas ao letramento funcional em saúde: não praticar religião, domínio social da qualidade de vida e domínio escolar da qualidade de vida.

Os resultados evidenciaram que não praticar alguma religião eleva a chance de ter melhor letramento funcional em saúde. Não foi localizada literatura que associe essas variáveis, porém estudo indica que quanto menor a escolaridade maior o envolvimento religioso do indivíduo<sup>(22)</sup> e que a prática religiosa pode significar fator de proteção para a saúde, uma vez que estimula a não adesão ou o abandono de hábitos deletérios, como o uso de drogas e álcool<sup>(23,24)</sup>. Esses achados podem levar à reflexão de que a religiosidade contribui para a adoção de comportamentos saudáveis, porém sem, necessariamente, o empoderamento do indivíduo de sua própria condição de saúde, que é a consequência imediata de um bom nível de letramento funcional em saúde. Os serviços e profissionais de saúde precisam se preparar para reconhecer a importância da religiosidade na vida do paciente e

o impacto que ela traz para a sua saúde<sup>(23)</sup>. Esse aspecto deve ser analisado na elaboração de estratégias de desenvolvimento de letramento funcional em saúde, buscando associar positivamente essas variáveis para um melhor resultado. A produção científica com a temática religiosidade e saúde é maior na área da saúde mental e evidencia a religião como importante rede de apoio social para o indivíduo em sofrimento mental<sup>(25)</sup> e fator positivo para a qualidade de vida desses indivíduos<sup>(23)</sup>.

O presente estudo apontou que a melhor qualidade de vida nos domínios social e escolar aumenta a chance de o adolescente ter melhor letramento funcional em saúde. Esse achado demonstra que indivíduos com melhor socialização com seus pares e menores dificuldades na vida acadêmica têm um melhor letramento funcional em saúde. Outro estudo<sup>(26)</sup>, que utilizou os sumários dos domínios físico e mental do instrumento SF12/versão 2.0, também indicou associação positiva entre a qualidade de vida e o nível de letramento funcional em saúde em homens com diagnóstico de carcinoma primário de próstata, em ambos os domínios. A literatura existente aborda as temáticas qualidade de vida e letramento funcional em saúde sob condições crônicas de adoecimento como asma<sup>(27)</sup> e doenças cardíacas<sup>(28)</sup> ou em áreas específicas como a saúde bucal<sup>(29)</sup>. Assim, não foi encontrada literatura que estudasse a relação da qualidade de vida e o letramento funcional em saúde sem a presença de patologias e na população adolescente.

O universo escolar representa para o adolescente espaço de aprendizagem de sua relação com o mundo. Redes sociais que propiciam ao adolescente interação e construção de saberes favorecem a participação do indivíduo em seu cuidado e o desenvolvimento de competências e autonomia<sup>(30)</sup>.

Os achados desta pesquisa sugerem a importância de proporcionar um convívio social e escolar adequados, promovendo ambientes favoráveis ao desenvolvimento do letramento funcional em saúde em adolescentes. Da mesma forma, a prática religiosa deve ser considerada na realidade do indivíduo na elaboração de estratégias para o desenvolvimento do empoderamento do indivíduo de sua condição de saúde.

O presente estudo apresenta avanços em relação à discussão do letramento funcional em saúde no Brasil, sobretudo por eleger como amostra indivíduos adolescentes sem patologias associadas. Além disso, a relação do letramento funcional em saúde com a qualidade de vida e fatores sociodemográficos, também sem a associação de patologias, contribui para a discussão da temática. A utilização de instrumentos de coleta autoaplicáveis favorece a liberdade de resposta pelos participantes, em especial em perguntas que poderiam constrangê-los, como as relacionadas à violência.

A não estratificação da amostra por classes nas escolas e por idades e o uso de instrumento não validado para avaliar o letramento funcional em saúde representam limitações do estudo. Os adolescentes foram convidados a participar da pesquisa sem levar em consideração a estratificação por ano escolar e idade. Dessa forma, houve um maior número de participantes com 18 anos, já que para esses não era necessária a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável. Os estudantes das idades abaixo de 18 anos, muitas vezes, levavam a autorização para o responsável e não se recordavam

de levá-la novamente à escola, não podendo assim participar da pesquisa. No período de escolha do instrumento, não havia teste para medir letramento funcional em saúde validado no Brasil para indivíduos adolescentes, o que justifica o uso de instrumento não validado. A diversidade de testes utilizados nos estudos e as diferenças socioeconômicas culturais das amostras dificultam a comparação dos resultados.

## CONCLUSÃO

O presente artigo traz reflexões sobre a importância do estudo do letramento funcional em saúde no ciclo de vida da adolescência. Indicou associação com significância estatística do letramento funcional em saúde com os domínios social e escolar da qualidade de vida e com o fato de não praticar alguma religião. A melhor percepção de socialização com os pares, a percepção de menos dificuldades escolares e o fato de não praticar alguma religião aumentam as chances de o indivíduo ter bom letramento funcional em saúde. Estudos semelhantes que utilizem amostras de outras estratificações econômicas devem ser realizados para que melhor se compreenda a dinâmica do letramento funcional em saúde no público em questão. Este estudo visa contribuir para a construção de estratégias para promover melhor letramento funcional em saúde em adolescentes.

## REFERÊNCIAS

1. Câmara SH, Aerts DRGC, Alves GG. Estilos de vida de adolescentes escolares no sul do Brasil. *Aletheia*. 2012;37:133-48.
2. Silva MAI, Mello FCM, Mello DF, Ferriani MGC, Sampaio JMC, Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):619-27. PMID:24863838. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.22312012>.
3. Borges A, Matos MG, Diniz JA. Processo adolescente e saúde positiva: âmbitos afectivo e cognitivo. *Psicol Reflex Crit*. 2011;24(2):281-91.
4. Paskulin LMG, Aires M, Valer DB, Moraes EP, Freitas IBA. Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde de pessoas idosas. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(2):271-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000200018>.
5. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res*. 2008;23(5):840-7. PMID:18024979. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cym069>.
6. Martins-Reis VO, Santos JN. Maximização do letramento em saúde e recordação do cliente em um contexto em desenvolvimento: perspectivas do fonoaudiólogo e do cliente. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;17(1):113-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000100021>.
7. Pessalacia JDR, Menezes ES, Massuia D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Rev. Bioethicos*. 2010;4(4):423-30.
8. Moreira RM, Mascarenhas CHM, Boery EM, Sales ZN, Boery RNSO, Camargo CL. Avaliação psicométrica da qualidade de vida de adolescentes escolares. *Adolesc Saude*. 2014;11(4):15-22.
9. Klatchoian DA, Len CA, Terreri MTRA, Silva M, Itamoto C, Ciconelli RM, et al. Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the Pediatric quality of life inventory TM version 4.0 generic core scales. *J Pediatr*. 2008;84(4):308-15. PMID:18679557.
10. ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [Internet]. São Paulo: ABEP; 2014 [citado em 2016 Nov 07]. Disponível em <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

11. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010;25(3):464-77. PMID:20080808. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyp068>.
12. von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61(12):1086-90. PMID:18000132. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.053967>.
13. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica.* 2009;43(4):631-8. PMID:19488667. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000031>.
14. Passamai MPB, Sampaio HAC, Sabry MOD, Sá MLB, Cabral LA. Letramento funcional em saúde e nutrição. Fortaleza: Editora da Universidade do Ceará; 2011.
15. Toçi E, Burazeri G, Kamberi H, Jerliu N, Sorensen K, Brand H. Socio-economic correlates of functional health literacy among patients of primary health care in Kosovo. *Public Health.* 2014;128(9):842-8. PMID:25129227. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2014.06.009>.
16. Shah LC, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: the “newest vital sign” ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(2):195-203. PMID:20207930. <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.070278>.
17. Massey PM, Prelep M, Calimlim BM, Quiter ES, Glik DC. Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Educ Res.* 2012;27(6):961-74. PMID:22623619. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cys054>.
18. Perry EL. Health literacy in adolescents: an integrative review. *J Spec Pediatr Nurs.* 2014;19(3):210-8. PMID:24612548. <http://dx.doi.org/10.1111/jspn.12072>.
19. Wu AD, Begoray DL, Macdonald M, Wharf Higgins J, Frankish J, Kwan B, et al. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promot Int.* 2010;25(4):444-52. PMID:20466776. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daq032>.
20. Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, Elliott M, et al. Developing predictive models of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2009;24(11):1211-6. PMID:19760299. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-009-1105-7>.
21. Reinfjell T, Diseth TH, Veenstra M, Vikan A. Measuring health-related quality of life in young adolescents: reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory TM 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4(1):61. PMID:16972987. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-4-61>.
22. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):153-65. PMID:21181054. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>.
23. Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(2):361-7. PMID:22911422. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>.
24. Ferreira SC, Machado RM. Equipe de saúde da família e o uso de drogas entre adolescentes. *Cogitare Enferm.* 2013;18(3):482-9. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33560>.
25. Reinaldo AMS. Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para a enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2012;16(3):536-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300016>.
26. Song L, Mishel M, Bensen JT, Chen RC, Knafl GJ, Blackard B, et al. How does health literacy affect quality of life among men with newly diagnosed clinically localized prostate cancer? Findings from the North Carolina-Louisiana Prostate Cancer Project (PCaP). *Cancer.* 2012;118(15):3842-51. PMID:22180041. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.26713>.
27. Bozorgzad P, Ebadi A, Moin M, Sarhangy F, Nasiripour S, Soleimani MA. The effect of educating the use of spray by visual concept mapping method on the quality of life of children with asthma. *Iran J Allergy Asthma Immunol.* 2013;12(1):63-7. PMID:23454780.
28. Macabasco-O’Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med.* 2011;26(9):979-86. PMID:21369770. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1668-y>.
29. Divaris K, Lee JY, Baker D, Vann WF Jr. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9(1):108. PMID:22132898. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-9-108>.
30. Araújo YB, Collet N, Gomes IP, Nóbrega RD. Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(2):281-6. PMID:21755211. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200010>.

### Contribuição dos autores

*PCR participou do delineamento do estudo, coleta e análise de dados, redação e aprovação final da versão a ser publicada; DCR participou de coleta e análise de dados, redação e aprovação final da versão; SMAL participou do delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, orientação do estudo e aprovação final da versão a ser publicada.*