

Laís Regiane da Silva Concílio
Sheila Cavalca Cortelli
Camila Lopes Ferreira
organizadoras

Letramento em Saúde:

fundamentos,
aplicações e
perspectivas
para o autocuidado



edUNITAU



CIÊNCIAS
DA SAÚDE

Laís Regiane da Silva Concílio
Sheila Cavalca Cortelli
Camila Lopes Ferreira
organizadoras

Letramento em Saúde: fundamentos, aplicações e perspectivas para o autocuidado



TAUBATÉ-SP
2026



Presidente

| Pró-reitora de Extensão: Profa. Dra. Alexandra Magna Rodrigues

Conselho Editorial

| Assessor de Difusão Cultural: Prof. Dr. Mauro Castilho Gonçalves
| Coordenadora do Sistema Integrado de Bibliotecas: Shirlei de Moura Righeti
| Representante da Pró-reitoria de Graduação: Profa. Dra. Emari Andrade
| Representante da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação: Profa. Dra. Monica Franchi Carniello
| Área de Biociências: Profa. Dra. Eliane Stevanato
| Área de Exatas: Profa. Dra. Kátia Celina da Silva Richetto
| Área de Humanas: Prof. Dr. Fernando Gentil Gizzi de Almeida Pedroso

Consultoria Ad hoc (link equipe consultores) ↩

| Representante: Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira (Universidade de Taubaté)

Equipe Técnica

| Coordenador de Produção Editorial: Alessandro Squarcini
| Grupo de Estudos em Língua Portuguesa – GELP
| Sistema Integrado de Bibliotecas - SiBI

Avaliação, parecer e revisão por pares

| Esta obra foi avaliada por pares e indicada para publicação

Projeto Gráfico

| Capa: Alessandro Squarcini - NDG/UNITAU
| Diagramação: Rafael Campos de Jesus e Julia Frutuoso Catharino - NDG/UNITAU
| Revisão: Silvia Regina Ferreira Pompeu
| Impressão: Eletrônica - E-book

Sistema Integrado de Bibliotecas - SiBI/ UNITAU Grupo Especial de Tratamento da Informação – GETI

Letramento em saúde: fundamentos, aplicações e perspectivas
para o autocuidado [recurso eletrônico] / organizadores Laís
Regiane da Silva Concílio... [et al.]. – Dados eletrônicos. – Taubaté:
EdUnitau, 2026.

1 recurso online (232 p.)

Formato: PDF

Requisitos do sistema: Adobe

Modo de acesso: world wide web

ISBN: 978-85-9561-244-0 (online)

1. Letramento em saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Autocuidado. I.
Concílio, Laís Regiane da Silva (org.). II. Cortelli, Sheila Cavalca (org.).
III. Ferreira, Camila Lopes. IV. Barchetta, Nayara Fernanda (org.). V.
Título.

CDD – 613.014

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Ana Beatriz Ramos – CRB-8/6318

Índice para Catálogo sistemático

Letramento em saúde – 613.014

Promoção da saúde – 613

Autocuidado – 613



<https://doi.org/10.66717/9788595612440>

Sumário

Prefácio.....	06
Capítulo 1- Letramento em saúde: fundamentos, evolução conceitual e bases para o autocuidado.....	10
Capítulo 2- Letramento em saúde como base da comunicação em saúde: fundamentos, estratégias e experiências internacionais.....	21
Seção I- Letramento em Saúde e Autonomia: informação, escolhas e protagonismo.....	35
Capítulo 3- Letramento em Saúde no Cotidiano: da informação à escolha.....	37
Capítulo 4- Protagonismo em Saúde: como as escolhas diárias podem empoderar a população.....	52
Seção II- Letramento em Saúde e Doenças Crônicas: autocuidado e adesão ao tratamento.....	70
Capítulo 5- Letramento em Saúde para o controle de Doenças Crônicas: perspectivas e desafios da prática clínica.....	72
Capítulo 6- Comportamentos de autocuidado e seu papel preventivo em fatores relacionados com a menopausa.....	92
Seção III- Letramento em Saúde Bucal: prevenção, tratamento e comunicação.....	107
Capítulo 7- Hábitos orais e Respiração bucal: um olhar multidisciplinar para a promoção em saúde.....	109
Capítulo 8- Da informação à Ação: o papel do letramento em saúde na odontologia.....	132
Seção IV- Letramento em Saúde e Novos Paradigmas: de cuidado.....	160
Capítulo 9- Letramento em Saúde: Fitoterapia e escolhas conscientes em saúde.....	162
Capítulo 10- Entre o Ceticismo e a Curiosidade: Desafios e oportunidades no letramento em terapias integrativas para profissionais de saúde.....	170
Seção V- Letramento em Saúde na Era Digital.....	184
Capítulo 11- Letramento em Saúde Digital: navegando na era da informação.....	186

Capítulo 12- Redes sociais, Estética odontológica e Letramento em saúde: uma análise dos desafios éticos e práticos na odontologia contemporânea.....	205
Seção VI- Relato de Experiência.....	221
Capítulo 13- Relato de Experiência: letramento em rotulagem nutricional entre crianças e adolescentes da rede pública de Taubaté.....	223
Capítulo 14- O Cuidado além da Técnica: relato de experiência sobre letramento em terapia de manutenção periodontal.....	229
Considerações finais	237

Prefácio

A ciência só cumpre plenamente sua missão quando o conhecimento que produz encontra as pessoas, é compreendido por elas e se transforma em benefício para a sociedade. Talvez essa seja uma das maiores responsabilidades da pós-graduação: produzir ciência de qualidade, formar pesquisadores engajados com a realidade social e fazer com que o conhecimento ultrapasse os limites da universidade.

Com esse propósito, o Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Taubaté apresenta sua segunda obra coletiva, dedicada ao Letramento em Saúde. Esta publicação reafirma a dedicação do Programa à produção e à disseminação do conhecimento científico, pautadas na excelência, na colaboração, na interdisciplinaridade e no impacto social da pesquisa.

A escolha do tema reflete um dos grandes desafios do nosso tempo. Vivemos hoje um paradoxo: o acesso à informação em saúde nunca foi tão amplo, mas raramente foi tão difícil saber compreendê-la, avaliá-la criticamente e usá-la para tomar melhores decisões.

O letramento em saúde assume, nesse cenário, papel central. Mais do que compreender informações, envolve saber acessar, interpretar, avaliar e utilizar conhecimentos relacionados à saúde, reconhecendo o indivíduo como protagonista do próprio cuidado.

Nutbeam e Lloyd (2021) destacam o letramento em saúde como importante determinante social da saúde, relacionado ao acesso aos serviços, à prevenção de doenças, à adesão aos tratamentos e à redução das desigualdades. Essa responsabilidade não pertence apenas ao indivíduo: cabe também a profissionais, instituições e sistemas de saúde promover uma comunicação clara e acessível.

As transformações digitais ampliam ainda mais esse desafio. Redes sociais, novas tecnologias e inteligência artificial mudaram a forma como buscamos e compartilhamos informações, tornando essencial desenvolver também o letramento em saúde digital — capaz de favorecer a identificação de fontes confiáveis e decisões fundamentadas em evidências científicas. Essa perspectiva dialoga diretamente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e com os princípios da Agenda 2030 das Nações Unidas, e foi essa compreensão que deu origem a esta obra.

Seus capítulos refletem a diversidade de experiências e áreas do conhecimento que caracterizam o Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Taubaté. São abordados diferentes cenários de aplicação do letramento em saúde — comunicação, doenças crônicas, saúde bucal, terapias integrativas, ambiente digital e experiências junto à comunidade —, evidenciando seu caráter transversal e interdisciplinar.

Esta publicação também expressa a maturidade do nosso Programa e demonstra que a ciência se fortalece quando construída de forma colaborativa, interdisciplinar e comprometida com as necessidades da sociedade.

Esperamos que esta obra estimule novas pesquisas, fortaleça práticas baseadas em evidências e amplie as reflexões sobre a comunicação em saúde como instrumento de autonomia, equidade e cidadania.

Aos docentes, mestrandos, doutorandos e pesquisadores colaboradores que aceitaram o desafio de compartilhar seus conhecimentos e experiências, expressei meu sincero reconhecimento. O empenho de cada autor tornou possível uma publicação que traduz os valores do nosso Programa: rigor acadêmico, colaboração, compromisso social e transformação da realidade.

Que esta obra encontre leitores curiosos, profissionais engajados e pesquisadores dispostos a ampliar esse diálogo. E que cada capítulo contribua para tornar o conhecimento científico cada vez mais acessível, compreensível e capaz de promover saúde.

Esse é o propósito que inspira o Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Taubaté: produzir conhecimento de excelência, formar pesquisadores e contribuir para uma sociedade mais saudável, crítica e comprometida com o cuidado das pessoas.

Profa. Dra. Laís Regiane da Silva Concílio Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde Universidade de Taubaté – UNITAU

Agradecimentos

Agradeço à Profa. Nayara Fernanda Barchetta, pela valiosa colaboração e empenho dedicados a este trabalho.

Agradeço a todos os professores e colaboradores que se dedicaram à construção desta obra, compartilhando seu conhecimento e experiência, e a todos os alunos que se envolveram nesse processo, contribuindo com energia e comprometimento para que este projeto se tornasse realidade.

Agradeço, por fim, à Universidade de Taubaté e à Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, pelo apoio institucional que torna possível a produção e a disseminação do conhecimento científico do nosso Programa.



Capítulo 1

Letramento em saúde: fundamentos, evolução conceitual e bases para o autocuidado

Renata Magalhães Cyrino¹

Sheila Cavalca Cortelli²

Introdução

Escrever sobre letramento em saúde é escrever sobre pessoas, escolhas e caminhos possíveis para uma vida com mais autonomia. Este capítulo introdutório parte da compreensão de que o acesso à informação em saúde, quando acompanhado de capacidade crítica para interpretá-la e aplicá-la, pode transformar comportamentos, reduzir desigualdades e promover bem-estar individual e coletivo.

O letramento em saúde ganhou espaço ao longo das últimas décadas. Diferentes expressões foram utilizadas para traduzir o termo *health literacy* no Brasil. O descritor *health literacy* foi introduzido nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na edição de 2010, a partir de sua incorporação pelo vocabulário MeSH. Inicialmente, foi traduzido como “alfabetização em saúde”, termo mantido como descritor até 2019. Entretanto, considerando que alfabetização se refere, de forma mais restrita, à aprendizagem e ao uso do sistema de escrita, tornou-se necessário adotar uma tradução mais alinhada à amplitude conceitual de *health literacy*. Esse conceito envolve a capacidade de obter, processar, compreender, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde necessários para a tomada de decisões apropriadas. Assim, em 2020, após nova avaliação semântica, o termo “letramento em saúde” passou a ser adotado como tradução no DeCS.

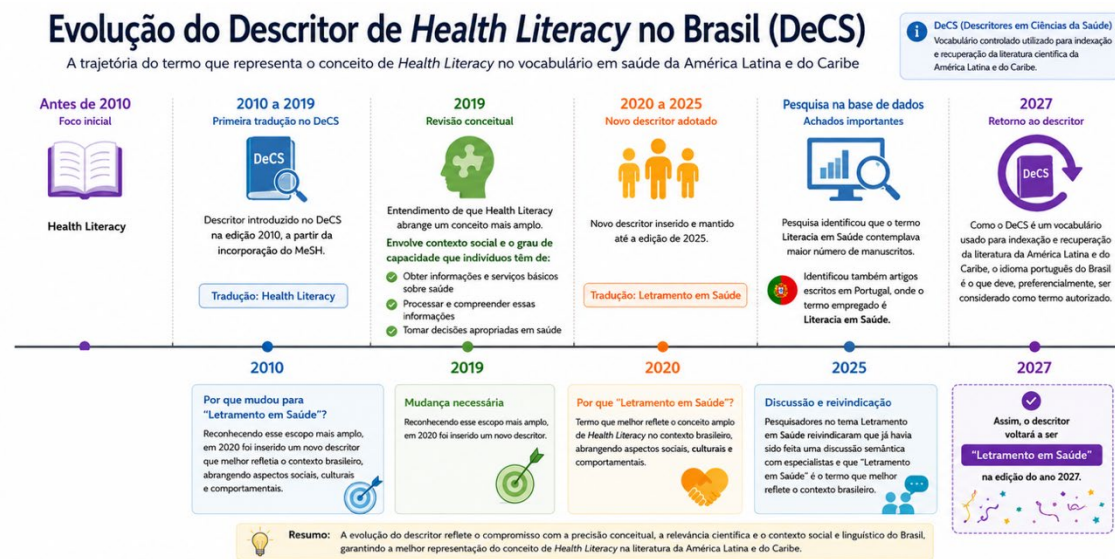
A edição dos descritores é revisada, periodicamente, e o debate terminológico entre “letramento em saúde” e “literacia em saúde” reflete diferenças de uso entre o português brasileiro e o português europeu. Embora o termo “literacia em saúde” seja amplamente empregado em Portugal e possa aparecer com frequência em bases bibliográficas, pesquisadores brasileiros têm defendido que “letramento em saúde” expressa melhor o contexto semântico e educacional do Brasil. Como o DeCS é um vocabulário voltado à indexação e recuperação da literatura em saúde na América Latina e no Caribe, a adequação linguística ao português brasileiro é particularmente relevante.

Essa evolução semântica acompanha transformações conceituais e o amadurecimento do campo da promoção da saúde (Figura 1). Mais importante do que a nomenclatura, entretanto, é tornar o conceito compreensível e aplicável para profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e comunidades, uma vez que o tema ainda é pouco conhecido fora dos círculos especializados.

¹ Docente Adjunta, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais

² Docente Adjunta, Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté.

Figura 1 - Evolução do descritor Health Literacy no Brasil.



Fonte: elaborado pelas autoras

Os estudos sobre letramento em saúde tiveram seus primeiros registros ainda na década de 1950, quando J. P. Dixon, em "The Community Responsibility for Medical Care", discutiu a responsabilidade social e comunitária no cuidado em saúde, relacionando-a à necessidade de maior conscientização e participação da população nos sistemas públicos de saúde (Dixon, 1959). Entretanto, foi em 1974, com Scott K. Simonds, em "Health Education as Social Policy", que o conceito ganhou maior visibilidade ao ser associado à educação em saúde e à ideia de que os indivíduos deveriam se tornar alfabetizados em saúde, assim como em outros conteúdos curriculares (Simonds, 1974).

A partir dos anos 2000, o campo se expandiu de forma expressiva, impulsionado por diferentes áreas do conhecimento, como saúde pública, educação, enfermagem, comunicação e sociologia. Nesse percurso, o letramento em saúde passou a ser compreendido não apenas como habilidade de leitura e compreensão de informações em saúde, mas como um conjunto de competências relacionadas ao acesso, interpretação, avaliação e aplicação dessas informações para a tomada de decisões em saúde. Revisões conceituais e estudos populacionais, como aqueles vinculados ao European Health Literacy Survey, contribuíram para consolidar definições amplamente utilizadas internacionalmente, incorporando dimensões cognitivas, sociais e motivacionais. Mais recentemente, críticas às abordagens centradas exclusivamente em habilidades individuais têm estimulado perspectivas socioculturais, que compreendem o letramento em saúde como prática social situada, influenciada por contextos culturais, relações sociais, valores e desigualdades estruturais (Pinheiro, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Health Promotion Glossary of Terms 2021, define letramento em saúde como o conjunto de atributos pessoais e coletivos que capacitam indivíduos a encontrar, compreender, avaliar criticamente e aplicar informações em saúde ao longo da vida (World Health Organization, 2021). Em documento posterior sobre desenvolvimento do letramento em saúde para prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, a OMS reforçou sua relevância para a equidade, para a participação social e para sistemas de saúde mais centrados nas pessoas (World Health Organization, 2022).

O Centers for Disease Control and Prevention caracteriza letramento em saúde como a capacidade de encontrar, compreender e usar informações e serviços em saúde para orientar decisões e ações relacionadas ao cuidado (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). A ênfase na usabilidade, isto é, na capacidade de aplicar a informação na prática, diferencia o conceito moderno de interpretações mais restritas, limitadas à leitura ou à compreensão textual. Na prática clínica, torna-se evidente a relevância do tema, pois parte da não adesão às recomendações profissionais pode decorrer da incompreensão sobre o que fazer, como fazer ou por que fazer. Quando os níveis de letramento das populações não são considerados, a comunicação se fragiliza e as mensagens podem permanecer desalinhadas às necessidades reais dos destinatários. Mudanças comportamentais sustentadas e adesão a orientações de saúde dependem, entre outros fatores, da compreensão de rótulos alimentares, prescrições, bulas, sinais de alerta e materiais informativos.

A definição de Sørensen *et al.* (2012) é hoje uma das mais influentes no campo, ao integrar múltiplos modelos internacionais e definir o letramento em saúde como o conjunto de competências que permite aos indivíduos acessar, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde em diferentes contextos, incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado clínico.

Nutbeam (2000) aprofunda essa perspectiva ao propor três níveis de letramento em saúde, ampliando a compreensão do tema e situando-o como componente essencial da autonomia e da cidadania em saúde (Figura 2):

- Letramento funcional: habilidades básicas de leitura, escrita e compreensão.
- Letramento interativo: uso ativo da informação em contextos sociais.
- Letramento crítico: capacidade de analisar determinantes sociais e participar de decisões coletivas em saúde.

Figura 2 - Níveis de letramento em saúde.



Fonte: elaborado pelas autoras

Assim, a partir de uma concepção inicialmente funcional, o letramento em saúde alcança níveis mais complexos, interativos e críticos. Nessa perspectiva, a informação

recebida não é apenas assimilada, mas também interpretada, contextualizada e questionada. Essa evolução aproxima-se dos fundamentos da prática baseada em evidências, que pressupõe um processo de tomada de decisão compartilhada, considerando valores, crenças e expectativas dos pacientes. Observa-se, portanto, uma progressão que acompanha a transformação do indivíduo de receptor passivo de orientações em saúde para sujeito ativo, crítico e protagonista nas decisões relacionadas à própria saúde.

1. Letramento e cuidado em saúde: uma relação indissociável

O conceito de letramento em saúde conecta-se diretamente ao autocuidado. A OMS define autocuidado como a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promover saúde, prevenir doenças, manter o bem-estar e lidar com enfermidades, com ou sem apoio profissional (World Health Organization, 2019). Nesse sentido, o letramento em saúde atua como uma ferramenta que permite transformar informação em ação, pois favorece a compreensão das orientações recebidas, a avaliação de riscos e benefícios, a interpretação de sinais e sintomas, a adesão ao tratamento e a tomada de decisões relacionadas ao estilo de vida.

É por meio do letramento em saúde que o indivíduo pode compreender orientações, avaliar se uma recomendação é aplicável à sua realidade, reconhecer riscos, pesar benefícios, interpretar sinais e sintomas, aderir ao tratamento e tomar decisões mais informadas sobre sua saúde. Modelos contemporâneos de promoção da saúde, como os discutidos por Kickbusch e colaboradores, sustentam que o protagonismo do indivíduo depende de sua capacidade de interpretar criticamente o ambiente informacional e de navegar pelos sistemas de saúde (Kickbusch *et al.*, 2013). Assim, o autocuidado eficaz, especialmente em condições de longa duração, depende não apenas do acesso à informação, mas da capacidade de compreendê-la, avaliá-la e aplicá-la no cotidiano.

No Brasil, estudos sobre letramento funcional em saúde indicam associação entre menor letramento, dificuldades na compreensão de orientações clínicas e desafios relacionados à adesão medicamentosa, especialmente entre idosos e pessoas acompanhadas na atenção primária. Martins *et al.* (2017), em revisão integrativa, discutiram a relação entre letramento funcional em saúde e adesão medicamentosa em idosos. Costa *et al.* (2019), em estudo com idosos hipertensos atendidos na atenção primária, observaram baixos níveis de letramento funcional em saúde, reforçando a necessidade de estratégias comunicacionais adaptadas a esse público. Esses achados nacionais dialogam com evidências internacionais que relacionam baixo letramento em saúde a pior autocuidado e maior dificuldade no manejo de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão.

Evidências internacionais também reforçam essa relação. Cavanaugh (2011) discutiu o impacto do letramento em saúde no cuidado em diabetes, destacando sua relevância para a compreensão do tratamento, a tomada de decisão e o autocuidado. Chahardah-Cherik *et al.* (2018) observaram associação entre maiores níveis de letramento em saúde e melhores comportamentos de promoção da saúde em pacientes com diabetes tipo 2. Além disso, Shao *et al.* (2023), em meta-análise de ensaios clínicos randomizados, demonstraram que intervenções voltadas ao letramento em saúde podem melhorar resultados em pacientes com doenças crônicas.

Em conjunto, essas evidências reforçam a necessidade de políticas públicas, programas educativos e práticas clínicas orientadas pela comunicação clara, acessível e centrada no indivíduo. Para que o autocuidado seja possível, não basta fornecer informações. É necessário garantir que essas informações sejam compreendidas, aplicáveis à realidade das pessoas e capazes de apoiar decisões cotidianas em saúde.

2. Como se avalia o grau de letramento em saúde?

Ao contrário do que muitos pensam, o letramento em saúde não é apenas um conceito teórico. Ele pode ser avaliado por meio de instrumentos desenvolvidos para mensurar diferentes dimensões da capacidade dos indivíduos de acessar, compreender, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde. Essas medidas são importantes tanto para pesquisas quanto para o planejamento de estratégias educativas, comunicacionais e assistenciais mais adequadas às necessidades da população. A Figura 3, a seguir, apresenta uma síntese dos principais instrumentos utilizados para essa finalidade.

Entre os instrumentos amplamente utilizados em estudos populacionais, destaca-se o European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), desenvolvido no contexto do European Health Literacy Survey (Sørensen *et al.*, 2013), e suas versões posteriores, como o HLS19. Esses instrumentos avaliam o letramento em saúde a partir de quatro operações cognitivas principais: acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação. Essas operações são analisadas em três grandes contextos: cuidado em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Outros instrumentos têm foco mais funcional e são utilizados principalmente em contextos clínicos ou de pesquisa aplicada. O Newest Vital Sign (NVS), descrito por Weiss *et al.* (2005), é uma ferramenta breve que avalia habilidades de leitura, interpretação e uso de informações numéricas a partir de um rótulo nutricional. Sua aplicação é rápida, geralmente em poucos minutos, e pode auxiliar na identificação de dificuldades relacionadas ao uso prático de informações em saúde. O Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), descrito por Davis *et al.* (1991), avalia o reconhecimento e a pronúncia de termos médicos. Já o Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA), desenvolvido por Parker *et al.* (1995), e sua versão abreviada, o S-TOFHLA, avaliam habilidades de compreensão de leitura e numeramento em situações relacionadas ao cuidado em saúde.

Em síntese, os instrumentos de avaliação do letramento em saúde variam conforme o objetivo de uso, o contexto e a dimensão que se pretende investigar e a validação na língua natal da população em que se pretende aplicar. Alguns privilegiam a avaliação funcional, como leitura, reconhecimento de termos e numeramento. Outros adotam uma perspectiva mais ampla, incluindo acesso, compreensão, avaliação crítica e aplicação das informações em diferentes contextos da vida cotidiana. Em qualquer cenário, é fundamental considerar aspectos sociais, culturais e linguísticos da população avaliada.

O nível de escolaridade pode influenciar o letramento em saúde, mas não o define de forma isolada. Pessoas com maior escolaridade também podem ter dificuldades para compreender informações médicas complexas, navegar pelos serviços de saúde ou tomar decisões diante de incertezas clínicas. Por isso, especialmente no ambiente de pesquisa, recomenda-se utilizar instrumentos validados para a língua e o contexto cultural da população estudada, evitando interpretações baseadas apenas em escolaridade, idade ou

aparência. A Figura 3 apresenta uma síntese visual dos principais instrumentos utilizados para avaliação do letramento em saúde.

Figura 3. Principais instrumentos de avaliação do letramento em saúde. HLS-EU-Q/HLS19: European Health Literacy Survey Questionnaire; TOFHLA/S-TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults e versão abreviada; NVS: Newest Vital Sign; REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine; eHEALS: eHealth Literacy Scale.

 PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO			
 INSTRUMENTO	 O QUE AVALIA	 TEMPO	 USO
 HLS-EU-Q / HLS19	Letramento amplo	 10–20 min	 OMS/EU
 TOFHLA / S-TOFHLA	Letramento funcional	 7–22 min	 EUA
 NVS	Numeracia e interpretação prática	 3 min	 CDC
 REALM	Reconhecimento de termos médicos	 2 min	 Epidemiologia
 eHEALS	Letramento digital	 5 min	 Pesquisas digitais

Fonte: elaborado pelas autoras

3. Perspectivas do letramento em saúde

O letramento em saúde consolidou-se como um campo interdisciplinar fundamental para a promoção da saúde, a equidade e a autonomia dos indivíduos. Inicialmente associado à capacidade de leitura e compreensão de informações em saúde, o conceito evoluiu para uma perspectiva mais ampla, envolvendo habilidades cognitivas, sociais e comunicacionais relacionadas ao acesso, à interpretação, à avaliação crítica e à aplicação das informações no cotidiano. Organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, passaram a reconhecer o letramento em saúde como componente essencial para a construção de sistemas de saúde mais responsivos, centrados nas pessoas e comprometidos com a redução das desigualdades.

Embora não apareça de forma explícita como uma meta isolada na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, o letramento em saúde pode ser compreendido como componente estratégico e transversal para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente aqueles relacionados à promoção da saúde, à equidade e à redução das desigualdades sociais (United Nations Brazil, [s.d.]). Sua relação mais direta ocorre com o ODS 3, Saúde e Bem-estar, uma vez que indivíduos com maiores níveis de letramento em saúde tendem, em diferentes contextos, a compreender melhor orientações, aderir de forma mais adequada aos tratamentos, desenvolver maior

autonomia no autocuidado, prevenir doenças e utilizar os serviços de saúde de maneira mais apropriada.

Além disso, o letramento em saúde dialoga com o ODS 4, Educação de Qualidade, ao reforçar a importância da educação contínua e da capacidade crítica para interpretar informações em saúde. Também se relaciona aos ODS 5 e 10, voltados respectivamente à igualdade de gênero e à redução das desigualdades, considerando que baixos níveis de letramento em saúde podem afetar de forma desproporcional populações vulneráveis, socialmente excluídas e economicamente desfavorecidas. Nesse contexto, promover comunicação clara, acesso qualificado à informação e fortalecimento das capacidades individuais e coletivas torna-se uma estratégia relevante não apenas para melhorar desfechos clínicos, mas também para promover inclusão social, cidadania e sustentabilidade nos sistemas de saúde.

O acesso universal à informação em saúde é reconhecido como elemento essencial para o alcance da cobertura universal de saúde e das metas de desenvolvimento sustentável (Muscat *et al.*, 2023). Na era digital, embora haja ampla disponibilidade de conteúdos na internet, persistem desafios relacionados à qualidade, à confiabilidade, à compreensão e à aplicabilidade das informações em saúde. O período pós-pandemia evidenciou a necessidade de estratégias capazes de combater a desinformação e promover comunicação clara, acessível e baseada em evidências. Iniciativas orientadas pelos princípios do letramento em saúde podem tornar as informações mais compreensíveis, acessíveis e acionáveis, fortalecendo o letramento crítico, a autonomia dos indivíduos e sua capacidade de participar ativamente das decisões relacionadas à própria saúde.

O avanço das tecnologias digitais, da telemedicina e das plataformas de informação em saúde reforçam a necessidade de desenvolver competências relacionadas ao letramento digital em saúde, especialmente diante do crescimento do uso da internet e de dispositivos móveis na busca por informações e no acompanhamento do cuidado. Estudos recentes indicam que intervenções digitais, programas educativos e estratégias culturalmente adaptadas podem contribuir para melhorar a adesão ao tratamento e o autocuidado (Mukhtar *et al.*, 2025). Entretanto, persistem desafios importantes, como desigualdades de acesso digital, barreiras culturais, sustentabilidade das intervenções e necessidade de sistemas de saúde mais responsivos, inclusivos e acessíveis.

Atualmente, o debate avança para além das habilidades individuais, incorporando dimensões organizacionais, culturais e sociais, bem como a necessidade de ambientes de cuidado mais acessíveis, comunicação clara e participação ativa das pessoas nas decisões em saúde. Nesse contexto, o letramento em saúde deixa de ser compreendido apenas como atributo pessoal e passa a ser visto como prática social, competência coletiva e estratégia para o fortalecimento do cuidado centrado no indivíduo. O futuro do campo demanda abordagens interdisciplinares, apoiadas em tecnologias inclusivas e comprometidas com a redução das iniquidades em saúde (Weiss *et al.*, 2023).

4. Estrutura da obra

A compreensão aprofundada do letramento em saúde exige múltiplos olhares. Por isso, os capítulos que compõem este livro foram construídos por alunos e professores de diferentes especialidades, formando uma narrativa plural, interdisciplinar e conectada aos desafios contemporâneos do cuidado em saúde.

Os capítulos estão organizados em seis eixos temáticos:

1. Cotidiano e primeiras escolhas: leitura de rótulos, decisões diárias e educação em saúde na infância.
2. Condições prevalentes: diabetes, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares e menopausa.
3. Saúde bucal: da infância à dor crônica, sob o olhar da comunicação clara.
4. Novos paradigmas de cuidado: fitoterapia, terapias integrativas e práticas tradicionais.
5. Letramento digital: redes sociais, *fake news*, ética e tecnologia.
6. Relato de Experiência: crianças e adolescentes da rede pública de Taubaté.

Este capítulo introdutório prepara o leitor para compreender o papel central do letramento em saúde como fundamento para o autocuidado, para a tomada de decisões e para a construção de sistemas de saúde mais equitativos, acessíveis e centrados nas pessoas.

Referências

- CAVANAUGH, K. L. Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management*, London, v. 1, n. 2, p. 191–199, 2011. doi:10.2217/dmt.11.5.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *What is health literacy?* Atlanta: CDC, 2024. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/index.html>>.
- CHAHARDAH-CHERIK, S.; GHEIBIZADEH, M.; JAHANI, S.; CHERAGHIAN, B. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, Shiraz, v. 6, n. 1, p. 65–75, 2018.
- COSTA, V. R. S.; COSTA, P. D. R.; NAKANO, E. Y.; APOLINARIO, D.; SANTANA, A. N. C. Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 266–273, 2019. doi:10.1590/0034-7167-2018-0897.
- DAVIS, T. C.; CROUCH, M. A.; LONG, S. W.; JACKSON, R. H.; BATES, P.; GEORGE, R. B. *et al.* Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, Leawood, v. 23, n. 6, p. 433–435, 1991.
- DIXON, J. P. The community responsibility for medical care. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, Washington, v. 49, n. 1, p. 76–81, 1959. doi:10.2105/AJPH.49.1.76.
- KICKBUSCH, I.; PELIKAN, J. M.; APFEL, F.; TSOUROS, A. D. (ed.). *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>.
- MARTINS, N. F. F.; ABREU, D. P. G.; SILVA, B. T. D.; SEMEDO, D. S. D. R. C.; PELZER, M. T.; IENCZAK, F. S. Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 70, n. 4, p. 868–874, 2017. doi:10.1590/0034-7167-2016-0625.

- MUKHTAR, T.; BABUR, M. N.; ABBAS, R.; IRSHAD, A.; KIRAN, Q. Digital health literacy: a systematic review of interventions and their influence on healthcare access and sustainable development Goal-3 (SDG-3). *Pakistan Journal of Medical Sciences*, Karachi, v. 41, n. 3, p. 910–918, 2025. doi:10.12669/pjms.41.3.10639.
- MUSCAT, D. M.; HINTON, R.; NUTBEAM, D.; KENNEY, E.; KURUVILLA, S.; JAKAB, Z. Universal health information is essential for universal health coverage. *Family Medicine and Community Health*, London, v. 11, n. 2, p. e002090, 2023. doi:10.1136/fmch-2022-002090.
- NORMAN, C. D.; SKINNER, H. A. eHEALS: the eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 8, n. 4, p. e27, 2006. doi:10.2196/jmir.8.4.e27.
- NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, Oxford, v. 15, n. 3, p. 259–267, 2000. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
- PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, Meridian, v. 31, supl. 1, p. S19–S26, 2007.
- 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. *Journal of General Internal Medicine*, New York, v. 10, n. 10, p. 537–541, 1995. doi:10.1007/BF02640361.
- PINHEIRO, P. Conceptualizations of health literacy: past developments, current trends, and possible ways forward toward social practice. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, Thorofare, v. 5, n. 2, p. e91–e95, 2021. doi:10.3928/24748307-20210316-01.
- SHAO, Y.; HU, H.; LIANG, Y.; HONG, Y.; YU, Y.; LIU, C. *et al.* Health literacy interventions among patients with chronic diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, Limerick, v. 114, p. 107829, 2023. doi:10.1016/j.pec.2023.107829.
- SIMONDS, S. K. Health education as social policy. *Health Education Monographs*, v. 2, supl. 1, p. 1–10, 1974. doi:10.1177/10901981740020S102.
- SØRENSEN, K.; VAN DEN BROUCKE, S.; FULLAM, J.; DOYLE, G.; PELIKAN, J.; SLONSKA, Z. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, London, v. 12, n. 80, 2012. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- SØRENSEN, K.; VAN DEN BROUCKE, S.; PELIKAN, J. M.; FULLAM, J.; DOYLE, G.; SLONSKA, Z. *et al.* Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, London, v. 13, n. 948, 2013. doi:10.1186/1471-2458-13-948.
- UNITED NATIONS BRAZIL. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Brasília: Nações Unidas Brasil, [s.d.]. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>.
- WEISS, B. D.; ABRAMS, M. A.; MANSFIELD, E. D.; SØRENSEN, K. New directions for health literacy research. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, Thorofare, v. 7, n. 4, p. e225–e228, 2023. doi:10.3928/24748307-20231119-01.

WEISS, B. D.; MAYS, M. Z.; MARTZ, W.; CASTRO, K. M.; DEWALT, D. A.; PIGNONE, M. P. *et al.* Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 3, n. 6, p. 514–522, 2005. doi:10.1370/afm.405.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights*. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550550>.



COMUNICAR COM CLAREZA

- ☒ Informação
- ☒ Compreensão
- ☒ Confiança
- ☒ Ação



COMUNICAÇÃO EM SAÚDE



CLAREZA



LINGUAGEM SIMPLES



ESCUTA ATIVA



EMPATIA

Capítulo 2

Letramento em saúde como base da comunicação em saúde: fundamentos, estratégias e experiências internacionais

Marina Bernardes L. Rego³

José Roberto Cortelli⁴

Sheila Cavalca Cortelli⁵

1. Introdução: quando a comunicação falha, o cuidado falha

Imagine um paciente que sai de uma consulta com uma receita na mão, diversas orientações na memória e a convicção de que compreendeu tudo o que foi explicado. Dias depois, retorna ao serviço de saúde com o quadro agravado: tomou o medicamento em dose incorreta, não reconheceu um sinal de alerta que havia sido mencionado e interrompeu o tratamento antes do prazo por acreditar que já estava curado. Nesse cenário, o problema não foi necessariamente descuido. Foi, antes de tudo, uma falha de comunicação.

Estudos clássicos indicam que pacientes podem esquecer entre 40% e 80% das informações médicas recebidas imediatamente após a consulta, e que parte significativa do que é lembrado pode estar incorreta (Kessels, 2003). Essa lacuna, muitas vezes, não é percebida pelos profissionais de saúde, que tendem a superestimar a compreensão dos pacientes. A comunicação em saúde, portanto, não falha apenas por falta de informação ou de boa intenção; ela falha quando o sistema não dispõe de estratégias adequadas para garantir que a informação seja realmente compreendida, recordada e aplicada.

Este capítulo parte de uma premissa central: o letramento em saúde não é apenas uma característica individual do paciente. Ele constitui a base sobre a qual a comunicação em saúde se organiza. Profissionais que compreendem os princípios do letramento em saúde comunicam-se de forma diferente: utilizam palavras mais acessíveis, verificam a compreensão, adaptam materiais, simplificam prescrições e constroem uma relação de cuidado mais centrada nas necessidades reais do indivíduo.

Nas páginas a seguir, serão explorados os fundamentos teóricos dessa relação, as principais estratégias de comunicação baseadas em letramento em saúde e experiências internacionais de sistemas que incorporaram essa perspectiva de maneira estruturada em políticas, treinamentos e práticas institucionais. Ao final, serão discutidos os desafios e as oportunidades para o contexto brasileiro.

2. Letramento em saúde e comunicação: uma relação bidirecional

A relação entre letramento em saúde e comunicação é, antes de tudo, uma relação de reciprocidade. Por muito tempo, o foco esteve concentrado quase exclusivamente no paciente: avaliava-se sua capacidade de ler, compreender e aplicar informações em saúde,

³ Cirurgiã-dentista com graduação em marketing. Diretoria de Comunicação Sociedade Brasileira de Periodontologia e Implantodontia.

⁴ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté.

⁵ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté.

como se o problema estivesse apenas em suas habilidades individuais. Atualmente, essa visão foi ampliada. O letramento em saúde é compreendido como resultado da interação entre as competências do indivíduo e as demandas impostas pelos sistemas, serviços e profissionais de saúde.

Paasche-Orlow e Wolf (2007) propuseram um modelo causal amplamente citado, que descreve como o letramento em saúde influencia os resultados em saúde por meio de três vias principais: o acesso e uso dos serviços de saúde, a interação entre pacientes e profissionais, e a capacidade de autocuidado. Em todas essas vias, a qualidade da comunicação exerce papel mediador. Quando a comunicação é inadequada, mesmo pessoas com maior escolaridade ou alto nível educacional podem não compreender plenamente o que precisam fazer para cuidar da própria saúde.

Nesse sentido, Sørensen *et al.* (2012) definiram letramento em saúde como o conjunto de conhecimentos, motivações e competências que permitem acessar, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde em diferentes contextos. Cada um desses quatro domínios depende diretamente da forma como a informação é estruturada, disponibilizada e transmitida. Um paciente não consegue avaliar criticamente uma informação que não recebeu de maneira compreensível; tampouco consegue aplicar uma orientação comunicada em linguagem técnica, fragmentada ou distante de sua realidade.

Diante disso, consolidou-se o conceito de letramento organizacional em saúde. Nessa perspectiva, a responsabilidade pela comunicação efetiva não recai apenas sobre o paciente, mas também sobre profissionais, serviços e instituições. Uma organização orientada pelo letramento em saúde facilita sistematicamente o acesso à informação, capacita suas equipes para comunicar com clareza, produz materiais acessíveis e garante que seus ambientes físicos e digitais sejam compreensíveis e navegáveis para pessoas com diferentes níveis de letramento.

Brach *et al.* (2012), em documento seminal do Institute of Medicine dos Estados Unidos, sistematizaram dez atributos de uma organização de saúde letrada, incluindo liderança comprometida, equipes capacitadas, materiais escritos acessíveis, processos de alta que favoreçam a compreensão, atenção às necessidades de populações em maior vulnerabilidade e comunicação verbal e não verbal adequada. Essa mudança de perspectiva, do paciente isolado para o sistema de cuidado, representa um dos marcos conceituais mais relevantes do campo.

No âmbito da prática individual, a estratégia das precauções universais de letramento propõe que os profissionais se comuniquem, de forma clara e acessível, com todos os pacientes, independentemente de idade, escolaridade ou aparência. Essa abordagem não pressupõe subestimação da capacidade do paciente; ao contrário, reconhece que dificuldades de compreensão são frequentes, muitas vezes invisíveis, e podem ocorrer mesmo entre pessoas escolarizadas. Como muitos pacientes não admitem que não compreenderam uma orientação, por constrangimento, insegurança ou por não perceberem suas próprias lacunas, a clareza deve ser adotada como padrão universal de cuidado.

3. Estratégias de comunicação baseadas em letramento em saúde

A aplicação prática do letramento em saúde na comunicação clínica e institucional envolve um conjunto de estratégias voltadas a tornar a informação mais clara, compreensível e aplicável. Algumas dessas estratégias contam com evidências

consistentes em contextos clínicos específicos, enquanto outras são recomendadas por instituições de saúde como boas práticas de comunicação. A seguir, são apresentadas as principais abordagens organizadas da comunicação individual durante a consulta à produção de materiais impressos e digitais.

3.1 Linguagem simples (*plain language*)

Linguagem simples (*plain language*) é o princípio de comunicar de modo que o interlocutor consiga compreender a informação na primeira vez em que lê ou ouve. Não se trata de empobrecer o conteúdo, mas de tornar sua forma mais acessível: frases curtas, vocabulário familiar, voz ativa, estrutura lógica e apresentação das informações mais importantes logo no início. Na prática clínica, isso significa substituir expressões como “use dois comprimidos por via oral de doze em doze horas” por “tome dois comprimidos pela boca, de manhã e à noite”.

Sagi *et al.* (2021), em estudo publicado no *BMC Medical Education*, demonstraram que treinar estudantes de medicina para reescrever cartas de alta em linguagem simples, levando-as posteriormente aos pacientes em visitas domiciliares pós-internação, foi uma intervenção factível, bem avaliada pelos estudantes e bem recebida por pacientes em situação de vulnerabilidade. O estudo reforça que a habilidade de comunicar com clareza pode e deve ser ensinada ainda na graduação.

No Reino Unido, o NHS Digital Service Manual incorpora diretrizes de linguagem clara para conteúdos digitais em saúde, incluindo recomendações para evitar jargões, usar voz ativa, priorizar informações essenciais e estruturar textos de forma acessível. Essas orientações reconhecem que a compreensão de informações de saúde depende não apenas das habilidades do paciente, mas também da forma como o conteúdo é produzido, apresentado e testado com usuários reais.

3.2 Técnica *teach-back*

O *teach-back*, literalmente “ensinar de volta”, é uma das ferramentas mais estudadas na comunicação em saúde baseada em letramento. Consiste em pedir ao paciente que explique, com suas próprias palavras, o que compreendeu sobre sua condição, tratamento ou orientações. O objetivo não é testar o paciente, mas verificar se a comunicação do profissional foi suficientemente clara. Caso o paciente não consiga reproduzir a informação corretamente, o profissional deve reformular a explicação e verificar novamente a compreensão.

Talevski *et al.* (2020), em revisão sistemática publicada no PLoS One, analisaram 51 estudos sobre implementação e impacto do *teach-back*. Os autores identificaram efeitos favoráveis sobre conhecimento, adesão, autocuidado e satisfação em diferentes contextos clínicos, embora a magnitude dos efeitos varie conforme a população, o desenho da intervenção e o cenário de aplicação. Carroll *et al.* (2024), em ensaio clínico randomizado publicado no JAMA Network Open, demonstraram que uma intervenção de comunicação baseada em letramento, incluindo instruções escritas com pictogramas, *teach-back* e demonstração prática, reduziu erros de dosagem de medicamentos líquidos em crianças após a alta hospitalar, quando comparada ao aconselhamento padrão.

A adoção do *teach-back* tem sido estimulada em diferentes sistemas de saúde e programas de formação profissional, especialmente como estratégia de segurança do paciente, adesão terapêutica e tomada de decisão compartilhada.

3.3 Ask Me 3

Desenvolvido pela National Patient Safety Foundation, posteriormente incorporada ao Institute for Healthcare Improvement, o programa *Ask Me 3* orienta pacientes e familiares a fazer três perguntas essenciais em toda interação em saúde: (1) Qual é o meu principal problema? (2) O que preciso fazer? (3) Por que é importante fazer isso? Essas perguntas (Figura 1) ajudam a estruturar a consulta em torno das informações que o paciente precisa compreender para participar de seu cuidado.

O *Ask Me 3* é uma ferramenta simples, de baixo custo e facilmente adaptável a diferentes contextos culturais e assistenciais. Seu principal valor está em favorecer o protagonismo do paciente, estimular a formulação de dúvidas e organizar a comunicação clínica em torno de objetivos práticos. No Brasil, iniciativas semelhantes poderiam ser incorporadas a campanhas de educação em saúde, especialmente na atenção primária, como forma de fortalecer a participação do paciente e a clareza das orientações recebidas.

Figura 1 - As três perguntas fundamentais do programa *Ask Me 3*. A estratégia orienta pacientes e familiares a perguntarem: “Qual é o meu principal problema?”, “O que preciso fazer?” e “Por que é importante fazer isso?”, favorecendo maior clareza na comunicação clínica e participação ativa no cuidado.

Figura 1. Letramento em saúde como base da comunicação em saúde.



Modelo conceitual da relação entre letramento em saúde e comunicação em saúde. O letramento em saúde resulta da interação entre competências individuais e a responsividade comunicacional dos profissionais e das organizações de saúde, influenciando compreensão, adesão, autocuidado, segurança e desfechos clínicos.

3.4 Pictogramas e recursos visuais

A comunicação visual, por meio de pictogramas, ilustrações e infográficos, pode facilitar a compreensão de informações em saúde, especialmente em populações com baixo letramento funcional, em contextos multilíngues e entre pacientes idosos. Pictogramas em prescrições, bulas e materiais educativos podem auxiliar na transmissão de informações sobre posologia, frequência de uso, precauções e sinais de alerta, sobretudo quando combinados com linguagem simples e orientação verbal.

Revisão sistemática recente mostrou que, na maioria dos estudos randomizados incluídos, a inserção de pictogramas esteve associada a melhor compreensão de instruções farmacêuticas, embora a heterogeneidade metodológica impeça a definição de

um efeito único generalizável. Em ensaio clínico randomizado com cuidadores de crianças, Yin *et al.* (2008) demonstraram redução importante nos erros de dosagem quando instruções pictográficas foram utilizadas no aconselhamento medicamentoso: para medicações de uso diário, os erros observados foram de 5,4% no grupo intervenção versus 47,8% no grupo controle; para medicações administradas “se necessário”, foram de 15,6% versus 40,0%. Esses achados reforçam o potencial dos recursos visuais como estratégia de apoio à comunicação em saúde e à segurança do paciente.

3.5 Comunicação verbal centrada no paciente

Além das técnicas específicas, a qualidade da comunicação verbal cotidiana é determinante. Profissionais que checam ativamente a compreensão, fazem perguntas abertas, evitam jargão médico, repetem informações de formas diferentes e incentivam o paciente a expressar dúvidas tendem a favorecer maior compreensão e melhor participação no cuidado.

Schillinger *et al.* (2003), em estudo publicado no Archives of Internal Medicine, demonstraram que o fechamento do ciclo comunicacional em consultas com pacientes diabéticos com baixo letramento em saúde esteve associado a melhor controle glicêmico. Esse achado reforça que a comunicação centrada no paciente, baseada em princípios de letramento em saúde, não deve ser entendida apenas como cortesia ou habilidade interpessoal, mas como componente integrante da qualidade e da segurança do cuidado.

4. Experiências internacionais: o que os sistemas de saúde estão fazendo

Embora o letramento em saúde ainda esteja em desenvolvimento como agenda institucional em muitos países, diferentes sistemas de saúde já incorporaram essa perspectiva em políticas públicas, programas de formação profissional, diretrizes de comunicação e ferramentas institucionais. As experiências internacionais, a seguir, oferecem referências úteis para compreender como o letramento em saúde pode ser traduzido em práticas organizacionais, estratégias educacionais e políticas de cuidado mais acessíveis.

4.1 Reino Unido: do NHS à política institucional

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) destaca-se entre os sistemas de saúde que estruturaram iniciativas institucionais voltadas ao letramento em saúde. Essa trajetória envolve tanto o NHS England quanto iniciativas vinculadas à Escócia, com abordagens complementares voltadas à formação profissional, produção de materiais acessíveis e melhoria da comunicação com pacientes.

O NHS England publicou, em 2023, a segunda edição do Health Literacy Toolkit, um guia prático para profissionais de saúde com orientações sobre como reconhecer barreiras de letramento, adaptar a comunicação verbal e escrita, produzir materiais acessíveis e integrar o letramento em saúde às rotinas clínicas. O toolkit está disponível gratuitamente na biblioteca digital do NHS e reúne estratégias como linguagem simples, verificação da compreensão, uso de recursos visuais e adaptação de informações para diferentes públicos.

O NHS Scotland criou o Health Literacy Place, plataforma digital desenvolvida para apoiar profissionais de saúde com recursos de treinamento, ferramentas de avaliação de materiais e guias de comunicação. A iniciativa reforça a compreensão de que o

letramento em saúde não depende apenas das habilidades individuais do paciente, mas também da capacidade dos serviços de comunicar de forma clara, acessível e culturalmente apropriada.

O *Health Education England*, em parceria com o NHS Education for Scotland, também desenvolveu recursos educacionais voltados à formação dos profissionais, incluindo módulos de e-learning sobre letramento em saúde. Esses treinamentos abordam técnicas como *teach-back*, *chunk and check*, uso de imagens, linguagem simples e oferta rotineira de ajuda, contribuindo para a incorporação do letramento em saúde à prática cotidiana das equipes.

Outro componente relevante é a comunicação digital. O NHS Digital Service Manual estabelece diretrizes para a produção de conteúdos acessíveis, incluindo recomendações para evitar jargões, usar linguagem direta, priorizar informações essenciais e considerar as dificuldades que parte da população apresenta diante de textos médicos, números e estatísticas. Esse enfoque reconhece que a clareza da informação é uma responsabilidade institucional e não apenas uma competência individual do paciente.

Dessa forma, a experiência britânica ilustra uma abordagem sistêmica: o letramento em saúde é tratado como parte da qualidade da comunicação, da segurança do paciente, da tomada de decisão compartilhada e da redução de desigualdades. Mais do que uma intervenção isolada, trata-se de uma estratégia transversal que envolve formação profissional, produção de materiais, desenho de serviços e comunicação digital.

4.2 Europa: formação profissional como estratégia central

Kaper *et al.* (2019) conduziram um estudo multicêntrico publicado no *International Journal of Environmental Research and Public Health* que avaliou um treinamento abrangente de oito horas em comunicação baseada em letramento para profissionais de saúde em três países: Holanda, Itália e Irlanda do Norte. O treinamento abordou conhecimentos sobre letramento em saúde, comunicação compreensível, tomada de decisão compartilhada e promoção do autogerenciamento.

Os resultados foram favoráveis nos três países: as competências autoavaliadas pelos profissionais melhoraram após o treinamento, com ganhos especialmente relacionados à tomada de decisão compartilhada e ao apoio ao autogerenciamento do paciente. Essas melhorias foram observadas também no seguimento de seis a doze semanas, sugerindo que a intervenção produziu efeitos além do momento imediato da capacitação.

Em estudo complementar, Kaper *et al.* avaliaram treinamento semelhante com estudantes de medicina da Universidade de Groningen, na Holanda. Os resultados indicaram melhora nas habilidades de comunicação relacionadas ao letramento em saúde, reforçando o argumento de que esse tema pode ser incorporado ainda na formação pré-graduada.

Paralelamente, Kaper *et al.* investigaram intervenções de letramento organizacional na Irlanda e na Holanda, em estudo longitudinal de métodos mistos. Os autores demonstraram que tais iniciativas ajudaram a identificar barreiras de comunicação no nível organizacional, mas também observaram que a sustentabilidade das mudanças depende de comprometimento institucional, liderança e suporte estrutural contínuo. Assim, treinamentos pontuais tendem a ser insuficientes quando não estão integrados a uma cultura organizacional voltada à comunicação acessível.

4.3 Austrália: letramento em saúde como política de direitos

A Austrália incorporou o letramento em saúde a uma perspectiva de direitos e qualidade do cuidado. A Australian Charter of Healthcare Rights reconhece o direito do paciente à comunicação clara, à informação compreensível e à participação nas decisões sobre sua saúde. Essa abordagem posiciona a comunicação efetiva não como um favor ou uma habilidade opcional, mas como parte das obrigações éticas e institucionais dos serviços de saúde.

O Health Literacy Questionnaire (HLQ), desenvolvido por Osborne *et al.* na Deakin University, tornou-se um dos instrumentos multidimensionais mais utilizados internacionalmente para avaliar o letramento em saúde. O modelo australiano é especialmente relevante porque integra dimensões individuais e sistêmicas, avaliando tanto as competências das pessoas quanto o suporte oferecido pelos serviços de saúde para que elas compreendam, utilizem e apliquem informações.

Batterham *et al.* (2016), em artigo publicado no Public Health, discutiram a aplicação dos conceitos atuais de letramento em saúde para melhorar serviços e reduzir desigualdades. Os autores propuseram uma abordagem que ultrapassa a avaliação individual e alcança mudanças nos sistemas, nos serviços e na forma como a informação é produzida e entregue. Essa perspectiva dialoga com documentos internacionais que reconhecem o letramento em saúde como componente relevante da promoção da saúde e da equidade.

4.4 Estados Unidos: da legislação à prática clínica

Nos Estados Unidos, um dos marcos conceituais do campo foi a publicação de Health Literacy: A Prescription to End Confusion, pelo Institute of Medicine, em 2004. O documento consolidou o letramento em saúde como questão relevante para a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a efetividade dos sistemas de saúde, ao demonstrar que grande parte da população adulta enfrenta dificuldades para compreender e utilizar informações de saúde cotidianas.

Posteriormente, o programa Healthy People 2030 incorporou objetivos relacionados ao letramento em saúde pessoal e organizacional. Essa formulação é importante porque reconhece que a responsabilidade pela compreensão não recai apenas sobre o indivíduo, mas também sobre organizações, profissionais e sistemas que precisam tornar suas informações e serviços mais acessíveis.

O CDC e outras instituições norte-americanas desenvolveram materiais e diretrizes para comunicação clara em saúde, incluindo recomendações para produção de conteúdos digitais, uso de linguagem simples, participação de usuários no desenvolvimento de materiais e aplicação de ferramentas de avaliação, como o Newest Vital Sign (NVS), em contextos clínicos e de pesquisa.

O modelo das precauções universais de letramento também ganhou destaque nos Estados Unidos. Essa abordagem propõe que os profissionais adotem comunicação clara e acessível com todos os pacientes, independentemente de escolaridade, aparência ou condição socioeconômica. Em vez de tentar identificar quem tem baixo letramento, assume-se que todos podem se beneficiar de explicações mais claras, materiais mais simples e verificação sistemática da compreensão.

5. Letramento organizacional: quando o sistema aprende a comunicar

A transformação da comunicação em saúde não pode depender exclusivamente do esforço individual de cada profissional. Para que o letramento em saúde se torne padrão, e não exceção, é necessário que as próprias organizações desenvolvam estruturas, processos e culturas orientadas para a comunicação acessível. Esse é o núcleo do conceito de letramento organizacional em saúde.

Bremer *et al.* (2021), em revisão de escopo publicada no BMC Health Services Research, mapearam 60 publicações para identificar os critérios que caracterizam uma organização de saúde letrada. Os critérios mais frequentemente citados envolveram liderança comprometida com o letramento em saúde como valor institucional, processos de desenvolvimento de informações que incluem os próprios usuários, treinamento contínuo de profissionais e funcionários, sinalização e navegação acessíveis no ambiente físico e digital, além de mecanismos de avaliação periódica da acessibilidade comunicacional.

Essa abordagem sistêmica é fundamental porque reconhece que a comunicação em saúde não acontece apenas durante a consulta. Ela ocorre no agendamento, na sala de espera, nas bulas e prescrições, nas plataformas digitais, nas cartas de alta, nas campanhas de vacinação e nas orientações de exames. Em todos esses pontos de contato, a qualidade da comunicação pode facilitar ou dificultar o cuidado.

Kaper *et al.* (2019), em estudo longitudinal de métodos mistos conduzido na Irlanda e na Holanda, acompanharam a implementação de intervenções de letramento organizacional ao longo do tempo. Os resultados mostraram que essas intervenções ajudaram a identificar barreiras de comunicação no nível institucional, mas também indicaram que a sustentabilidade das mudanças depende de comprometimento da liderança e de suporte estrutural contínuo. Mudanças pontuais, quando não integradas a uma estratégia sistêmica, tendem a não perdurar.

Para o contexto brasileiro, esse conceito oferece uma agenda concreta. Hospitais, unidades básicas de saúde, planos de saúde e secretarias de saúde podem avaliar sistematicamente a acessibilidade de seus materiais e processos comunicacionais e, a partir desse diagnóstico, planejar melhorias. Ferramentas de autoavaliação organizacional já estão disponíveis na literatura científica e podem ser adaptadas ao contexto nacional.

6. Formação de profissionais: letramento em saúde nos currículos

Se a comunicação baseada em letramento é uma competência clínica essencial, ela precisa ser ensinada. Essa afirmação tem uma consequência direta para a formação em saúde: o letramento em saúde deve ser incorporado aos currículos como conteúdo estruturante, e não como tema periférico ou optativo.

Mor-Anavy, Lev-Ari e Levin-Zamir (2021), em estudo publicado no HLRP: Health Literacy Research and Practice, examinaram a associação entre o letramento em saúde de profissionais da atenção primária, sua consciência sobre o tema e suas práticas de comunicação com pacientes com baixo letramento. Os resultados indicaram lacunas relevantes, incluindo conhecimento limitado sobre letramento em saúde e tendência a subestimar as dificuldades de compreensão dos pacientes. O estudo reforça a necessidade de diretrizes específicas para comunicação em saúde na formação e na prática profissional.

Intervenções educacionais voltadas à comunicação clara, especialmente quando combinam aulas teóricas, simulações, análise de consultas, feedback estruturado e lembretes no ambiente clínico, podem melhorar o conhecimento, as atitudes e o uso de estratégias comunicacionais por profissionais em formação. Entre os efeitos esperados estão a redução do uso de jargão técnico, o aumento da linguagem simples e a maior frequência de verificação da compreensão do paciente.

O estudo de Kaper *et al.* (2020), conduzido com estudantes de medicina, demonstrou que oito horas de treinamento estruturado foram suficientes para produzir mudanças mensuráveis em competências de comunicação relacionadas ao letramento em saúde, incluindo habilidades de tomada de decisão compartilhada. Esse dado é especialmente relevante porque sugere que a incorporação do tema aos currículos não depende necessariamente de grandes cargas horárias, mas de prioridade pedagógica e desenho educacional adequado.

No Brasil, esse campo ainda está em desenvolvimento. Poucos cursos de graduação em medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia ou odontologia incluem o letramento em saúde como disciplina formal ou competência transversal claramente definida. As residências médicas e multiprofissionais representam uma oportunidade estratégica para introduzir o tema, especialmente na atenção primária, onde a comunicação clara, a adesão terapêutica, o autocuidado e a navegação pelo sistema de saúde têm impacto direto sobre os desfechos clínicos.

7. Desafios e perspectivas para o Brasil

O Brasil reúne condições que tornam a comunicação baseada em letramento em saúde especialmente relevante. A diversidade regional, as desigualdades socioeconômicas, as diferenças de escolaridade, as barreiras de acesso aos serviços e a complexidade do próprio sistema de saúde ampliam o risco de falhas na compreensão das informações em saúde. Esse desafio é reforçado por dados nacionais recentes. Segundo o Indicador de Alfabetismo Funcional, em 2024 quase 30% dos brasileiros entre 15 e 64 anos enfrentavam analfabetismo funcional, o que significa dificuldade para compreender, interpretar e utilizar informações escritas, numéricas e digitais em situações cotidianas. Dados da PNAD Contínua Educação, divulgados pelo IBGE, mostram que em 2024 o país ainda tinha 9,1 milhões de pessoas analfabetas com 15 anos ou mais, correspondendo a uma taxa de 5,3%. Entre pessoas com 25 anos ou mais, 5,5% não tinham instrução, 26,2% tinham ensino fundamental incompleto, 7,4% haviam concluído apenas o ensino fundamental e 4,9% tinham ensino médio incompleto.

Esses indicadores não equivalem diretamente ao letramento em saúde, mas ajudam a dimensionar o contexto educacional em que as informações de saúde são recebidas, interpretadas e aplicadas. Em contextos de alta desigualdade, o letramento em saúde pode funcionar como amplificador de iniquidades, uma vez que pessoas que mais dependem dos serviços públicos de saúde podem ser também aquelas que encontram maiores dificuldades para navegar pelo sistema, compreender orientações, aderir a tratamentos e tomar decisões informadas.

A esse cenário soma-se um desafio contemporâneo: uma parcela crescente da população busca informações de saúde em ambientes digitais e redes sociais, como Instagram, TikTok, YouTube e grupos de WhatsApp. Em muitos casos, esses canais tornam-se fontes importantes de orientação sobre sintomas, medicamentos, vacinas,

doenças crônicas e práticas de autocuidado. Quando o sistema de saúde não comunica com clareza, a lacuna informacional pode ser preenchida por conteúdos de qualidade variável, nem sempre baseados em evidências. Por outro lado, Moorhead *et al.* (2013), em revisão sistemática sobre o uso das mídias sociais na comunicação em saúde, destacam que esses ambientes também podem funcionar como espaços de educação em saúde, disseminação de informações e apoio ao autocuidado, quando utilizados para compartilhar conteúdos acessíveis e baseados em evidências. Fortalecer o letramento em saúde da população é, portanto, também uma estratégia relevante para ampliar a autonomia, qualificar decisões e reduzir a vulnerabilidade à desinformação.

Singh *et al.* (2024), em revisão sistemática publicada no *Frontiers in Public Health*, avaliaram intervenções de promoção do letramento em saúde em populações em desvantagem socioeconômica. Os autores observaram que intervenções presenciais, culturalmente adaptadas e com componente educativo estruturado tendem a produzir melhores resultados do que materiais informativos isolados. Esse achado tem implicações diretas para o desenho de programas no SUS, especialmente em territórios marcados por desigualdades sociais, barreiras linguísticas, baixa escolaridade e dificuldade de acesso contínuo aos serviços.

Muscat *et al.* (2023), em artigo publicado no *Family Medicine and Community Health*, argumentam que o acesso universal à informação em saúde é condição necessária para a cobertura universal de saúde. Essa perspectiva reforça que não basta ampliar o acesso aos serviços se as pessoas não conseguem compreender as informações necessárias para utilizar esses serviços, aderir às orientações recebidas e participar das decisões sobre seu cuidado. Assim, o letramento em saúde aproxima-se dos objetivos da cobertura universal, da promoção da equidade e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

O caminho para o Brasil ampliar o letramento em saúde passa por, pelo menos, quatro frentes complementares. A primeira é a formação, com a inclusão do letramento em saúde nos currículos de graduação e nas residências, por meio de abordagem prática e baseada em competências. A segunda é a institucionalização, com a criação de diretrizes e incentivos para que serviços de saúde avaliem e melhorem a acessibilidade de sua comunicação em materiais, processos, sinalização e plataformas digitais. A terceira é a pesquisa, com ampliação da produção científica nacional, validação de instrumentos para o contexto brasileiro e avaliação de intervenções adaptadas à realidade do SUS. A quarta é a política pública, com o reconhecimento do letramento em saúde como componente estratégico das políticas de saúde, educação e comunicação, especialmente na atenção primária e em programas voltados a populações vulneráveis.

Nesse sentido, o letramento em saúde deve ser compreendido como eixo transversal da qualidade do cuidado. Para além da simplificação da linguagem, ele exige reorganizar a forma como serviços, profissionais e instituições produzem, comunicam e confirmam a compreensão das informações em saúde. No contexto brasileiro, essa agenda pode contribuir para reduzir desigualdades, fortalecer a autonomia dos usuários, melhorar a adesão terapêutica e tornar o cuidado mais seguro, acessível e centrado nas pessoas.

8. Considerações finais

A comunicação em saúde não deve ser compreendida apenas como transmissão de informações. Ela constitui um ato clínico, com consequências diretas sobre a

compreensão, a adesão, a segurança do paciente e os desfechos em saúde. Quando a comunicação falha, aumentam os riscos de uso incorreto de medicamentos, baixa adesão terapêutica, dificuldade de reconhecer sinais de alerta, procura inadequada por serviços e agravamento de condições que poderiam ser prevenidas ou melhor manejadas.

O letramento em saúde oferece fundamentos teóricos e práticos para transformar essa realidade. Essa transformação não depende apenas da capacidade do paciente de compreender informações, mas de uma responsabilidade compartilhada entre profissionais, serviços e sistemas de saúde. Cabe ao profissional comunicar com clareza, verificar a compreensão e adaptar sua linguagem às necessidades do paciente. Cabe às organizações criar condições para que a informação seja acessível, compreensível, aplicável e disponível em todos os pontos de contato com o usuário.

As experiências internacionais analisadas neste capítulo, incluindo iniciativas do NHS britânico, programas europeus de formação profissional, instrumentos desenvolvidos na Austrália e políticas norte-americanas voltadas ao letramento pessoal e organizacional, demonstram que a comunicação baseada em letramento pode ser incorporada de forma sistemática aos serviços de saúde. Essas experiências mostram que a clareza comunicacional não é apenas uma questão de estilo, mas um componente de qualidade, segurança, equidade e eficiência do cuidado.

Mudar a comunicação em saúde não significa apenas falar mais devagar ou substituir termos técnicos por palavras simples. Significa reconhecer que a informação, por si só, não é suficiente. Para produzir cuidado, a informação precisa ser compreendida, lembrada, aplicada e percebida como relevante por quem a recebe. O letramento em saúde oferece o caminho para que isso aconteça, ao deslocar o foco da responsabilidade individual do paciente para uma lógica de corresponsabilidade entre indivíduos, profissionais e instituições.

No contexto brasileiro, marcado por desigualdades educacionais, sociais e territoriais, essa agenda torna-se ainda mais necessária. Incorporar o letramento em saúde à formação profissional, à organização dos serviços, à produção de materiais, à comunicação digital e às políticas públicas pode contribuir para reduzir iniquidades, fortalecer a autonomia dos usuários e tornar o cuidado mais seguro, acessível e centrado nas pessoas. Este livro se insere nesse esforço, ao defender que comunicar melhor é também cuidar melhor.

Referências

- BATTERHAM, R. W.; HAWKINS, M.; COLLINS, P. A.; BUCHBINDER, R.; OSBORNE, R. H. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, Oxford, v. 132, p. 3–12, 2016. doi:10.1016/j.puhe.2016.01.002.
- BRACH, C.; KELLER, D.; HERNANDEZ, L. M.; BAUR, C.; PARKER, R.; DREYER, B. *et al.* *Ten attributes of health literate health care organizations*. Washington, DC: Institute of Medicine, 2012. (IOM Discussion Paper).
- BREMER, D.; KLOCKMANN, I.; JAB, L.; HÄRTER, M.; VON DEM KNESEBECK, O.; LÜDECKE, D. Which criteria characterize a health literate health care organization? A scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Services Research*, London, v. 21, n. 664, 2021. doi:10.1186/s12913-021-06604-z.

CARROLL, A. R.; JOHNSON, J. A.; STASSUN, J. C.; GREEVY, R. A.; MIXON, A. S.; WILLIAMS, D. J. Health literacy–informed communication intervention to decrease discharge medication errors in hospitalized children: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, Chicago, v. 7, n. 1, p. e2350969, 2024. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.50969.

FERREIRA-ALFAYA, F. J.; ZARZUELO-ROMERO, M. J.; CURA, Y. Pharmaceutical pictograms to improve textual comprehension: a systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, Amsterdam, v. 20, n. 2, p. 75–85, 2024. doi:10.1016/j.sapharm.2023.11.007.

HA DINH, T. T.; BONNER, A.; CLARK, R.; RAMSBOTHAM, J.; HINES, S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, Adelaide, v. 14, n. 1, p. 210–247, 2016. doi:10.11124/jbisrir-2016-2296.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. *Ask Me 3: good questions for your good health*. Boston: IHI, [s.d.]. Disponível em: <https://www.ihl.org/library/tools/ask-me-3-good-questions-your-good-health>.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). *Committee on Health Literacy. Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press, 2004. doi:10.17226/10883.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO; AÇÃO EDUCATIVA. *Indicador de Alfabetismo Funcional – INAF 2024*. São Paulo: Instituto Paulo Montenegro; Ação Educativa, 2024. Disponível em: <https://alfabetismofuncional.org.br/>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *PNAD Contínua Educação 2024: indicadores educacionais avançam em 2024, mas atraso escolar aumenta*. Agência IBGE Notícias, Rio de Janeiro, 13 jun. 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43699-indicadores-educacionais-avancam-em-2024-mas-atraso-escolar-aumenta>.

KAPER, M. S.; DE WINTER, A. F.; BEVILACQUA, R.; GIAMMARCHI, C.; MCCUSKER, A.; SIXSMITH, J. *et al.* Positive outcomes of a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries: a multi-centre pre-post intervention study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 16, n. 20, p. 3923, 2019. doi:10.3390/ijerph16203923.

KAPER, M. S.; REIJNEVELD, S. A.; VAN ES, F. D.; DE ZEEUW, J.; ALMANSA, J.; KOOT, J. A. R. *et al.* Effectiveness of a comprehensive health literacy consultation skills training for undergraduate medical students: a randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 17, n. 1, p. 81, 2020. doi:10.3390/ijerph17010081.

KAPER, M. S.; SIXSMITH, J.; MEIJERING, L.; VERVOORDELDONK, J.; DOYLE, P.; BARRY, M. M. *et al.* Implementation and long-term outcomes of organisational health literacy interventions in Ireland and the Netherlands: a longitudinal mixed-methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 16, n. 23, p. 4812, 2019. doi:10.3390/ijerph16234812.

KESSELS, R. P. C. Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, London, v. 96, n. 5, p. 219–222, 2003. doi:10.1177/014107680309600510.

MOR-ANAVY, S.; LEV-ARI, S.; LEVIN-ZAMIR, D. Health literacy, primary care health care providers, and communication. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, Thorofare, v. 5, n. 3, p. e194–e200, 2021. doi:10.3928/24748307-20210608-01.

MOORHEAD, S. A.; HAZLETT, D. E.; HARRISON, L.; CARROLL, J. K.; IRWIN, A.; HOVING, C. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of Medical Internet Research*, Toronto, v. 15, n. 4, p. e85, 2013. doi:10.2196/jmir.1933.

MUSCAT, D. M.; HINTON, R.; NUTBEAM, D.; KENNEY, E.; KURUVILLA, S.; JAKAB, Z. Universal health information is essential for universal health coverage. *Family Medicine and Community Health*, London, v. 11, n. 2, p. e002090, 2023. doi:10.1136/fmch-2022-002090.

NHS ENGLAND. *Enabling people to make informed health decisions: health literacy*. London: NHS England, [s.d.]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/health-literacy/>.

NHS ENGLAND. *Health Literacy Toolkit*. 2. ed. London: NHS England, 2023. Disponível em: <https://library.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/4/2023/06/Health-Literacy-Toolkit.pdf>.

NHS KNOWLEDGE AND LIBRARY SERVICES. *Health literacy and patient information*. London: NHS England/Health Education England, [s.d.]. Disponível em: <https://library.hee.nhs.uk/patient-information/patient-information/health-literacy-and-patient-information>.

NHS. *Health literacy*. NHS Digital Service Manual. London: NHS England, 2023. Disponível em: <https://service-manual.nhs.uk/content/health-literacy>.

NHS. *How we write*. NHS Digital Service Manual. London: NHS England, [s.d.]. Disponível em: <https://service-manual.nhs.uk/content/how-we-write>.

OSBORNE, R. H.; BATTERHAM, R. W.; ELSWORTH, G. R.; HAWKINS, M.; BUCHBINDER, R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, London, v. 13, n. 658, 2013. doi:10.1186/1471-2458-13-658.

PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, Meridian, v. 31, supl. 1, p. S19–S26, 2007.

SAGI, D.; SPITZER-SHOHAT, S.; SCHUSTER, M.; DAUDI, L.; RUDOLF, M. C. J. Teaching plain language to medical students: improving communication with disadvantaged patients. *BMC Medical Education*, London, v. 21, n. 401, 2021. doi:10.1186/s12909-021-02833-0.

SCHILLINGER, D.; PIETTE, J.; GRUMBACH, K.; WANG, F.; WILSON, C.; DAHER, C. *et al.* Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 163, n. 1, p. 83–90, 2003. doi:10.1001/archinte.163.1.83.

SINGH, H.; SAMKANGE-ZEEB, F.; KOLSCHEN, J.; ZEEB, H.; RAZUM, O.; FAHY, N. *et al.* Interventions to promote health literacy among working-age populations experiencing socioeconomic disadvantage: systematic review. *Frontiers in Public Health*, Lausanne, v. 12, p. 1332720, 2024. doi:10.3389/fpubh.2024.1332720.

SØRENSEN, K.; VAN DEN BROUCKE, S.; FULLAM, J.; DOYLE, G.; PELIKAN, J.; SLONSKA, Z. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, London, v. 12, n. 80, 2012. doi:10.1186/1471-2458-12-80.

TALEVSKI, J.; WONG SHEE, A.; RASMUSSEN, B.; KEMP, G.; BEAUCHAMP, A. Teach-back: a systematic review of implementation and impacts. *PLoS One*, San Francisco, v. 15, n. 4, p. e0231350, 2020. doi:10.1371/journal.pone.0231350.

WEISS, B. D.; MAYS, M. Z.; MARTZ, W.; CASTRO, K. M.; DEWALT, D. A.; PIGNONE, M. P. *et al.* Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 3, n. 6, p. 514–522, 2005. doi:10.1370/afm.405.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055377>.

YIN, H. S.; DREYER, B. P.; VAN SCHAICK, L.; FOLTIN, G. L.; DINGLAS, C.; MENDELSON, A. L. Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, Chicago, v. 162, n. 9, p. 814–822, 2008. doi:10.1001/archpedi.162.9.814.

SEÇÃO

I

**LETRAMENTO EM SAÚDE
E AUTONOMIA:**
INFORMAÇÃO, ESCOLHAS E
PROTAGONISMO





Capítulo 3

Letramento em Saúde no Cotidiano: da informação à escolha

Bianca Letícia de Araujo⁶
Ronaldo Antônio Silva Júnio⁷
José Renato Silva Delgado⁸
Walnei Fernandes Barbosa⁹
Marcos Roberto Furlan¹⁰

1. Introdução

A introdução do termo “letramento” em contraposição à terminologia “alfabetização” influenciou mudanças em paradigmas educacionais nas escolas brasileiras. Compreende-se que alfabetização e letramento são processos distintos e específicos, mas ocorrem simultaneamente e de forma complementar, sendo ambos necessários no processo educacional de crianças, tornando-as, ao mesmo tempo, alfabetizadas e letradas (Souza *et al.*, 2022).

No livro, “Letramento: um tema em três gêneros”, publicado em 1998, Magda Soares elucida distinções entre leitura e escrita e sua inserção na prática social. A autora reconhece o letramento como um processo transformador do pensamento e como um direito que deve ser considerado na formulação e implementação de políticas públicas (Soares, 2009).

No contexto da saúde, o analfabetismo é caracterizado como analfabetismo funcional, entendido como a incapacidade de utilizar informações recebidas ou escritas para desenvolver conhecimento sobre saúde. Essa condição gera dificuldades como leitura de rótulos ou instruções de autocuidado (Carthery-Goulart *et al.*, 2009).

O conceito que melhor explica essa questão é o de Letramento em saúde (*Health literacy*), que se refere à capacidade do indivíduo obter, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde para tomar decisões adequadas em prol do seu bem-estar (Nutbeam, 2000). Trata-se de uma competência essencial para o exercício da autonomia no cuidado, uma vez que permite interpretar orientações médicas, compreender prescrições, identificar riscos à saúde e, especialmente, fazer escolhas alimentares conscientes (Sorensen *et al.*, 2012).

A alfabetização em saúde, por outro lado, corresponde apenas à compreensão literal da informação, ou seja, à habilidade de ler e decodificar textos relacionados à saúde. Já o Letramento em saúde é muito mais abrangente, pois envolve um nível mais profundo, que integra interpretação crítica e aplicação prática desses conhecimentos no cotidiano (Paasche-Orlow; Wolf, 2007). Assim, enquanto a alfabetização responde à pergunta 'o que está escrito?', o letramento em saúde responde 'como essa informação influencia minhas ações e escolhas na compra e consumo de determinados alimentos, medicamentos e produtos do cotidiano?'. (Figura 1)

⁶ Aluna do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU Taubaté, SP

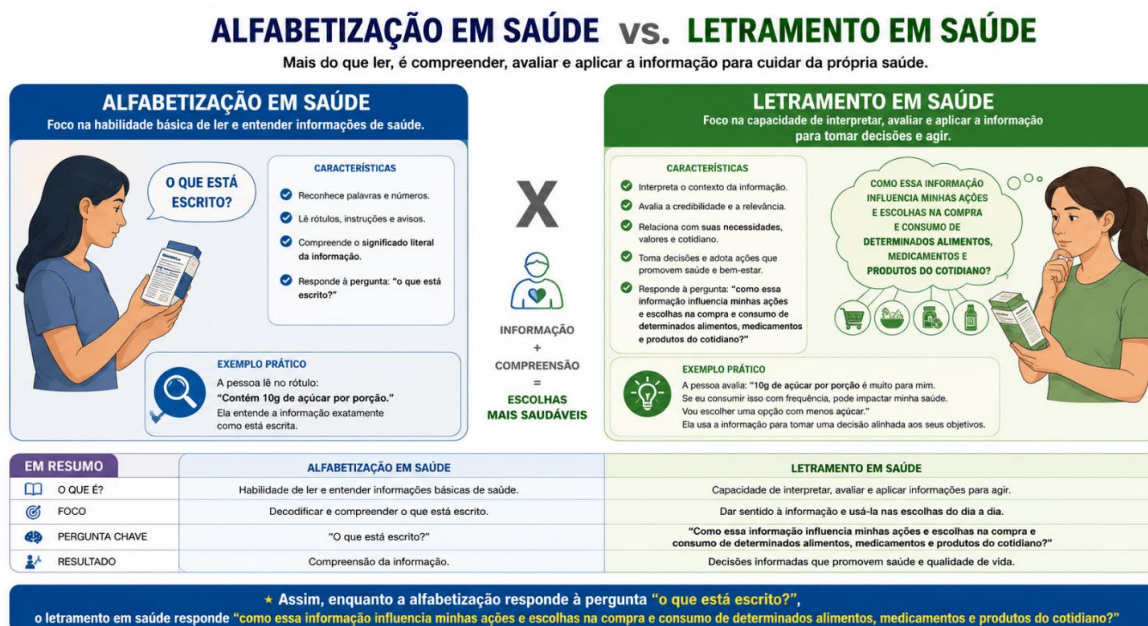
⁷ Aluno do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU Taubaté, SP

⁸ Docente de Nutrição da Graduação - Especialista em Vigilância Sanitária – UNITAU Taubaté, SP

⁹ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU Taubaté, SP

¹⁰ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais - UNITAU Taubaté, SP

Figura 1 – Diferença entre Alfabetização e Letramento em saúde



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

A diferença entre os dois conceitos reside nas dimensões cognitiva e social da leitura. O indivíduo alfabetizado em saúde pode ler o rótulo de um produto, enquanto aquele que possui letramento em saúde é capaz de analisar criticamente os componentes nutricionais, identificar ingredientes prejudiciais e comparar produtos com base em evidências (Nutbeam, 2008). Portanto, o letramento em saúde está diretamente relacionado à tomada de decisão informada, consciente e responsável.

Estudos indicam que baixos níveis de letramento em saúde estão associados a hábitos alimentares inadequados, maior risco de obesidade, doenças crônicas e dificuldades ou mesmo incapacidade de interpretar rótulos e tabelas nutricionais (Carbone & Zoellner, 2012). Por outro lado, pessoas com maior letramento tendem a optar por alimentos mais saudáveis, compreender melhor o impacto de açúcares e gorduras na dieta e utilizar as informações dos rótulos como ferramenta de prevenção e autocuidado (Gomes *et al.*, 2021). O fortalecimento dessa competência constitui, portanto, um pilar fundamental para a promoção da saúde individual e pública.

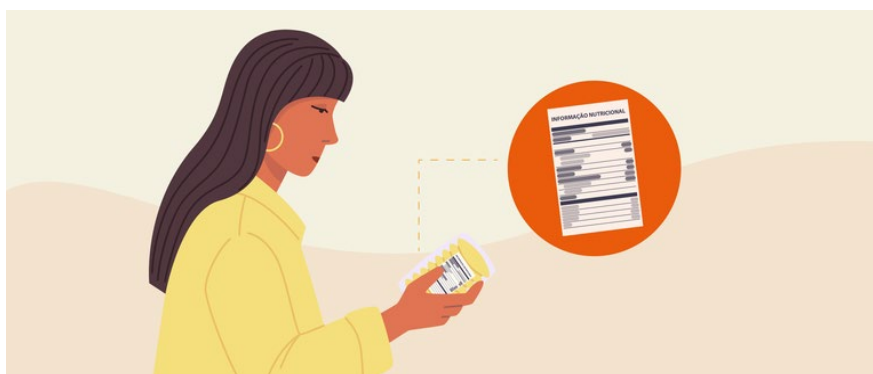
Além disso, destaca-se o conceito de Literacia em Saúde Baseada no Vínculo (LSBV), que reconhece que as decisões em saúde não se fundamentam exclusivamente nas informações disponibilizadas aos indivíduos, mas também são influenciadas por experiências prévias, medos, narrativas pessoais, memórias e aspectos subjetivos que permeiam cada contexto. Nesse sentido, não basta oferecer informações em saúde: é preciso gerar sentido, ou seja, transformar aquilo que é informado em algo que possa ser integrado à vida daquela pessoa, naquele momento específico de sua trajetória. Não basta acionar protocolos de acolhimento: é necessário estar presente com inteireza, abrir espaço para a dúvida, para o silêncio, para a emoção e aceitar que há momentos em que a informação mais potente é aquela que escuta, e não a que fala (Quemelo *et al.*, 2017).

2. O que são rótulos alimentares e por que eles existem

Os rótulos alimentares são instrumentos de comunicação entre a indústria e o consumidor, contendo informações obrigatórias sobre a composição, origem, validade e valor nutricional dos produtos alimentícios (Anvisa, 2020). Sua função principal é garantir a transparência o direito à informação, previsto no Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990).

A rotulagem nutricional constitui uma importante estratégia de saúde pública, pois permite à população escolher alimentos mais saudáveis, contribuindo para seu conhecimento e autonomia. Ela apresenta informações precisas e objetivas à população (Figura 2). Além de atender às exigências legais, os rótulos exercem uma função educativa, ao possibilitar que o consumidor faça escolhas alimentares alinhadas às suas necessidades nutricionais e condições de saúde. A clareza das informações no rótulo é considerada um fator determinante para o letramento alimentar, influenciando diretamente o comportamento de compra (Campos; Doxey; Hammond, 2011).

Figura 2 – Rotulagem nutricional – uma ferramenta essencial para a informação dos consumidores.



Fonte: Ministério da Saúde (2022).

No Brasil, a rotulagem de alimentos é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Resolução RDC nº 429/2020 e da instrução normativa IN nº 75/2020, que estabeleceram novos padrões de rotulagem nutricional, incluindo a rotulagem frontal obrigatória. Essas normas determinam a presença do selo de advertência frontal e alterações na apresentação da tabela de composição nutricional para todos os alimentos embalados que se enquadrem nos parâmetros definidos pela resolução, principalmente para destacar altos teores de açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio (Anvisa, 2020). Essas mudanças têm como objetivo facilitar a compreensão e a comparação entre produtos, além de reduzir a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão.

3. Principais componentes de um rótulo alimentar

A leitura e interpretação dos rótulos requerem conhecimento sobre os principais componentes que os compõem. Cada elemento tem uma função específica e, quando compreendido de forma crítica, auxilia o consumidor a fazer escolhas mais saudáveis.

Lista de ingredientes: Deve constar no rótulo a lista completa dos ingredientes do produto, informados em ordem decrescente de proporção, ou seja, do ingrediente presente em maior quantidade para o de menor (Brasil, 2003). Essa lista deve ser precedida da expressão "Ingredientes:" ou, na forma abreviada, "Ingr.". Produtos

constituídos de um único ingrediente, como arroz, açúcar, ovos e mel, estão dispensados dessa exigência. Quando for utilizado um ingrediente composto (constituído por dois ou mais componentes), como em um biscoito com recheio de goiabada, esse ingrediente deve ser declarado na lista, acompanhado, entre parênteses, de seus componentes em ordem decrescente de proporção: goiabada (goiaba, açúcar, acidulante ácido cítrico).

É importante declarar a água na lista de ingredientes, exceto quando ela fizer parte de salmouras, xaropes, caldas ou molhos já identificados como ingredientes compostos. Também é obrigatório informar nos rótulos quando o alimento contém corantes artificiais.

Nesses casos, é obrigatória a declaração “Colorido Artificialmente” e a identificação específica do corante, conforme o art. 13 do Decreto-Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969. Essas informações são essenciais para identificar aditivos, conservantes e alergênicos, além de avaliar o grau de processamento dos alimentos. Ingredientes como xarope de glicose, gordura vegetal hidrogenada ou realçador de sabor podem indicar baixo valor nutricional (Monteiro *et al.*, 2019)."

Tabela nutricional: Descreve a quantidade de energia e nutrientes presentes na porção indicada, incluindo carboidratos, proteínas, gorduras, fibras, sódio e açúcares. Segundo a Anvisa (RDC nº 429/2020), a tabela nutricional deve apresentar valores por porção e por 100 g ou 100 ml, facilitando a comparação entre produtos. As porções utilizadas nas tabelas são definidas pela IN 75/2020, que estabelece pesos para diferentes tipos e categorias de alimentos, garantindo padronização e evitando distorções nos valores nutricionais.

Com a publicação da RDC nº 429/2020, houve também melhorias visuais na tabela nutricional. Ela deve apresentar fundo branco e letras pretas, com fonte, tamanho e espaçamento padronizado para facilitar a visualização dos valores. Essa padronização impede o uso de letras muito pequenas ou cores que dificultem a interpretação dos dados.

Informações sobre alergênicos: Desde a RDC Nº26/2015, tornou-se obrigatória a declaração clara e destacada de substâncias que causam alergias alimentares. Essa norma define quais elementos são considerados alergênicos e padroniza forma de apresentação. Tal medida representa um avanço importante na segurança alimentar e a inclusão social (Brasil, 2016).

A declaração de alergênicos é obrigatória apenas para alimentos embalados fora da presença do consumidor e que não sejam vendidos no local de produção. Para esses tipos de alimentos essa declaração se torna opcional.

Selos e certificações: São símbolos que informam características especiais do produto, como 'orgânico', 'baixo sódio', 'vegano' ou 'livre de transgênicos'. Tais selos refletem compromissos ambientais e nutricionais da indústria (Silva *et al.*, 2021). Esses selos devem ser usados apenas quando a característica não é inerente ao produto. No Quadro 1, apresentamos os principais selos e certificações.

Quadro 1 - Principais Selos e Certificações na área de alimentos.

CATEGORIA	SELO / CERTIFICAÇÃO	RESPONSÁVEL / BASE LEGAL	APLICAÇÃO / OBSERVAÇÃO
Oficiais Regulados e	Orgânico Brasil (SISORG)	Alimentos orgânicos e bebidas MAPA – Lei nº 10.831/2003	Garante produção sem agrotóxicos e com práticas sustentáveis
IBD Orgânico	Instituto Biodinâmico / MAPA	Produtos orgânicos e exportações	Reconhecimento internacional
Sem Glúten / Contém Glúten	Anvisa – RDC nº 26/2015	Todos os alimentos industrializados	Obrigatório declarar presença ou ausência
Sem Lactose / Baixo Teor de Lactose	Anvisa – RDC nº 135/2017	Laticínios derivados e	Determina limite de lactose por 100 g/ml
Baixo Sódio / Diet / Light	Anvisa – RDC nº 54/2012	Alimentos com alegações nutricionais	Regula os teores de nutrientes

Fonte: elaborado pelos autores

Não podem ser colocadas em destaque características inerentes ao produto, como por exemplo estampar em destaque num óleo de soja que não contém gordura trans, sendo que todo óleo de soja, por padrão, já não contém esse tipo de gordura. Na Figura 3, apresentamos modelos de advertências nutricionais.

Figura 3 - Modelos de advertência nutricional frontal, segundo a RDC nº 429/2020 e IN nº 75/2020 da Anvisa.



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2020).

4. Como interpretar a tabela nutricional

A tabela nutricional é uma ferramenta essencial para a compreensão da composição dos alimentos e promover escolhas alimentares informadas. Ela apresenta informações sobre o valor energético e a quantidade de nutrientes presentes em uma porção do produto, permitindo ao consumidor avaliar sua adequação às necessidades dietéticas individuais.

4.1 Porções e medidas caseiras

A interpretação correta da tabela nutricional começa pela compreensão da porção indicada, que é a quantidade do alimento para a qual os valores nutricionais são calculados. Essa informação é essencial, pois o consumo real pode ser superior ou inferior à porção indicada, alterando a ingestão total de nutrientes e, consequentemente, os valores informados (Anvisa, 2020).

4.2 Valor energético e nutrientes principais

O valor energético é expresso em calorias (kcal) e indica a quantidade de energia fornecida pelo alimento. A tabela apresenta os macronutrientes (carboidratos, proteínas e gorduras), fundamentais para o funcionamento do organismo. Compreender esses valores auxilia na escolha de alimentos que atendam às necessidades energéticas e nutricionais individuais (BRASIL, 2020).

4.3 Açúcares, gorduras, sódio e fibras

É essencial observar a quantidade de açúcares, gorduras saturadas, sódio e fibras alimentares presentes no produto. O consumo excessivo desses componentes está associado a maior risco de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes tipo 2, hipertensão e doenças cardiovasculares. A leitura cuidadosa desses itens contribui para escolhas alimentares mais saudáveis (Louzada *et al.*, 2015).

A RDC 49/2020 trouxe uma atualização importante sobre açúcares: todo produto deve apresentar, abaixo da linha de carboidrato, os valores de açúcares totais e açúcares adicionados.

Os açúcares totais incluem todos os monossacarídeos e dissacarídeos presentes no alimento, sejam naturais ou adicionados durante o processamento. Não há valores de referência de consumo para esse tipo de açúcar.

Já os açúcares adicionados correspondem a todos os monossacarídeos e dissacarídeos incorporados durante o processamento do alimento, como açúcar da cana, mel, glicose, entre outros. Esses açúcares são intencionalmente incluídos na formulação do produto. Existe um valor de referência para o consumo desses açúcares. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), ingestão de açúcares adicionados (ou açúcares livres) deve representar, no máximo, 10% do valor calórico total diário. Para um adulto com dieta média de 2.000 calorias, isso equivale a aproximadamente 50 gramas de açúcar por dia.

4.4 Nutrientes que devem ser reduzidos ou aumentados

A tabela nutricional também pode indicar a porcentagem do valor diário recomendado (%VD) para cada nutriente. Nutrientes como fibras alimentares, potássio e vitaminas D e C devem ser consumidos em quantidades adequadas, enquanto o consumo de sódio, gorduras saturadas e açúcares adicionados deve ser limitado. Observar essas

informações auxilia na manutenção de uma dieta equilibrada e na prevenção de doenças (BRASIL, 2020).

Apesar de sua importância, minerais e vitaminas só podem estar presentes na tabela nutricional se estiverem presentes em quantidade superior a 5% do valor de referência por porção do produto. Essa determinação visa impedir que produtos com quantidades insignificantes desses nutrientes os incluam na tabela como estratégia de diferenciação dos concorrentes.

O Quadro 2 menciona características importantes dos nutrientes.

Quadro 2 – Características que descrevem a importância dos nutrientes.

A importância dos nutrientes
Gordura: fornece energia e nutrientes ao corpo. No entanto, o consumo excessivo ou em grandes quantidades de certos tipos de gordura, como gordura saturada e gordura trans, pode aumentar o risco de doenças cardíacas e diabetes tipo 2.
Colesterol: o corpo produz a maior parte do colesterol necessário, mas também obtém uma parte por meio dos alimentos que você consome. O colesterol é essencial para a composição das células e para a produção de hormônios. Contudo, níveis elevados de colesterol no sangue podem levar a ataque cardíaco ou derrame.
Sódio: é um mineral presente no sal de cozinha (cloreto de sódio) e em diversos alimentos industrializados. Ele auxilia no equilíbrio dos líquidos corporais e na função muscular e nervosa. Porém, o consumo excessivo pode aumentar o risco de hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares.
Carboidratos: fornecem energia para os músculos e o cérebro. Açúcar e fibra são dois tipos de carboidrato listados na tabela de informações nutricionais.
Proteína: fundamental para a formação de músculos, ossos e dentes.
Vitamina A: mantém a pele e a visão saudáveis. Vitamina C: fortalece o sistema imunológico, auxilia na produção de colágeno e na cicatrização, protege as células contra radicais livres e favorece a absorção de ferro.
Minerais: o cálcio fortalece os ossos e dentes e pode prevenir a osteoporose. O ferro ajuda as células vermelhas do sangue a transportar oxigênio pelo corpo.

Fonte: elaborado pelos autores.

5. Rótulos e escolhas saudáveis

A análise crítica dos rótulos alimentares é uma estratégia eficaz para promover escolhas alimentares saudáveis e conscientes. Os rótulos fornecem informações detalhadas sobre a composição dos alimentos, permitindo ao consumidor avaliar sua adequação às necessidades nutricionais individuais.

5.1 Como comparar produtos similares

Ao comparar produtos similares, é importante considerar não apenas o valor energético, mas também a quantidade e a qualidade dos nutrientes presentes. Produtos com menor teor de sódio, gorduras saturadas e açúcares adicionados são preferíveis. Além

disso, a presença de fibras alimentares, vitaminas e minerais deve ser valorizada, pois contribuem para a qualidade nutricional do alimento e, consecutivamente, para melhor nível de saciedade e equilíbrio (Louzada *et al.*, 2015).

5.2 Identificando ingredientes ultraprocessados

Os alimentos ultraprocessados são formulações industriais produzidas a partir de substâncias derivadas de alimentos e aditivos, com pouco ou nenhum alimento *in natura* em sua composição. São caracterizados por apresentarem **alta densidade energética, excesso de açúcares, gorduras saturadas e sódio**, além de conterem corantes, aromatizantes e conservantes que aumentam a durabilidade e a atratividade sensorial do produto (Monteiro *et al.*, 2019).

O consumo frequente desses alimentos tende a substituir preparações caseiras e produtos frescos, reduzindo a ingestão de fibras, vitaminas e minerais essenciais. Além do impacto nutricional, a **alta disponibilidade e o marketing agressivo** exercem grande influência sobre o comportamento alimentar, especialmente entre crianças e adolescentes. Estudos indicam que o consumo precoce de ultraprocessados está associado ao aumento da preferência por sabores artificiais, levando à perda do paladar natural por alimentos *in natura* e minimamente processados (Louzada *et al.*, 2015). Essa mudança de padrão alimentar contribui para o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sobrepeso, desde a infância, configurando um importante problema de saúde pública.

Como estratégia de enfrentamento, políticas públicas de **rotulagem nutricional e educação alimentar e nutricional** têm sido implementadas. A nova rotulagem frontal aprovada pela Anvisa, em 2020, por exemplo, visa facilitar a identificação de produtos com altos teores de açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio, auxiliando o consumidor em escolhas mais conscientes. A promoção de ambientes alimentares saudáveis, o incentivo à agricultura familiar e a valorização da culinária tradicional também são medidas fundamentais para reduzir a dependência de ultraprocessados e fortalecer a segurança alimentar e nutricional da população brasileira (MONTEIRO *et al.*, 2019, BRASIL, 2020)

5.3 Reconhecendo “armadilhas” do marketing nutricional

O marketing nutricional influencia significativamente as escolhas alimentares por meio de alegações como “baixo teor de gordura” ou “rico em fibras”. Todavia, tais alegações podem induzir a uma percepção equivocada de saudabilidade, pois o produto pode conter outros componentes em quantidades prejudiciais à saúde. A análise crítica do rótulo completo, incluindo lista de ingredientes e tabela nutricional, é essencial para evitar essas armadilhas (Louzada *et al.*, 2015).

Produtos *light*, *diet*, zero ou com alterações para redução ou eliminação de algum nutriente devem ser avaliados com cautela, pois, para manter as características sensoriais, muitas vezes são adicionados outros elementos, como estabilizantes e corantes. Por exemplo, muitos produtos zero açúcares apresentam quantidades elevadas de sódio, devido à adição de edulcorantes artificiais à base de sódio.

Outro ponto de atenção são os açúcares adicionados, que podem aparecer com diferentes nomes, como dextrose, maltose ou xarope de milho. Apesar da nomenclatura distinta, todos são açúcares e seu consumo excessivo pode prejudicar a saúde. A interpretação do rótulo deve considerar tanto a lista de ingredientes, quanto a tabela nutricional, onde os açúcares adicionados estarão sempre indicados.

6. Guia alimentar para a população brasileira: contexto e diretrizes

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, recomenda que os governos elaborem e atualizem periodicamente diretrizes nacionais sobre alimentação e nutrição, considerando mudanças nos hábitos alimentares, condições de saúde da população e avanços científicos (WHO, 2004). Essas diretrizes têm como objetivo apoiar as ações de educação alimentar e nutricional e subsidiar políticas públicas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (Monteiro *et al.*, 2015).

A formulação de guias alimentares insere-se no contexto das ações intersetoriais destinadas a melhorar os padrões de alimentação e nutrição das populações, contribuindo para o fortalecimento da segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2014). Nesse sentido, a OMS recomenda que os governos ofereçam informações acessíveis e compreensíveis à população, respeitando as especificidades culturais e promovendo a adoção de práticas alimentares mais saudáveis (WHO, 2004).

No Brasil, as ações de promoção da saúde e segurança alimentar são coordenadas pelo Ministério da Saúde, que publicou, em 2006, o Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável. Esse documento representou um marco de referência para indivíduos, famílias, gestores públicos e profissionais de saúde na promoção da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2006).

Em consonância com as recomendações internacionais de atualização periódica das orientações alimentares, o Ministério da Saúde iniciou, em 2011, o processo de revisão do Guia Alimentar para a População Brasileira. Essa atualização foi incluída como meta do Plano Plurianual e do I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, ambos referentes ao período de 2012 a 2015 (BRASIL, 2014).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (Figura 4) configura-se como uma das principais estratégias para a implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável, integrante da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A alimentação adequada e saudável é reconhecida como um direito humano fundamental, que pressupõe o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer outras necessidades essenciais (BRASIL, 2012). Esse direito também considera aspectos culturais, sociais e biológicos do indivíduo, devendo respeitar as dimensões de gênero, raça e etnia, além de ser economicamente acessível e ambientalmente sustentável (Maluf *et al.*, 2015).

A diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável compreende um conjunto de estratégias intersetoriais que visam possibilitar aos indivíduos e coletividades a adoção de práticas alimentares apropriadas e sustentáveis. Trata-se de uma prioridade da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cuja implementação deve envolver gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), em parceria com outros setores e com a participação ativa da comunidade (BRASIL, 2015).

Figura 4 - Capa do Guia Alimentar para População Brasileira.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

7. Letramento em Saúde e a compreensão da rotulagem nutricional no contexto brasileiro

A efetividade das políticas de rotulagem nutricional depende diretamente do nível de Letramento em saúde da população. No Brasil, estudos têm demonstrado que, embora a maioria dos consumidores reconheça a importância das informações contidas nos rótulos, poucos conseguem interpretá-las de forma adequada para orientar suas escolhas alimentares (Machado *et al.*, 2022). Tal dificuldade está associada não apenas à complexidade técnica dos termos utilizados, mas também às desigualdades educacionais

e socioeconômicas historicamente presentes no país, que influenciam o acesso ao conhecimento e às práticas de autocuidado (Menezes *et al.*, 2022).

Letramento em saúde, portanto, não deve ser compreendido como uma habilidade exclusivamente individual, mas como uma construção social que reflete as oportunidades de aprendizagem às quais as pessoas têm acesso ao longo da vida. Ambientes alimentares desfavoráveis, estratégias de marketing agressivas e a ampla disponibilidade de alimentos ultraprocessados constituem barreiras adicionais à tomada de decisão informada, reforçando a necessidade de políticas públicas integradas que considerem o contexto real em que o consumidor realiza suas escolhas (Carbone; Zoellner, 2012; Monteiro *et al.*, 2019).

Nesse sentido, iniciativas governamentais de educação alimentar e nutricional desempenham um papel estratégico ao criar oportunidades educativas acessíveis e culturalmente adequadas. O Guia Alimentar para a População Brasileira, por exemplo, ao adotar uma abordagem baseada no grau de processamento dos alimentos, favorece uma compreensão mais intuitiva e prática sobre o que constitui uma alimentação saudável, independentemente do conhecimento técnico sobre nutrientes específicos (Brasil, 2014; Monteiro *et al.*, 2015). Essa abordagem dialoga diretamente com a necessidade de aprimorar o letramento crítico, que envolve a capacidade de questionar práticas alimentares, identificar interesses comerciais e avaliar riscos associados ao consumo de determinados produtos (Nutbeam, 2000; Sorensen *et al.*, 2012).

Outro ponto crucial refere-se à rotulagem frontal, que busca reduzir barreiras cognitivas por meio de elementos visuais simples e diretos. Evidências mostram que sistemas de advertência, como o modelo adotado no Brasil em 2020, aumentam a percepção de risco e facilitam a identificação de produtos com excesso de nutrientes críticos, mesmo entre pessoas com menor escolaridade (Machado *et al.*, 2022). Essa característica torna a rotulagem frontal uma ferramenta democratizadora de acesso à informação, alinhada aos princípios da equidade em saúde.

Apesar dos avanços normativos, desafios persistem no que se refere à adesão das indústrias, à fiscalização e ao combate à veiculação de alegações nutricionais potencialmente enganosas. Para que a rotulagem cumpra plenamente sua função social, é necessário que as informações disponibilizadas sejam compreensíveis, padronizadas e apresentadas de forma transparente, evitando ambiguidades que possam beneficiar interesses comerciais em detrimento da saúde pública (Campos; Doxey; Hammond, 2011).

Além disso, ampliar o letramento em saúde requer ações que ultrapassem a mera transmissão de informações. Estratégias pedagógicas participativas, intervenções comunitárias, oficinas de educação alimentar, atividades em escolas e unidades de saúde são fundamentais para transformar conhecimento em prática cotidiana. Tais ações, quando articuladas com políticas públicas estruturantes, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e as iniciativas de agricultura familiar, fortalecem a soberania e a segurança alimentar das populações, promovendo autonomia e escolhas mais saudáveis (Gomes *et al.*, 2021).

Dessa forma, compreender a relação entre Letramento em saúde e rotulagem nutricional implica reconhecer que o ato de ler não se limita a decodificar palavras, mas envolve processos cognitivos, sociais e culturais complexos. A capacidade de interpretar criticamente um rótulo é resultado de um conjunto de fatores que incluem acesso à educação, familiaridade com práticas culinárias, cultura alimentar, experiência prévia e

qualidade das informações ofertadas. Assim, promover a letramento em saúde significa investir na construção de ambientes alimentares que favoreçam a aprendizagem, a autonomia e a equidade.

8. Considerações Finais

O Letramento em saúde representa um pilar essencial para a promoção da qualidade de vida e a prevenção de doenças. Quando aplicado ao contexto alimentar, possibilita que o indivíduo compreenda criticamente as informações nutricionais disponíveis nos rótulos, transformando esse conhecimento em escolhas alimentares mais conscientes e equilibradas. Essa capacidade de interpretação e ação contribui diretamente para a redução dos riscos de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares, evidenciando o impacto positivo da educação em saúde sobre os hábitos diários.

Além disso, o letramento em saúde ultrapassa o âmbito individual, promovendo uma visão ampla e responsável sobre o ato de se alimentar. Ao incentivar a alimentação consciente e sustentável, contribui para um comportamento alimentar que valoriza não apenas o bem-estar pessoal, mas também os aspectos sociais e ambientais envolvidos na produção e no consumo de alimentos. Assim, investir em estratégias que ampliem o letramento em saúde é fundamental para formar cidadãos mais críticos, autônomos e comprometidos com a própria saúde, seu bem-estar e com a sustentabilidade ambiental.

Referências

ALVES, P. C. Importância do letramento em saúde na prevenção e controle de doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento em saúde. *Unicintífica*, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2022.

ANVISA. *Resolução RDC nº 429/2020 e Instrução Normativa nº 75/2020*. Brasília: ANVISA, 2020.

ANVISA. Tabela de informação nutricional: relação padronizada do conteúdo energético, de nutrientes e de substâncias bioativas presentes no alimento. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/educacaoepesquisa/webinar/alimentos/arquivos/apresentacao-we-48-21-a-tabela-de-informacoes-nutricionais.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.305, de 4 de julho de 2016. *Informação sobre alergênicos*. DOU, 2016.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. *Código de Defesa do Consumidor*. DOU, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 26, de 02 de julho de 2015*. Dispõe sobre os requisitos para rotulagem obrigatória dos principais alimentos que causam alergias alimentares. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPOS, S.; DOXEY, J.; HAMMOND, D. Nutrition labels on pre-packaged foods. *Public Health Nutrition*, 14(8), 1496–1506, 2011.

- CARBONE E. T.; ZOELLNER J. M. Nutrition and health literacy: a systematic review. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112(2):254-65.
- CARBONE, E. T.; ZOELLNER, J. M. Nutrition and health literacy: a systematic review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(2), 254–265, 2012.
- GOMES, A. P. *et al.* Letramento em saúde e comportamento alimentar: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Promoção da Saúde*, 34, e10591, 2021.
- GRANDO, Katlen Böhm. O Letramento a partir de uma perspectiva teórica: origem do termo, conceituação e relações com a escolarização. In: IX Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. 2012, Caxias do Sul-RS. *Anais*. Caxias do Sul-RS: Universidade de Caxias do Sul-RS, 2012
- LOUZADA, M. L. C. *et al.* Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, p. 38, 2015.
- MACHADO P. P.; CLARO R. M.; CANELLA D. S.; SARTI F. M.; LEVY R. B. Efeitos da nova rotulagem nutricional frontal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2022;38(12):e00237121.
- MACHADO, P. P. *et al.* Efeitos da nova rotulagem nutricional frontal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(12), e00237121, 2022.
- MENEZES A. F.; SANTOS A. O. C.; OLIVEIRA J. S.; ALMEIDA L. S. A enfermagem diante do letramento em saúde, alimentação e doenças crônicas transmissíveis em pessoas idosas: revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*. 2022;11(5):e48211528368.
- MENEZES, A. F. *et al.* A enfermagem diante do letramento em saúde, alimentação e doenças crônicas não transmissíveis em pessoas idosas: revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, e48211528368, 2022.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* A nova classificação dos alimentos segundo o grau de processamento. *Cad. Saúde Pública*, 35(6), e00049019, 2019.
- NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267, 2000.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), World Health Organization (OMS). *Ingestão de açúcares para adultos e crianças*. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/NOTA-DIRECTRIZ-AZUCAR-POR-EDITADO.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2025.
- PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am. J. Health Behavior*, 31 (Suppl 1), S19–S26, 2007.
- QUEMELO, P. R. V. *et al.* Literacia em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00179715>
- SILVA, R. B. *et al.* Certificações e selos de qualidade na indústria alimentícia. *Revista de Administração e Inovação*, 18(3), 230–245, 2021.
- SOARES, Magda. *Letramento: um tema em três gêneros*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

SORENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review. *BMC Public Health*, 12(1), 80, 2012.

SOUZA, Aguida Pereira de; SALVIANO, Joelma da Silva; SOARES, Maria Gabriela Sousa; CRUZ, Silvânia Maria da Silva Amorim. Letramento escolar: ultrapassando os muros da escola. *Revista Educação Pública*. v. 22, n. 4, fev. 2022. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/22/4/letramento-escolar-ultrapassando-os-muros-da-escola>. Acesso em: 11 out. 2025.



Capítulo 4

Protagonismo em saúde: como as escolhas diárias podem empoderar a população

Anna Laura Barreto¹¹

Lucas de Alvarenga Furtado¹²

Alexandre de Paiva Luciano¹³

Rodrigo Augusto Foganholi da Silva¹⁴

Marina Amaral¹⁵

1. Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos principais desafios para a saúde pública mundial, sendo responsáveis por aproximadamente 75% das mortes globais e por grande parte dos anos vividos com incapacidade. Embora avanços tecnológicos tenham ampliado a capacidade diagnóstica e terapêutica, fatores comportamentais modificáveis, como alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo, consumo abusivo de álcool e baixa adesão às práticas preventivas permanecem entre os principais determinantes dessas enfermidades (World Health Organization, 2025a; Brasil, 2021).

Nesse cenário, a promoção da saúde ultrapassa o modelo biomédico centrado no tratamento das doenças e passa a valorizar estratégias capazes de fortalecer a autonomia dos indivíduos na tomada de decisões relacionadas ao próprio cuidado. Essa perspectiva está alinhada ao conceito de protagonismo em saúde, entendido como a participação ativa das pessoas na construção de hábitos saudáveis e no gerenciamento de sua saúde, fundamentado pelo empoderamento e pelo letramento em saúde (Lopes, 2015; Nutbeam, 2000).

O letramento em saúde representa a capacidade de acessar, compreender, avaliar e utilizar informações para tomar decisões que favoreçam a manutenção da saúde ao longo da vida. Evidências demonstram que indivíduos com maiores níveis de letramento apresentam melhor adesão às recomendações de alimentação saudável, prática regular de atividade física, prevenção de doenças e utilização dos serviços de saúde, refletindo em melhores indicadores de qualidade de vida e menor ocorrência de hospitalizações (Berkman *et al.*, 2011; Sørensen *et al.*, 2015; World Health Organization, 2024b).

Apesar da ampla disponibilidade de informações em saúde, observa-se que parcela significativa da população ainda encontra dificuldades para transformar conhecimento em comportamento. Aspectos socioeconômicos, culturais, educacionais e ambientais interferem diretamente na adoção de hábitos saudáveis, evidenciando que o fortalecimento do protagonismo em saúde depende tanto da responsabilidade individual quanto da criação de ambientes favoráveis, por meio de políticas públicas, educação em saúde e ações intersetoriais (Cevik; Kayabek, 2022; Nadal *et al.*, 2024).

¹¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – UNITAU.

¹² Mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – UNITAU

¹³ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – UNITAU.

¹⁴ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – UNITAU.

¹⁵ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – UNITAU.

2. Protagonismo em saúde: empoderamento e letramento em saúde

Por meio de uma pesquisa rápida com o uso de palavras-chave como: “empoderamento, assistência à saúde, antropologia da saúde” em um sistema de buscadores on-line como o SciELO, uma das principais ferramenta de busca para ciências da saúde e sociais na América Latina, verificamos que protagonismo é “a qualidade de exercer papel principal de iniciativa e responsabilidade pelas próprias ações e decisões”. Então, unir “protagonismo” e “empoderamento” em um tópico sobre saúde ultrapassa a lógica biomédica tradicional, colocando o indivíduo e o coletivo no centro do cuidado a partir de escolhas diárias que sustentam saúde e qualidade de vida, uma ideia que tem se fortalecido no meio científico (Lopes, 2015).

Revisões recentes destacam como pilares da Medicina do Estilo de Vida a nutrição baseada em alimentos in natura, a atividade física regular, as redes de apoio social e a regulação emocional, que fundamentam tanto o desenvolvimento de intervenções estruturadas quanto a produção de evidências científicas, com resultados expressivos na redução de fatores de risco cardiometabólicos e na melhoria de desfechos populacionais (Lippman *et al.*, 2024; Pikula *et al.*, 2024).

O processo de empoderamento e letramento possibilita que as pessoas compreendam os efeitos de suas decisões cotidianas e se sintam capazes de transformá-las em benefício próprio e da comunidade. O desenvolvimento do letramento em saúde requer: informação, educação, iniciativa e consciência do indivíduo, sem mais delegar esses cuidados ou responsabilidade a médicos ou à indústria farmacêutica (Nutbeam, 2000).

O fortalecimento da autonomia em saúde requer mudanças sociocomportamentais e estruturais na sociedade, uma vez que fatores como: idade, estado civil, escolaridade, hábito de leitura, renda, área em que reside, presença de comorbidades como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e compreensão das informações de saúde, são fatores que influenciaram uma pesquisa da relação de qualidade de vida por meio de um questionário Health Literacy Scale (HLS), em uma pesquisa na Turquia, conduzida por Cevik *et al.* 2022, em que um terço dos 595 participantes, teve escores inadequados, com a maior parte deles residentes de áreas semiurbanas. Essa pesquisa demonstra que para manter hábitos preventivos, como metas planejadas e suporte social, é necessário oferecer um caminho de transformação sociocultural, em que a saúde passe a ser compreendida nos diversos ambientes e pelos diferentes indivíduos, como uma construção coletiva, sustentada pelo poder de decisões simples e consistentes (Nadal *et al.*, 2024). Uma dessas técnicas de autonomia vai ao encontro do letramento, que engloba desde a leitura dos rótulos dos alimentos que estão nas prateleiras dos supermercados até a expertise de saber escolher as melhores fontes de nutrição.

2.1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A incapacidade de ler ou compreender os rótulos dos alimentos consumidos representa um obstáculo ao empoderamento em saúde. Isso porque grande parte dos agravos relacionados às DCNT está vinculada ao acesso a direitos fundamentais, como alfabetização, informação, serviços públicos, bens, emprego e renda, além da possibilidade de realizar escolhas favoráveis à saúde. As DCNT são enfermidades de longa duração que não se transmite de pessoa para pessoa e, conforme o Ministério da Saúde (2021), estão entre os principais problemas de saúde pública e causas de morte do Brasil e do mundo. DCNT incluem, principalmente, doenças cardiovasculares, câncer e diabetes (Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2021).

O consumo de alimentos industrializados e/ou ultraprocessados contendo açúcares, sódio, gordura em excesso, muitas vezes são causados pela conveniência e praticidade dos produtos de prateleira que compõem os mercados atualmente, representando um convite ao mecanismo de prazer imediato, mediado pela dopamina e pela recompensa momentânea. Esse mecanismo, quando desregulado, agrava o aparecimento de “doenças silenciosas” (doenças cardiovasculares, diabetes, doenças renais crônicas, diferentes tipos de câncer), associadas às principais causas de mortes prematuras evitáveis no Brasil. Os hábitos alimentares não saudáveis, bem como o sedentarismo, o consumo de álcool e o tabagismo são fatores comportamentais determinantes para o adoecimento por DCNT. As escolhas comportamentais da população são modificáveis de acordo com a cultura e moldados por ações governamentais que regulamentam e reduzem, por exemplo, a comercialização, o consumo e exposição de produtos danosos à saúde (Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2021).

O aparecimento das DCNT gera um custo significativo ao sistema de saúde devido às despesas relacionadas ao tratamento dessas patologias, que afetam inclusive o trabalhador, uma vez que a economia perde uma força de trabalho produtiva dos indivíduos acometidos pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O impacto financeiro é de bilhões de reais somente no Brasil, prejudica diversos setores da economia, e traz um questionamento acerca de estratégias para investimentos na prevenção e tratamento de hábitos saudáveis, que são fundamentais para reduzir as DCNT na população brasileira (Nilson *et al.*, 2020). Trata-se de um desafio global, em que cerca de 74% das mortes do mundo são causadas por DCNT, em sua grande maioria, em países de baixa e média renda. De acordo com, *World Health Statistics 2023*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) projeta que, se as tendências atuais continuarem, cerca de 86% das mortes globais, em 2048, serão atribuídas às DCNT. São números que refletem a gravidade da situação e demonstram a emergência de ações eficazes nas políticas públicas. No Brasil, essas doenças tendem a acometer pessoas com menor renda e baixa escolaridade (Tavares *et al.*, 2016; World Health Organization, 2022a, 2023). Esse ambiente favorável para o não desenvolvimento de complicações implicam restrições alimentares, macro e micronutrientes, uso de medicações diárias, monitoramento de glicemia e pressão arterial, bem como limitações em atividades diárias. As DCNT aumentam a demanda por serviços de saúde e reduzem a capacidade de geração de renda de forma independente (Souza *et al.*, 2020).

Segundo a OMS, as DCNT constituem um dos maiores desafios globais de saúde pública. Em 2021, pelo menos 43 milhões de pessoas morreram por DCNT, representando 75% de todas as mortes não relacionadas à pandemia no mundo. Desse total, 18 milhões de indivíduos morreram antes dos 70 anos, sendo que 82% desses óbitos prematuros ocorreram em países de baixa e média renda, que também concentram 73% de todas as mortes por DCNT. As doenças cardiovasculares foram responsáveis pelo maior número de óbitos, com cerca de 19 milhões, seguidas pelos cânceres (10 milhões), doenças respiratórias crônicas (4 milhões) e diabetes (mais de 2 milhões), incluindo mortes por doença renal associada (World Health Organization, 2025a).

As doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, cardiopatias, cânceres, dislipidemias e seus agravos são responsáveis por mais da metade das mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis e 11,5% decorrentes de agravos (Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não

Transmissíveis, 2021). No Plano Nacional de Saúde 2024-2027, o Ministério da Saúde reconhece que a mortalidade proporcional por DCNT, em 2021, foi de 41,7%, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), evidenciando uma queda proporcional em relação a anos anteriores, o que pode estar parcialmente ligado ao impacto da COVID-19 sobre outras causas de óbitos (Brasil; Ministério da Saúde, 2024).

Por exemplo, em 2018, internações relacionadas à hipertensão, diabetes e obesidade representaram cerca de 16% do total de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), cerca de 1,8 milhões de internações, com um custo operacional de aproximadamente R\$3,8 bilhões. Estima-se que o custo operacional somando programas públicos como Programa Farmácia Popular, custos ambulatoriais, dentre outros, o total do custo atribuído a essas doenças no Brasil foi cerca de 3,5 bilhões (Nilson *et al.*, 2020).

Ao longo dos últimos 20 anos, o financiamento de saúde universal da OMS tem piorado, com 2 bilhões de pessoas enfrentando dificuldades financeiras e 1,3 bilhão sendo empurradas para a pobreza devido a gastos com saúde, reforçando que populações vulneráveis frequentemente não têm acesso a serviços e produtos de saúde de qualidade e enfrentam estigma e discriminação (World Health Organization, 2024a). Todos os anos, 100 milhões de pessoas são mergulhadas na pobreza devido a gastos privados com saúde. Além disso, populações carentes e marginalizadas frequentemente não têm acesso a informações, serviços e produtos de saúde de qualidade e enfrentam estigma e discriminação no sistema de saúde (Nações Unidas Brasil, 2019).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas, por meio da educação e letramento em saúde, apoiam indivíduos para ter maior controle sobre determinantes de saúde e comportamentos de risco, elementos que estão associados à redução de hospitalizações, menores custos com tratamentos prolongados e melhor qualidade de vida, de acordo com as evidências discutidas pela OMS e por revisões científicas de intervenções em saúde pública (Dos Reis; Noronha; Wajnman, 2016; Poureslami *et al.*, 2017; World Health Organization, 2024b). A promoção em saúde pode contribuir com ações e estratégias que visam melhorar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas e coletividades, atuando sobre os determinantes sociais da saúde, evitando a doença (World Health Organization, 2024b).

2.2. DCNT e suas correlações com a saúde bucal

A doença periodontal e a cárie dentária são condições multifatoriais, de curso prolongado, determinadas por fatores comportamentais, dietéticos, ambientais, sociais e biológicos, características que também definem as DCNT. Assim como as doenças crônicas, elas podem ser prevenidas, controladas e influenciadas pelo estilo de vida, especialmente no que diz respeito à nutrição, higiene e acesso à informação.

A cárie dentária compartilha fatores de risco com outras doenças crônicas e sistêmicas e hoje já está inserida em um contexto mais amplo de saúde que já a reconhece como uma DCNT. Orientações de pediatras para prevenção da obesidade infantil, por exemplo, são idênticas às recomendações odontológicas para prevenção da cárie: reduzir açúcar, priorizar alimentos naturais, estimular higiene adequada e evitar bebidas adoçadas. Assim, a cárie se insere no contexto mais amplo das condições de saúde que podem ser prevenidas por meio de estratégias integradas, que inclui promover hábitos alimentares mais saudáveis, identificar precocemente riscos e estimular práticas de cuidado que impactem positivamente tanto a saúde bucal quanto a saúde geral. Essa orientação também destaca a necessidade de apoiar estratégias que diminuam o consumo

de produtos açucarados, reconhecendo o papel central das bactérias na saúde bucal e sistêmica (Pitts *et al.*, 2021; Twetman, 2018).

Indivíduos com periodontite também têm maior predisposição a morbididades. A periodontite deixou de ser compreendida apenas como uma inflamação localizada nos tecidos de suporte dos dentes. Pesquisas das últimas décadas demonstram que a doença periodontal compartilha vias inflamatórias, metabólicas e imunológicas com diversas DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus (DM), artrite reumatoide, doença pulmonar obstrutiva crônica e condições inflamatórias intestinais (Villoria *et al.*, 2024). Esses achados revelam que a periodontite não se limita ao ambiente bucal, mas gera um estado sistêmico pró-inflamatório e pró-trombótico, eleva marcadores inflamatórios circulantes e pode contribuir para a progressão ou agravamento de outras doenças crônicas. Da mesma forma, sofrer de qualquer DCNT pode aumentar a suscetibilidade ao desenvolvimento ou à piora da periodontite, caracterizando um ciclo bidirecional de risco, em que a inflamação sistêmica atua como elo comum (Enteghad *et al.*, 2024; Villoria *et al.*, 2024).

A presença de hiperglicemia crônica aparece como importante fator de risco para a doença periodontal e para o desenvolvimento da doença cárie. Pacientes portadores de DM sem controle glicêmico apresentam piores condições periodontais, maior prevalência e gravidade da doença periodontal/peri-implantar, e, conseqüentemente, maior risco de perda dentária (Enteghad *et al.*, 2024).

As DCNT e doenças bucais apresentam etiologia multifatorial (genética + ambiente + comportamento + fatores sociais), envolvendo interação entre fatores ambientais, comportamentais e predisposição genética. Algumas condições possuem base genética bem estabelecida, como, por exemplo, a hipercolesterolemia familiar, caracterizada por mutações em genes relacionados ao metabolismo lipídico como os genes: APOB, que codifica a Apolipoproteína B e LDLR, que codifica o receptor de lipoproteína de baixa densidade (LDL-R), que aumentam significativamente o risco de doença cardiovascular precoce (Goldstein, 2019).

A alimentação inadequada, rica em açúcares livres, ultraprocessados e pobre em fibras e nutrientes anti-inflamatórios, está associada ao aumento do risco de obesidade, resistência à insulina, inflamação sistêmica e, também, ao desequilíbrio do biofilme bucal. Da mesma forma, padrões alimentares anti-inflamatórios e nutritivamente adequados podem exercer efeito protetor para o organismo como um todo, inclusive para os tecidos periodontais (Enteghad *et al.*, 2024; Moreno, 2025). Nesse ponto, o letramento alimentar e nutricional torna-se essencial: compreender rótulos, identificar alimentos saudáveis e reconhecer riscos associados ao consumo excessivo de açúcares e gorduras são habilidades que determinam escolhas diárias com impacto direto na saúde bucal e sistêmica.

Sob a perspectiva do letramento em saúde, a capacidade de acessar, compreender e aplicar informações sobre alimentação e autocuidado influencia diretamente a ocorrência de doenças crônicas sistêmicas e bucais. Evidências demonstram que baixos níveis de letramento estão associados a piores condições periodontais e maior prevalência de cárie dentária. Estudo observacional conduzido por (Baskaradoss, 2018), identificou associação significativa entre baixo letramento em saúde bucal e maior severidade de doença periodontal, mesmo após ajuste para variáveis socioeconômicas. De forma semelhante, investigações em cariologia indicam que cuidadores com menor letramento apresentam filhos com maior experiência de cárie, evidenciando impacto intergeracional.

Nesse contexto, estratégias educativas como: o ensino da leitura crítica de rótulos alimentares e da compreensão do teor de açúcares livres configuram intervenções estruturantes, capazes de reduzir carga inflamatória sistêmica, modular fatores de risco comuns e promover um cuidado integrado, fortalecendo o protagonismo e a autonomia em saúde.

A OMS estima que aproximadamente 3,5 bilhões de pessoas no mundo vivem com alguma forma de doença bucal, representando cerca de metade da população global (World Health Organization, 2022b). Essas condições incluem cárie dentária não tratada em dentes decíduos e permanentes, doença periodontal grave e edentulismo, que permanece como uma das principais causas de incapacidade bucal global (World Health Organization, 2022b). No que se refere especificamente ao edentulismo, a OMS indica que sua prevalência média global é de aproximadamente 7% entre adultos com 20 anos ou mais, refletindo o impacto cumulativo da cárie dentária e da doença periodontal ao longo da vida (World Health Organization, 2022b).

Esse cenário epidemiológico mostra que o letramento em saúde pode ser uma estratégia essencial de prevenção primária. Ao capacitar indivíduos para compreender rótulos alimentares, identificar o consumo excessivo de açúcares livres e realizar escolhas nutricionais conscientes, o letramento em saúde se alinha às recomendações da OMS para reduzir fatores de risco comuns às doenças não transmissíveis e promover ambientes que favoreçam a saúde bucal e sistêmica (World Health Organization, 2022b).

3. Hábitos de vida, fatores e indicadores de risco e proteção

As escolhas feitas no dia a dia, muitas vezes discretas e rotineiras, moldam nosso estilo de vida e refletem diretamente em nossa saúde. Cada decisão alimentar, a prática ou ausência de atividades físicas, o tempo de sono e a gestão do estresse são fatores que se acumulam e definem a qualidade de vida ao longo do tempo. Um estudo de (Berkman *et al.*, 2011) demonstrou que indivíduos com baixo letramento apresentam maior probabilidade de: pior qualidade da dieta, menor prática de atividade física, maior prevalência de tabagismo, pior capacidade de autogerenciamento de doenças crônicas, bem como maior risco de hospitalização. Um estudo europeu multicêntrico, guiado por (Sørensen *et al.*, 2015), corrobora com esses achados, demonstrando pior percepção do próprio estado de saúde dos participantes, além deles também apresentaram maior índice de massa corporal (IMC) em relação aos participantes que apresentavam maior letramento, que apresentam melhora em escolhas alimentares, adesão à atividade física e prevenção de doenças (World Health Organization, 2024b).

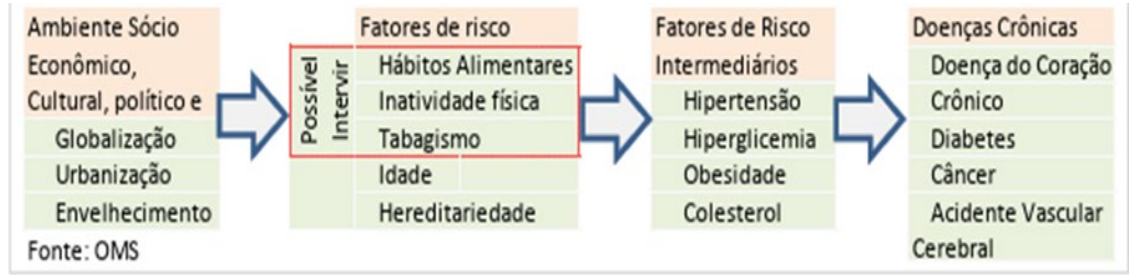
É importante salientar que embora a genética influencie nossa predisposição a certas condições, são sobretudo esses hábitos cotidianos que determinam o risco de desenvolvimento de doenças crônicas e a manutenção do bem-estar. Assim, o estilo de vida não é apenas um conjunto de ações isoladas, mas uma expressão contínua do protagonismo de cada indivíduo na busca por saúde e qualidade de vida. É por meio do letramento em saúde que as pessoas podem se empoderar para fazer escolhas informadas que favoreçam uma vida mais saudável e equilibrada (Oster; Chaves, 2023; World Health Organization, 2024b).

Estilo de vida moldam hábitos que incluem desde optar por caminhar ou usar transporte motorizado, escolher subir escadas em vez de elevador, selecionar alimentos mais saudáveis como frutas, verduras e evitar alimentos ultraprocessados, optar por beber

água em vez de bebidas açucaradas, dedicar tempo para atividade física regular, priorizar o sono adequado, decidir gerenciar o estresse e trabalho por meio de pausas e respirações guiadas ao longo do dia, até mesmo negar uma bebida, ou o ato de fumar. Essas decisões, quando repetidas diariamente, acumulam-se e definem a qualidade dos hábitos de vida, influenciando diretamente a saúde física e mental, empoderando o cidadão. Além disso, escolhas como economizar recursos, investir em aprendizado contínuo ou cultivar relacionamentos positivos também refletem um estilo de vida consciente e proativo. Assim, são as pequenas atitudes do dia a dia que, de forma progressiva, moldam trajetórias de vida mais saudáveis e equilibradas (Brasil *et al.*, 2014; World Health Organization, 2025b).

Hábitos como definir o tipo de dieta, praticar atividade física e ser tabagista são escolhas de cada um, enquanto o envelhecimento e as condições de saúde herdadas são imutáveis (Figura 1). Por exemplo, a alimentação inadequada e a falta de atividade física podem provocar obesidade e hipertensão, além de ainda poder desencadear a hiperglicemia (taxa de açúcar elevada) e aumento dos níveis de colesterol (gordura) no sangue (Ministério da Saúde, 2021).

Figura 1 – Cadeia de relacionamento de fatores de risco e doenças crônicas.



Fonte: Brasil, 2021 (Ministério da Saúde, 2021).

Em 2004, 1,3 milhão de pessoas morreram de câncer de pulmão no mundo e, em 71% dos casos, a causa foi o tabagismo. No Brasil, é preocupante constatar que, entre 2003 e 2008, aumentaram as prevalências de cânceres, de diabetes, de hipertensão e de doenças do coração. Por trás desses números estão a piora na qualidade da alimentação e falta de atividades físicas (IBGE, 2020).

A pesquisa de orçamento familiar do IBGE mostra que, aos poucos, passamos a consumir menos cereais e leguminosas e mais gorduras e açúcar industrializado. No Brasil, o sedentarismo está afetando mais a população do que o tabagismo: 17,4% dos entrevistados não pratica nenhuma atividade física e 16,1% são fumantes (Saúde, 2010). Dados do Sistema de Vigilância e Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), em 2023, demonstram a redução da prevalência de tabagismo entre adultos de 2006 (15,6%) a 2023 (9,3%) (Ministério da Saúde, 2020; Saúde, 2010).

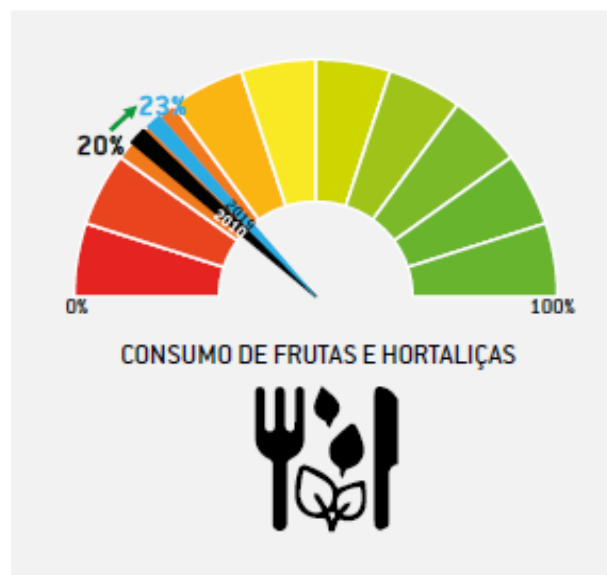
A alimentação adequada e saudável representa importante condição para a manutenção da saúde e bem-estar (Brasil *et al.*, 2014; World Health Organization, 2004, 2024c). O consumo adequado de alimentos naturais, como aqueles tradicionais, a exemplo do feijão, das frutas e das hortaliças, é um importante fator protetor para doenças. Esses alimentos possuem grande quantidade de fibras e outros nutrientes, além da baixa densidade energética que conferem proteção à saúde (Brasil *et al.*, 2014; World Health Organization, 2024c).

3.1 Hábitos alimentares

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico e está relacionada à melhoria da saúde, ao menor risco de doenças não transmissíveis e à longevidade. O efeito benéfico sobre a prevenção de doenças advém do alimento em si e das combinações de nutrientes e outros compostos químicos que fazem parte da matriz do alimento, mais do que de nutrientes isolados. A Figura 2 representa o monitoramento da prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças nas capitais brasileiras e do Distrito Federal, nos anos de 2010 e 2019 (Ministério da Saúde, 2021).

Segundo dados do Vigitel 2019, na população adulta (≥ 18 anos), a frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças foi de 22,9%, a frequência de consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados foi de 18,2% e o consumo regular de bebidas adoçadas foi de 15,0%. (Ministério da Saúde, 2021)

Figura 2 – Frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças na população brasileira adulta



Fonte: Ministério da Saúde, 2020; Ministério da Saúde, 2010

3.2 Bebidas alcoólicas

O uso prejudicial do álcool é um dos maiores fatores de risco para a população. Em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. Esse uso é considerado uma das principais causas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como dos acidentes e violências. No Brasil, 26,4% da população consome bebida alcoólica uma vez na semana. Ao analisar o hábito de consumo de bebida alcoólica ao menos uma vez por semana, por sexo, entre os homens, a proporção foi de 37,1%; enquanto, entre as mulheres, foi de 17,0% (IBGE, 2020). Esses dados, embora pareçam defasados, são referentes ao último relatório em nível nacional. Esses dados correlacionam-se com dados que demonstram que o alcoolismo está associado à desnutrição e doença hepática. O álcool com sua citotoxicidade altera metabolismo nutricional com ou sem doenças hepáticas, uma vez que a quantidade de álcool ingerida influencia diretamente no dano causado ao organismo (O'Shea; Dasarathy; McCullough, 2010; Plauth *et al.*, 2019).

3.3 Atividade física e exercício físico

A atividade física é qualquer movimento corporal produzido pelo tecido musculoesquelético que requeira gasto energético. Essas atividades vão desde tarefas domésticas como limpar a casa, passar roupa, até corridas ou ciclismo exaustivos que elevam de maneira significativa a frequência cardíaca. (Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Promoção da Saúde, 2021).

Quando a atividade física for planejada e estruturada com o objetivo de melhorar ou manter os componentes físicos (músculos, flexibilidade e equilíbrio), podemos chamar esta atividade física de exercício físico (Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Promoção da Saúde, 2021).

A prática regular de atividade física é reconhecida como um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde e a prevenção de DCNT, como as doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de câncer. Segundo a OMS, a realização de pelo menos 150 minutos semanais de atividades físicas, de intensidade leve ou moderada, ou 75 minutos de intensidade vigorosa, traz benefícios significativos para a saúde geral (Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Promoção da Saúde, 2021; World Health Organization, 2004, 2010). A atividade física atua diretamente na melhoria da função cardiovascular, na regulação metabólica e na redução de fatores de risco associados às DCNT, além de contribuir para o controle do peso corporal, para a melhora do sistema imunológico e para a qualidade de vida. Dessa forma, incentivar e incorporar o movimento diário é uma estratégia essencial para o enfrentamento dos desafios impostos por essas doenças crônicas, melhorando tanto a prevenção quanto o tratamento clínico individual.

O sedentarismo é definido como qualquer atividade com baixo gasto energético realizada na posição sentada, deitada ou reclinada, enquanto o indivíduo estiver acordado. A OMS divide a inatividade física em dois níveis: nível 1: praticar nenhuma ou muito pouca atividade física no trabalho, em casa, no transporte ou em tempo livre; nível 2: praticar alguma atividade física, mas não o suficiente no cumprimento das recomendações mínimas para promoção de saúde. Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a proporção de adultos classificados na condição de insuficientemente ativos no Brasil foi de 40,3% (Dunton; Do; Wang, 2020; IBGE, 2020).

Quadro 1 – Recomendações de atividade física para diferentes tipos de população, segundo a OMS.

Crianças e adolescentes (de 5 a 17 anos)	Adultos (de 18 a 64 anos):	Idosos (com 65 anos ou mais)
Devem fazer pelo menos uma média de 60 min/dia de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, principalmente aeróbica, durante a semana.	Devem praticar atividade física regular, com 150 – 300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada; ou pelo menos 75 –150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade	Devem praticar atividade física regular, com 150 – 300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada; ou pelo menos 75 –150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa; ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade

	moderada e vigorosa durante a semana.	moderada e vigorosa durante a semana.
Atividades aeróbicas de intensidade vigorosa e atividades que fortalecem músculos e ossos, devem ser realizadas pelo menos 3 dias /semana.	Devem realizar atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou vigorosa, que envolvam todos os principais grupos musculares, em dois ou mais dias por semana, pois proporcionam benefícios adicionais à saúde.	Os idosos também devem realizar atividade física multicomponente variada que enfatize o equilíbrio funcional e o treino de força em intensidade moderada ou superior, em três ou mais dias por semana, para melhorar a capacidade funcional e prevenir quedas.

Fonte: adaptado de (Borodulin; Anderssen, 2023).

3.4 Hábito de assistir televisão

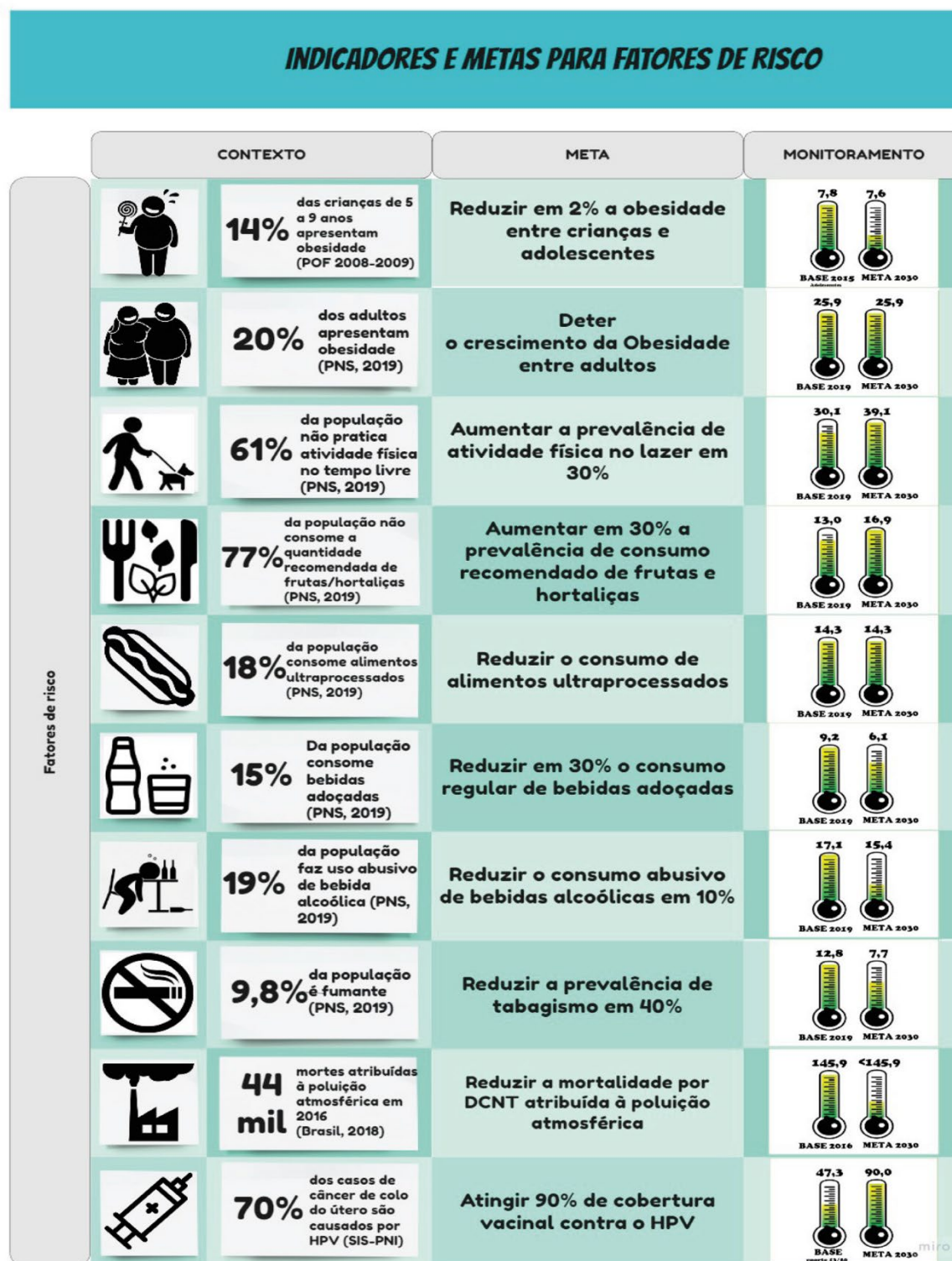
O tempo gasto em comportamentos sedentários está fortemente relacionado ao aumento do risco de desenvolver doenças, havendo múltiplas evidências de que o número de horas diárias que o indivíduo despende vendo televisão aumenta sua exposição à obesidade e, conseqüentemente, a outras doenças. Em 2019, 34,7 milhões de pessoas, ou seja, 21,8% da população adulta, declararam ter assistido televisão por 3 horas ou mais por dia (IBGE, 2020).

3.5 Tabagismo

A epidemia de tabagismo é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, matando mais de 8 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. Mais de 7 milhões dessas mortes são resultantes do uso direto do tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhão são o resultado da exposição de não fumantes ao fumo passivo. Todas as formas de tabaco são prejudiciais e não existe um nível seguro de exposição ao tabaco (World Health Organization, 2020). Destaca-se que o tabagismo é um importante fator de risco para as DCNT, sendo o principal entre as causas evitáveis de morte. A prevalência de usuários atuais de produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado, de uso diário ou ocasional, foi de 12,8% (20,4 milhões de pessoas) (Ministério da Saúde, 2021).

A figura 3, a seguir, mostra indicadores e metas para fatores de risco propostos pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. As metas estabelecidas para os fatores de risco são de “reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%”, “deter o crescimento da obesidade em adultos”, “aumentar a prevalência da prática de atividade física, no tempo livre, em 30%”, “aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%”, “reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados”, “reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas”, “reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%”, “reduzir a prevalência de tabagismo em 40%”, “reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica” e “atingir 90% de cobertura vacinal contra o papilomavírus humano (HPV)”, no Brasil, até 2030 (Ministério da Saúde, 2021).

Figura 3 – Grupo de indicadores e metas para fatores de risco propostos pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.



Fonte: IBGE, 2020; Ministério da Saúde, 2021.

A prevenção visa reduzir o risco de doenças antes que elas comecem atuando sobre os fatores de risco modificáveis em indivíduos que ainda são saudáveis. No caso de doenças cardiovasculares (DCV), as intervenções incluem melhorar a alimentação, aumentar a atividade física, evitar o uso de tabaco e manter um peso saudável (Keyes; Turfe; Das, 2025).

Pesquisas indicam que, quando combinadas, essas modificações no estilo de vida podem reduzir o risco de doença coronariana em mais de 80% (Rippe, 2019). Além disso, a adesão contínua a comportamentos saudáveis como praticar exercícios regularmente, ter uma alimentação balanceada, parar de fumar e manter níveis normais de peso, de pressão arterial, de colesterol e de glicose, tem sido associada a uma redução de até 70% no risco cardiovascular (Heinicke; Halle, 2020).

A OMS define autocuidado como a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades promoverem sua própria saúde, prevenirem doenças, manterem a saúde e lidarem com doenças, com ou sem o apoio de um profissional de saúde ou cuidador (World Health Organization, 2024c).

As mudanças no estilo de vida não precisam ser radicais; na verdade, alterar pequenos comportamentos pode ser mais sustentável do que uma transformação completa. A seguir, listamos pequenos hábitos que podem levar a uma melhoria na saúde:

- comer mais frutas e vegetais.
- substituir bebidas açucaradas por água.
- evitar alimentos processados.
- comer fora com menos frequência.
- substituir lanches não saudáveis por opções mais saudáveis.
- incorporar alongamentos à rotina diária.
- manter-se proativamente atualizado sobre as recomendações de vacinação vigentes.
- minimizar os níveis de ruído sempre que possível.
- remover dispositivos eletrônicos da área de dormir.
- evitar dispositivos eletrônicos uma hora antes de dormir.
- participar de atividades sociais com amigos ou parentes (World Health Organization, 2025c).

4. Estratégias de promoção da saúde e fortalecimento do protagonismo

4.1 Governança e meios de comunicação

Os governos reduzem eficazmente fatores de risco para a saúde por meio da tributação dos produtos, como, por exemplo, derivados de tabaco ou da prevenção da publicidade de substâncias nocivas. Por exemplo, a Lei Antifumo, implementada nacionalmente em 2014, contribuiu para uma redução significativa no número de fumantes no Brasil, passando de cerca de 30% para 9,3% da população. Além disso, houve uma mudança de comportamento social, com novas gerações crescendo em ambientes livres de fumaça, reforçando a desnormalização do tabagismo (Olhar Digital, 2024).

Muitas regiões da África continental aumentaram significativamente as medidas educativas voltadas para a prevenção primária. A educação de crianças sobre temas-chave, como alimentação, exercícios físicos e doenças comuns, demonstrou estatisticamente contribuir para a melhoria da saúde cardiovascular em populações mais jovens e reduzir o risco de desenvolvimento de doenças mais graves na vida adulta. Esses resultados demonstram o impacto potencial da educação preventiva na infância (KA et

al., 2024; Keyes; Turfe; Das, 2025). O guia brasileiro de atividade física defende que toda a população se beneficia da prática de atividade física, inclusive exemplifica que escolares que aprendem e praticam educação física apresentam melhor manejo do peso corporal, do funcionamento do coração e da respiração, da motivação e do bem-estar mental, do desempenho escolar e do foco durante tarefas, inclusive melhora de habilidades de socialização e relações de amizade (Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Departamento de Promoção da Saúde, 2021).

Programas escolares, campanhas em ambientes de trabalho e campanhas em meios de comunicação têm mostrado eficácia para conscientizar a população quanto a ensinamentos práticos, como identificar nomes diferentes para açúcares nos rótulos, entender porções reais e reconhecer estratégias de marketing que mascaram a composição dos alimentos.

No Brasil, os canais de comunicação digitais, por exemplo, com ações independentes, estão exercendo um importante papel na conscientização da população. O Instituto de Defesa de Consumidores (Idec), uma organização não governamental (ONG), por meio do *instagram* (@idecbr), propõe alertar os brasileiros sobre o conteúdo dos alimentos, incentivando o consumo responsável e saudável. Suas publicações são elaboradas com textos educativos e alertam sobre a presença, os perigos e os excessos de microplásticos, sódio, gordura saturada, aditivos, conservantes, edulcorantes e agrotóxicos nos alimentos. Também há a divulgação de como ter acesso a feiras orgânicas e estratégias sustentáveis para alimentação. Documentos, como o guia alimentar para a população brasileira, trazem diretrizes governamentais que respeitam cultura, diversidade, sustentabilidade, bem como os direitos humano à saúde e à alimentação adequada e saudável. O guia é um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população, configurando-se como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no SUS (Brasil *et al.*, 2014).

4.2 Estilo de vida saudável: o empoderamento aliado ao letramento em saúde

A criação de um estilo de vida sustentável e focado na saúde exige um esforço coordenado entre pacientes e sistemas de saúde. Quando as estratégias preventivas são priorizadas e integradas aos cuidados de rotina, o risco geral de DCNT pode ser significativamente reduzido em toda a população (Keyes; Turfe; Das, 2025). Hábitos como ler rótulos deixa de ser apenas uma habilidade técnica e passa a ser uma ferramenta de autonomia e cuidado integral. Saber identificar quando um alimento contém quantidades excessivas de açúcar é um passo crucial para prevenir doenças de base e proteger a saúde bucal.

O letramento em saúde é uma ação de promoção à saúde, que vai ao encontro dos objetivos de desenvolvimento sustentáveis (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que facilita o autocuidado, a prevenção de doenças e a adesão ao tratamento, especialmente para doenças crônicas, transformando o contexto socioambiental, além de empoderar o cidadão, que por sua vez, torna-se ciente do contexto pleno do significado de saúde, com maior habilidade de exercer controle sobre a própria saúde, promovendo a qualidade de vida, facilitando a tomada de decisões diárias por meio de atenção aos hábitos inadequados de saúde que podem promover DCNT. Assim, a prática de identificar ingredientes a partir dos rótulos, bem como aumentar consumo de frutas, hortaliças, alimentos in natura favorecem o manejo e promoção de saúde.

O aumento da prevalência de atividade física no tempo livre, e manejo no uso de medicações, o uso racional, seguro e responsável de medicamentos, e o estabelecimento de preços acessíveis, precisam ser permanentemente reforçados e aprofundados por meio de debates amplos e intersetoriais. Ademais, o processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação que podem mascarar sintomas, dificultar diagnósticos, gerar reações adversas graves e até provocar dependência química constituem importantes ações relacionadas ao letramento em saúde. Empoderar a população ajuda a melhorar a comunicação entre profissionais e pacientes, planejar serviços mais eficazes e reduzir disparidades de saúde. O fortalecimento do letramento em saúde é, assim, um investimento essencial para que indivíduos possam navegar melhor no ambiente alimentar contemporâneo e tomar decisões informadas que promovam bem-estar ao longo da vida. Investir em educação em saúde e em políticas públicas voltadas à promoção da autonomia pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida da população e para a redução da carga das doenças crônicas.

Referências

BASKARADOSS, Jayanth Kumar. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, v. 18, n. 1, art. 172, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-1>.

BERKMAN, Nancy D. *et al.* Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, v. 155, n. 2, p. 97–107, 2011. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>.

BORODULIN, Katja; ANDERSSSEN, Sigmund Alfred. Physical activity: associations with health and summary of guidelines. *Food & Nutrition Research*, v. 67, 2023. DOI: <https://doi.org/10.29219/fnr.v67.9719>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2024–2027*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 29 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia de atividade física para a população brasileira*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view. Acesso em: 29 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIGITEL Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2020.pdf. Acesso em: 29 jun. 2026.

CEVIK, Celalettin; KAYABEK, İbrahim. Health literacy and quality of life among people in semi-urban and urban areas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 56, p. e20210495, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0495>

DUNTON, Genevieve F.; DO, Bang; WANG, Stephanie D. Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in children living in the U.S. *BMC Public Health*, v. 20, n. 1, art. 1351, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09429-3>.

ENTEGHAD, S. *et al.* Relationship Between Diabetes Mellitus and Periodontal/Peri-Implant Disease: A Contemporaneous Review. *International Dental Journal*, v. 74, n. 3, p. 426–445, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.identj.2024.03.010>.

GOLDSTEIN, Joseph L. *et al.* Familial Hypercholesterolemia. In: VALLE, David *et al.* (ed.). *The Online Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*. New York: McGraw-Hill Education, 2019. Disponível em: <https://ommbid.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2709§ionid=225539965>. Acesso em: 29 jun. 2026.

HEINICKE, Verena; HALLE, Martin. Lebensstilintervention in der Primärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen. *Herz*, v. 45, n. 1, p. 30–38, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00059-019-04886-y>

IKULA, Aleksandra *et al.* Promise of Lifestyle Medicine for Heart Disease, Diabetes Mellitus, and Cerebrovascular Diseases. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality and Outcomes*, v. 8, n. 2, p. 151–165, abr. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38434935/>. Acesso em: 29 jun. 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2023.11.005>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KA, M. M. *et al.* Promotion of Cardiovascular Health in Africa. *JACC: Advances*, v. 3, n. 12, art. 101376, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2024.101376>

KEYES, Daniel; TURFE, Hassan; DAS, J. M. *Prevention Strategies*. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2025.

- LIPPMAN, David *et al.* Foundations of Lifestyle Medicine and its Evolution. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality and Outcomes*, v. 8, n. 1, p. 97–111, fev. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38304165/>. Acesso em: 29 jun. 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2023.11.004>
- LOPES A. A. F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. *Saúde e Sociedade*. junho de 2015;24(2):486–500. doi:10.1590/S0104-12902015000200008
- MORENO, Luis. Complementary Food and Obesity. *Annals of Nutrition and Metabolism*, v. 81, supl. 2, p. 8–19, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1159/000542373>.
- NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Despesas particulares com saúde levam 100 milhões de pessoas à pobreza extrema por ano no mundo. 2019. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/82478-despesas-particulares-com-sa%C3%BAdede-levam-100-milh%C3%B5es-de-pessoas-%C3%A0-pobreza-extrema-por-ano-no>. Acesso em: 29 jun. 2026.
- NADAL, Iliatha Papachristou *et al.* Effectiveness of behaviour change techniques in lifestyle interventions for non-communicable diseases: an umbrella review. *BMC Public Health*, v. 24, n. 1, art. 3082, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20612-8>
- NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; ANDRADE, Rafaella da Costa Santin; BRITO, Daniela Aquino de; OLIVEIRA, Michele Lessa de. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, e32, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>
- NUTBEAM D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 1º de setembro de 2000;15(3):259–67. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- OLHAR DIGITAL. 15 anos da Lei Antifumo: medida faz pessoas fumarem menos? 2024. Disponível em: <https://olhardigital.com.br/2024/06/06/medicina-e-saude/15-anos-da-lei-antifumo-medida-faz-pessoas-fumarem-menos/>. Acesso em: 29 jun. 2026.
- OSTER, Henrik; CHAVES, Ilia. *Effects of Healthy Lifestyles on Chronic Diseases: Diet, Sleep and Exercise*. *Nutrients*, v. 15, n. 21, art. 4627, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu15214627>.
- O'SHEA, R. S.; DASARATHY, S.; McCULLOUGH, A. J. Alcoholic liver disease. *American Journal of Gastroenterology*, v. 105, n. 1, p. 14–32, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1038/ajg.2009.593>.
- PITTS, Nigel B.; TWETMAN, Svante; FISHER, Jennifer; MARSH, Philip D. Understanding dental caries as a non-communicable disease. *British Dental Journal*, v. 231, n. 12, p. 749–753, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3775-4>.
- PLAETH, Matthias *et al.* ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. *Clinical Nutrition*, v. 38, n. 2, p. 485–521, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.12.022>.
- POURESLAMI, Iraj; NIMMON, Laura; ROOTMAN, Irving; FITZGERALD, J. Mark. Health literacy and chronic disease management: drawing from expert knowledge to set an agenda. *Health Promotion International*, v. 32, n. 4, p. 743–754, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/daw003>.

REIS, Cíntia Silva dos; NORONHA, Kenya; WAJNMAN, Simone. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 33, n. 3, p. 591–612, 2016. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-30982016C0007>.

RIPPE, James M. Lifestyle strategies for risk factor reduction, prevention, and treatment of cardiovascular disease. *American Journal of Lifestyle Medicine*, v. 13, n. 2, p. 204–212, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/1559827618812395>.

SØRENSEN, Kristine *et al.* Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, v. 25, n. 6, p. 1053–1058, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.

SOUZA, Andréa Cristina Silva Vieira *et al.* Perfil epidemiológico da morbimortalidade e gastos públicos por insuficiência renal no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, e510997399, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7399>.

TAVARES, Noemia Urruth Leão *et al.* Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, supl. 2, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006118>.

TWETMAN, Svante. Prevention of dental caries as a non-communicable disease. *European Journal of Oral Sciences*, v. 126, supl. 1, p. 19–25, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/eos.12528>.

VILLORIA, G. E. M. *et al.* Periodontal disease: A systemic condition. *Periodontology 2000*, v. 96, n. 1, p. 7–19, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/prd.12616>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Autocuidado para a saúde e o bem-estar*. Genebra: World Health Organization, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Everyday actions for better health*. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/everyday-actions-for-better-health-who-recommendations>. Acesso em: 29 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/bookorders>. Acesso em: 29 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: World Health Organization, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy*. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>. Acesso em: 29 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Noncommunicable diseases*. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 29 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Nutrition for a healthy life: WHO recommendations*. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/nutrition---maintaining-a-healthy-lifestyle>. Acesso em: 29 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Tobacco fact sheet: key facts*. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-no-tobacco-day-2020/wntd-tobacco-fact-sheet.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Universal Health Coverage Day 2024. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/universal-health-coverage-day/2024>. Acesso em: 29 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being: 2022 revision*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582356/>. Acesso em: 29 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization, 2023.



SEÇÃO

II

**LETRAMENTO EM SAÚDE
E DOENÇAS CRÔNICAS:**
AUTOCUIDADO E ADESÃO
AO TRATAMENTO





Capítulo 5

LETRAMENTO EM SAÚDE PARA O CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Camila dos Santos Moreno Rodrigues Alves¹⁶

Michele Gilaberte Ribeiro¹⁷

Marcos Roberto Furlan¹⁸

Natalia Abou Hala Nunes¹⁹

Renata Carla Nencetti Pereira Rocha²⁰

1. Introdução

1.1. Relevância do letramento em saúde no manejo de doenças crônicas

O conceito de *Health Literacy*, traduzido no Brasil como Letramento em Saúde (LS), Alfabetização em Saúde e, mais recentemente, Literacia em Saúde, tem se consolidado nas últimas décadas como uma dimensão essencial para a compreensão das desigualdades em saúde e para a efetividade das políticas públicas. Esse conceito representa não apenas a capacidade de ler e compreender informações sobre saúde, mas também de avaliar, aplicar e tomar decisões informadas em contextos cotidianos, influenciando diretamente o autocuidado e a adesão a tratamentos (Peres, 2023). A produção científica recente revela que o baixo letramento em saúde constitui um problema de saúde pública global, com impactos evidentes sobre o controle de doenças crônicas, a adesão terapêutica e a qualidade de vida. O LS manifesta-se de maneira distinta em diferentes contextos populacionais e possui implicações para as práticas de saúde e para a formulação de políticas no Brasil (De Jesus *et al.*, 2024). O LS tem sido mensurado em populações específicas por alguns pesquisadores da área, sobretudo no manejo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essas doenças são condições de longa duração, geralmente de evolução lenta, que exigem acompanhamento contínuo e estão fortemente associadas a fatores de riscos comportamentais e sociais. Entre as DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares, os cânceres, o diabetes mellitus, as dislipidemias, as doenças respiratórias crônicas e a doença renal crônica. Essas enfermidades são responsáveis por cerca de 74% das mortes no mundo, segundo relatório da OMS de 2022.

1.2. Panorama epidemiológico

Desde meados do século XX, mudanças demográficas, melhorias sanitárias e avanços da tecnologia e na medicina contribuíram para a redução das taxas de mortalidade

¹⁶ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté, Taubaté, SP

¹⁷ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté, Taubaté, SP

¹⁸ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté, Taubaté, SP

¹⁹ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté, Taubaté, SP

²⁰ Doutora pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ. Enfermeira da Educação Continuada, Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ.

infantil e para o aumento da expectativa de vida, levando ao envelhecimento populacional e à transição epidemiológica. Nesse cenário, as DCNT passaram a ser responsáveis pela maior parte da mortalidade no Brasil e por uma significativa perda de qualidade nos anos adicionais de vida. A epidemiologia das DCNT, no Brasil, revela altas taxas de morbidade, mortalidade prematura e impacto na qualidade de vida, reforçando a necessidade de estratégias de vigilância, prevenção e controle. Para isso, os sistemas de informação e as pesquisas populacionais, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), desempenham papel destacado na monitorização dos fatores de risco e na implementação de políticas públicas voltadas à redução do impacto dessas doenças (Stopa et al., 2022).

No mundo, 589 milhões de adultos viviam com diabetes mellitus no ano de 2024. No Brasil, a prevalência é de mais de 10% na população adulta, sendo mais alta nas capitais e entre idosos. Estima-se que quase metade dos adultos com diabetes em nível global permanecem sem diagnóstico, com aproximadamente 44,7% das pessoas afetadas desconhecendo sua condição, o que representa um importante desafio para a detecção precoce e o controle da doença (Ogurtsova, K. et al., 2022).

Com relação à obesidade, a OMS afirma que se trata de um dos mais graves problemas de saúde que temos para enfrentar. Em 2025, estima-se que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, isto é, com um índice de massa corporal (IMC) acima de 30. No Brasil, essa doença crônica aumentou 72,0% nos últimos treze anos, saindo de 11,8%, em 2006, para 20,3%, em 2019. De acordo com a pesquisa Vigitel, a frequência de obesidade é semelhante em homens e mulheres. Entre estas, a prevalência diminui com o aumento da escolaridade (Abeso, 2025).

A hipertensão arterial é um fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV), sendo responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% dos óbitos por acidente vascular cerebral no Brasil. A prevalência de hipertensão no país é alta, com aproximadamente 26,3% dos adultos referindo o diagnóstico médico em 2021, segundo a pesquisa Vigitel do Ministério da Saúde (Vigitel, 2019).

1.3. Conceito de autocuidado e adesão vinculados ao nível de letramento em saúde.

Segundo definição da OMS, o autocuidado refere-se às habilidades de indivíduos, famílias e comunidades em promover saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com a doença ou a incapacidade, com ou sem o suporte de um profissional de saúde (WHO, 2021). Trata-se da capacidade individual de realizar ações que favoreçam o bem-estar e a preservação da saúde, bem como modular fatores que podem afetar seu próprio desenvolvimento. Para que seja possível promover o autocuidado, LS é uma ferramenta fundamental no contexto da saúde coletiva.

No cenário atual, o LS constitui um determinante essencial da saúde e da equidade social. No Brasil e na América Latina, o baixo LS é prevalente e impacta negativamente a adesão terapêutica, o autocuidado e a qualidade de vida de populações vulneráveis (Cangussú et al., 2022; Silva et al., 2022; De Jesus et al., 2024). O baixo letramento em saúde é um fenômeno persistente e estrutural, profundamente relacionado à escolaridade, renda e idade (Moraes et al., 2017; Cangussú et al., 2022; Silva et al., 2022; Aragão et al., 2025). Essa condição limita a capacidade dos indivíduos de compreender prescrições, interpretar informações preventivas e adotar comportamentos saudáveis, agravando o curso das DCNT.

A baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas no Brasil apresenta caráter multifatorial, refletindo determinantes sociais, econômicos e organizacionais do sistema de saúde. A melhoria da adesão terapêutica requer ações integradas que envolvam educação em saúde e fortalecimento do letramento em saúde; garantia do acesso gratuito e contínuo a medicamentos essenciais; simplificação dos regimes terapêuticos e fortalecimento do acompanhamento multiprofissional e da gestão clínica coordenada (Tavares *et al.*, 2016).

2. Hipertensão Arterial: a importância do letramento para o autocuidado

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa uma das condições crônicas mais prevalentes nos países em desenvolvimento, configurando-se como um relevante problema de saúde pública. A ausência de sintomas nas fases iniciais, aliada à falta de informação populacional e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, contribui para o diagnóstico tardio e o baixo controle da doença. A baixa adesão ao tratamento acarreta prejuízos significativos, como aumento dos custos sociais, absenteísmo laboral, licenças médicas prolongadas e aposentadorias por invalidez, o que reforça a necessidade de estratégias de cuidado mais eficazes e integradas (Pereira *et al.*, 2015, Carvalho; Ribeiro, 2020).

A adesão terapêutica à HAS é multifatorial e constitui um desafio constante para os profissionais de saúde, especialmente em contextos de desigualdade socioeconômica. Estima-se que, em doenças crônicas, a taxa média de adesão ao tratamento seja de aproximadamente 50% em países desenvolvidos, sendo ainda menor em regiões com menor acesso à educação e informação em saúde. Nesse contexto, a LS desponta como um fator essencial para o autocuidado e o sucesso terapêutico (Sorensen *et al.*, 2012, Carvalho; Ribeiro, 2020).

O letramento em saúde refere-se à capacidade do indivíduo de acessar, compreender e aplicar informações em saúde para tomar decisões adequadas sobre seu cuidado. Essa competência depende de habilidades cognitivas e linguísticas, como leitura, escrita, fala e raciocínio matemático, fundamentais para interpretar orientações médicas, compreender valores pressóricos, calcular doses de medicamentos e adotar hábitos saudáveis. Entre pessoas com condições crônicas, como a hipertensão arterial, essas habilidades são decisivas para o manejo adequado da doença (Borges *et al.*, 2019; Sorensen *et al.*, 2012).

Estudos apontam que o nível de LS influencia diretamente a adesão ao tratamento medicamentoso, o controle pressórico e a qualidade de vida de indivíduos com hipertensão. Adultos acompanhados em unidades básicas de saúde, no Piauí, apresentaram prevalência superior a 70% de letramento inadequado ou marginal, com associação estatisticamente significativa entre hipertensão e baixos níveis de LS ($p < 0,05$). Os estudos evidenciaram, ainda, que a idade avançada e o baixo nível de escolaridade estão fortemente relacionados à dificuldade de compreender orientações médicas e de realizar o autocuidado (Borges *et al.*, 2019; Carvalho; Ribeiro, 2020; Girão *et al.*, 2021).

A amostra foi composta predominantemente por mulheres (72,9%), com idade entre 18 e 39 anos (44,2%), casadas (60,8%), com ensino médio completo (38,2%) e renda inferior a um salário mínimo (57,1%). A média de escolaridade foi de aproximadamente oito anos de estudo, o que reforça a necessidade de estratégias educativas adaptadas ao perfil sociocultural da população (Borges *et al.*, 2019)

Estudos nacionais corroboram essa relação. Carvalho e Ribeiro (2020) identificaram associação significativa entre letramento funcional em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em unidades de atenção primária, destacando que pacientes com menor LS apresentavam maiores índices de interrupção terapêutica e de uso incorreto de fármacos. De modo semelhante, Girão *et al.* (2021) constataram que níveis mais elevados de LS estão associados à maior adesão ao tratamento, à adoção de hábitos saudáveis e ao controle mais efetivo da pressão arterial.

No Brasil, observa-se que entre os hipertensos que mantêm pressão arterial controlada (pressão arterial < 140x90 mmHg), cerca de 57,6% apresentam esse resultado em razão da adesão adequada às orientações médicas. No entanto, apenas 36,5% utilizam corretamente os fármacos, seguem as recomendações terapêuticas, modificam hábitos alimentares, abandonam vícios como o tabagismo e o etilismo e incorporam atividades físicas à rotina (Girão *et al.*, 2021). Esses achados evidenciam a importância do LS como mediador entre a informação recebida e a prática efetiva do autocuidado.

Além disso, a descrença na importância dos medicamentos e a alta frequência de doses diárias foram fatores estatisticamente associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS (Carvalho; Ribeiro, 2020). Tais resultados indicam que a adesão vai além da prescrição, depende da compreensão, da motivação e da capacidade do indivíduo de incorporar o tratamento à sua rotina de vida.

No estudo de Cangussú *et al.* (2022), com 105 pacientes hipertensos no Nordeste brasileiro, cerca de 60% apresentaram LS inadequado. Fatores como idade avançada, baixa escolaridade e menor classe econômica foram associados a piores níveis de LS. Quase metade dos participantes relatou comprometimento da qualidade de vida devido à hipertensão, indicando que a limitação no entendimento das orientações terapêuticas afeta diretamente a adesão e o autocuidado.

A qualidade de vida dos indivíduos hipertensos, portanto, está intimamente relacionada ao seu nível de letramento em saúde. Borges *et al.* (2022) ressaltaram que pacientes com LS adequado demonstram melhor percepção de saúde, maior autonomia e maior capacidade de autocuidado, refletindo positivamente nos aspectos físicos, emocionais e sociais. Assim, promover o letramento em saúde significa promover autonomia, corresponsabilidade e uma melhor qualidade de vida entre pessoas com hipertensão arterial.

Para tanto, as ações educativas devem adotar uma comunicação clara, linguagem acessível e abordagem participativa, valorizando o contexto sociocultural do paciente. É fundamental que ele compreenda o significado dos valores pressóricos, reconheça a importância da automedicação e perceba os benefícios da adesão ao tratamento medicamentoso e dietético. O fortalecimento do LS, portanto, constitui um pilar estratégico para o enfrentamento da hipertensão arterial e para o alcance de melhores desfechos clínicos em saúde pública.

A Figura 1 tem como objetivo sintetizar visualmente os principais fatores individuais e contextuais que contribuem para a baixa adesão ao tratamento em condições crônicas, incluindo: idade avançada, polifarmácia, múltiplas doenças, baixa escolaridade, comunicação insuficiente e distanciamento da equipe de saúde. Conforme apresentado na Figura 1, esses elementos influenciam de forma significativa e negativa a adesão terapêutica, evidenciando a necessidade de estratégias de letramento em saúde que favoreçam maior compreensão, autonomia e participação ativa do paciente no próprio cuidado.

Figura 1 – Fatores associados à dificuldade de adesão ao tratamento em pessoas com doenças crônicas.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

3. Doenças cardiovasculares: como o letramento em saúde pode ajudar?

As doenças cardiovasculares (DCV) continuam a liderar as causas de morbimortalidade no mundo, respondendo por aproximadamente um terço de todos os óbitos globais. Estima-se que mais de 17 milhões de pessoas morram anualmente em decorrência dessas doenças, com tendência de aumento em países em desenvolvimento, onde o acesso à atenção primária e a programas de prevenção ainda é limitado. A prevalência é maior entre adultos acima de 60 anos, mas se observa crescimento preocupante entre adultos jovens devido ao aumento da obesidade, sedentarismo e consumo de alimentos ultraprocessados. No Brasil, as DCV representavam 21% das mortes no país, somando 382.507 óbitos no ano de 2021. Apesar da redução de 53,5% na taxa de mortalidade padronizada por idade, desde 1990, o número absoluto de mortes aumentou devido ao envelhecimento populacional (Oliveira *et al.*, 2023).

Entre os principais fatores de risco estão a hipertensão arterial, dislipidemias, tabagismo, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e padrões alimentares inadequados. O envelhecimento populacional e as desigualdades socioeconômicas amplificam a carga das DCV, sobretudo em países de baixa e média renda (Malta *et al.*, 2021; Brito *et al.*, 2023).

No que se refere ao conhecimento sobre a doença, pacientes com baixa compreensão das informações médicas tendem a aderir menos a mudanças no estilo de vida e ao uso correto de medicamentos, além de apresentarem maior número de internações e custos hospitalares. Evidências indicam que baixos níveis de letramento em saúde estão fortemente associados à maior prevalência de fatores de risco

cardiovasculares, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e tabagismo. (BRITO, 2023)

Além disso, materiais educativos sobre doenças cardíacas são frequentemente produzidos em níveis de leitura acima da média populacional, reduzindo sua efetividade. Estudos apontam que estratégias que consideram o nível de letramento do paciente, como o uso de linguagem simples e recursos visuais, têm demonstrado impacto positivo na adesão terapêutica, na autogestão e no controle de fatores de riscos cardiovasculares. (Cangussú, 2021)

Assim, a promoção do letramento em saúde configura-se como uma estratégia essencial no enfrentamento de doenças cardiovasculares ao proporcionar o empoderamento dos indivíduos na tomada de decisão e fortalecimento do autocuidado. Ao integrar ações educativas de acordo com o nível sociocultural dos pacientes, as ações clínicas podem contribuir para a redução dos níveis de morbimortalidade cardiovascular e melhoria dos resultados em saúde, principalmente no que tange cenários marcados por desigualdades sociais (Safeer *et al.*, 2006; Figueira *et al.*, 2024).

4. Obesidade: uma patologia e um fator de risco para as DCNT

A obesidade é reconhecida como uma condição crônica e multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo em magnitude suficiente para comprometer a saúde e aumentar o risco de diversas comorbidades. Está associada a maior incidência de diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, determinados tipos de câncer e distúrbios osteoarticulares, além de impactar negativamente aspectos funcionais e psicossociais, como mobilidade, sono e qualidade de vida.

O diagnóstico de sobrepeso e obesidade baseia-se na mensuração do peso e da estatura, com posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela razão entre o peso (kg) e o quadrado da altura (m²). Embora o IMC seja um indicador indireto de adiposidade corporal, medidas complementares — como a circunferência da cintura e a relação cintura/quadril — são recomendadas para aprimorar a avaliação do risco cardiometabólico. (WHO 2000; BRASIL, 2022)

As faixas de IMC utilizadas para a classificação nutricional variam conforme a faixa etária e o sexo, especialmente em crianças e adolescentes, em razão das diferenças no crescimento e composição corporal. Para adultos, a OMS define sobrepeso como IMC ≥ 25 kg/m² e obesidade como IMC ≥ 30 kg/m², parâmetros amplamente empregados na prática clínica e em estudos epidemiológicos (Sbem, 2023).

O sobrepeso e a obesidade decorrem fundamentalmente de um desequilíbrio crônico entre a ingestão calórica e o gasto energético, no qual a oferta excessiva de energia, associada à redução da atividade física, favorece o acúmulo de gordura corporal. Trata-se de uma condição de natureza multifatorial, resultante da interação entre determinantes biológicos, ambientais, comportamentais e sociais. Ambientes obesogênicos, caracterizados pela ampla disponibilidade e acessibilidade de alimentos ultraprocessados, pela escassez de opções saudáveis a preços acessíveis e pela limitação de espaços seguros para a prática de atividade física constituem fatores estruturais que favorecem a ocorrência e a manutenção da obesidade em nível populacional.

Além desses determinantes contextuais, fatores psicossociais e genéticos exercem papel relevante no desenvolvimento da doença. Em subgrupos específicos, podem ser

identificadas causas etiológicas singulares, como o uso de determinados medicamentos, doenças endócrinas, imobilização prolongada, intervenções iatrogênicas ou síndromes genéticas monogênicas. A insuficiente capacidade do sistema de saúde em reconhecer precocemente o ganho ponderal e a adiposidade excessiva contribuem para a progressão do quadro e para o aumento das complicações associadas. (BRASIL, 2022)

No contexto brasileiro, a obesidade consolidou-se como um dos principais desafios de saúde pública, apresentando crescimento contínuo nas últimas décadas. De acordo com Pastorello *et al.* (2025), entre 2006 e 2021, a prevalência de obesidade entre adultos brasileiros aumentou de 11,9% para 22,4%, enquanto o excesso de peso passou de 37,3% para 58,8%, evidenciando uma tendência de elevação sustentada, embora com desaceleração após 2012.

Esses aumentos refletem a interação de múltiplos fatores de risco, incluindo padrões alimentares marcados pelo consumo crescente de alimentos ultraprocessados, sedentarismo, longas jornadas de trabalho, estresse crônico e desigualdades socioeconômicas que dificultam o acesso a alimentos *in natura* e a ambientes saudáveis.

A prevalência da obesidade apresenta diferenças segundo sexo e escolaridade, com maior vulnerabilidade entre indivíduos com menor nível de instrução, sugerindo que as políticas públicas de alimentação e nutrição, embora tenham contribuído para conter o avanço em alguns grupos, ainda enfrentam desafios na redução das iniquidades. Esses dados reforçam a necessidade de estratégias integradas que combinem promoção da alimentação adequada e saudável, regulação do ambiente alimentar e incentivo à atividade física como medidas essenciais para conter a epidemia de obesidade no país (Pastorello *et al.*; 2025).

O relatório do *The Lancet* (2019) sobre a alimentação no antropoceno - época geológica em que vivemos - traz à luz a sinergia entre três pandemias que coexistem globalmente e dão origem ao termo Sindemia Global: obesidade, desnutrição e mudanças climáticas, todas resultantes do modelo hegemônico e globalizado de produção e consumo (Willet *et al.*, 2019)

Diante deste cenário, onde há uma mudança de comportamento nos padrões alimentares e na distribuição de doenças na população, os guias alimentares que trazem as diretrizes atualizadas para uma alimentação saudável e sustentável devem ser utilizados tanto no âmbito individual quanto como ferramentas de suporte para políticas públicas, com o objetivo de manter a população saudável e prevenir o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Diretrizes alimentares e nutricionais são orientações elaboradas por órgãos de saúde e nutrição com o objetivo de promover hábitos alimentares saudáveis e prevenir doenças relacionadas à alimentação, como obesidade, diabetes, e doenças cardiovasculares. Essas diretrizes são adaptadas conforme o contexto cultural, social e econômico de cada país ou região.

A Figura 2 tem como objetivo facilitar a compreensão dos principais indicadores utilizados para avaliar a obesidade, tais como: IMC, circunferência da cintura e relação cintura/quadril, além de reforçar cuidados essenciais para alcançar e manter o peso adequado. Essa visualização contribui para o processo de letramento em saúde, apoiando o paciente no entendimento de sua condição e na adesão às orientações de tratamento.

Figura 2 – Indicadores e cuidados básicos relacionados à obesidade.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

No Brasil, as Diretrizes Alimentares para a População Brasileira são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e buscam promover uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, com enfoque na variedade, na moderação e na sustentabilidade. Essa classificação dos alimentos está descrita na segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB), publicada em 2014 (BRASIL, 2014).

Um estudo conduzido por Peres *et al.* (2025) teve como objetivo identificar e analisar as demandas de letramento em saúde, presentes na segunda edição do GAPB, considerando os domínios fundamental, científico, cívico e cultural. Os autores utilizaram um protocolo validado nacionalmente para avaliar o grau de exigência cognitiva e linguística do material. Os resultados apontaram que, embora o Guia constitua um instrumento de referência nas políticas públicas de alimentação e nutrição, seu conteúdo apresenta barreiras de compreensão relacionadas ao uso de linguagem técnica, estruturas textuais complexas e jargões científicos, o que pode dificultar a apropriação das informações por parte da população em geral e de profissionais de saúde fora da área da Nutrição.

Dessa forma, o desenvolvimento do letramento em saúde é apontado como elemento essencial para o fortalecimento das políticas de promoção da alimentação adequada e saudável e para o enfrentamento de desafios contemporâneos, como a obesidade e outras doenças crônicas (PERES *et al.*, 2025).

5. Diabetes: cada vez mais precoce, o que fazer para frear seu crescimento?

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença metabólica crônica de origem autoimune, caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas responsáveis pela

secreção de insulina. Esse processo leva à deficiência absoluta do hormônio e, consequentemente, à incapacidade do organismo de regular adequadamente a glicemia. Diferentemente do diabetes tipo 2, o DM1 não está diretamente relacionado a fatores comportamentais, como obesidade ou sedentarismo, mas a uma predisposição genética associada a mecanismos imunológicos desencadeados por fatores ambientais, como infecções virais ou exposição precoce a certos agentes dietéticos.

A fisiopatologia do DM1 envolve uma resposta imune mediada por linfócitos T, que reconhecem as células beta como corpos estranhos e promovem sua destruição progressiva. A ausência de insulina impede o transporte de glicose para o interior das células, resultando em hiperglicemia persistente e aumento da lipólise e cetogênese, o que explica o risco de complicações agudas, como a cetoacidose diabética (Nichols *et al.*, 2024).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) caracteriza-se por uma complexa interação entre resistência periférica à insulina e disfunção das células beta pancreáticas, resultando em hiperglicemia crônica. Essa resistência insulínica ocorre principalmente nos tecidos muscular, adiposo e hepático, comprometendo a captação e o uso adequado da glicose. Fatores ambientais e comportamentais, como obesidade, sedentarismo e padrões alimentares inadequados, têm papel determinante na gênese e progressão da doença, conforme evidenciado por Silvério *et al.* (2024), que destacam a forte associação entre esses hábitos e o aumento de casos de DM2, inclusive entre jovens.

O excesso de gordura corporal, especialmente a visceral, acarreta alterações hormonais e inflamatórias que intensificam a resistência à insulina e prejudicam o metabolismo da glicose. O consumo elevado de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares e gorduras saturadas, aliado à baixa ingestão de fibras e vegetais, tem sido apontado como fator determinante para o desenvolvimento da obesidade e da disfunção metabólica. A inatividade física, por sua vez, reduz a sensibilidade à insulina e o gasto energético, reforçando o ciclo de acúmulo de gordura e hiperglicemia (SILVÉRIO *et al.*, 2024).

Além dos fatores fisiopatológicos, o DM2 reflete desigualdades socioeconômicas que limitam o acesso a alimentos saudáveis e espaços adequados para a prática de atividade física, contribuindo para a manutenção de comportamentos de risco. Dessa forma, a doença deve ser compreendida como resultado de um conjunto de fatores interdependentes - genéticos, ambientais e sociais - que comprometem a homeostase glicêmica e aumentam o risco metabólico em populações vulneráveis. Estratégias integradas de prevenção, baseadas em educação alimentar e incentivo à atividade física, são fundamentais para conter o avanço dessa condição. (JAYEDI *et al.*, 2021)

Embora a etiologia do DM1 seja distinta da do tipo 2, o manejo clínico adequado e o acompanhamento contínuo são igualmente essenciais para evitar complicações. O tratamento baseia-se na administração exógena de insulina, monitoramento glicêmico e educação em saúde, visando promover a autonomia do paciente e o controle metabólico.

Ambas as condições exigem rigoroso controle da glicemia e atenção ao consumo alimentar, sendo fundamental que a pessoa com diabetes compreenda os riscos associados à descompensação metabólica e desenvolva autonomia para o manejo cotidiano da doença. A adoção de hábitos alimentares equilibrados, aliada à prática regular de atividade física e à adesão ao tratamento prescrito, constitui um elemento central para a manutenção do controle glicêmico e para a prevenção de complicações agudas e crônicas, favorecendo, assim, um prognóstico mais favorável e melhor qualidade de vida (Silvério *et al.*, 2024).

A compreensão do diabetes, portanto, exige uma abordagem multidisciplinar que integre aspectos biológicos, clínicos e educativos, reforçando o papel do letramento em saúde no autocuidado e na adesão terapêutica. A avaliação do letramento em saúde em pacientes com diabetes revela um importante desafio para o manejo eficaz da doença.

O estudo realizado em um ambulatório público do Rio de Janeiro, com aplicação da versão brasileira do *European Health Literacy Survey (HLS-EU-BR)*, demonstrou que a maioria dos pacientes apresentava níveis insuficientes ou limitados de letramento em saúde, o que compromete a capacidade de compreender e aplicar informações essenciais ao autocuidado. Observou-se associação significativa entre baixa letramento, menor escolaridade, idade avançada, percepção negativa da própria saúde e diagnóstico de diabetes tipo 2, sendo a escolaridade o principal determinante dessa limitação. Esses achados evidenciam que o baixo letramento em saúde atua como uma barreira crítica para o controle glicêmico e para a adesão às orientações terapêuticas, reforçando a necessidade de estratégias educativas e comunicacionais adaptadas ao perfil sociocultural dos pacientes. Investir em ações que promovam a compreensão, o acesso e o uso adequado das informações em saúde é, portanto, essencial para fortalecer o autocuidado, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes (Pavão *et al.*, 2021).

6. Letramento em Saúde e Adesão ao Tratamento de Doenças Crônicas

A adesão ao tratamento de condições crônicas, como a hipertensão arterial, diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares, constitui um dos maiores desafios da prática clínica, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e baixo Letramento Funcional em Saúde (LFS). A abordagem da adesão deve ser adaptada às especificidades de cada faixa etária, levando em conta as necessidades e dificuldades apresentadas pelos pacientes. Pessoas com baixa escolaridade ou com baixo LFS tendem a apresentar menor desempenho no autocuidado, seja pela dificuldade de compreender as orientações dos profissionais de saúde, interpretar prescrições ou executar corretamente as recomendações terapêuticas (Silva *et al.* 2022; Carvalho; Ribeiro, 2020).

O letramento funcional em saúde (LFS) refere-se à capacidade básica do indivíduo de ler, compreender e utilizar informações essenciais em saúde, permitindo-lhe funcionar adequadamente no sistema de saúde, como compreender prescrições, orientações e instruções de cuidado. Já o letramento em saúde constitui um conceito mais amplo e multidimensional, que abrange não apenas a compreensão, mas também a capacidade de acessar, avaliar criticamente e aplicar informações em saúde, favorecendo a tomada de decisões informadas ao longo da vida e em diferentes contextos sociais e culturais. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) destaca que o letramento em saúde envolve competências individuais e demandas do sistema de saúde, sendo um elemento central para a promoção da autonomia, do autocuidado e da equidade em saúde.

Estudos indicam que indivíduos com baixo letramento em saúde apresentam prevalência de não adesão até 77% superior à observada entre pacientes com letramento adequado. A dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde e a falta de compreensão das orientações recebidas aumentam significativamente o risco de não adesão e reduzem a efetividade das terapias (Carvalho; Ribeiro, 2020). Entre os principais fatores associados à baixa adesão destacam-se a descrença na importância do tratamento, a necessidade de múltiplas doses diárias e as barreiras comunicativas entre pacientes e equipe de saúde.

Em estudo conduzido por Tavares *et al.* (2016), a prevalência de baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas foi de 30,8%. As maiores taxas de não adesão foram observadas entre adultos jovens, sem escolaridade, residentes das regiões Nordeste e Centro-Oeste, indivíduos que arcam parcialmente com o custo do tratamento, aqueles com pior autopercepção de saúde, portadores de três ou mais doenças crônicas, que referem limitações funcionais e que fazem uso de cinco ou mais medicamentos.

Em uma metanálise conduzida por Miller (2016), observou-se que pacientes com níveis mais elevados de letramento em saúde apresentam maior adesão às recomendações médicas, tanto em relação ao uso adequado de medicamentos quanto às mudanças de comportamento, como prática regular de exercícios, alimentação equilibrada e comparecimento às consultas. O estudo também evidenciou que pacientes pertencentes a minorias raciais e de baixa renda responderam de forma mais significativa às intervenções, destacando a vulnerabilidade desses grupos e a importância de estratégias específicas voltadas às suas necessidades.

Os resultados fornecem evidências de que a melhoria do letramento em saúde pode contribuir diretamente para o aumento da adesão terapêutica. Entre os indivíduos com doenças cardiovasculares, foram observados efeitos positivos mais expressivos, possivelmente em razão da necessidade de manejo contínuo e de maior compreensão do tratamento. Assim, intervenções educativas culturalmente sensíveis e acessíveis potencializam os benefícios relacionados ao letramento em saúde, promovendo melhor adesão e, conseqüentemente, melhores desfechos clínicos (Miller, 2016).

De forma geral, a metanálise obtida por Miller (2016) reforça que populações vulneráveis, como minorias raciais e indivíduos de baixa renda, beneficiam-se de modo mais intenso com ações voltadas à ampliação do letramento em saúde. Ainda, segundo o autor, tais evidências sublinham a importância de políticas públicas e programas direcionados à equidade em saúde, capazes de reduzir disparidades e fortalecer a autonomia dos pacientes no autocuidado (Miller, 2016).

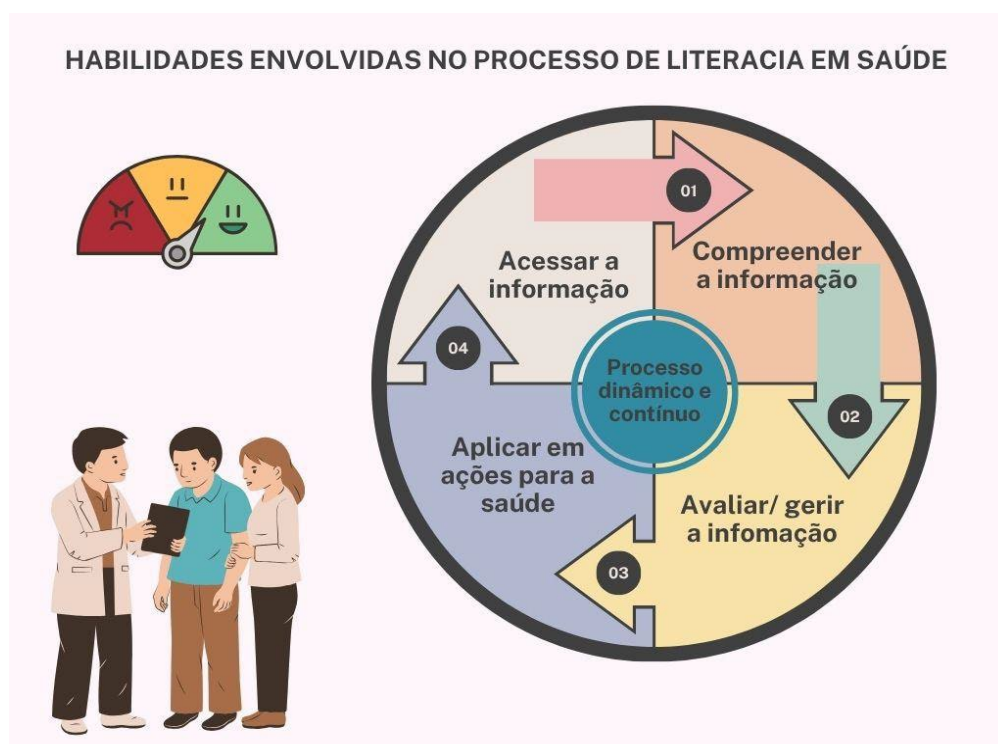
Entre os idosos, especialmente os de baixa renda, há uma forte associação entre o baixo letramento em saúde (LS) e a baixa adesão ao tratamento, frequentemente agravada por limitações econômicas. A dificuldade de adquirir medicamentos fora do Sistema Único de Saúde (SUS), manter uma alimentação adequada ou realizar exames complementares, contribui para o abandono terapêutico e o agravamento de comorbidades. O LS inadequado é mais prevalente nessa faixa etária, pois muitos idosos, embora alfabetizados, não desenvolveram plenamente as competências necessárias para aplicar a leitura e a escrita em situações de cuidado à saúde. Conseqüentemente, apresentam maior dificuldade em compreender orientações médicas e em seguir corretamente o uso de medicamentos e as recomendações de autocuidado (Pereira, 2015; Machado, 2014).

Diante desse cenário, torna-se urgente adotar estratégias de sensibilização voltadas aos indivíduos, às famílias e às comunidades, ampliando a compreensão do processo saúde-doença-cuidado. A elaboração de materiais educativos adequados ao nível de letramento dos usuários é uma ação fundamental para favorecer a adesão, reduzir complicações e promover o autocuidado. Ademais, as ações em saúde devem incluir o diagnóstico situacional do letramento, a melhoria da interação profissional-usuário - com ênfase na comunicação oral e escrita - e o envolvimento da família e da comunidade no cuidado. (Girão *et al.*, 2021; BRASIL, 2023). O baixo LFS impacta diretamente a relação terapêutica, pois interfere na comunicação, na

compreensão da doença e na execução do tratamento. Assim, o letramento deve ser compreendido como uma competência cognitiva e social que permite ao indivíduo acessar, compreender e utilizar informações em prol da própria saúde. Promover o letramento em saúde, portanto, significa empoderar o paciente para reconhecer e controlar os fatores que influenciam seu bem-estar, estimulando o autocuidado e o manejo autônomo de sua condição crônica (World Health Organization, 2021; BRASIL, 2023).

A Figura 3 apresenta, de forma integrada, as principais habilidades que compõem o processo de letramento em saúde, destacando-o como dinâmico e contínuo. Seu objetivo é evidenciar que compreender, avaliar e aplicar informações em saúde constituem a base para fortalecer a autonomia do paciente e promover a adesão ao tratamento em condições crônicas.

Figura 3 – Etapas e habilidades envolvidas no processo de letramento em saúde.



Fonte: Ilustração criada pelo autor (CANVA). Texto baseado em: autocuidado em saúde e a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas: guia para profissionais da saúde (BRASIL, 2023).

7. Desafios da Prática Clínica e o Papel dos Profissionais de Saúde

O papel do profissional de saúde é determinante na construção de vínculos e na promoção da adesão ao tratamento. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), práticas baseadas na escuta qualificada, no acolhimento e no estabelecimento de vínculos fortalecem a confiança do usuário e favorecem a continuidade do cuidado. A comunicação empática, a escuta ativa e o uso de linguagem clara e acessível são atitudes essenciais para reduzir barreiras e promover o entendimento das orientações terapêuticas. Nesse sentido, o profissional deve evitar julgamentos, estimular o diálogo e atuar como mediador do processo de compreensão das informações em saúde, respeitando o ritmo, o contexto sociocultural e o nível de letramento do usuário (BRASIL, 2023).

Os desafios da prática clínica incluem barreiras culturais, linguísticas e econômicas, bem como limitações de tempo e recursos disponíveis nos serviços de saúde. Somam-se a isso a escassez de materiais educativos em linguagem acessível e a sobrecarga dos profissionais, fatores que dificultam a adesão e o autocuidado. Superar tais obstáculos exige trabalho interprofissional, educação permanente em saúde e comprometimento ético e comunicativo dos profissionais com a integralidade e a humanização do cuidado. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2023)

O cuidado centrado na pessoa pressupõe a percepção integral do indivíduo e a valorização de suas experiências, promovendo uma relação terapêutica horizontal e acolhedora. Essa abordagem fortalece o vínculo entre paciente e equipe, favorecendo a corresponsabilização no tratamento e a prática do autocuidado, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). O Guia de Literacia para a Saúde (BRASIL, 2023) reforça que a comunicação efetiva, o respeito às singularidades e a escuta qualificada são elementos essenciais para o empoderamento do usuário e para o fortalecimento da autonomia no processo de cuidado.

Ao definir a saúde meramente como ausência de doença e funcionamento biológico adequado, adota-se uma visão reducionista e patogênica, que desconsidera a complexidade e a dimensão subjetiva do ser humano. Em contraste, a perspectiva ampliada, conforme discutida por Peres (2023), compreende a saúde como um processo dinâmico de equilíbrio e sentido, que integra aspectos físicos, emocionais, espirituais e sociais. Sob essa ótica, profissionais que baseiam suas ações no modelo salutogênico, com foco no Sentido de Coerência (SCO), autonomia e empoderamento, reconhecem e utilizam esses diversos fatores que compõem a vida humana, auxiliando a pessoa a promover a saúde mesmo diante de condições de doenças crônicas (BRASIL, 2023; Peres, 2023).

Para que a saúde seja plenamente alcançada, é fundamental considerar e garantir os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como saneamento básico, emprego, renda, moradia, alimentação, educação, cultura, esporte e lazer. Além dessas condições básicas, o cuidado em saúde exige a construção de vínculo e comunicação efetiva, um sólido trabalho interprofissional, e o apoio às estratégias e ferramentas próprias do indivíduo e de sua família para enfrentar o processo de adoecimento da forma mais saudável possível.

Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde (EPS) e a valorização da cultura popular são fundamentais. A promoção da saúde implica a transformação da realidade e a redução das iniquidades e desigualdades no acesso aos DSS. Por meio da EPS, alcança-se a participação popular e o empoderamento. Assim, as ações de promoção da saúde devem integrar as habilidades e abordagens mencionadas, parcerias com a comunidade (líderes e instituições), a inclusão da cultura popular como saber legítimo, e a educação com foco na saúde como um recurso para a vida, tendo a EPS como vetor para as necessárias transformações sociais (BRASIL, 2012; BRASIL, 2023).

7.1. Dicas para comunicação em saúde como estratégia de cuidado e promoção da autonomia do usuário de acordo com o Guia de Literacia para a Saúde (BRASIL, 2023)

1. A comunicação em saúde constitui um instrumento essencial para o estabelecimento de vínculos, a promoção da autonomia e o fortalecimento do entendimento mútuo entre profissionais e usuários. O processo comunicativo, quando pautado na escuta ativa, no diálogo e na empatia, contribui

significativamente para a adesão ao tratamento e para a responsabilização do indivíduo em seu cuidado.

2. Durante as ações educativas, o profissional deve se identificar, apresentando seu nome, função e o tema que será abordado, favorecendo um ambiente de acolhimento e confiança. A disposição física do espaço também desempenha papel importante: sempre que possível, recomenda-se organizar as cadeiras em círculo e participar do grupo sentado, evitando posturas hierarquizadas que possam criar barreiras na interação.
3. A utilização de diferentes recursos didáticos amplia o alcance da comunicação e facilita a compreensão das mensagens. Materiais como panfletos, cartazes, vídeos, podcasts, fotografias e publicações das redes oficiais do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde podem ser adaptados à realidade local, tornando a atividade mais atrativa e eficaz. O uso criativo desses recursos estimula o interesse e o aprendizado, promovendo uma compreensão mais significativa dos temas abordados.
4. Durante o diálogo, é fundamental que o profissional mantenha atenção não apenas às palavras, mas também aos gestos, expressões faciais e postura corporal dos participantes, elementos que revelam percepções e sentimentos importantes sobre o tema discutido. Deve-se evitar o uso de termos técnicos e adotar uma linguagem simples, acolhedora e respeitosa, com abordagem colaborativa e de parceria.
5. É igualmente importante abrir espaço para perguntas e contribuições, promovendo pausas reflexivas e momentos de silêncio que incentivem a participação espontânea. Uma estratégia inclusiva consiste em disponibilizar papéis e uma caixa para que os participantes depositem perguntas ou comentários anonimamente, garantindo liberdade de expressão e evitando constrangimentos.
6. A comunicação em saúde também deve abranger o apoio ao acesso e à compreensão de informações digitais. Nesse sentido, recomenda-se orientar os usuários sobre o uso de fontes oficiais e confiáveis, como as páginas e canais do Ministério da Saúde nas redes sociais e no YouTube, que possuem selo de verificação e conteúdo validado, evitando a disseminação de notícias falsas.
7. Ao abordar temas relacionados à mudança de estilo de vida, é essencial adotar uma postura não impositiva, mas motivadora e educativa. O profissional deve demonstrar, com base em dados e exemplos práticos, os benefícios de uma alimentação equilibrada, da prática regular de atividade física, do uso contínuo e correto da medicação, bem como da cessação do tabagismo e da redução do consumo de álcool.
8. As recomendações devem ser apresentadas de forma clara, compreensível e com significado para o cotidiano do usuário, considerando sua realidade sociocultural. Assim, a comunicação em saúde torna-se um ato de cuidado e corresponsabilidade, capaz de promover autonomia, fortalecer o vínculo entre profissional e comunidade e contribuir para a construção de uma atenção à saúde mais humana, participativa e efetiva.

Conforme podemos observar, a Figura 4 a seguir tem como objetivo ilustrar, de forma simples e prática, os passos essenciais para um atendimento acolhedor que favoreça o autocuidado. Ao destacar ações como identificação, escuta, diálogo e uso da técnica de feedback, a figura reforça a importância de uma comunicação clara e empática para

fortalecer o letramento em saúde e melhorar a adesão ao tratamento em condições crônicas.

Figura 4 - Etapas para um atendimento acolhedor e orientado ao autocuidado



Fonte: Ilustração criada pelo autor (CANVA). Texto baseado em: autocuidado em saúde e a Literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas: guia para profissionais da saúde (BRASIL, 2023).

8. Considerações Finais

À luz do exposto ao longo deste capítulo, evidencia-se que a letramento em saúde constitui um componente fulcral para o manejo adequado das doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, os baixos níveis de LS configuram um relevante problema de saúde pública global, com implicações significativas sobre o controle das doenças crônicas, a adesão terapêutica e a qualidade de vida. A comunicação efetiva desponta como um dos pilares da prática clínica qualificada, não apenas exigindo domínio técnico, mas também habilidades relacionais e empáticas que permitam reconhecer as limitações e potencialidades dos pacientes, especialmente daqueles com baixo letramento funcional em saúde. Desse modo, o fortalecimento da relação profissional-usuário configura-se como elemento essencial para o sucesso terapêutico, a prevenção de complicações e a promoção da qualidade de vida. Assim, o letramento em saúde emerge como um indicador essencial na avaliação e no planejamento de intervenções, servindo como base para o desenvolvimento de planos terapêuticos individualizados e estratégias de comunicação mais eficazes. A compreensão do nível de letramento e adesão dos usuários permite delinear ações educativas, promover o autocuidado e reduzir as complicações decorrentes da não adesão, aspectos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). *Mapa da obesidade*. Disponível em: <https://abeso.org.br/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 15 out. 2025.

ARAGÃO, B. M.; ESCARCE, A. G.; CHAMOUTON, C. S.; LEMOS, S. M. A. Association between older people's health literacy and sociodemographic aspects, functioning, happiness, and perception of the COVID-19 pandemic. *CoDAS*, v. 37, n. 2, e20240082, 2025.

BORGES, F. M. et al. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 3, p. 645–653, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0366.

BORGES, F.; LIMA, E.; CARVALHO, G.; LIMA, L.; MACHADO, A.; DA SILVA, A. *Relação entre letramento em saúde e qualidade de vida em indivíduos com hipertensão arterial*. *Ciencia y Enfermería*, v. 28, n. 6, 2022. DOI: 10.29393/CE28-6REFA60006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 13 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia de Literacia para a Saúde (BRASIL, 2023)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. *Autocuidado em saúde e a literacia para a saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas: guia para profissionais da saúde [recurso eletrônico]*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 26 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Obesidade em Adultos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde apresenta atual cenário das doenças não transmissíveis no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/saude-apresenta-atual-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>. Acesso em: 14 out. 2025.

BRITO, G. A.; MARINHO, M. L.; MOURA, F. E. A.; SANTOS, M. C. P. Doenças cardiovasculares: fatores de risco, epidemiologia e desafios para a prevenção. *Journal of Cardiology and Public Health*, v. 14, n. 2, p. 45–58, 2023.

CANGUSSÚ, L. R. *et al.* Concordância entre dois instrumentos para avaliação do letramento em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. 2, e2020490, 2021.

CANGUSSÚ, L. R. *et al.* Low health literacy and quality of life in patients with systemic arterial hypertension. *Dialogues in Health*, v. 1, p. 100036, 2022.

CARVALHO, T. R.; RIBEIRO, L. C. Associação entre letramento funcional em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 23, n. 4, p. 734–749, out./dez. 2020.

COLABORADORES DE FATORES DE RISCO GBD 2021. Carga global de 88 fatores de risco em 204 países e territórios, 1990–2021: uma análise sistemática para o estudo Global Burden of Disease 2021. *The Lancet*, v. 403, p. 2162–2203, 2024.

DE JESUS, P. R.; BIANCHINI, B. V.; ZIEGELMANN, P. K.; DAL PIZZOL, T. S. The low health literacy in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, v. 24, p. 1478, 2024.

FIGUEIRA, M. C. *et al.* Literacia em saúde – Estudo observacional numa unidade integrada de insuficiência cardíaca. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, v. 27, n. 5, p. 12–19, set./out. 2024. DOI: 10.58043/rphrc.105

GIRÃO, A. C.; MOREIRA, T. M. M.; SILVA, J. R. *et al.* Análise da associação entre adesão terapêutica e letramento em saúde em hipertensos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 11, e4166, 2021

JAYEDI, A. *et al.* Anthropometric and adiposity indicators and risk of type 2 diabetes: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *BMJ*, v. 376, e067516, 2022. doi: 10.1136/bmj-2021-067516.

MACHADO, A. L. G.; LIMA, F. E. T.; CAVALCANTE, T. F.; ARAÚJO, T. L.; VIEIRA, N. F. C. Instrumentos de letramento em saúde utilizados nas pesquisas de enfermagem com idosos hipertensos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 101–107, dez. 2014. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.04.45139.

MILLER, T. A. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, v. 99, n. 7, p. 1079–1086, jul. 2016. DOI: 10.1016/j.pec.2016.01.020.

NICHOLS, James *et al.* Unraveling the genetics of type 2 diabetes: from polygenic etiology to precision medicine. *Journal of Clinical Investigation*, v. 134, n. 9, e183984, 2024.

OGURTSOVA, K. *et al.* IDF Diabetes Atlas: Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 183, p. 109118, 2022. doi:10.1016/j.diabres.2021.109118

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 2, p. 140–210, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc>. Acesso em: 13 nov. 2025.

OKUNOGBE, A. *et al.* *Impactos econômicos do excesso de peso e obesidade: 2ª edição com estimativas para 161 países*. Londres: Federação Mundial de Obesidade, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee*. Geneva: World Health Organization, 1995.

PAVÃO, Ana Luiza Braz *et al.* Literacia para a saúde de pacientes portadores de diabetes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. e00084819, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00084819.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 4, p. 893–908, 2015. DOI: 10.1590/1809-9823.2015.14123.

PERES, F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1563–1573, maio 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023285.14562022.

PERES, F.; BRANDÃO, A. L.; CASEMIRO, J. P.; RODRIGUES, K. M. Análise das demandas de literacia em saúde no Guia Alimentar para a População Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet], jun. 2025. [Citado em: 13 nov. 2025]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-das-demandas-de-literacia-em-saude-no-guia-alimentar-para-a-populacao-brasileira/19666?id=19666>

SAFEER, Richard S.; COOKE, Catherine E.; KEENAN, Jann. The impact of health literacy on cardiovascular disease. *Vascular Health and Risk Management*, v. 2, n. 4, p. 457–464, 2006.

SILVA, I. C.; NOGUEIRA, M. R. N.; CAVALCANTE, T. F.; FELIPE, G. F.; MORAIS, H. C. C.; MOREIRA, R. P. Health literacy and adherence to the pharmacological treatment by people with arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 75, n. 6, e20220008, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0008pt.

SILVÉRIO, D. A.; CASTRO, K. C. E.; SILVA, J. L.; AMÂNCIO, N. F. G. Obesidade, sedentarismo e má alimentação como fatores de risco para o diabetes tipo 2 em jovens: uma revisão de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 7, n. 15, e151707, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1707.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2022/2023*. São Paulo: SBEM; Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), 2023.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, v. 12, n. 80, 2012. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M.; ANDRADE, S. S. C. A. Surveillance of chronic non-communicable diseases: thoughts on the role of national health surveys of Brazil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. spe1, p. e20211048, 2022.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, supl. 2, p. 10s, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006150.

WILLET, W. *et al.* Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, v. 393, n. 10170, p. 447–492, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31788-4. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4). Acesso em: 13 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Self-care interventions for health: a new approach to primary health care*. Geneva: World Health Organization, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, 894).



Capítulo 6

COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO E SEU PAPEL PREVENTIVO EM FATORES RELACIONADOS COM A MENOPAUSA

Fabiana Guirado Faggioni²¹

Tatiana Ribeiro Friggi²²

Sheila Cavalca Cortelli²³

José Roberto Cortelli²⁴

Laís Regiane Silva Concílio²⁵

1. Introdução

A menopausa é uma fase natural do ciclo de vida feminino, marcada pela interrupção definitiva da menstruação e pela consequente diminuição dos níveis de estrogênio, o que desencadeia uma série de alterações fisiológicas, metabólicas e psicossociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a menopausa como a cessação permanente da menstruação resultante da perda da atividade folicular ovariana, confirmada após doze meses consecutivos de amenorreia, sem outra causa patológica ou fisiológica aparente (OMS, 1996). No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a menopausa como um marco biológico e social que demanda cuidado integral à saúde da mulher, com ênfase em ações educativas, preventivas e de promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2023). Nesse contexto, o letramento em saúde emerge como ferramenta essencial para o empoderamento feminino e para a tomada de decisões informadas durante essa transição.

De acordo com a OMS, o letramento em saúde refere-se ao conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e utilizar informações de modo a promover e manter uma boa saúde. A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) complementa essa definição ao destacar que o letramento em saúde vai além da simples leitura ou compreensão de textos: envolve habilidades críticas e funcionais que permitem interpretar mensagens sobre prevenção, autocuidado e uso adequado dos serviços de saúde. O Ministério da Saúde reforça que níveis adequados de letramento são determinantes sociais que influenciam diretamente o autocuidado e a adesão a práticas de promoção da saúde, especialmente em grupos vulneráveis, como mulheres em idade climatérica.

Durante a menopausa, o grau de letramento em saúde tem impacto direto sobre o autocuidado e a qualidade de vida, o manejo dos sintomas e o engajamento com estratégias de autocuidado, o que impacta diretamente os fatores que afetam a saúde e sua habilidade de:

²¹ Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde – programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde-UNITAU, Bolsista Capes, Programa Pós-graduação em Ciências da Saúde, Unitau

²² Mestre em Engenharia Biomédica e Doutora em Ciências da Saúde – programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU, Bolsista Capes, Programa Pós-graduação em Ciências da Saúde, Unitau

²³ Docente, Programa Pós-graduação em Ciências da Saúde, Unitau

²⁴ Docente, Programa Pós-graduação em Ciências da Saúde, Unitau

²⁵ Docente, Programa Pós-graduação em Ciências da Saúde, Unitau

- Reconhecer sintomas;
- Entender fatores de risco e opções terapêuticas (farmacológicas ou não);
- Adotar e manter práticas de autocuidado baseadas em evidência;
- Aderir a comportamentos preventivos como: alimentação adequada e controle do peso, atividade física, sono, saúde mental e emocional (Malekmirzaei; Farshbaf-Khalili; Pakpour, 2023).

Estudos recentes, como o de Khandehroo *et al.* (2025), demonstram que intervenções voltadas ao fortalecimento da autoeficácia e do letramento em saúde resultam em melhorias significativas na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa, sobretudo em regiões periféricas. Da mesma forma, Jenabi, Gholamaliee e Khazaei (2020) evidenciaram correlação positiva entre letramento em saúde e percepção de bem-estar em mulheres iranianas na transição menopausal. Esses achados sugerem que o conhecimento e a capacidade de interpretar informações em saúde funcionam como fatores protetores diante dos desafios físicos e emocionais dessa fase.

Outros aspectos psicossociais, como o apoio social e a compreensão cultural do envelhecimento feminino, também modulam a forma como o letramento em saúde se manifesta e é aplicado. Divya *et al.* (2024) observaram que o suporte comunitário e familiar reduz a severidade dos sintomas da menopausa, fortalecendo o senso de pertencimento e a resiliência emocional. Além disso, intervenções educativas, como práticas corporais e programas de orientação sobre bem-estar (Kai *et al.*, 2016; Morowatisharifabad *et al.*, 2020), têm se mostrado eficazes em elevar o engajamento das mulheres com sua própria saúde. Dessa forma, o letramento em saúde não deve ser compreendido apenas como uma habilidade individual, mas como um processo social que envolve comunicação clara, acesso igualitário à informação e apoio institucional contínuo. As participantes de um estudo conduzido por Dehghankar *et al.* (2021) que receberam as instruções sobre fatores de risco e as práticas alimentares preventivas para a osteoporose passaram a adotar hábitos mais saudáveis e demonstraram maior autonomia no autocuidado, evidenciando que o **letramento em saúde** atua como ferramenta essencial para a **prevenção** de doenças crônicas e para a formação de comportamentos sustentáveis.

Portanto, abordar o letramento em saúde no contexto da menopausa é reconhecer a importância do conhecimento como ferramenta de autonomia. Compreender as informações sobre o próprio corpo, sobre os riscos e possibilidades terapêuticas, e sobre os determinantes culturais do envelhecimento feminino, é fundamental para reduzir desigualdades e fortalecer o protagonismo das mulheres nessa etapa da vida. Ao integrar os conceitos da OMS, do Ministério da Saúde e dados disponíveis na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) com as evidências científicas contemporâneas, este capítulo propõe uma reflexão sobre como o letramento em saúde pode transformar a experiência da menopausa em um processo de consciência, autocuidado e qualidade de vida ampliada.

Dessa forma, este capítulo tem como objetivo discutir a menopausa sob a perspectiva do letramento em saúde, analisando como o acesso, a compreensão e a aplicação crítica das informações em saúde influenciam o autocuidado, a adoção de comportamentos preventivos e a qualidade de vida das mulheres durante essa fase do ciclo vital.

2. Menopausa: definição, sinais e sintomas

A compreensão conceitual da menopausa, de seus sinais e sintomas, constitui o primeiro passo para o desenvolvimento do autocuidado informado, uma vez que reconhecer as mudanças fisiológicas permite às mulheres buscar orientação adequada e adotar estratégias de enfrentamento baseadas em evidências.

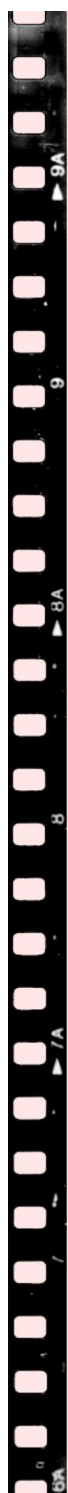
A menopausa é um evento fisiológico que marca o fim da vida reprodutiva da mulher, sendo definida pela OMS como a cessação permanente da menstruação após doze meses consecutivos de amenorreia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Esse processo está associado à perda da função ovariana e à diminuição da produção de estrogênio e progesterona. Os sintomas mais frequentes incluem **fogachos, sudorese noturna, alterações de humor, irritabilidade, redução da libido, secura vaginal e distúrbios do sono**, variando em intensidade conforme fatores genéticos, culturais e ambientais (Figura 1).

Essas manifestações interferem na qualidade de vida e na percepção de bem-estar físico e emocional. Assim, compreender a natureza da menopausa e seus efeitos fisiológicos é essencial para que as mulheres reconheçam suas mudanças corporais e busquem estratégias de manejo e autocuidado (Jenabi; Gholamalíee; Khazaei, 2020; Khandehroo *et al.*, 2025).

De acordo com um estudo realizado por Krzyżanowska e Górecka (2021), pode-se observar que existe um olhar limitado ou fragmentado sobre sintomas, mudanças hormonais e possibilidades de cuidado durante a menopausa e que mulheres com maior nível educacional demonstram melhor compreensão dos aspectos fisiológicos desse período e estão mais predispostas a buscar orientação profissional. Já aquelas com menor acesso à informação apresentaram maior insegurança e desconhecimento sobre sinais, consequências e estratégias de enfrentamento. O estudo ainda evidencia que lacunas no letramento em saúde dificultam o autocuidado e a adoção de hábitos preventivos, reforçando assim a necessidade de ações educativas acessíveis e culturalmente adequadas a este público, influenciando cada dia mais mulheres a se responsabilizarem pela sua capacidade de prevenir complicações, compreenderem o próprio corpo e adotarem práticas saudáveis durante essa fase.

Nesse contexto, observa-se que lacunas no letramento em saúde dificultam o reconhecimento dos sintomas e a compreensão das possibilidades de cuidado, reforçando a necessidade de ações educativas acessíveis que promovam autonomia e segurança na vivência da menopausa.

Figura 1 - principais sintomas da menopausa.



SINTOMAS DA MENOPAUSA

PRINCIPAIS SINTOMAS IDENTIFICADOS

A menopausa pode trazer **vários sintomas** que afetam a qualidade de vida. Os principais incluem fogachos, sudorese noturna, secura vaginal, alterações de humor, dificuldades no sono e ganho de peso. É importante que as mulheres entendam esses sintomas e busquem **apoio e tratamento** adequado para melhorar seu bem-estar durante essa fase.

Compreender os sintomas é essencial para o autocuidado.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

3. Fatores relacionados a alterações físicas e hormonais

As alterações hormonais características da menopausa repercutem de forma ampla sobre a saúde física e funcional das mulheres, sendo o letramento em saúde um elemento fundamental para que essas mudanças sejam compreendidas e transformadas em ações preventivas e de autocuidado eficazes.

A deficiência estrogênica típica do período pós-menopausa está associada a importantes modificações fisiológicas. A **osteoporose** é uma complicação comum do envelhecimento e da menopausa (Malekmirzaei; Farshbaf-Khalili; Pakpour, 2023). É caracterizada pela perda da densidade mineral óssea aumentando o risco de fraturas, sendo considerada pela OMS como uma das complicações mais relevantes do envelhecimento feminino. A **sarcopenia**, definida como a perda progressiva de massa e força muscular, também é comum e pode comprometer a mobilidade e a autonomia funcional (Kai *et al.*, 2016).

Mudanças corporais relacionadas à deficiência hormonal estão ligadas ao declínio muscular, e a sarcopenia em mulheres menopausadas está diretamente relacionada à redução de vários hormônios como, por exemplo, o estrógeno (principal fator relacionado à perda muscular), testosterona, progesterona, DHEA, GH e IGF-1 além de um aumento do cortisol. Entretanto, mais do que o conhecimento isolado dessas alterações fisiológicas, a capacidade de interpretar informações em saúde e aplicá-las no cotidiano é determinante para a adoção de comportamentos preventivos e para a redução de riscos associados ao envelhecimento feminino.

Essas mudanças hormonais aceleram:

- perda de massa muscular;
- redução da força;
- aumento de gordura corporal.

Como a etiologia é multifatorial, ela é agravada por um estilo de vida sedentário, baixa ingestão proteica e comorbidades associadas. Neste contexto, estratégias preventivas eficazes incluem:

- alimentação rica em proteínas,
- ingestão de vitamina D,
- atividade física,
- terapia hormonal (natural, sintética ou bioidêntica)

A adoção de hábitos saudáveis pode **atenuar o risco de sarcopenia** nessa população, além de indicar **autocuidado** e esses hábitos aparecerem como **moduladores preventivos e terapêuticos** para mulheres na pós-menopausa (Buckinx; Aubertin-Leheudre, 2022).

De acordo com Cittadini *et al.* (2022), o autocuidado em mulheres pós-menopausa com osteoporose é influenciado por fatores modificáveis e pode ser melhorado com estratégias educativas. Os autores observaram que hábitos preventivos, como tomar corretamente a medicação indicada para osteoporose, suplementar cálcio e vitamina D, praticar atividade física adequada e adotar medidas para prevenir e evitar quedas, estavam mais presentes entre aquelas mulheres com maior adesão ao tratamento. Por outro lado,

fraturas recentes, tabagismo, excesso de peso e baixa regularidade no uso de medicamentos foram associados a um autocuidado mais frágil. Os resultados reforçam a importância de investir em estratégias que motivem e orientem essas mulheres nesta fase tão delicada e cheia de desafios, fortalecendo a sua autonomia e melhorando comportamentos relacionados à prevenção.

Ao considerar que a prevenção da osteoporose requer a modificação dos hábitos comportamentais relacionados à doença, os comportamentos de autocuidado podem desempenhar um papel importante na prevenção do desenvolvimento dessa doença em muitas mulheres idosas. Um estudo analítico transversal realizado com 250 mulheres pós-menopáusicas, sendo 125 com osteoporose e 125 saudáveis, com idades entre 60 e 70 anos, selecionadas por amostragem, para preencherem um questionário sobre “Autocuidado na Menopausa e Questionário Europeu de Letramento em Saúde”, demonstrou que o letramento em saúde de mulheres idosas tem um efeito significativo em seu autocuidado, ou seja, quanto maior o letramento em saúde, maiores suas práticas de autocuidado, sendo de suma importância não apenas em mulheres idosas já com diagnóstico de osteoporose, mas também para mulheres saudáveis e/ou que correm risco de desenvolver a doença, a fim de estabelecer manobras preventivas (Malekmirzaei; Farshbaf-Khalili; Pakpour, 2023).

A adesão ao tratamento medicamentoso prescrito para osteoporose, ingestão adequada de cálcio e vitamina D, realização de atividade física para força e equilíbrio, hidratação, exposição solar por 10 a 15 minutos ao dia, manutenção do peso corporal saudável e prevenção de quedas por meio de segurança ambiental (como evitar tapetes, usar calçados antiderrapantes e prevenir movimentos bruscos) são práticas de autocuidado que se encaixam diretamente em hábitos saudáveis e prevenção para diversas doenças relacionadas ao envelhecimento, incluindo a menopausa (Cittadini *et al.*, 2021).

Além disso, os distúrbios do sono e a redução da libido estão entre as queixas mais relatadas. A baixa concentração de estrogênio interfere na produção de serotonina e melatonina, afetando o sono, enquanto a queda de testosterona e a secura vaginal reduzem o prazer e o desejo sexual (Suka *et al.*, 2016).

O letramento em saúde tem papel central na mitigação desses efeitos, pois o acesso à informação qualificada permite compreender as causas, adotar estratégias preventivas e buscar apoio profissional adequado (Khandehroo *et al.*, 2024; Morowatisharifabad *et al.*, 2020).

4. Reposição hormonal: benefícios, riscos e mitos

A **Terapia de Reposição Hormonal (TRH)** é uma das abordagens mais conhecidas para o manejo dos sintomas da menopausa. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2023), deve ser indicada de maneira individualizada, considerando o histórico clínico, a idade e os riscos cardiovasculares e oncológicos da paciente (Figura 2).

Os benefícios incluem melhora dos sintomas vasomotores, preservação da massa óssea e aumento da lubrificação vaginal. Entretanto, o uso inadequado ou prolongado pode elevar o risco de **trombose venosa profunda e câncer de mama** em mulheres predispostas. O letramento em saúde possibilita que as mulheres compreendam essas nuances, evitando a automedicação e fortalecendo a decisão compartilhada com o profissional de saúde (Khandehroo *et al.*, 2025; Ghanizadeh; Seifi; Seyedin, 2018).

Nesse cenário, o letramento em saúde torna-se condição essencial para a construção de um consentimento verdadeiramente informado, no qual a mulher compreende as alternativas terapêuticas disponíveis e participa ativamente da tomada de decisão junto ao profissional de saúde.

A TRH aparece como opção segura para muitas mulheres, principalmente para aquelas em fase recente de menopausa e com sintomas moderados a graves, porém a ausência de informação apropriada pode afastar mulheres de intervenções seguras e úteis, prejudicando o autocuidado e a prevenção de complicações associadas à menopausa. A decisão sobre a reposição hormonal deve ser individualizada e baseada em evidências, considerando as características específicas de cada mulher:

- **Idade e tempo desde o início da menopausa** - o momento em que a terapia é iniciada influencia diretamente os riscos e benefícios, pois mulheres que começam mais cedo tendem a ter resultados melhores do que aquelas que iniciam mais tardiamente;
- **Sintomas** - a terapia hormonal é principalmente indicada para sintomas vasomotores moderados a intensos como os fogachos (ondas de calor), sudorese noturna, insônia, labilidade emocional (mudanças rápidas, intensas e desproporcionais de humor ou afeto) e/ou dispareunia (dor durante a relação sexual e ressecamento vaginal);
- **Saúde cardiovascular** - antes do início do tratamento, é fundamental analisar o risco cardiovascular da paciente, como hipertensão, dislipidemia, diabetes, obesidade, histórico familiar para doença cardiovascular e trombofilias, pois esses fatores interferem diretamente na segurança da terapia;
- **Densidade óssea e prevenção de fraturas** - a reposição hormonal também pode ser utilizada como estratégia de prevenção para perda de massa óssea e redução do risco de fraturas vertebrais e não-vertebrais em mulheres no início da menopausa que apresentam maior vulnerabilidade;
- **Histórico clínico e fatores de risco** - a escolha terapêutica deve levar em conta o histórico pessoal da paciente, incluindo câncer, trombose, doenças metabólicas e outras comorbidades podem modificar a conduta ou requerer um ajuste das doses.

Esse conjunto de critérios reforça que a prescrição hormonal não deve ser padronizada, mas construída com base em evidências e no contexto de cada mulher, avaliando as vertentes do tratamento. Assim o letramento em saúde traz a importância de instruir a mulher a compreender de forma adequada as informações sobre terapia hormonal, riscos, mitos e critérios terapêuticos como condição essencial para a tomada de decisão e adesão ao tratamento (Flores *et al.*, 2021).

A desinformação, o medo dos riscos e a comunicação insuficiente com profissionais de saúde aparecem como barreiras importantes e a maioria das mulheres ainda depende do médico para orientações, mas muitas recebem instruções contraditórias ou insuficientes. O letramento em saúde aparece como um fator-chave, pois a falta de compreensão favorece mitos, medo e baixa adesão ao tratamento de TRH, independente dos benefícios apresentados. Um estudo observacional avaliou 1.525 mulheres brasileiras no climatério, incluindo pré, peri e pós-menopáusicas, por meio de um questionário estruturado sobre menopausa e terapia hormonal. Os resultados apontaram para uma realidade preocupante, já que a maioria das participantes tem conhecimento limitado sobre o tema, e quase 93% das mulheres envolvidas no estudo demonstraram pouca ou nenhuma informação sobre a terapia hormonal; apenas 30% estavam satisfeitas com as

orientações recebidas dos profissionais de saúde, dos quais muitas relataram medo de efeitos colaterais ou falta de indicação médica como motivos para não utilizar o tratamento. Concluíram que se faz necessário e essencial oferecer informação acessível, capacitar profissionais e fortalecer estratégias educativas no sistema de saúde (Rodrigues *et al.*, 2025).

Figura 2 - THR – terapia de reposição hormonal.

Reposição Hormonal e Menopausa

Benefícios e riscos da terapia hormonal

Benefícios	Riscos	Informações
A terapia hormonal pode ajudar a reduzir sintomas, melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar emocional na menopausa.	É importante considerar potenciais efeitos colaterais e discutir com um profissional de saúde antes de iniciar a terapia hormonal.	Mulheres devem estar cientes das opções disponíveis, e de como a terapia hormonal pode impactar sua saúde geral e estilo de vida.



Consulte sempre um profissional de saúde.

Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

4.1 Terapia de reposição hormonal bioidêntica

A reposição hormonal com hormônios bioidênticos aparece como uma alternativa que tem despertado interesse entre mulheres e profissionais de saúde, sobretudo pela promessa de um tratamento mais próximo da fisiologia natural feminina. Esses hormônios, por terem estrutura igual à dos produzidos pelo organismo, podem oferecer boa resposta na redução dos sintomas da menopausa e, em alguns casos, serem mais bem tolerados. Ao contrário das terapias de reposição hormonal convencionais, que utilizam hormônios sintéticos, a terapia bioidêntica emprega hormônios que são idênticos molecularmente aos

produzidos fisiologicamente pelo corpo humano. Isso levanta a possibilidade de uma abordagem mais natural e, potencialmente, com menos efeitos colaterais. Ainda assim, essa modalidade terapêutica avança em meio a desafios importantes: faltam padronizações das formulações, regulamentação consistente e estudos amplos que esclareçam seus efeitos a longo prazo. Também se faz necessário ressaltar que cada mulher, cada organismo reage de forma única, exigindo acompanhamento atento, ajustes individualizados e escolhas terapêuticas alinhadas ao seu histórico e às suas necessidades. Novas formas de administração — como cremes, géis e implantes — ampliam as possibilidades de uso, mas reforçam a necessidade de controle rigoroso de qualidade. Dessa forma, os hormônios bioidênticos se apresentam como uma estratégia promissora, porém ainda em construção, que demanda evidências mais robustas para assegurar segurança, eficácia e uso responsável na prática clínica (Caldas; Aiache, 2024).

Uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados, envolvendo 1.808 mulheres peri- e pós-menopáusicas, avaliaram a segurança e eficácia de hormônios bioidênticos manipulados em comparação com placebo, demonstrando que o uso de hormônios bioidênticos manipulados em ensaios de curto prazo não foi associado a alterações adversas em marcadores de risco cardiovascular, como perfil lipídico ou metabolismo da glicose, nem a mudanças significativas na espessura endometrial ou a eventos adversos graves, e que preparações de andrógenos vaginais demonstraram melhora significativa nos sintomas de atrofia vaginal, bem como em escores de função sexual feminina, em comparação com placebo. Entretanto, os estudos disponíveis são majoritariamente de curta duração, o que limita a avaliação de desfechos clínicos importantes, como risco de câncer de mama, câncer endometrial ou eventos cardiovasculares clínicos. Além disso, não foi possível determinar benefícios consistentes em outros sintomas menopausais, como ondas de calor ou densidade mineral óssea. O estudo concluiu que, apesar de indícios favoráveis quanto à segurança a curto prazo e eficácia em atrofia vaginal, são necessários estudos randomizados de longo prazo para avaliar desfechos clínicos relevantes e estabelecer conclusões mais robustas sobre o uso de hormônios bioidênticos na prática clínica (Liu et al., 2022).

Embora a terapia de reposição hormonal com hormônios bioidênticos venha ganhando espaço nas discussões sobre o cuidado à mulher no climatério, sua aplicação na prática clínica ainda envolve desafios. Como toda abordagem recente, ela demanda maior compreensão, desenvolvimento de letramento e atualização constante por parte dos profissionais de saúde, bem como informação clara para as mulheres que a utilizam. A variabilidade das formulações, a necessidade de controle de qualidade e a escassez de estudos de longo prazo reforçam a importância do acompanhamento cuidadoso e de decisões individualizadas. Nesse sentido, a terapia com hormônios bioidênticos deve ser entendida como uma possibilidade em evolução, cuja adoção responsável depende do conhecimento, da cautela clínica e do diálogo contínuo entre profissional e paciente.

5. Conhecer para prevenir: hábitos saudáveis e autocuidado

O princípio “conhecer para prevenir” sintetiza o papel do letramento em saúde na menopausa, ao evidenciar que a informação, quando compreendida de forma crítica e aplicada ao cotidiano, favorece escolhas saudáveis, fortalece o autocuidado e reduz agravos associados a essa fase da vida.

Conhecer o corpo e compreender os sinais da menopausa são passos essenciais para a prevenção e o bem-estar. O letramento em saúde fornece as bases para adotar

hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, rica em cálcio, vitamina D e antioxidantes; prática regular de atividade física, manutenção do peso corporal; redução do consumo de álcool e tabaco e fortalecimento da saúde mental (Divya *et al.*, 2024).

Um programa de promoção de saúde com orientações sobre atividade física regular (exercícios de intensidade moderada por pelo menos 30 minutos, 5 dias por semana) práticas alimentares adequadas (cada prato de refeição deveria incluir quatro porções: frutas, vegetais, grãos integrais e alimentos ricos em cálcio, vitamina D e ferro), hidratação, manejo do estresse, sono de qualidade e manutenção do bem-estar geral foi proposto, por 3 meses, para um grupo de 84 mulheres, entre 45 e 60 anos, que apresentavam sinais e sintomas de menopausa. O estudo mostrou que comportamentos saudáveis e modificação no estilo de vida aliviaram efetivamente a intensidade dos sintomas da menopausa e melhoraram a qualidade de vida das mulheres no grupo de intervenção, em comparação ao grupo controle (Bala *et al.*, 2024).

A prática regular de exercícios:

- reduz a perda muscular associada ao hipoestrogenismo,
- melhora a funcionalidade,
- previne fragilidade, quedas e dependência,
- contribui indiretamente para a saúde óssea.

Programas de treinamento muscular tem potencial para preservar massa magra e consequentemente prevenir os efeitos da sarcopenia de mulheres pós-menopausa e de idosas. De acordo com uma meta-análise realizada por Thomas *et al.* (2021), por meio de **26 estudos observacionais**, que incluíram **745 mulheres** entre 50 e 80 anos, demonstraram que houve aumentos **pequenos a moderados** na massa magra, independentemente da frequência semanal, idade ou duração do protocolo e o quanto esses resultados têm um impacto positivo no envelhecimento saudável e que sarcopenia e a perda de força são consequências evitáveis da menopausa. No entanto, para que essa prática seja incorporada ao cotidiano, as mulheres precisam:

- compreender o impacto da menopausa na musculatura;
- saber que a perda de força e massa magra pode ser prevenida;
- reconhecer o exercício como estratégia terapêutica e preventiva;
- receber informações de forma acessível por profissionais de saúde.

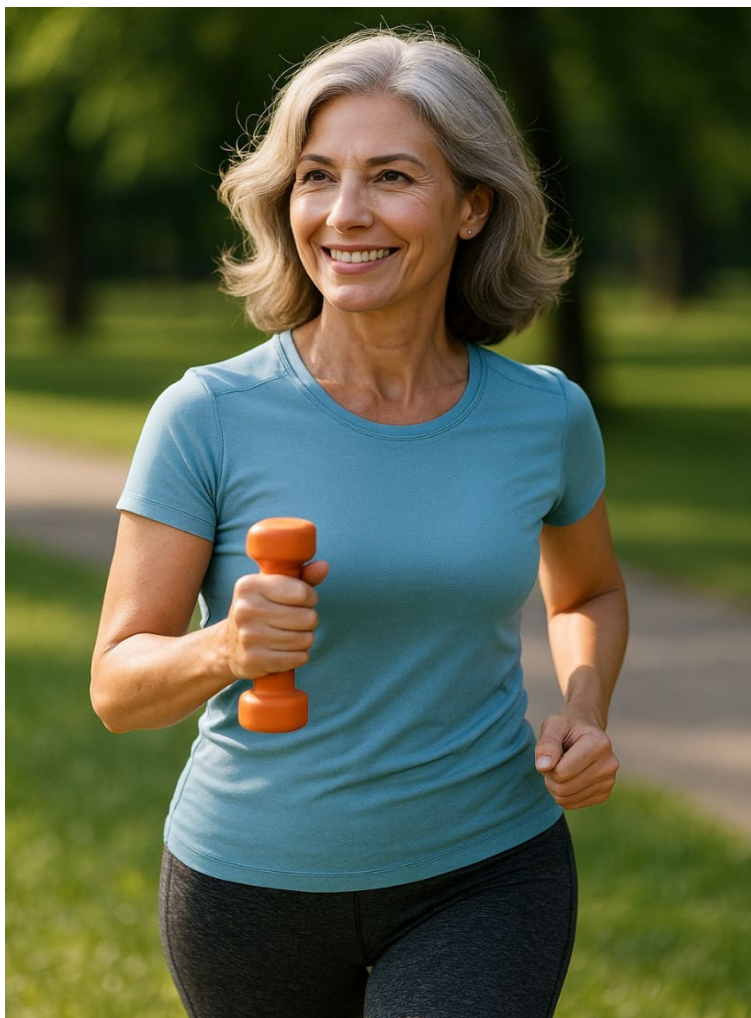
Os autores enfatizam ainda que o treinamento resistido deve ser considerado uma **estratégia de prevenção e intervenção não farmacológica** neste grupo populacional, principalmente quando iniciado precocemente na transição menopausal.

Nesse sentido, a adoção de hábitos saudáveis não depende apenas da disponibilidade de informações, mas da capacidade das mulheres de compreenderem seu significado, reconhecerem seus benefícios e incorporarem essas práticas como parte do cuidado contínuo com a saúde.

Estratégias educativas fortalecem o letramento em saúde, favorecem hábitos preventivos, estimulam o autocuidado e reduzem os impactos negativos dessa fase de transição. Além disso, evidencia que mulheres bem-informadas tendem a adotar atitudes mais saudáveis e participativas na gestão das próprias necessidades, fortalecendo comportamentos preventivos que podem ser adaptados a contextos como osteoporose e outras condições crônicas que podem estar associadas à menopausa (Kafaei-Atrian *et al.*, 2022).

A BVS (2023) enfatiza que compreender as informações de saúde de forma crítica e funcional ajuda as mulheres a reconhecerem sintomas precocemente e buscar atendimento oportuno. Assim, “**conhecer para prevenir**” não é apenas um lema, mas um exercício de cidadania e autonomia, que integra educação, autocuidado e qualidade de vida.

Figura 3 - Hábitos saudáveis como a prática regular de atividade física na prevenção dos sintomas da menopausa e melhora na qualidade de vida.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

6. Menopausa e saúde oral

A saúde oral integra o cuidado integral à mulher na menopausa e, embora frequentemente negligenciada, exerce impacto direto sobre a qualidade de vida, a autoestima e o bem-estar, sendo fortemente influenciada pelo nível de letramento em saúde bucal.

A menopausa também provoca repercussões significativas sobre a saúde oral, frequentemente negligenciadas no cuidado integral à mulher. A redução dos níveis hormonais (hipoestrogenismo) afeta a vascularização e a resposta inflamatória dos tecidos gengivais, favorecendo condições como xerostomia, gengivite descamativa, ardência bucal, mobilidade dentária e dificuldade de cicatrização (Suri e Suri, 2014).

A OMS (1996) reconhece que a saúde oral é parte essencial da saúde geral, devendo ser abordada em todas as etapas do ciclo de vida. O Ministério da Saúde (Brasil,

2023) recomenda que o acompanhamento odontológico seja incorporado às ações de atenção integral à mulher, com orientações sobre higiene, dieta e prevenção de doenças periodontais.

A BVS (2023) reforça a importância do letramento em saúde bucal, ou seja, da capacidade de compreender e aplicar informações sobre autocuidado oral, fortalecendo a autonomia e prevenindo agravos. Nesse sentido, compreender a relação entre menopausa e saúde oral amplia a visão de cuidado e promove o equilíbrio entre saúde sistêmica, autoestima e bem-estar.

Em 2024, Thomaz et al. apresentaram uma revisão integrativa sobre os cuidados com a saúde bucal de mulheres na perimenopausa e menopausa, destacando a falta de conhecimento, atitudes e práticas adequadas tanto por parte das mulheres quanto dos profissionais de saúde. A pesquisa identificou que muitas mulheres têm baixa consciência sobre os impactos da menopausa na saúde bucal, como problemas gengivais, perda de dentes e alterações no paladar, além de práticas insuficientes de higiene oral e visitas ao dentista.

Neste mesmo artigo, os profissionais de saúde também demonstraram conhecimento limitado sobre os efeitos da menopausa na saúde bucal e pouca proatividade em promover cuidados preventivos ou encaminhamentos para dentistas. Barreiras como falta de tempo, segurança, custo e informações incorretas dificultam o acesso das mulheres aos serviços odontológicos.

A revisão concluiu que há necessidade urgente de diretrizes clínicas específicas para orientar os profissionais de saúde na promoção da saúde bucal de mulheres na perimenopausa e menopausa. Além disso, sugere a implementação de programas de treinamento e colaboração interprofissional entre profissionais de saúde e dentistas para melhorar a saúde bucal e a qualidade de vida dessas mulheres.

Considerações finais

A menopausa é uma fase única para cada mulher, com sintomas variados em intensidade e duração e o letramento em saúde na menopausa representa uma estratégia essencial para a promoção da autonomia, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida das mulheres. Ao compreender e aplicar informações sobre o corpo, os sintomas e as possibilidades terapêuticas, as mulheres tornam-se protagonistas do próprio processo de envelhecimento. Integrar a saúde física, emocional e oral sob a ótica do letramento amplia o cuidado e fortalece uma abordagem verdadeiramente integral e humanizada, conforme preconizam a OMS, o Ministério da Saúde e a BVS. Ajustes intencionais no estilo de vida e o conhecimento adquirido poderiam ser uma contramedida eficaz para enfrentar os desafios da menopausa, permitindo que as mulheres possam transitar de forma mais resiliente pelas mudanças substanciais dessa fase da vida.

Assim, o fortalecimento do letramento em saúde na menopausa configura-se como estratégia fundamental para promover autonomia, prevenção e qualidade de vida, permitindo que as mulheres compreendam seu corpo, participem ativamente das decisões terapêuticas e adotem comportamentos de autocuidado alinhados a uma abordagem integral, humanizada e baseada em evidências.

Figura 4 - Indicadores da menopausa.



Fonte: imagem obtida Canva IA.

Referências

BALA, S.; KOMARRAJU, S. L.; DASARATHAN, S.; MURALIDHARAN, S. Effect of health-promoting behaviors and menopausal symptoms of urban women of Hyderabad: A randomized controlled trial. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, v. 5, n. 3, p. 1113–1118, 2024. DOI: 10.18203/2394-6040.ijcmph20180747.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 6 out. 2025.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). *Letramento em Saúde: conceito e aplicações*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2023. Disponível em: <https://bvssalud.org>. Acesso em: 6 out. 2025.

BUCKINX, Fanny; AUBERTIN-LEHEUDRE, Mylène. Sarcopenia in menopausal women: current perspectives. *International Journal of Women's Health*, v. 14, p. 813–819, 2022. DOI: 10.2147/IJWH.S340537.

CITTADINI, N. et al. Development and testing of a new instrument to measure self-care in patients with osteoporosis: the Self-Care of Osteoporosis Scale (SCOS). *International Journal of Bone Fragility*, v. 1, n. 1, p. 28–33, 2021. DOI: 10.57582/IJBF.210101.028.

CITTADINI, N.; ZANNETTI, E. B.; IOVINO, P.; DE MARIA, M.; D'ANGELO, D.; PENNINI, A.; VELLONE, E.; ALVARO, R. Factors influencing self-care in postmenopausal women with osteoporosis: the Guardian Angel® multicentric longitudinal study. *Maturitas*, v. 161, p. 7–11, 2022.

CALDAS, S. L. C. e S.; AIACHE, S. L. A terapia de reposição hormonal bioidêntica na menopausa: aplicabilidade e evoluções. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. e69486, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n3-040. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/69486>. Acesso em: 12 dec. 2025.

DEHGHANKAR, L.; PANAHI, R.; HASANNIA, E.; HEMMATI, F.; SIBONI, F. S. The effect of an educational intervention on health literacy and the adoption of nutritional preventive behaviors related to osteoporosis among Iranian health volunteers. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, v. 54, n. 6, p. 404–411, 2021. DOI: 10.3961/jpmph.21.183.

DIVYA, K. L. et al. Role of Social Support in Reducing the Severity of Menopausal Symptoms among Women Living in Rural Mysuru, Karnataka: An Analytical Cross-sectional Study. *Journal of Midlife Health*, v. 15, n. 1, p. 12–18, 2024. DOI: 10.4103/jmh.jmh_180_23.

FLORES, Valerie A.; PAL, Lubna; MANSON, JoAnn E. Hormone therapy in menopause: concepts, controversies, and approach to treatment. *Endocrine Reviews*, v. 42, n. 6, p. 720–752, 2021. DOI: 10.1210/endrev/bnab011.

JENABI, E.; GHOLAMALIEE, B.; KHAZAEI, S. Correlation between Health Literacy and Quality of Life in Iranian Menopausal Women. *Journal of Menopausal Medicine*, v. 26, n. 1, p. 34–38, 2020. DOI: 10.6118/jmm.19018.

KAFAEI-ATRIAN, M.; SADAT, Z.; NASIRI, S.; IZADI-AVANJI, F. S. The effect of self-care education based on self-efficacy theory, individual empowerment model, and their integration on quality of life among menopausal women. *International Journal of Community-Based Nursing and Midwifery*, v. 10, n. 1, p. 54–63, 2022. DOI: 10.30476/IJCBNM.2021.86814.1370.

KAI, Y. et al. Effects of stretching on menopausal and depressive symptoms in middle-aged women: a randomized controlled trial. *Menopause*, v. 23, n. 8, p. 827–832, 2016. DOI: 10.1097/GME.0000000000000651.

KHANDEHROO, M. et al. Self-efficacy intervention on health literacy and quality of life in menopausal women of suburban areas. *Scientific Reports*, v. 15, n. 1, p. 23813, 2025. DOI: 10.1038/s41598-025-09347-7.

KHANDEHROO, M. et al. Adopting strategies with menopausal experiences: A systematic review. *Health Science Reports*, v. 7, n. 4, e1968, 2024. DOI: 10.1002/hsr2.1968.

KRZYŻANOWSKA, M.; GÓRECKA, K. Women's knowledge on the menopausal transition in relation to their socio-economic status. *Menopause Review / Przegląd Menopauzalny*, v. 20, n. 2, p. 81–87, 2021. DOI: 10.5114/pm.2021.106891.

LIU, Y.; CHEN, S.; ADAMS, C.; ANDERSON, R.; MOORE, A. *Safety and efficacy of compounded bioidentical hormone therapy in peri- and postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis*. Menopause, Philadelphia, v. 29, n. 4, p. 487–495, 2022. DOI: 10.1097/GME.0000000000001939.

MALEKMIRZAEI, E. et al. The self-care behaviors and health literacy can play important preventive roles in older female osteoporosis. *BMC Women's Health*, v. 23, p.1–9, 2023. DOI:10.1186/s12905-023-02546-2.

MOROWATISHARIFABAD, M. A. et al. Readability and suitability assessment of educational materials in promoting the quality of life for postmenopausal women. *Przegląd Menopauzalny (Menopause Review)*, v. 19, n. 2, p. 80–89, 2020. DOI: 10.5114/pm.2020.97850.

RODRIGUES, Marcio Alexandre H.; REIS, Zilma Silveira Nogueira; VERONA, Ana Paula de Andrade; TEIXEIRA, Matheus Candido; PAPPAS, Gisele Lobo; SOARES JUNIOR, José Maria; LOPES DA SILVA FILHO, Agnaldo; BARACAT, Edmund Chada; MACIEL, Gustavo Arantes Rosa. Climacteric women's perspectives on menopause and hormone therapy: Knowledge gaps, fears, and the role of healthcare advice. *PLoS One*, v. 20, n. 5, p. 1–16, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316873>.

SEIFI, B.; GHANIZADEH, G.; SEYEDIN, H. Disaster Health Literacy of Middle-aged Women. *Journal of Menopausal Medicine*, v. 24, n. 3, p. 150–154, 2018. DOI: 10.6118/jmm.2018.24.3.150.

SUKA, M. et al. Menopause-specific health literacy in Japanese women. *Maturitas*, v. 91, p. 51–59, 2016. DOI: 10.1016/j.maturitas.2016.06.004.

SURI, V.; SURI, V. Menopause and oral health. *Journal of Midlife Health*, v. 5, n. 3, p. 115–120, 2014. DOI: 10.4103/0976-7800.141187.

THOMAS, Ewan; GENTILE, Ambra; LAKICEVIC, Nemanja; MORO, Tatiana; BELLAFIORE, Marianna; PAOLI, Antonio; DRID, Patrik; PALMA, Antonio; BIANCO, Antonino. The effect of resistance training programs on lean body mass in postmenopausal and elderly women: a meta-analysis of observational studies. *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 33, p. 2941–2952, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01853-8>

THOMAS, N.; PETERS, K.; O'REILLY, K.; SOUSA, M. S.; GEORGE, A. Oral health care among women in perimenopause or menopause: an integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 70, n. 1, p. 17–31, jan./fev. 2025. Epub 24 jul. 2024. DOI: 10.1111/jmwh.13668. PMID: 39045880; PMCID: PMC11803492.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Research on the menopause in the 1990s: report of a WHO scientific group*. Geneva: WHO, 1996. (WHO Technical Report Series, n. 866).



SEÇÃO III

LETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL: PREVENÇÃO, TRATAMENTO E COMUNICAÇÃO





Capítulo 7

HÁBITOS ORAIS E RESPIRAÇÃO BUCAL: UM OLHAR MULTIDISCIPLINAR PARA A PROMOÇÃO EM SAÚDE

Andrea Filipini Rodrigues Lauermann²⁶

Luiz Gustavo Centurion de Moura²⁷

Jean Luca Lunardi Laureano da Silva²⁸

Marina Amaral²⁹

Natália Abou Hala Nunes³⁰

Rafael Pino Vitti³¹

1. Introdução

O letramento em saúde, entendido como a capacidade de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde em decisões cotidianas, é um dos pilares fundamentais para a promoção de bem-estar e prevenção de doenças desde a infância. Mais do que um simples processo educativo, o letramento em saúde envolve a construção de competências cognitivas, sociais e comportamentais que permitem que indivíduos e famílias participem ativamente do cuidado à saúde. No contexto odontológico, especialmente na atenção à criança, o letramento em saúde se manifesta na forma como pais e cuidadores compreendem os sinais, os hábitos e os fatores ambientais que influenciam o desenvolvimento orofacial e o equilíbrio funcional do sistema estomatognático (Barranca-Enríquez; Romo-González, 2022; Kazemian *et al.*, 2023; Alvarenga; Aranha; Garcia, 2019).

Ao tratar de hábitos orais e respiração bucal, o letramento em saúde assume papel ainda mais relevante, pois essas condições, embora comuns, são frequentemente negligenciadas ou interpretadas apenas sob o viés estético. A ausência de informação qualificada pode levar famílias a naturalizar comportamentos potencialmente deletérios, como o uso prolongado de chupeta, mamadeira, sucção digital ou a manutenção da respiração oral sem investigação etiológica. Nesse sentido, o profissional de saúde precisa atuar não apenas como interventor clínico, mas também como mediador/educador do conhecimento, traduzindo evidências científicas em orientações compreensíveis e eficazes. Estudos recentes indicam que o nível de letramento oral dos cuidadores está diretamente associado à saúde bucal das crianças, incluindo padrões de higiene bucal e prevalência de cárie, reforçando a importância de comunicação qualificada e contínua (World Health Organization, 2013; Alzahrani *et al.*, 2024).

O conceito de letramento em saúde bucal tem sido ampliado nos últimos anos como parte de um movimento de integração entre os campos da odontologia e da saúde pública. A literatura mostra que pais com maior nível de letramento em saúde tendem a apresentar melhores práticas de higiene oral em seus filhos, menor prevalência de cárie e maior adesão às consultas odontológicas de rotina (Barranca-Enríquez; Romo-González, 2022; Alvarenga; Aranha; Garcia, 2019; Bulut; Kiliç, 2023). Por outro lado, o déficit de

²⁶ Doutorando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU

²⁷ Doutorando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU

²⁸ Mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU

²⁹ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU

³⁰ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU

³¹ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU

letramento está associado à dificuldade de reconhecer a importância dos hábitos orais precoces, atrasos no diagnóstico de distúrbios respiratórios e resistência às orientações preventivas fornecidas por profissionais da saúde.

É importante compreender que a promoção do letramento em saúde não se limita à transmissão de informação. Envolve estratégias de engajamento, empatia e corresponsabilização, nas quais o conhecimento técnico é compartilhado em linguagem acessível, respeitando as particularidades cognitivas e emocionais das famílias. A criança, nesse contexto, é vista não como receptora passiva de cuidados, mas como sujeito em desenvolvimento, cujos comportamentos podem ser modelados por meio de um ambiente educativo e responsivo. Essa abordagem, quando incorporada às políticas públicas e à prática clínica, contribui para a formação de famílias mais autônomas e conscientes sobre a influência dos hábitos orais na saúde sistêmica (Brevidelli; Moura; De Domenico, 2024).

A literatura internacional reforça que a infância é um período de plasticidade funcional e comportamental, no qual intervenções educativas produzem impacto duradouro. Estudos apontam que o aconselhamento precoce sobre hábitos orais, associado a programas de letramento em saúde, reduz a incidência de maloclusões e de hábitos de sucção não nutritiva, além de favorecer o desenvolvimento de padrões respiratórios e mastigatórios adequados (Kazemian *et al.*, 2023; Ling *et al.*, 2018; Bryce; Liddell; Gideon, 2025; Schmid *et al.*, 2018). O conhecimento científico, portanto, deve ser traduzido em práticas de educação em saúde bucal que estimulem o diálogo entre pais, cuidadores, educadores e profissionais de diferentes áreas, como odontopediatria, fonoaudiologia, pediatria e psicologia. A partir dessa perspectiva, compreender os hábitos orais e a respiração bucal, sob a ótica do letramento em saúde, permite ampliar o enfoque tradicional, antes centrado na doença, para um modelo de atenção integral, que considera o comportamento humano, o ambiente familiar e as interações sociais como determinantes da saúde bucal. Essa visão holística é essencial para enfrentar desafios contemporâneos, como o aumento da prevalência de distúrbios respiratórios na infância, a exposição precoce a dispositivos de sucção e o impacto das novas dinâmicas familiares na formação de hábitos.

Dessa forma, o presente capítulo propõe uma análise aprofundada e interdisciplinar sobre os principais hábitos orais e a respiração bucal na infância, com ênfase no papel do letramento em saúde como estratégia de prevenção e promoção do desenvolvimento infantil saudável. O diálogo entre odontologia, fonoaudiologia, pediatria, psicologia e educação é indispensável para compreender as origens, os efeitos e as formas de manejo destes comportamentos, assegurando que as intervenções sejam baseadas em evidências e adaptadas à realidade das famílias.

2. Hábitos Oraais: Implicações no Desenvolvimento Infantil e Abordagem Multidisciplinar.

Os hábitos orais representam um conjunto de comportamentos adquiridos, voluntários ou não, que envolvem funções orais repetitivas e podem exercer influência direta sobre o desenvolvimento craniofacial, oclusal e funcional. Esses comportamentos fazem parte do processo natural de amadurecimento infantil e, em muitos casos, cumprem funções transitórias de conforto e autorregulação emocional. Contudo, quando persistem além do período considerado fisiológico, podem se tornar hábitos deletérios, capazes de gerar alterações morfológicas e funcionais significativas (Bulut; Kilinç, 2023; Ling *et al.*,

2018; Schmid *et al.*, 2018; Shetty *et al.*, 2022; Masutomi; Goto; Ichikawa, 2024; Saito *et al.*, 2025).

Figura 1 - Hábitos orais deletérios (sucção digital)



Fonte: Marcus Quigmire (2009), Wikimedia Commons, licença CC BY-SA 2.0.

A literatura destaca que a identificação precoce destes hábitos e o aconselhamento parental embasado em evidências científicas são estratégias fundamentais para a prevenção de distúrbios orofaciais e psicossociais. O odontopediatra, em parceria com fonoaudiólogos, pediatras e psicólogos, desempenha papel essencial na detecção de sinais precoces e na orientação de condutas educativas que respeitem o estágio de desenvolvimento infantil e as particularidades de cada família (American Academy of Pediatric Dentistry, 2023; Proffit; Fields; Larson, 2019).

Embora a escolaridade materna esteja associada a maior nível de consciência sobre os efeitos deletérios dos hábitos orais na infância, isso nem sempre se traduz em mudanças efetivas de comportamento. Khattab *et al.* (2024) observaram que, apesar de mães com maior nível educacional demonstrarem maior percepção dos impactos negativos desses hábitos, não foi identificada associação significativa entre a escolaridade materna e sua prática pelas crianças. Esse achado reforça que o letramento em saúde deve ir além da simples transmissão de informação, exigindo estratégias educativas contínuas, contextualizadas e mediadas por profissionais de saúde, capazes de transformar conhecimento em ação efetiva no cuidado infantil.

2.1 Uso da Chupeta

Figura 2 - Imagem de uma criança fazendo uso de chupeta.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

O uso da chupeta (Figura 2) é um hábito amplamente difundido e culturalmente aceito, frequentemente introduzido com o objetivo de acalmar a criança e auxiliar na regulação do sono. Embora sua utilização possa ter benefícios temporários no controle comportamental, o uso prolongado e frequente da chupeta está fortemente associado ao desenvolvimento de más oclusões, como mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior (Ling *et al.*, 2018; Schmid *et al.*, 2018).

Figura 3 - Imagem de uma criança com mordida aberta por uso de chupeta



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

Os estudos indicam que a duração, a frequência e a intensidade do hábito são determinantes para o grau de alteração oclusal observado (Figura 3). O uso contínuo por mais de um ano está relacionado a alterações dentoesqueléticas persistentes, especialmente quando o padrão de sucção é vigoroso ou associado a outros hábitos não nutritivos (Schmid *et al.*, 2018; Pereira *et al.*, 2025).

Embora alguns fabricantes promovam chupetas com design ortodôntico, pesquisas recentes alertam que, apesar de causarem menor deslocamento dentário em comparação às chupetas convencionais, essas variações não são totalmente isentas de risco e não devem ser vistas como alternativa segura para uso prolongado. Pereira et al. (2025) demonstraram, por meio de simulações computacionais, que a força exercida pela sucção, independentemente do tipo de bico, pode gerar tensões nos tecidos orofaciais capazes de interferir no crescimento transversal da maxila e no equilíbrio muscular perioral.

Além dos efeitos biomecânicos, a literatura atual aponta para aspectos psicossociais, educacionais e culturais envolvidos na manutenção do uso da chupeta. A dificuldade dos pais em promover a retirada do hábito está frequentemente relacionada à percepção de que a chupeta representa um elemento de segurança emocional para a criança, bem como ao nível de informação e orientação recebidos ao longo do desenvolvimento infantil. Evidências indicam que hábitos orais deletérios, como o uso prolongado da chupeta, podem ser significativamente reduzidos quando a criança é acompanhada desde cedo por profissionais de saúde bucal. Kakti et al. (2019) demonstraram que níveis mais elevados de escolaridade materna, aliados à realização de consultas odontológicas regulares, estão associados à retirada mais precoce da chupeta, reforçando a importância do acompanhamento odontológico preventivo e das ações educativas voltadas às famílias. Nesse contexto, recomenda-se que o processo de retirada seja gradual e orientado, com o suporte de estratégias comportamentais e educativas conduzidas por profissionais capacitados, considerando o perfil emocional da criança e o contexto familiar (Kazemian *et al.*, 2023; Bryce; Liddell; Gideon, 2025; Kakti *et al.*, 2019).

2.2 Uso da Mamadeira

Figura 4 - Imagem de uma criança fazendo uso da mamadeira.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

A mamadeira constitui outro hábito oral de elevada prevalência e relevância clínica na primeira infância (Figura 4). Seu uso, especialmente durante o período noturno e associado à oferta de líquidos açucarados, está fortemente relacionado ao aumento da incidência de Cárie Precoce na Infância (CPI) e ao risco de ganho ponderal excessivo (Bulut; Kiliç, 2023; Cheng *et al.*, 2025; Ciavarella *et al.*, 2024). A ingestão frequente de açúcares durante o sono, aliada à redução do fluxo salivar noturno, favorece a retenção de substratos fermentáveis na cavidade oral, criando um ambiente propício à formação de biofilme cariogênico e à desmineralização dentária (Figura 5).

Figura 5 - Cárie Precoce da Infância (CPI)



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

Evidências recentes reforçam essa associação. Cheng *et al.* (2025), em estudo longitudinal conduzido com crianças australianas, demonstraram que o uso da mamadeira para dormir, além dos 12 meses de idade, está significativamente associado a maior risco de desenvolvimento de cárie dentária e a ganho de peso excessivo, ressaltando o impacto sistêmico e bucal desse hábito quando mantido de forma prolongada (Bryce; Liddell; Gideon, 2025; Masutomi; Goto; Ichikawa, 2024; Hermanson; Lindh Åstrand, 2020).

Além do efeito cariogênico, o uso prolongado da mamadeira pode interferir no padrão de deglutição e no desenvolvimento muscular orofacial. A sucção artificial demanda menor esforço muscular quando comparada ao aleitamento materno, o que pode comprometer o adequado desenvolvimento de funções orais complexas, como mastigação, fonação e respiração. Em contrapartida, o aleitamento materno prolongado está associado a melhor desenvolvimento oclusal, menor prevalência de hábitos de sucção não nutritiva e melhor coordenação das funções respiratórias e orais (Ling *et al.*, 2018).

A interrupção precoce do aleitamento materno está relacionada a múltiplos fatores comportamentais e sociodemográficos. Hermanson e Åstrand (2020), em ensaio clínico randomizado, identificaram que o uso precoce de chupeta, a presença de dificuldades significativas na amamentação nas primeiras semanas pós-parto e níveis mais baixos de escolaridade materna estão significativamente associados à cessação do aleitamento aos seis meses de vida. Esses achados evidenciam que práticas alimentares inadequadas e o uso precoce de dispositivos artificiais podem comprometer o desenvolvimento funcional orofacial, além de reforçar a necessidade de orientação profissional qualificada desde os primeiros meses de vida (Pardan *et al.*, 2023).

Nesse contexto, o manejo da mamadeira deve abranger não apenas orientações quanto ao seu uso adequado e à descontinuação progressiva, mas também ações educativas voltadas à higiene oral precoce e ao controle do consumo de açúcares na dieta infantil. Intervenções educativas fundamentadas no letramento em saúde têm demonstrado eficácia na redução da cárie de mamadeira e na melhoria dos hábitos de higiene bucal em crianças pequenas (Bulut; Kilinç, 2023; Cheng *et al.*, 2025; Harikrishnan; Ramakrishnan; Balajiganesh, 2021). Assim, a atuação preventiva e educativa dos profissionais de saúde, em especial do cirurgião-dentista, mostra-se essencial para a promoção de práticas alimentares saudáveis e para a proteção do desenvolvimento bucal e geral da criança.

2.3 Sucção Digital

Figura 6 - Imagem de uma criança com hábito de sucção digital.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

A sucção digital, também conhecida como sucção do dedo ou polegar, é considerada um dos hábitos orais mais persistentes e de maior potencial deformador na cavidade oral (Figura 6). Sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores emocionais, comportamentais e, em alguns casos, de natureza ansiosa ou compensatória. Estudos mostram que a persistência do hábito após os três ou quatro anos de idade está relacionada ao surgimento de mordida aberta anterior (Figura 7), aumento do *overjet* (sobressaliência dos dentes anteriores superiores em relação aos inferiores), protrusão ou avanço dos incisivos superiores e alteração no posicionamento mandibular (Ling *et al.*, 2018; Shetty *et al.*, 2022; Martins *et al.*, 2021).

Figura 7- Mordida aberta com sobressaliência dos incisivos superiores.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

Shetty et al. (2022) observaram que muitos pediatras e dentistas ainda subestimam a importância da abordagem interdisciplinar nesse contexto, o que pode atrasar o diagnóstico e o manejo eficaz do hábito. A intervenção deve envolver, além da orientação odontológica, o acompanhamento e tratamento fonoaudiológico, e, em alguns casos, o suporte psicológico e acompanhamento pediátrico, especialmente quando o hábito está associado a fatores emocionais como insegurança, ansiedade ou eventos familiares estressantes. O tratamento precoce, quando conduzido de forma empática e educativa, aumenta as chances de sucesso e reduz a necessidade de intervenções ortodônticas futuras (Halteh; Scher; Lipner, 2017).

Há evidência de que crianças com sucção digital prolongada apresentam também maior risco de desenvolver cárie e pior higiene oral, possivelmente devido à introdução frequente de microrganismos na cavidade bucal e à alteração na saliva por exposição contínua (Harikrishnan; Ramakrishnan; Balajiganesh, 2021). Assim, a orientação deve englobar não apenas a prevenção de alterações oclusais, mas também medidas de saúde bucal integral, reforçando a importância da higiene das mãos, do controle emocional e da participação familiar no processo de interrupção.

2.4 Onicofagia

Figura 8 - Imagem das unhas roídas pelo hábito da onicofagia.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

A onicofagia, definida como o hábito de roer as unhas, é um comportamento compulsivo comumente observado em crianças e adolescentes, frequentemente associado à ansiedade, ao estresse e ao tédio (Figura 8). Do ponto de vista odontológico, esse hábito pode resultar em desgaste dentário, microfraturas nos incisivos, deslocamento dentário e traumas gengivais repetitivos, além de aumentar o risco de infecções bacterianas e fúngicas na cavidade oral (Ciavarella *et al.*, 2024; Baghchechi; Pelletier; Jacob, 2020; Sachan; Chaturvedi, 2012; Lobbezoo *et al.*, 2013).

Halteh *et al.* (2017) e Ciavarella *et al.* (2024) destacam que os efeitos da onicofagia ultrapassam o campo da estética dental, envolvendo também consequências psicossociais relevantes, como constrangimento, baixa autoestima e perpetuação do ciclo ansioso. A literatura recomenda uma abordagem multidisciplinar e empática, integrando o trabalho do dentista, fonoaudiólogo, dermatologista e psicólogo, com foco na compreensão do contexto emocional e comportamental que sustenta o hábito (Baghchechi; Pelletier; Jacob, 2020).

Além disso, o manejo da onicofagia deve incluir estratégias de substituição comportamental e reforço positivo, evitando práticas punitivas que podem intensificar o comportamento compulsivo. A utilização de dispositivos ou substâncias aversivas deve ser cuidadosamente avaliada e, preferencialmente, associada a intervenções psicoeducativas. A educação em saúde e o letramento dos pais são componentes centrais desse processo, permitindo que reconheçam sinais precoces de ansiedade e apoiem a criança na adoção de comportamentos mais saudáveis (Lobbezoo *et al.*, 2013).

2.5 Bruxismo Infantil

Figura 9 - Ilustração representando o bruxismo do sono.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

O bruxismo infantil é reconhecido como uma atividade muscular mastigatória de etiologia multifatorial, frequentemente associada a fatores psicossociais, comportamentais e a distúrbios do sono (Figura 9). Na infância, essa condição deve ser interpretada dentro de um contexto de desenvolvimento neuromotor e emocional, o que justifica a variabilidade de sua manifestação clínica e a necessidade de acompanhamento longitudinal. Embora nem todas as crianças apresentem consequências clínicas imediatas, o bruxismo pode estar associado a desgaste dentário, desconforto orofacial e alterações do sono, impactando a qualidade de vida da criança e de seus familiares (Lobbezoo *et al.*, 2013; Lobbezoo *et al.*, 2018; Tavares Silva *et al.*, 2017).

A identificação do bruxismo infantil ocorre, na maioria das vezes, no ambiente domiciliar, sendo os pais ou responsáveis os primeiros a perceberem sinais como o ranger de dentes durante o sono ou queixas de desconforto ao despertar. Nesse sentido, a percepção familiar torna-se elemento central para o diagnóstico precoce e para a busca por atendimento profissional. Entretanto, a literatura aponta que essa identificação é diretamente influenciada pelo nível de conhecimento e compreensão dos pais sobre o distúrbio, bem como por suas experiências prévias e acesso à informação em saúde (Minervini *et al.*, 2023; Almadadi *et al.*, 2025).

Estudos têm demonstrado que o conhecimento dos pais acerca do bruxismo infantil ainda é limitado. Tavares Silva *et al.* (2017) observaram que muitos pais e responsáveis desconhecem o conceito de bruxismo noturno, suas possíveis causas e consequências, além de frequentemente considerarem o ranger de dentes como um comportamento transitório e sem relevância clínica. Essa percepção pode levar à subvalorização do problema e ao atraso na procura por orientação profissional, dificultando a implementação de medidas de acompanhamento e prevenção de possíveis repercussões clínicas.

Além do conhecimento específico sobre o bruxismo, fatores educacionais e sociodemográficos exercem influência significativa na percepção dos pais sobre a saúde bucal e os distúrbios do sono infantil. Minervini et al. (2023) demonstraram que o nível educacional dos pais está associado à melhor compreensão de problemas de saúde bucal e de distúrbios relacionados ao sono, incluindo aqueles que afetam a cavidade oral. Pais com maior escolaridade tendem a reconhecer sinais precoces de alterações orais e do sono e a buscar assistência profissional de forma mais precoce, evidenciando a relação entre educação, letramento em saúde e cuidado infantil. Corroborando esses achados, Almabadi et al. (2025) destacaram que características sociodemográficas parentais, como nível de escolaridade e acesso aos serviços de saúde, estão associadas aos fatores de risco do bruxismo infantil. O estudo evidenciou que menor nível educacional dos pais está relacionado a menor conhecimento sobre o distúrbio e menor percepção de sua gravidade, o que pode contribuir para a subnotificação dos casos e para a ausência de acompanhamento adequado.

Dessa forma, embora o bruxismo infantil apresente bases fisiológicas e comportamentais complexas, o papel do letramento em saúde dos pais mostra-se fundamental no processo de reconhecimento, manejo e acompanhamento da condição. A capacidade dos pais de acessar, compreender e aplicar informações em saúde influencia diretamente a identificação dos sinais clínicos, a adesão às orientações profissionais e a continuidade do cuidado. Assim, estratégias educativas voltadas às famílias, fundamentadas em linguagem clara e baseada em evidências científicas, configuram-se como elemento essencial para um cuidado integral e efetivo da criança com bruxismo.

3. Respiração Bucal: fisiopatologia, consequências orofaciais e abordagem interdisciplinar

Figura 10 - Imagem representativa de uma criança respiradora bucal.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

A respiração bucal é uma condição multifatorial que se caracteriza pela passagem predominante de ar através da cavidade oral, em substituição ao fluxo nasal fisiológico (Figura 10). Embora possa ocorrer de forma transitória em episódios de obstrução nasal aguda, sua persistência crônica é considerada um hábito deletério com repercussões sistêmicas e orofaciais significativas (Masutomi; Goto; Ichikawa, 2024; Lee; Kim; Yang, 2020; Lin *et al.*, 2022; Leme *et al.*, 2014). Na infância, essa alteração pode comprometer não apenas o desenvolvimento morfofuncional das estruturas faciais, mas também o desempenho escolar, a postura corporal e o bem-estar psicossocial da criança.

3.1 Etiologia e Mecanismos Fisiopatológicos

As causas da respiração bucal são variadas e frequentemente interligadas. Entre os fatores orgânicos, destacam-se a hipertrofia adenoamigdalíana, a presença de rinite alérgica, desvios de septo, pólipos nasais, hipertrofia de cornetos e infecções respiratórias recorrentes. Em outros casos, a respiração bucal se estabelece como hábito funcional após a resolução de uma obstrução inicial, perpetuando-se mesmo sem causa anatômica evidente. Essa forma de adaptação comportamental reforça o papel do letramento em saúde e da educação parental, pois o reconhecimento precoce dos sinais de respiração oral pode evitar a cronificação do quadro.

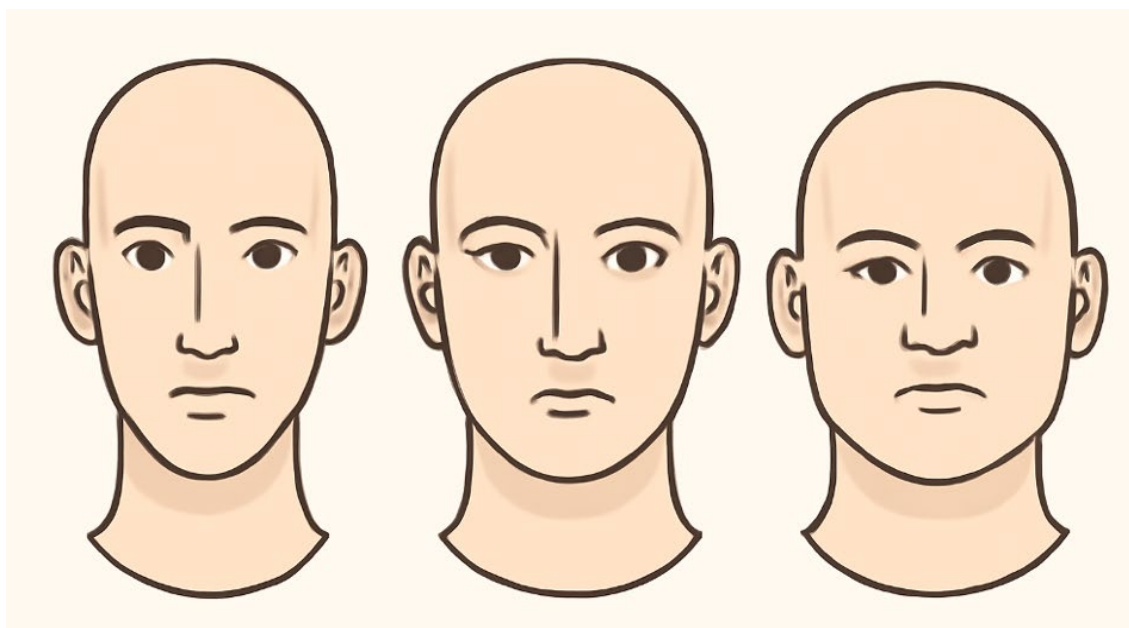
Ramirez-Yañez (2023) descreve a respiração bucal como uma alteração do padrão neuromuscular e postural, em que a tonicidade dos músculos orofaciais se ajusta a um novo equilíbrio funcional deletério. A postura de boca aberta, a língua posicionada inferiormente e os lábios hipotônicos geram uma série de compensações musculares que influenciam diretamente o crescimento facial. Esse desequilíbrio resulta em alterações dentoalveolares, como estreitamento maxilar, mordida aberta anterior, protrusão dos incisivos superiores e aumento da altura facial inferior (Masutomi; Goto; Ichikawa, 2024; Lin *et al.*, 2022).

Do ponto de vista fisiológico, a passagem do ar pela boca reduz a eficiência da filtração, umidificação e aquecimento do ar inspirado, funções primordiais da cavidade nasal. Essa mudança causa ressecamento da mucosa oral, redução do fluxo salivar e alteração do pH bucal, predispondo à cárie, halitose e doenças periodontais. A respiração oral também está associada a maior predisposição a doenças alérgicas, como dermatite atópica e asma, uma vez que a mucosa nasal, ao deixar de exercer seu papel imunológico, permite maior exposição a alérgenos e microrganismos (Lee; Kim; Yang, 2020; Lin *et al.*, 2022).

3.2 Consequências no Desenvolvimento Orofacial e Funcional

O impacto da respiração bucal sobre o crescimento orofacial é amplamente documentado. Crianças respiradoras orais tendem a apresentar o chamado padrão facial longo (“long face syndrome”), caracterizado por hipodesenvolvimento transversal da maxila, mordida aberta, língua baixa, lábios incompetentes e postura de cabeça projetada anteriormente (Figura 11) (Masutomi; Goto; Ichikawa, 2024; Lin *et al.*, 2022). Essas alterações não apenas comprometem a estética facial, mas também repercutem na mastigação, deglutição, fonação e postura corporal.

Figura 11 - Padrões faciais: Dolicofacial, Mesofacial e Braquifacial, da esquerda para direita.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

Masutomi; Goto e Ichikawa (2024) demonstraram que adolescentes com respiração bucal apresentavam redução significativa da força labial, pressão lingual e eficiência mastigatória, quando comparados a respiradores nasais. Tais achados reforçam a ideia de que a respiração oral afeta a função muscular global do sistema estomatognático, levando a desequilíbrios que perpetuam o padrão respiratório inadequado e dificultam a reabilitação espontânea.

Além das alterações morfofuncionais, a respiração bucal tem sido associada a déficits cognitivos e comportamentais, especialmente em crianças em idade escolar. A redução da oxigenação adequada durante o sono, consequência comum da obstrução respiratória, pode provocar sono fragmentado, roncos, sonolência diurna e déficit de atenção. Esses fatores influenciam diretamente o desempenho acadêmico e o comportamento social da criança, exigindo avaliação conjunta entre pediatras, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, odontopediatras e psicólogos (Masutomi; Goto; Ichikawa, 2024; Lee; Kim; Yang, 2020; Lin *et al.*, 2022).

3.3 Abordagem Interdisciplinar e Intervenção Precoce

O manejo da respiração bucal requer uma abordagem interdisciplinar estruturada, que envolva diagnóstico preciso, tratamento etiológico e reeducação funcional. O diagnóstico inicial deve ser clínico e funcional, baseado em avaliação odontológica, exame físico, anamnese detalhada e observação dos padrões posturais e respiratórios. O cirurgião dentista, principalmente o odontopediatra e o ortodontista, tem papel central na detecção precoce de sinais como lábios entreabertos, olheiras persistentes, mordida aberta e palato profundo (Halteh; Scher; Lipner, 2017; Lin *et al.*, 2022).

A avaliação médica otorrinolaringológica também se torna imprescindível para excluir ou tratar causas anatômicas e inflamatórias, enquanto o fonoaudiólogo atua na reeducação da respiração nasal, correção da postura lingual e fortalecimento muscular orofacial. O psicólogo infantil pode contribuir com o manejo de fatores emocionais, especialmente em casos em que a respiração bucal está associada à ansiedade ou a hábitos compensatórios (Leme *et al.*, 2014). Essa integração de saberes reflete a essência do

modelo de atenção integral em saúde, no qual o letramento familiar é um instrumento de empoderamento e adesão ao tratamento.

Programas de promoção de saúde que incorporam ações educativas sobre respiração nasal e hábitos orais têm demonstrado resultados positivos na prevenção de maloclusões e na melhoria da qualidade de vida infantil (Kazemian *et al.*, 2023; Alvarenga; Aranha; Garcia, 2019; Lin *et al.*, 2022; Leme *et al.*, 2014). Esses programas, quando aplicados em escolas ou unidades básicas de saúde, podem auxiliar pais e cuidadores a reconhecer sinais precoces de respiração oral, buscando intervenção, antes que o problema se consolide.

Além do enfoque curativo, é necessário compreender a respiração bucal como um marcador de vulnerabilidade biopsicossocial, muitas vezes associado a condições alérgicas, padrões alimentares inadequados e baixa percepção parental sobre saúde bucal. O fortalecimento do letramento em saúde é, portanto, um eixo estratégico na redução da prevalência e do impacto das disfunções respiratórias e orofaciais na infância. Profissionais de saúde devem atuar como mediadores do conhecimento, traduzindo conceitos clínicos em orientações práticas que possam ser aplicadas no cotidiano familiar — como a importância da respiração nasal, da postura adequada dos lábios e da eliminação de obstáculos ambientais, como poeira e alérgenos domésticos.

3.3.1. INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS, LETRAMENTO E SAÚDE BUCAL

Neste capítulo, é possível compreender que o uso prolongado de chupeta, onicofagia e mesmo padrões como respiração bucal não podem ser entendidos apenas como fenômenos locais da cavidade oral, mas como comportamentos inseridos em um contexto emocional e familiar mais amplo, frequentemente funcionando como estratégias de regulação de ansiedade, tensão e sofrimento psíquico. Estudos mostram que crianças e adolescentes com hábitos orais deletérios apresentam maiores níveis de sintomas depressivos e ansiosos do que aqueles sem tais hábitos, sugerindo que esses comportamentos atuam como formas automáticas de “alívio” diante de estados internos negativos (Ghanizadeh; Shekoochi, 2011; Ghanizadeh, 2008).

Pesquisas com onicofagia indicam prevalências elevadas em crianças com queixas emocionais e comportamentais, além de forte agregação familiar do hábito, com alta proporção de familiares que também roem unhas, o que remete a processos de modelagem e a um “clima” familiar de sofrimento crônico e estratégias desadaptativas de enfrentamento (Murrieta *et al.*, 2014).

Do ponto de vista estrutural, a presença de famílias não nucleares, com apenas um dos pais ou em situação de maior instabilidade se associa a maior frequência de hábitos parafuncionais, reforçando o papel do contexto na sua instalação e manutenção (Menoncin *et al.*, 2023; Okawara *et al.*, 2022).

Em cenários mais graves, experiências de abuso físico, psicológico e negligência se correlacionam com maior ocorrência de hábitos orais deletérios, incluindo respiração bucal e sucção digital, o que sugere que tais práticas podem emergir como respostas a ambientes marcados por violência e insegurança (Paiva *et al.*, 2025).

Além disso, estudos sobre uso de chupeta mostram que *burnout* parental, exaustão e crenças sobre a chupeta como recurso indispensável para acalmar o bebê contribuem para a manutenção prolongada do hábito, evidenciando que decisões dos cuidadores são mediadas por seu próprio estado emocional e por significados atribuídos ao comportamento da criança (Werner *et al.*, 2016).

A literatura que trata da associação entre as práticas psicológicas e saúde bucal identifica que as intervenções psicológicas advindas da terapia cognitivo-comportamental são promissoras, de maneira complementar, na resolução dos problemas clínicos, principalmente com a utilização da psicoeducação, entrevista motivacional, aprendizagem por observação e materiais informativos. O psicólogo pode também traduzir informações odontológicas complexas (sobre consequências da respiração bucal, alterações ortodônticas, risco de cárie etc.), em linguagem acessível, usando recursos como metáforas, histórias e material visual que respeitem o nível de letramento da família. Utilizar entrevista motivacional e técnicas cognitivo-comportamentais para: trabalhar ambivalência (“sei que preciso tirar a chupeta, mas tenho medo de ele não dormir”); aumentar autoeficácia para mudanças graduais (ex.: reduzir tempo de chupeta, treinar fechamento labial) e construir planos de ação (quem faz o quê, quando, como lidar com recaídas). Além disso, é possível ensinar estratégias de autorregulação emocional à criança (por exemplo, substituir sucção digital por outras formas de manejo de ansiedade) e aos pais (que têm a função de “coterapeutas”), coerente com o achado de que hábitos orais deletérios se relacionam à ansiedade e à depressão. Assim, o letramento em saúde não é só informar, mas também ensinar a usar a informação para tomar decisões e sustentar novos hábitos (Wide *et al.*, 2018; He *et al.*, 2024; Dobson e Dobson, 2010).

Das intervenções expostas acima, a psicoeducação se destaca como universal em qualquer contexto no qual variáveis psicossociais estão presentes. A psicoeducação é entendida como uma intervenção que visa ensinar princípios e conhecimentos da área psicológica que sejam relevantes ao paciente (Lemes; Ondere Neto, 2017), mas não se limitando ao atendimento psicoterápico, podendo ser aplicada no contexto de saúde como um todo (Lukens; McFarlane, 2004).

A psicoeducação constitui-se de uma intervenção profissional que integra componentes psicoterapêuticos e educacionais, com foco em colaboração, enfrentamento e empoderamento de pacientes e familiares, o que a aproxima diretamente do conceito de letramento em saúde. Envolve também a remoção de barreiras à compreensão de conteúdos complexos e emocionalmente carregados e ao desenvolvimento de estratégias para utilizar o conhecimento de forma proativa (Moriyama *et al.*, 2022).

A partir do exposto, entende-se que o letramento em saúde, aqui tratado especificamente da saúde bucal, é um campo de intervenção que precisa do psicólogo e seu amplo arsenal no auxílio da redução dos hábitos orais deletérios. A psicoeducação é importante aliada a qualquer intervenção em saúde bucal e traz uma forma de adaptar a informação ao receptor (criança, cuidadores, outros profissionais etc.) bem como compor a educação das famílias (Okawara *et al.*, 2022; Wide *et al.*, 2018; He *et al.*, 2024; Sowmya *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2022; Wu *et al.*, 2024), pois funcionam tanto como coterapeutas quanto como modelo comportamental para as crianças.

3.4 Integração entre Ciência, Educação e Prática Clínica

A integração entre ciência e prática é essencial para que o conhecimento produzido nas pesquisas sobre respiração bucal se converta em benefícios tangíveis à população infantil. Lin *et al.* (2022) ressaltam que o impacto da respiração oral no desenvolvimento dentofacial deve ser entendido como uma interação entre fatores genéticos, ambientais e comportamentais, sendo a intervenção precoce o fator mais determinante para o sucesso terapêutico. Essa visão interdisciplinar, apoiada por programas de educação em saúde, amplia a efetividade das estratégias de prevenção e o alcance das orientações baseadas em evidências.

Assim, compreender a respiração bucal sob a ótica do letramento em saúde é reconhecer que o conhecimento científico só produz resultados duradouros quando internalizado e reproduzido pelos indivíduos e suas famílias. O protagonismo dos cuidadores, aliado à atuação colaborativa de profissionais de diversas áreas, é a base da ciência contemporânea verdadeiramente promotora de saúde.

4. Considerações Finais

A educação em saúde envolve um processo contínuo de troca de informações, escuta, diálogo e parceria entre pais, cuidadores e responsáveis. As informações precisas advindas das pesquisas científicas servem de base para o esclarecimento das consequências da manutenção dos hábitos, mas a criança é o ator principal da cena. Ela deve ser escutada, respeitada e principalmente tratada na sua singularidade. O processo educativo envolve a compreensão dos sentimentos e necessidades envolvidas em cada hábito, e como um processo, envolve tempo, mas o tempo de cada criança.

O processo educativo envolve todos aqueles que convivem com a criança, pois a informação e as atitudes devem corresponder, independente do meio e da pessoa que a acompanha, ou seja, na casa dos pais, na casa da avó, na creche ou na pracinha, o mesmo processo educativo deverá ser seguido. Para a criança, “o combinado” tem valor, assim como os contratos para os adultos, desde que seja explicado e que ela também possa dizer das suas possibilidades e limitações, para que todos juntos encontrem um tempo e a melhor forma de retirar o hábito deletério.

O profissional que participa deste processo educativo deve ter atenção para contextualizar as orientações para cada rotina familiar, evitando posturas punitivas e culpabilizadoras. As orientações que propõem alternativas são mais assertivas daquelas que se apegam apenas ao “não pode”.

O processo educativo pode ser facilitado por meio de ferramentas de apoio que envolvem desenhos, figuras, fotos, filmes, músicas, livros, enfim, existe uma infinidade de estímulos disponíveis na era digital em que vivemos hoje em dia. Contudo, a escolha deve ser individualizada, pensando na singularidade da criança e da família.

O uso de estratégias concretas para as crianças é um meio facilitador, ou seja, além de dizer que respirar pelo nariz é muito melhor, fazer experiências como respirar no espelho ou brincar de soprar papel picado com o nariz exemplificam o processo de inspiração e expiração, de forma concreta e lúdica, facilitando a compreensão e a memorização do processo (Figura 12).

Figura 12 - Formas lúdicas de aprendizagem.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

No caso da chupeta, dizer apenas que “a chupeta empurra os dentinhos e atrapalha a fala” pode ser muito abstrato para uma criança, pois ela terá dificuldade de projetar essa consequência no futuro. Uma alternativa seria escolher a sua mídia preferida (foto, vídeo, livro etc.) e mostrar para ela como os dentes podem ficar projetados. Ao mesmo tempo, se solidarizar com ela, dizendo o quanto a chupeta é importante para ela, que o processo causará sofrimento, mas ela estará acolhida, assim como permitir que ela escolha outro objeto de apoio emocional para esse momento difícil.

Para auxiliar este processo, a família e os cuidadores podem se apoiar numa equipe multiprofissional ou no profissional mais próximo ou mais acessível, como:

1. Cirurgião-dentista: profissional que deve ser visitado periodicamente, a partir dos primeiros dentes da criança.
2. Fonoaudiólogo: profissional que atua na comunicação humana oral e escrita (linguagem, fala e audição), e nas funções orais como deglutição, respiração, mastigação e sucção.
3. Pediatra: acompanha a criança periodicamente desde o nascimento para acompanhar a saúde geral, desenvolvimento e crescimento.
4. Psicólogo: profissional que oferece suporte emocional e contribui para a compreensão do significado afetivo da presença dos hábitos deletérios.

Além disso, a escola ou a creche desempenham um papel muito importante na vida da criança, os cuidadores e educadores deverão ser informados do processo e, sempre que possível, os profissionais que estão envolvidos no caso deverão integrar a equipe escolar nas discussões.

A equipe multidisciplinar é essencial, mas é complementar ao trabalho da própria criança e de sua família. O olhar para os hábitos deletérios é amplo e não se reduz à redução de condutas, trata-se de olhar a criança dentro de seu ambiente, de suas necessidades e as de sua família. Para cada criança haverá um tempo e uma solução, que é a melhor medida para promover a saúde geral e prevenir as consequências descritas na literatura com a manutenção de hábitos saudáveis ao longo da vida.

Referências

ALMABADI, E. S. et al. Parental sociodemographic characteristics and bruxism's risk factors among children: Saudi Arabian evaluation. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, v. 16, p. 1-11, 2025. DOI: 10.2147/PHMT.S471594.

ALVARENGA, F. D. B. F.; ARANHA, E.; GARCIA, M. A importância da educação em saúde como parâmetro delineador das determinantes sociais da saúde. *Anais do Encontro Nacional de Pós-graduação*, v. 3, p. 448-452, 2019.

ALZHRANI, A. Y. et al. The influence of parental oral health literacy on children's oral health: a scoping review. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, v. 48, n. 4, p. 16-25, 2024. DOI: 10.22514/jocpd.2024.074.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. In: *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry, 2023.

BAGHCHECHI, M.; PELLETIER, J.; JACOB, S. Art of prevention: the importance of tackling the nail biting habit. *International Journal of Women's Dermatology*, v. 7, p. 309-313, 2020. DOI: 10.1016/j.ijwd.2020.09.008

BARRANCA-ENRÍQUEZ, A.; ROMO-GONZÁLEZ, T. Your health is in your mouth: a comprehensive view to promote general wellness. *Frontiers in Oral Health*, v. 3, art. 971223, 2022. DOI: 10.3389/froh.2022.971223.

BREVIDELLI, M. M.; MOURA, V. P. T.; DE DOMENICO, E. B. L. Promoção do letramento em saúde segundo os Health Literacy Universal Precautions Toolkits: um estudo de reflexão. *Escola Anna Nery*, v. 28, e20240000, 2024.

BRYCE, C.; LIDDELL, T.; GIDEON, G. Early childhood concerns: counseling on sleep issues, thumb-sucking, picky eating, school readiness, and oral health. *American Family Physician*, v. 111, n. 1, p. 31-36, 2025.

BULUT, G.; KILINÇ, G. The impact of infant feeding and oral hygiene habits on early childhood caries: a cross-sectional study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, v. 26, n. 6, p. 810-818, 2023. DOI: 10.4103/njcp.njcp_904_22.

CHENG, H.; JOHN, J.; SCOTT, J.; DENNEY-WILSON, E.; Bhole, S.; BAUR, L.; ARORA, A. Bottle feeding to sleep beyond 12 months is associated with higher risk of tooth decay and overweight in Australian children. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v. 49, n. 1, art. 100224, 2025. DOI: 10.1016/j.anzjph.2025.100224.

CIAVARELLA, D.; MONTARULI, G.; GIULIANI, L.; BISCEGLIA, M.; LAURENZIELLO, M.; FANELLI, C. et al. Effects of nail biting (onychophagy) on upper central incisors in children and young adolescents. *Applied Sciences*, v. 14, art. 6856, 2024. DOI: 10.3390/app14166856.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. Começando o tratamento: habilidades básicas. In: DOBSON, D.; DOBSON, K. S. *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 5.

GHANIZADEH, A. Association of nail biting and psychiatric disorders in children and their parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, v. 2, art. 13, 2008. DOI: 10.1186/1753-2000-2-13.

GHANIZADEH, A.; SHEKOOHI, H. Prevalence of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. *BMC Research Notes*, v. 4, art. 116, 2011. DOI: 10.1186/1756-0500-4-116.

HALTEH, P.; SCHER, R.; LIPNER, S. Onychophagia: a nail-biting conundrum for physicians. *Journal of Dermatological Treatment*, v. 28, p. 166-172, 2017. DOI: 10.1080/09546634.2016.1200711

HARIKRISHNAN, R.; RAMAKRISHNAN, M.; BALAJIGANESH, S. Digit sucking habit and association with dental caries and oral hygiene status in children. *Journal of Contemporary Issues in Business and Government*, v. 27, p. 3397-3405, 2021. DOI: 10.47750/cibg.2021.27.02.348.

HE, Y. et al. Effectiveness of psychological intervention in improving adolescents' oral health: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, v. 150, art. 105365, 2024. DOI: 10.1016/j.jdent.2024.105365.

HERMANSON, Å.; LINDH ÅSTRAND, L. The effects of early pacifier use on breastfeeding: a randomised controlled trial. *Women and Birth*, v. 33, n. 5, p. e473-e482, 2020. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.10.001.

KAKTI, A. A. et al. Prevalence of pacifier use and the impact of maternal education and regularity of dental visits on the age of pacifier withdrawal. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, v. 37, n. 1, p. 8-11, 2019. DOI: 10.4103/JISPPD.JISPPD_76_17.

KAZEMIAN, A.; HOSEINZADEH, M.; RAD, S.; JOUYA, A.; TAHANI, B. Nudging oral habits: application of behavioral economics in oral health promotion – a critical review. *Frontiers in Public Health*, v. 11, art. 1243246, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1243246.

KHATTAB, N. M. A. et al. Parent-perceived oral habits among a group of school children: prevalence and predictors. *BDJ Open*, v. 10, n. 1, art. 77, 2024. DOI: 10.1038/s41405-024-00261-0.

LEE, D.; KIM, J.; YANG, Y. Influence of mouth breathing on atopic dermatitis risk and oral health in children. *Journal of Dental Sciences*, v. 16, p. 178-185, 2020. DOI: 10.1016/j.jds.2020.06.014.

LEME M. et al. Associations between psychological factors and the presence of deleterious oral habits in children and adolescents. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, v. 38, n. 4, p. 313-317, 2014. DOI: 10.17796/jcpd.38.4.c48238322205466w.

- LEMES, C. B.; ONDERE NETO, J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, v. 25, n. 1, p. 373-392, 2017. DOI: 10.9788/TP2017.1-02.
- LIN, L.; ZHAO, T.; QIN, D.; HUA, F.; HE, H. The impact of mouth breathing on dentofacial development: a concise review. *Frontiers in Public Health*, v. 10, art. 929165, 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.929165.
- LING, H.; SUM, F.; ZHANG, L.; YEUNG, C.; LI, K.; WONG, H.; YANG, Y. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health*, v. 18, art. 61, 2018. DOI: 10.1186/s12903-018-0610-7.
- LOBBEZOO, F. et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 40, n. 1, p. 2-4, 2013. DOI: 10.1111/joor.12011.
- LOBBEZOO, F. et al. International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 45, n. 11, p. 837-844, 2018. DOI: 10.1111/joor.12663.
- LUKENS, E. P.; McFARLANE, W. R. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, v. 4, n. 3, p. 205-225, 2004. DOI: 10.1093/brief-treatment/mhh01.
- MARTINS, F.; SILVA, M.; SOUZA, D.; FARIAS, R.; RAMOS, P. Má oclusão e fonoaudiologia e fatores associados: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, art. e11714, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11714.
- MASUTOMI, Y.; GOTO, T.; ICHIKAWA, T. Mouth breathing reduces oral function in adolescence. *Scientific Reports*, v. 14, art. 54328, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-54328-x.
- MENONCIN, B. L. et al. Parental oral health literacy influences preschool children's utilization of dental services. *Brazilian Oral Research*, v. 37, art. e0090, 2023. DOI: 10.1590/1807-3107BOR-2023.vol37.0090.
- MINERVINI, G. et al. The association between parent education level, oral health, and oral-related sleep disturbance. *European Journal of Paediatric Dentistry*, v. 24, n. 3, p. 218-223, 2023. DOI: 10.23804/ejpd.2023.1910.
- MORIYAMA, C. M. et al. How oral health literacy and parental behavior during meals relate to dental caries in children. *Brazilian Oral Research*, v. 36, art. e131, 2022. DOI: 10.1590/1807-3107BOR-2022.vol36.0131.
- MURRIETA, J. F. et al. Parafunctional oral habits and its relationship with family structure in Mexican preschoolers. *Journal of Oral Research*, v. 3, n. 1, p. 29-35, 2014. DOI: 10.17126/joralres.2014.009.
- OKAWARA, A.; MATSUYAMA, Y.; YOSHIKAWA-ARAKI, M.; UNNAI-YASUDA, Y.; OGAWA, T.; TUMURKHUU, T.; GANBURGED, G.; BAZAR, A.; FUJIWARA, T.; MORIYAMA, K. Association between child abuse and poor oral habits in Mongolian adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 17, art. 10667, 2022. DOI: 10.3390/ijerph191710667.

- PAIVA, A. C. F.; BITTENCOURT, J. M.; MARTINS, L. P.; PAIVA, S. M.; BENDO, C. B. Impact of parents' positive attitude on the pacifier sucking habit duration and occurrence of anterior open bite in children: a cross-sectional survey. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 25, art. e240050, 2025. DOI: 10.1590/pboci.2025.021.
- PARDAN, N.; HASAN, R.; SAMSUDIN, N.; AHMAD, W. Preschool children feeding patterns and early childhood oral health impact in Tanah Merah, Kelantan, Malaysia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, v. 19, n. 4, art. 27, 2023. DOI: 10.47836/mjmh.19.4.27.
- PEREIRA, R.; ROMERO, J.; SANTOS, C.; NORTON, A.; NÓBREGA, J. Effect of different pacifier designs on orofacial tissues: a computational simulation comparative study. *Clinical Oral Investigations*, v. 29, art. 6428, 2025. DOI: 10.1007/s00784-025-06428-9.
- PROFFIT, W. R.; FIELDS, H. W.; LARSON, B. E. *Contemporary orthodontics*. 6. ed. St. Louis: Elsevier, 2019.
- RAMIREZ-YAÑEZ, G. Mouth breathing: understanding the pathophysiology of an oral habit and its consequences. *Medical Research Archives*, v. 11, n. 1, 2023. DOI: 10.18103/mra.v11i1.3478.
- SACHAN, A.; CHATURVEDI, T. Onychophagia (nail biting), anxiety, and malocclusion. *Indian Journal of Dental Research*, v. 23, n. 5, p. 680-682, 2012. DOI: 10.4103/0970-9290.107399.
- SAITO, M.; SHIMAZAKI, Y.; YOSHII, S.; KOJIMA, T. Oral health behaviours and metabolic syndrome: mediation effect of lifestyle habits. *BMC Oral Health*, v. 25, art. 5860, 2025. DOI: 10.1186/s12903-025-05860-3.
- SCHMID, K.; KUGLER, R.; NALABOTHU, P.; BOSCH, C.; VERNA, C. The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. *Progress in Orthodontics*, v. 19, art. 8, 2018. DOI: 10.1186/s40510-018-0206-4.
- SHETTY, S.; MATHUR, A.; KHAN, H.; NANKAR, M. Knowledge, attitude and practice of pediatricians towards digit sucking habit among children in Pune, India. *Advances in Human Biology*, v. 12, p. 42-46, 2022. DOI: 10.4103/aihb.aihb_138_21.
- SOWMYA, K. R. et al. Association between mother's behaviour, oral health literacy and children's oral health outcomes. *Indian Journal of Dental Research*, v. 32, n. 2, p. 147-152, 2021. DOI: 10.4103/ijdr.IJDR_676_18.
- TAVARES SILVA, C. et al. Knowledge of parents/guardians about nocturnal bruxism in children and adolescents. *Cranio*, v. 35, n. 4, p. 223-227, 2017. DOI: 10.1080/08869634.2016.1201633.
- WANG, Y. et al. Impact of parents' oral health literacy on their own and their children's oral health in Chinese population. *Frontiers in Public Health*, v. 10, art. 809568, 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.809568.
- WERNER, J. et al. Psychological interventions for poor oral health: a systematic review. *Journal of Dental Research*, v. 95, n. 5, p. 506-514, 2016. DOI: 10.1177/002203451662850.

WIDE, U. et al. Can a brief psychological intervention improve oral health behaviour? A randomised controlled trial. *BMC Oral Health*, v. 18, art. 163, 2018. DOI: 10.1186/s12903-018-0627-y.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.

WU, H. et al. The influence of parents' oral health literacy and behavior on oral health of preschool children aged 3–6 years. *BMC Oral Health*, v. 24, art. 1445, 2024. DOI: 10.1186/s12903-024-05213-6.

QUIGMIRE, Marcus. *Sucking Thumb*. 2009. 1 fotografia. Wikimedia Commons. Disponível em: Wikimedia Commons – Sucking Thumb. Acesso em: 19 ago. 2026.



Capítulo 8

DA INFORMAÇÃO À AÇÃO: O PAPEL DO LETRAMENTO EM SAÚDE NA ODONTOLOGIA

Fabiana Ivo Fontes Martins de Oliveira Campos³²

Caroline Andrade Bucholz de Matos³³

Vitória Carvalho Pádua de Magalhães³⁴

José Roberto Cortelli³⁵

Camila Lopes Ferreira³⁶

Marina Amaral³⁷

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde ressalta que o letramento em saúde é visto como um modificador importante para a promoção adequada do bem-estar do indivíduo. A capacidade de acessar serviços básicos de saúde e compreender as orientações fornecidas pelos órgãos responsáveis está diretamente associada ao letramento em saúde, o qual influencia o nível de entendimento, a autonomia e a qualidade das decisões relacionadas ao cuidado da própria saúde sistêmica (World Health Organization, 2021). O letramento não está relacionado apenas à decodificação de símbolos gráficos, mas também correlacionado às habilidades de compreensão, interpretação e uso da linguagem escrita (Angelo, 2023). Além disso, o letramento em saúde é construído por alguns fatores sociais, não sendo, assim, de responsabilidade exclusiva do indivíduo. A sociedade civil, governo e serviços de saúde são responsáveis por facilitar o acesso às informações confiáveis, de forma clara, prática e compreensível (World Health Organization, 2024).

1.1 Relevância do letramento em saúde no cuidado odontológico

A saúde bucal é complementar e inerente à saúde geral do indivíduo (Ministério da Saúde, 1986). Nesse sentido, o letramento em saúde bucal é de extrema importância para a saúde como um todo. As doenças bucais, como cáries, periodontites e perdas dos elementos dentais, são altamente preveníveis por meio de práticas adequadas de higiene e visitas regulares ao dentista (Horowitz *et al.*, 2020). Além disso, pessoas com menor escolaridade, nível socioeconômico ou contextos de vulnerabilidade mostram menor letramento em saúde bucal, o que também indica uma saúde bucal mais precária (Baskaradoss, 2018). Apesar da complexidade contextual, é papel preponderante do cirurgião-dentista proporcionar o letramento em saúde bucal, de modo que o paciente obtenha condições reais de compreensão das recomendações profissionais, riscos, benefícios e adesão a comportamentos preventivos (Flynn, 2022).

1.2 A lacuna entre informação recebida e mudança de comportamento

Embora as informações sobre saúde bucal estejam disponíveis e sejam de fácil acesso para pacientes, existe uma lacuna entre o que é ensinado ao paciente e o que ele

³² Discente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté

³³ Discente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté

³⁴ Discente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté

³⁵ Docente no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté

³⁶ Docente no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté

³⁷ Docente no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Taubaté

implementa ou realiza como hábito diário. Alguns fatores podem explicar melhor essa brecha no conhecimento:

Quadro 1 - Fatores que influenciam o conhecimento em letramento

Mesmo com uma boa literacia em saúde bucal, determinantes externos como, contexto social, situação financeira, crenças culturais e, principalmente, motivações pessoais, influenciam diretamente na aplicação de todo o conhecimento aprendido transformado em ação (Baskaradoss, 2018).

A falta de comunicação com clareza, contextualizada e culturalmente adaptada para cada indivíduo. É necessário intervenções com linguagem adequada, variando conforme a faixa etária, condição socioeconômica e/ou profissão (Freitas, 2014; Badran et al., 2023).

O livre acesso à internet facilita a obtenção de informações sobre saúde bucal, entretanto, algumas dessas notícias carregam conteúdo errôneo e mensagens falsas, promovendo desinformação, o que afeta diretamente a saúde da população (Wang, 2019).

1.3 Impacto do letramento em saúde bucal na prevenção e controle de doenças bucais

O letramento em saúde bucal impacta diretamente na prevenção, promoção e no controle das doenças bucais. Níveis adequados do letramento em saúde melhoraram a prática de higiene bucal, diminuíram a prevalência de periodontite e aumentaram os números de dentes preservados (Yu *et al.*, 2024). Contrariamente, observou-se que o baixo conhecimento em saúde bucal esteve relacionado com maior incidência de cáries não tratadas, acesso a serviços odontológicos somente em casos de urgência e menor qualidade da higiene bucal (Batista *et al.*, 2018; Bado *et al.*, 2022).

O letramento em saúde promove um entendimento que os cuidados odontológicos comunicam diretamente como a saúde sistêmica. Pacientes com o letramento adequada tem melhor compreensão da importância da saúde bucal para sua própria saúde geral (Horowitz *et al.*, 2020). Promover informação por meio da educação e comunicação acessível apresenta um método de prevenção eficaz contra doenças bucais e sistêmicas (Yu *et al.*, 2024).

2. Fundamentos do letramento em saúde aplicados à odontologia

Os fundamentos do letramento em saúde aplicadas à odontologia ganham importância ainda maior, devido à importância da prevenção de novas doenças,

tratamento do paciente e acompanhamento da saúde bucal. O letramento na odontologia não depende apenas das informações fornecidas, mas também da participação ativa do paciente. Assim como:

Quadro 2 - Vantagens do conhecimento do letramento

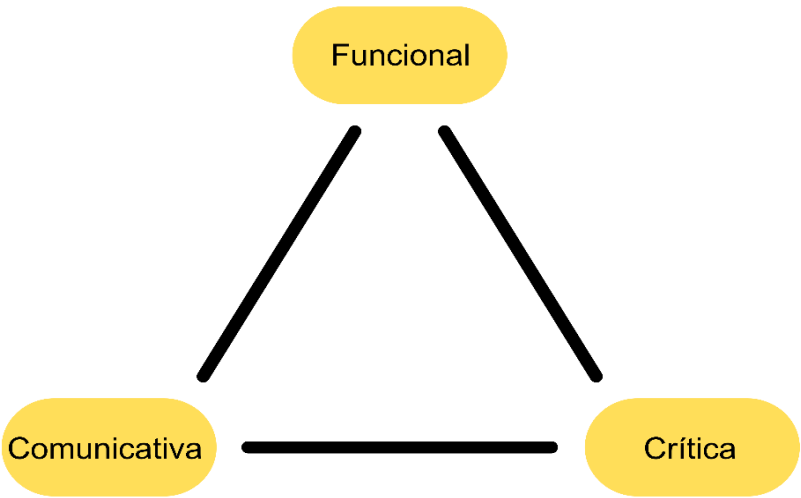
Construção do empoderamento do indivíduo
Interpretação crítica das informações
Escolha adequada das decisões
Maior nível de letramento

Fonte: autoria própria

Pacientes com maior nível de letramento em saúde bucal apresentam uma higiene melhor, visitam o dentista regularmente, compreendem as informações com mais facilidade e possuem maior adesão aos programas de prevenção. Além disso, aderem melhor aos tratamentos propostos e compreendem os riscos, como tabagismo, dieta com muito açúcar e negligência na higiene oral (Batista *et al.*, 2018; Bado *et al.*, 2022).

Nesse sentido, o letramento em saúde aplicada na odontologia é compreendido em três dimensões fundamentais: funcional, comunicativa/interativa e crítica.

Figura 1 - Três dimensões fundamentais do letramento



Fonte: autoria própria

Esses três princípios se complementam entre si e refletem a capacidade do paciente para interpretar orientações, tomar decisões informadas e utilizar adequadamente o sistema de saúde (Sørensen *et al.*, 2012; World Health Organization, 2024).

2.1 Dimensão funcional do letramento em saúde bucal

A dimensão funcional condiz com as habilidades de compreensão, leitura e escrita, que permite a interpretação dos pacientes sobre as informações simples de cuidados a saúde bucal. É um nível importante para o sucesso das recomendações profissionais, determina a capacidade do indivíduo de compreender as prescrições medicamentosas, orientações pós-operatórias e cuidados com a higiene oral (Batista *et al.*, 2018).

Quando há falta do letramento adequada, o risco de falha na prevenção em saúde bucal aumenta. Os riscos de cárie, doença periodontal e perda dentária estão associados a uma maior incidência dessas doenças na população (Batista *et al.*, 2018; Urstad *et al.*, 2022). A dimensão funcional é primordial para o empoderamento e autonomia do paciente. É necessário que o profissional consiga notar a barreira dos pacientes e ajustar a comunicação para uma melhora do entendimento, usando linguagem simples, demonstrações práticas e artifícios para melhor compreensão (Urstad *et al.*, 2022).

2.2 Dimensão comunicativa/interativa

A dimensão comunicativa ou interativa é relacionada a habilidades cognitivas e sociais, que permite que o paciente dialogue com o agente em saúde bucal. O paciente, além de receber informações, interage com perguntas, relato de sintomas, troca de experiências, esclarece questionamentos e participa do tratamento proposto pelo profissional em saúde bucal (Urstad *et al.*, 2022).

Dentro da odontologia, o paciente é capaz de compreender adequadamente o tratamento proposto em cada etapa. Assim, é capaz de participar do processo decisivo de situações que exigem escolhas baseadas em riscos e benefícios, como optar por próteses, implantes, tratamentos periodontais e intervenções estéticas, conseguindo compreender possíveis resultados, cuidados para o sucesso do tratamento e complicações a longo prazo (Urstad *et al.*, 2022; Batista *et al.*, 2018).

Essa dimensão está associada à decisão mais adequada dos tratamentos, aumento da adesão aos tratamentos e aceitação das recomendações feitas pelo profissional de saúde (Urstad *et al.*, 2022; Don Nutbeam, 2000).

2.3 Dimensão crítica do letramento em saúde bucal

A dimensão crítica representa o último nível de compreensão do letramento em saúde. O paciente apresenta habilidades cognitivas mais avançadas, permitindo que ele avalie, compare e questione informações, analisando evidências, identificando riscos e realizando decisões mais autônomas (Don Nutbeam, 2000). Essa dimensão é vital para que o paciente compreenda e tenha discernimento quanto às informações baseadas em evidências e aos conteúdos com falácias e informações errôneas (Don Nutbeam, 2000).

3 Letramento em saúde bucal: da prevenção ao tratamento

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde bucal participa diretamente na saúde geral do indivíduo. A OMS declara ainda que as doenças bucais são preveníveis com intervenção simples e de baixo custo. O paciente que possui maior letramento em saúde bucal apresenta maior compreensão sobre o sucesso do tratamento odontológico, visto que quem possui maior nível do letramento é capaz de compreender e processar informações e serviços básicos necessários para uma saúde bucal adequada. Esse entendimento por parte do paciente influencia os hábitos cotidianos, como a correta escovação, uso do fio dental, adesão às orientações de cuidados no pós-operatório, prevenção de doenças e visitas regulares ao dentista (World Health Organization, 2025).

3.1 Importância do letramento para adesão às práticas diárias

Hábitos diários como escovação adequada, uso do fio dental, enxaguantes bucais, quando necessários, são ações diretas na prevenção da doença cárie e periodontal. Entretanto, o paciente precisa compreender a importância desses hábitos e os riscos frente à negligência da higiene bucal, para assim se sentir motivado a seguir as recomendações feitas pelo profissional em saúde bucal. Além disso, o indivíduo precisa ser informado sobre a técnica correta e a aplicação prática na sua rotina (Nuto *et al.*, 2007; *World Health Organization*, 2025; SBPqO, 2021).

Programas nacionais de promoção de saúde bucal, como o Guia do Ministério da Saúde, de 2018, utilizam a demonstração prática, os materiais visuais e a linguagem simples para aumentar a perspectiva de adesão e manutenção dos hábitos diários (CDC, 2024). Grande parte das doenças bucais são evitáveis, dentro das doenças encontradas na cavidade oral, as principais são: cárie, doença periodontal e câncer bucal (*World Health Organization*, 2025).

3.2 Entendimento sobre fatores de risco

O entendimento sobre os fatores de riscos, que são características pessoais, inatas, hereditárias ou desenvolvidas, comportamento ou estilo de vida que estão associados a uma doença, são capazes de prevenir efetivamente as doenças bucais. Para o aparecimento das cáries, os principais fatores de risco são o consumo frequente de açúcar, baixo índice de flúor nos dentifrícios e higienização precária (Tungare e Paranjpe, 2023). Já a doença periodontal é agravada pelo uso do tabaco, acúmulo de placa bacteriana, diabetes descontrolada e determinantes sociais, como acesso à renda, educação e cuidado (Ministério da Saúde, 2018). Para o câncer bucal, destacam-se como fatores de risco o tabagismo, álcool e infecção por Papilomavírus Humano, conhecido como HPV (Natarajan *et al.*, 2024; Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, 2025). Com a compreensão dos fatores de risco, a adesão e motivação do paciente para efetivamente modificar seus hábitos diários são maiores. Como exemplo, redução do consumo de açúcar, cessação do tabagismo, visitas regulares ao dentista, utilização de dentifrícios fluoretados e melhora da higienização bucal (*World Health Organization*, 2025).

3.3 Compreensão das instruções pós-cirúrgicas

Para procedimentos como exodontias, instalação de implantes e tratamentos periodontais, é de extrema importância a adesão do paciente às instruções pós-operatórias (Mesfin e Abaynew, 2025; Demyati *et al.*, 2025). Pacientes com níveis maiores de letramento em saúde bucal tendem a compreender melhor as orientações recomendadas. Já indivíduos que interpretam erroneamente ou não compreendem as orientações feitas pelo profissional, geralmente são pacientes com baixo conhecimento e compreensão do letramento em saúde. Por esse motivo, recomenda-se:

- fornecer instruções simples, de linguagem acessível e resumidas;
- demonstrar visualmente as técnicas indicadas;
- reforçar sobre os riscos decorrentes, ou seja, as possíveis consequências do não cumprimento das orientações;
- acompanhar o paciente via rede sociais e consultas de retorno.

A atenção primária indica que as informações claras e concisas diminuem as complicações e melhoram a adesão e satisfação do paciente (WHO, 2024).

3.4 Como profissionais e serviços podem fortalecer o letramento em saúde bucal

Para consolidar o letramento em saúde bucal mais amplo para a população, é necessário que os profissionais auxiliem a transformar esse conhecimento exposto para o indivíduo em prática. Os agentes de saúde são responsáveis por:

- utilizarem linguagem simples e acessível;
- checarem a compreensão;
- aplicarem materiais visuais e instruções escritas adaptadas para cada caso.

Além disso, é de responsabilidade do profissional informar sobre os programas nacionais, como Brasil Sorridente e o Sistema Único de Saúde (SUS). São órgãos responsáveis por integrar ações de promoção, que tornam a prevenção acessível e realizam a reabilitação adequada dos pacientes, visando ampliar o acesso e reduzir as desigualdades (Ministério da Saúde, 2024).

4. Comunicação em odontologia: da linguagem técnica à linguagem acessível

A Federação Odontológica Mundial (FDI) define a qualidade no atendimento odontológico como um processo colaborativo em que profissionais de odontologia, pacientes e partes interessadas trabalham juntos para estabelecer e manter padrões e metas para alcançar os melhores resultados de saúde. A comunicação é um elemento crucial da prestação de cuidados de saúde, pois garante que os pacientes recebam atendimento odontológico adequado, entendam seus diagnósticos e opções de tratamento e se sintam apoiados durante todo o processo de atendimento (Ho JCY, *et al.*, 2025).

A *Canadian Dental Association* desenvolveu uma ferramenta de autoavaliação para comunicação com o paciente. A ferramenta contém uma lista de verificação essencial que ajuda os dentistas a avaliarem suas habilidades de comunicação ao consultar os pacientes. Ele foi projetado para lembrar aos dentistas os elementos-chave de uma comunicação eficaz que eles devem incorporar em suas consultas com os pacientes. É uma versão simplificada do instrumento de autoavaliação, composta por nove questões fechadas (Ho JCY *et al.*, 2024).

Quadro 3 - Ferramenta de autoavaliação de habilidades de comunicação

	Sempre	Às vezes	Nunca
1. Você dedica um tempo para explicar a agenda da visita de cada paciente?			
2. Você se sente apressado em cada consulta?			
3. Durante o exame odontológico você explica o que está vendo e procurando?			
4. Quando um exame termina, você pergunta ao paciente se ele tem alguma dúvida?			
5. Você discute os prós e contras das opções de tratamento?			

6. Você expressou, como especialista, sua opção preferida de tratamento?			
7. Você fornece aos pacientes informações que eles podem levar para casa?			
8. Você dedica tempo para discutir as taxas de tratamento diretamente com seu paciente?			
9. Você informa o paciente sobre as opções de pagamento?			

Fonte: http://www.cdaadc.ca/_files/practice/practice_management/patient_communications/guides/dentalguide-ns.pdf

Uma boa comunicação dentista-paciente traz benefícios consideráveis. Ele permite que os dentistas transmitam com precisão e eficácia informações essenciais de saúde bucal aos pacientes para melhorar a qualidade do atendimento odontológico prestado, além de melhorar a eficiência dos dentistas, aumentar a autoconfiança, reduzir o estresse ocupacional e minimizar os riscos de reclamação ou litígio. Além disso, alivia a ansiedade e o medo odontológico, ajuda a construir confiança entre dentistas e pacientes, atende às necessidades e preferências dos pacientes e aumenta a adesão dos pacientes, o que promove melhores resultados do tratamento (Ho JCY, 2025).

4.1 Estratégias para traduzir termos técnicos

A comunicação acessível não envolve simplificação excessiva, mas tradução estratégica. O objetivo é transformar o conteúdo técnico em informação clara, objetiva e acionável, sem comprometer precisão científica (Zhang *et al.*, 2025).

Algumas estratégias recomendadas:

Estratégia	Descrição	Evidência
Teach-back	Solicitar que o paciente explique com suas próprias palavras	Yen, 2019
Materiais em linguagem simples	Uso de linguagem acessível para melhorar compreensão e adesão	Nasra <i>et al.</i> , 2025
Analogias do cotidiano	Comparar conceitos com situações comuns para facilitar entendimento	Ho JCY <i>et al.</i> , 2024
Recursos visuais	Uso de modelos, fotos e ilustrações para reforçar aprendizado	Cohen <i>et al.</i> , 2024
Informação segmentada	Dividir orientações em partes curtas para evitar sobrecarga cognitiva	Ho JCY <i>et al.</i> , 2024
Ambiente acolhedor	Estimular perguntas para aumentar engajamento e reduzir ansiedade	Ho JCY <i>et al.</i> , 2024

Quando o paciente entende os motivos e benefícios de cada intervenção, ele participa mais ativamente do tratamento, adere às orientações e sente-se parte do processo terapêutico. Assim, a comunicação clara e empática reduz a ansiedade, fortalece o vínculo

de confiança e consolida o papel do cirurgião-dentista como educador em saúde — alguém que cuida não apenas da boca, mas do entendimento, da segurança e do bem-estar do paciente (Mansoor *et al.*, 2024).

4.2 *Uso de recursos visuais*

A utilização de recursos visuais representa uma das estratégias didáticas mais eficazes no contexto clínico odontológico. Em um ambiente no qual o medo, a ansiedade e a falta de familiaridade com os procedimentos são frequentes, imagens e demonstrações concretas tornam-se pontes entre o conhecimento técnico do profissional e a compreensão do paciente (Tam *et al.*, 2015).

Modelos anatômicos, fotografias clínicas, vídeos educativos e radiografias comentadas transformam conceitos abstratos em representações tangíveis, permitindo que o paciente visualize o diagnóstico, entenda o raciocínio clínico e perceba com clareza os objetivos e etapas do tratamento. Essa abordagem reduz a desinformação entre profissional e paciente, aproximando-os e tornando o processo comunicativo mais transparente e colaborativo.

Além de aprimorar a compreensão, os recursos visuais favorecem a memorização das orientações recebidas e reduzem o medo do desconhecido, uma das principais barreiras à adesão ao tratamento odontológico. Ver uma imagem, compreender um modelo tridimensional ou assistir a um vídeo explicativo desperta no paciente um senso de previsibilidade e controle sobre o procedimento — fatores diretamente associados à diminuição da ansiedade (Ho JCY *et al.*, 2024).

Esses recursos são especialmente úteis em tratamentos de maior complexidade, como reabilitações com implantes dentários, enxertos ósseos, cirurgias periodontais, próteses fixas. Nessas situações, a visualização de casos semelhantes, o acompanhamento por imagens do próprio tratamento e a explicação apoiada em recursos visuais contribuem para o comprometimento do paciente, fortalecendo o vínculo terapêutico e promovendo uma tomada de decisão mais consciente (Ho JCY, 2025).

4.3 *Educação em consultório*

Cada consulta odontológica deve ser compreendida como um momento educativo, no qual o paciente é convidado a participar ativamente do processo de cuidado. Desde a anamnese até o acompanhamento pós-operatório, o dentista tem a oportunidade de ensinar e orientar o paciente em relação à sua saúde bucal.

Durante a anamnese, a escuta permite não apenas coletar informações clínicas, mas também compreender os hábitos, crenças e emoções que influenciam o comportamento de saúde. Ao explicar o plano de tratamento, o profissional pode transformar o conhecimento técnico em linguagem acessível, utilizando recursos visuais e exemplos do cotidiano para facilitar a compreensão. Já no pós-operatório, o acompanhamento próximo é um momento importante para reforçar orientações, corrigir práticas inadequadas e consolidar novos hábitos.

Essa postura pedagógica amplia a autonomia do paciente, estimula o autocuidado consciente e fortalece o vínculo terapêutico. Quando o paciente entende o propósito de cada etapa do tratamento, do diagnóstico à manutenção, ele tende a se tornar mais colaborativo, comprometido e confiante. A informação compartilhada de forma clara e empática transforma a consulta em um processo de educação em saúde, no qual o aprendizado gera adesão, e a adesão gera resultados clínicos sustentáveis.

Mais do que tratar doenças, o dentista educador promove mudanças de comportamento, reduz o medo e a resistência contribuindo para a formação de uma cultura de saúde bucal duradoura, baseada na compreensão e na corresponsabilidade.

4.4 Exemplo prático: do medo à adesão

Situações de medo ou ansiedade são muito comuns nos consultórios odontológicos, especialmente diante de procedimentos que envolvem instrumentos cirúrgicos ou o desconhecido. Nesses momentos, a comunicação empática torna-se uma ferramenta terapêutica tão importante quanto o próprio tratamento. O tom de voz tranquilo, o contato visual e a explicação clara de cada etapa ajudam o paciente a compreender o que será feito e, sobretudo, a sentir-se seguro.

Ao explicar um procedimento de implante, por exemplo, o dentista pode adotar uma linguagem simples e acolhedora:

“O implante é como uma raiz artificial colocada dentro do osso. Ele serve de base para o novo dente, que chamamos de prótese. Em alguns casos, conseguimos colocar o dente fixo logo em seguida — o que chamamos de carga imediata. Assim, você já sai com o sorriso completo e pode voltar a mastigar rapidamente, sem desconforto.”

Essa forma de comunicação transforma o ato técnico em um diálogo compreensível e tranquilizador. O paciente deixa de ser um espectador passivo e passa a entender o processo, o que reduz a ansiedade, aumenta a confiança e fortalece o vínculo com o profissional. A empatia, nesse contexto, não é apenas gentileza, é um recurso clínico que contribui diretamente para o sucesso do tratamento e para a adesão do paciente.

5. O papel do cirurgião-dentista como educador em saúde

A atuação do cirurgião-dentista vai muito além da execução de procedimentos técnicos. A educação em saúde bucal constitui um eixo fundamental da promoção da saúde e deve permear todas as etapas do atendimento odontológico, desde a anamnese até o acompanhamento pós-tratamento.

5.1 Dentista como agente de empoderamento do paciente

O verdadeiro diferencial de um atendimento odontológico humanizado está na capacidade do profissional de fortalecer a sua relação com a do paciente. Explicações simples, associadas a demonstrações visuais e exemplos do cotidiano, tornam a comunicação mais eficaz e favorecem a adesão às orientações.

Pacientes bem-informados têm maior probabilidade de se envolver no manejo de suas condições de saúde, tomar decisões mais informadas e melhores e, em última análise, contribuir para uma maior qualidade de atendimento. Além disso, a literatura sugere que a falta de compreensão da necessidade de tratamento, especialmente entre pacientes mais jovens ou ansiosos, pode levar ao ceticismo e à menor aceitação (Schulz-Weidner *et al*, 2024)

5.2 Habilidade de escuta ativa e comunicação clara como diferencial clínico

Mais do que ouvir, trata-se de compreender o contexto, as emoções e as expectativas do paciente. Essa escuta empática permite ajustar a linguagem, evitar termos excessivamente técnicos e construir uma relação baseada na confiança.

A comunicação clara é um instrumento terapêutico. Explicações detalhadas sobre diagnósticos, opções de tratamento e possíveis desconfortos reduzem a ansiedade e fortalecem o vínculo profissional-paciente. Em tempos de sobrecarga informacional e *fake news*, o dentista torna-se uma fonte segura de informação científica, desempenhando papel social de extrema relevância.

5.3 O papel da equipe auxiliar (ASB/TSB) no reforço das orientações

O processo educativo não se limita ao cirurgião-dentista. A equipe auxiliar composta por auxiliares (ASB) e Técnicos em Saúde Bucal (TSB) exercem função estratégica na continuidade das orientações e no reforço das mensagens educativas.

Esses profissionais participam da escuta, do acolhimento e da explicação de rotinas, consolidando a coerência do discurso educativo dentro da clínica. Além disso, contribuem para a multiplicação do conhecimento ao replicar mensagens preventivas em ambientes escolares, comunitários e empresariais. O trabalho em equipe garante que a educação em saúde bucal seja um processo coletivo, integrado e sustentado ao longo do tempo (Belotti *et al.*, 2024).

5.4 Uso de mídias sociais e aplicativos para ampliar a educação em saúde bucal

Nas últimas décadas, observou-se um deslocamento da comunicação exclusivamente presencial para um modelo híbrido e multimídia. Plataformas como Instagram, TikTok, Facebook, YouTube e WhatsApp tornaram-se ambientes de circulação de informações sobre saúde bucal, muitas vezes em formatos curtos, dinâmicos e altamente visuais. Evidências recentes demonstram que o uso de vídeos educativos, animações explicativas e conteúdo em linguagem simplificada constitui uma estratégia eficaz para aprimorar a comunicação em saúde. Estudos indicam que intervenções baseadas em vídeo promovem melhora significativa na aquisição de conhecimento, retenção de informações e atitudes em saúde, com efeitos moderados a elevados em diferentes contextos clínicos e educacionais (Morgado *et al.*, 2024).

Adicionalmente, revisões sistemáticas apontam que animações educativas aumentam significativamente a recordação de informações em comparação aos métodos tradicionais, com resultados positivos em aproximadamente 70% dos estudos analisados (Hansen *et al.*, 2024).

Conteúdos com linguagem simplificada e adaptada ao nível de letramento em saúde também estão associados a maior compreensão e aceitabilidade pelos pacientes, especialmente entre indivíduos com baixa escolaridade ou limitado letramento em saúde (Dunnett *et al.*, 2025). Nesse contexto, abordagens multimodais que combinam recursos visuais e linguagem acessível mostram-se particularmente eficazes entre jovens adultos e populações vulneráveis, favorecendo não apenas a compreensão, mas também a adesão a comportamentos preventivos e ao autocuidado (Impito; Azevedo, 2025).

Esses recursos digitais representam uma evolução significativa na comunicação em Odontologia, pois permitem traduzir conceitos técnicos como, por exemplo, doença

periodontal, peri-implantite ou bruxismo, em mensagens de fácil assimilação, contribuindo para diminuir barreiras cognitivas e aumentar o engajamento do paciente.

A comunicação digital também se destaca por sua capacidade de promover interações contínuas, indo além dos limites espaciais e temporais do consultório. Campanhas educativas, lembretes automatizados de higiene bucal, orientações de pós-operatório enviadas por aplicativos de mensagens e vídeos personalizados aumentam a probabilidade de o paciente seguir corretamente as recomendações profissionais. Estudos demonstram que intervenções digitais periódicas, como alertas sobre escovação, uso de fio dental ou comparecimento à manutenção periodontal, podem melhorar indicadores de autocuidado e reduzir complicações decorrentes de falhas nas instruções — especialmente quando combinadas com linguagem acessível e técnicas como *teach-back* digital.

Outro aspecto relevante é a capacidade das mídias sociais de provocar a desinformação, um problema crescente na era digital. Informações equivocadas sobre clareamento dental, implantes, harmonização facial ou terapias não comprovadas circulam rapidamente e podem gerar expectativas irreais, comportamentos de risco ou adiamento de tratamentos necessários. A presença ativa e responsável do cirurgião-dentista nas plataformas digitais contribui para contrapor narrativas imprecisas, difundindo conteúdos embasados e promovendo senso crítico na população. Ao assumir esse papel, o profissional fortalece sua autoridade técnica e ética, tornando-se referência confiável em meio ao fluxo intenso de informações (Kbaier *et al.*, 2024).

O dentista digitalmente ativo amplia sua atuação profissional, ultrapassando o espaço físico do consultório e estendendo sua função social. A comunicação digital transforma o profissional em educador, facilitador e agente de mudança, capaz de atingir populações diversas, promover campanhas de conscientização e apoiar políticas de prevenção em saúde bucal. A literatura recente destaca que esse movimento, quando conduzido com ética, embasamento científico e responsabilidade social, contribui para reduzir desigualdades no acesso à informação, fortalecer a confiança no profissional e melhorar a saúde bucal em nível populacional (Fitzpatrick, 2023).

Em síntese, mídias sociais e aplicativos de comunicação representam um campo fértil e ainda em expansão na odontologia contemporânea. Seu uso estratégico favorece práticas educativas inovadoras, amplia o alcance das ações preventivas e potencializa a relação entre profissional e paciente. Quando integradas a uma comunicação acessível e sustentadas por evidências científicas, essas ferramentas digitais tornam-se aliadas valiosas na promoção da saúde bucal e na consolidação do dentista como protagonista na era da informação (Rostamzadeh *et al.*, 2025).

6. Evidências científicas sobre o impacto do letramento em saúde bucal nos desfechos clínicos

6.1 Relação entre baixo letramento em saúde e maior incidência de cárie e perda dentária

O Quadro 4 apresenta estudos que abordaram a associação entre o letramento em saúde e a maior incidência de condições bucais.

Tabela 4: Quadro Síntese com referências de estudos: descrição e principais desfechos.

Referência	Desenho do estudo	Referência	Desenho do estudo	Referência
Mialhe et al., (2022)	Estudo observacional transversal	920 adultos com mais de 18 anos de idade, residentes em áreas abrangidas por 10 Unidades de Saúde da Família (USF), em uma grande cidade do estado de São Paulo, Brasil.	- Avaliação do letramento em saúde bucal por meio do HeLD-14. - Coleta de dados por questionário estruturado (fatores sociodemográficos, saúde bucal e geral). - Avaliação dos desfechos (perda dentária e motivo da última consulta) por autorrelato. - Uso de regressão logística simples para análise bivariada. - Inclusão de variáveis com $p \leq 0,20$ na análise bivariada. - Aplicação de regressão logística múltipla hierárquica para análise ajustada.	- Baixos níveis de letramento em saúde bucal associados a piores desfechos em saúde bucal. - Associação significativa com maior perda dentária. - Piores condições clínicas e menor uso de serviços preventivos. - Indivíduos com maior letramento em saúde bucal apresentaram melhores indicadores de saúde bucal e comportamento de cuidado.
Bado et al., (2020)	Estudo observacional transversal	Uma amostra de 523 adultos brasileiros completou os instrumentos Health Literacy in Dentistry (HeLD-14) e Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14), que medem letramento em saúde bucal e QVRSB, respectivamente.	- Estimativa das razões de prevalência (RPs) para os desfechos analisados. - Cálculo dos intervalos de confiança de 95% (IC95%). - Aplicação de modelos de regressão log-binomial multivariável. - Análise das associações bivariadas entre letramento em saúde bucal e desfechos. - Análise das associações multivariáveis, considerando ajuste.	- Baixos níveis de letramento em saúde bucal associados a pior autoavaliação da saúde bucal. - Associação significativa entre baixo letramento em saúde bucal e pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. - Indivíduos com maior letramento em saúde bucal relataram melhores percepções de saúde e menor impacto negativo na qualidade de vida.

			- Ajuste para covariáveis (fatores de confusão) nos modelos estatísticos. - Estimativa da relação entre letramento em saúde bucal e desfechos de saúde bucal com controle de variáveis intervenientes.	
Stein <i>et al.</i> , (2015)	Estudo metodológico (desenvolvimento e validação de instrumento)	Adultos noruegueses (n = 130; média de 48 anos; 57% mulheres).	- Desenvolvimento do instrumento AHLID (Alfabetização em Saúde em Odontologia) baseado em instrumento da OCDE para letramento em saúde geral. - Instrumento composto por textos sobre saúde bucal com diferentes níveis de dificuldade (1 a 5). - Coleta de dados sociodemográficos e conhecimento sobre fatores de risco. - Avaliação clínica: índice CPO-D. - Avaliação salivar: fluxo salivar estimulado. - Análise microbiológica: presença de <i>Streptococcus Mutans</i> e <i>Lactobacillus</i>.	- Instrumento demonstrou boa validade e confiabilidade para mensurar letramento em saúde bucal. - Adequado para uso em pacientes adultos em contexto odontológico. - Possibilita avaliação do nível de conhecimento e compreensão em saúde bucal.
Firmino <i>et al.</i> (2017)	Revisão Sistemática	Não aplicável (inclui múltiplos estudos primários com diferentes populações e tamanhos amostrais). Os autores incluíram	- Realização de busca eletrônica em 8 bases de dados, até outubro de 2016. - Condução de busca manual complementar. Inclusão de estudos que:	- Associação entre baixa ALB e piores condições de saúde bucal (ex.: cárie, doença periodontal, perda dentária) foi frequentemente observada, porém inconsistente.

		10 estudos transversais. Obs.: O risco de viés foi alto na maioria dos estudos (n = 6).	avaliaram condições bucais; mensuraram a predisposição à higiene oral (PIO) por instrumento validado; consideraram a PIO como variável explicativa. - Avaliação do risco de viés por meio da Escala de Newcastle-Ottawa.	- Elevada heterogeneidade entre estudos (instrumentos de ALB, populações e desfechos). - Evidência considerada limitada/inconclusiva para estabelecer associação causal robusta. - Necessidade de estudos com melhor padronização metodológica.
Firmino RT <i>et al.</i> , 2018	Revisão sistemática com meta-análise	Não aplicável diretamente (inclui múltiplos estudos observacionais com diferentes populações; nº total agregado elevado). 25 estudos foram incluídos na revisão sistemática e três na metanálise. Obs.: A maioria dos estudos foi transversal (n = 21) e apresentou alto risco de viés (n = 17).	- Busca eletrônica em oito bases de dados, até junho de 2017. - Inclusão de estudos que: avaliaram desfechos de interesse; mensuraram letramento em saúde bucal com instrumento validado; consideraram o letramento em saúde bucal como variável explicativa. - Seleção, extração de dados e avaliação do risco de viés realizadas por dois revisores independentes. - Realização de metanálise com modelo de efeitos aleatórios. - Cálculo de estimativas agrupadas com intervalo de confiança de 95% (IC95%). - Uso de razões de chances (odds ratio – OR) para expressar as associações.	- Baixa ALB associada a: piores comportamentos em saúde bucal (ex.: higiene inadequada, menor uso de serviços); menor conhecimento em saúde bucal; pior percepção da saúde bucal; piores desfechos relacionados ao tratamento odontológico; - Meta-análise confirmou associações estatisticamente significativas, especialmente para comportamento e conhecimento. - Presença de heterogeneidade entre os estudos incluídos.

Tenani <i>et al.</i> , (2021)	Estudo observacional transversal	A amostra final estimada para o estudo foi de 238 indivíduos. Estimando uma perda provável, foi acrescentado 20% chegando ao total de 298 indivíduos.	- Estudo analítico transversal - População: adultos e idosos usuários de UBS em Piracicaba (SP), selecionados por sorteio. - Coleta de dados por questionário estruturado, incluindo: sociodemográficos (sexo, idade, cor da pele, escolaridade); comportamentais (escovação, uso do fio dental); determinantes de saúde (tipo e frequência de uso de serviços odontológicos); clínicos (dor). - Avaliação das condições bucais por: exame intraoral (biofilme dental visível); Índice Periodontal Comunitário (CPI). - Dados sistêmicos obtidos de prontuários médicos: glicemia; hemoglobina glicada; pressão arterial. - Variável explicativa: nível de letramento em saúde (baixo, médio, alto). - Mensuração do letramento por Escala de Alfabetização em Saúde (HLS-14)	- Baixos níveis de letramento em saúde bucal associados a maior perda dentária. - A associação permaneceu significativa após ajuste por fatores sociodemográficos e comportamentais. - O letramento em saúde mostrou-se um fator independente relacionado à perda dentária.
Ho TG <i>et al.</i> , (2018)	Estudo transversal com questionário on-line (jan.–ago./2016).	157 participantes de comunidades singapurianas em Sydney (Austrália).	- Avaliação do letramento em Saúde (geral) por instrumento validado. - Avaliação de comportamentos de promoção da saúde (ex.:	- Níveis mais elevados de letramento em saúde associados a melhores comportamentos de promoção da saúde. - Indivíduos com baixo letramento

			alimentação, atividade física, autocuidado). - Coleta de dados sociodemográficos. - Análise estatística para associação entre níveis de letramento e comportamentos. - Perfil dos participantes: 56,1% do sexo feminino; 70,7% empregados; 80,3% residentes há > 5 anos em Sydney.	apresentaram menor engajamento em práticas saudáveis. - Diferenças entre grupos culturais influenciaram os níveis de letramento e comportamento. - Cerca de 60% com letramento em saúde inadequada (pontuação ≤ 16 no Brief Health Literacy Screening Tool)
--	--	--	---	--

Fonte: autoria própria

6.2 Impacto em grupos vulneráveis: crianças, idosos, pacientes com necessidades especiais

Segundo Fleary, Joseph, Pappagianopoulos (2018), dados do Sistema de Vigilância de Comportamento de Risco Juvenil, de 2015, indicam que aproximadamente 18% dos adolescentes dos EUA se envolveram em bebedeiras, ~11% fumaram cigarros, 80% e 85% comeram menos do que as porções recomendadas de frutas e vegetais, respectivamente, e 51% se envolveram em atividade física insuficiente. Além disso, 41% eram sexualmente ativos, com ~14% a ~21% se envolvendo em comportamento sexual de risco. Esses comportamentos na adolescência estão relacionados a comportamentos de saúde inadequados na idade adulta e aumento do risco de doenças. Os autores destacaram que a alfabetização funcional em saúde é a aplicação de habilidades de alfabetização e matemática a materiais relacionados à saúde, como rótulos de medicamentos e prescrições, é o tipo mais comum de alfabetização em saúde avaliada.

Ainda, o aumento da expectativa de vida tem levado ao crescimento da população idosa, o que torna cada vez mais importante compreender as condições de saúde desse grupo, especialmente no que se refere à saúde bucal. Diante desse contexto, dos 206 participantes do estudo realizado por Costa *et al.* (2024), em que foi analisada a percepção de saúde oral e a qualidade de vida numa amostra de idosos participantes num programa de atividade física em Portugal, 90,3% admitem escovar os dentes diariamente, 6,3% praticam o uso diário de fio dental e 5,8% tiveram uma consulta odontológica nos últimos 12 meses. Aplicando a escala REALD-30, 22,7% apresentam um nível baixo (pontuação 0-14), 43,7% um nível moderado (pontuação 15-22) e 33,6% um nível alto (pontuação 23-29) de alfabetização em saúde bucal. A escala GOHAI revela que 37,4% têm elevada autopercepção de sua saúde bucal. Assim, Costa *et al.* (2024) destacaram que uma proporção considerável da amostra estudada apresenta um nível moderado de alfabetização em saúde bucal, desse modo promover a educação em saúde bucal para cada indivíduo, por meio de programas específicos e de ações voltadas à promoção da saúde, deve ser amplamente reconhecido como uma estratégia essencial de prevenção primária.

Nota de rodapé:

1. A escala REALD-30 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry) é um instrumento de aplicação breve utilizado para mensurar o nível de letramento em saúde bucal. É constituída por 30 termos técnicos da área odontológica, relacionados a aspectos como etiologia, anatomia, prevenção e tratamento. Desenvolvida em 2007, avalia a habilidade de reconhecimento de palavras e já foi validada e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa no contexto brasileiro (Junkes., 2013, p. 45).
2. A escala GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) consiste em um instrumento validado destinado à avaliação da autopercepção da saúde bucal em indivíduos idosos, considerando principalmente os domínios funcional, psicossocial e de dor ou desconforto. É formada por 12 itens, com escore total variando de 12 a 36, em que valores mais elevados indicam melhor condição de saúde bucal, configurando-se como uma ferramenta relevante para o planejamento de ações preventivas e terapêuticas (Carvalho *et al.*, 2013).

7 Avanços e desafios nas políticas públicas de saúde bucal relacionadas ao letramento em saúde

7.1 Barreiras linguísticas, culturais e socioeconômicas no Brasil

A migração global e a crescente diversidade linguística atingiram níveis sem precedentes, tornando as barreiras de comunicação um desafio cada vez mais frequente nos serviços de saúde. A forma como essas barreiras linguísticas são reconhecidas e gerenciadas influencia diretamente a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e sua satisfação com o atendimento. Gerchow *et al.*, (2021) discutiram a respeito da força de trabalho de enfermagem em relação às barreiras linguísticas e destacaram que as barreiras linguísticas dificultaram a prestação de cuidados, aumentando o estresse e a carga de trabalho. Assim, a literatura evidencia as complexidades linguísticas presentes na comunicação em saúde, destacando fatores como cultura, uso de intérpretes e diferentes estratégias comunicativas influenciam a qualidade do cuidado e seus desfechos. A preferência linguística do paciente, quando difere do idioma oficial do país, configura-se como um determinante social essencial da saúde. O estudo analisou de que modo os profissionais de saúde lidam com as barreiras linguísticas e revelou a complexidade dessas interações. Os resultados mostraram semelhanças entre diferentes países: apesar das variações nas dinâmicas migratórias e nos idiomas, as dificuldades de comunicação persistem, e os profissionais, mesmo empenhados em oferecer um cuidado de qualidade, enfrentam inúmeros desafios, independentemente do contexto ou da língua envolvida.

Nesse sentido, Tseng *et al.* (2020) apontam que profissionais da odontologia valorizam a comunicação eficaz com os pacientes, mas utilizam poucas técnicas de comunicação recomendadas, o que torna a informação, apesar de acessível, não compreendida. Diante dessa questão, os autores realizaram um estudo que explorou as perspectivas de profissionais da odontologia da Califórnia e de especialistas em alfabetização em saúde bucal, nos Estados Unidos, sobre o uso de técnicas de comunicação. Para tal abordagem, foi feito um estudo qualitativo com entrevistas que contaram com informantes-chave, envolvendo 50 participantes entre novembro de 2019 e março de 2020, incluindo 44 profissionais da odontologia (dentistas, higienistas e auxiliares) em consultórios públicos ou privados na Califórnia e seis (6) especialistas em alfabetização em saúde bucal (ASB). Então, uma análise temática das transcrições das entrevistas e estatísticas descritivas sobre os entrevistados a partir de questionários

prévios foi feita pelos pesquisadores. Assim, profissionais da odontologia relataram falar frequentemente devagar e usar linguagem simples e modelos/radiografias para se comunicar com os pacientes, enquanto raramente utilizavam interpretação/tradução, ilustrações, técnica de repetição ou entrevista motivacional. Os profissionais relataram usar apenas seis (6) das dezoito (18) técnicas de comunicação recomendadas pela Associação Médica Americana (AMA) e apenas três (3) das sete (7) técnicas básicas de comunicação da AMA. A maioria dos profissionais indicou usar uma das cinco estratégias de avaliação e educação em saúde bucal. E nesse padrão, os autores observaram que as principais barreiras à comunicação eficaz incluíam tempo limitado, incentivos financeiros que priorizavam o tratamento em detrimento da prevenção, falta de treinamento em alfabetização em saúde bucal, disponibilidade limitada de materiais educativos para pacientes em linguagem simples e pacientes com baixo conhecimento em saúde bucal. Com isso, o resultado leva a um olhar para a necessidade que permeia as organizações odontológicas, que devem priorizar o apoio aos profissionais da odontologia em práticas eficazes de comunicação com o paciente. Padronizar a educação continuada em saúde bucal, criar um conjunto de ferramentas de saúde bucal baseado em evidências para equipes odontológicas, garantir serviços de interpretação/tradução acessíveis e incentivar os profissionais da odontologia a ministrar educação em saúde bucal podem melhorar a alfabetização em saúde bucal e os resultados.

7.2 Dificuldades na adesão ao tratamento odontológico devido à falta de compreensão

O letramento em saúde engloba um conjunto de habilidades necessárias para tomar decisões adequadas sobre saúde e navegar com sucesso pelo sistema de saúde, assim também se faz com relação ao serviço odontológico e saúde bucal. Seguindo o raciocínio de Hersh; Salzman; Snyderman (2015), organizações profissionais, como a Associação Médica Americana (AMA) e a Agência para Pesquisa e Qualidade em Saúde, além de estudos como o que foi feito por Schillinger *et al.*, (2003) e Weiss (2014), recomendam o uso de precauções universais de letramento em saúde para fornecer informações compreensíveis e acessíveis a todos os pacientes, independentemente de seus níveis de alfabetização ou escolaridade. Isso contribui para compreensão e, conseqüentemente, para a adesão ao tratamento proposto por profissionais, sendo que tais precauções incluem evitar jargões médicos, dividir informações ou instruções em pequenas etapas concretas, limitar o foco da consulta a três pontos ou tarefas principais e avaliar a compreensão. Além disso, as informações impressas devem ser escritas em um nível de leitura igual ou inferior ao do quinto ou sexto ano do ensino fundamental. Os autores destacaram também que recursos visuais, gráficos ou imagens podem aprimorar a compreensão do paciente, assim como uma apresentação mais concreta de informações numéricas.

Nesse sentido, Hersh; Salzman; Snyderman (2015) trouxeram que numerosos estudos com diferentes níveis de rigor metodológico demonstraram que deficiências em alfabetização em saúde contribuem para desfechos de saúde precários (maiores taxas de mortalidade e pior estado geral de saúde), disparidades em saúde e aumento de custos. As implicações da alfabetização em saúde são amplificadas em um sistema de saúde cada vez mais complexo e fragmentado, que impõe demandas crescentes aos pacientes em relação ao autocuidado, à coordenação do cuidado e à navegação no sistema. Internações hospitalares mais curtas, polifarmácia, múltiplos profissionais de saúde e a crescente prevalência de doenças crônicas contribuem para o papel cada vez maior que os pacientes desempenham na gestão de seus próprios cuidados, o que abrange, da mesma forma, a saúde bucal da população.

7.3 Propostas de políticas públicas específicas em saúde bucal

A relação significativa entre baixo nível de alfabetização em saúde bucal (ASB) e resultados precários em saúde bucal é notória no Brasil e torna-se um problema cada vez mais alarmante, visto que não basta ter acesso a informações, mas é preciso ter compreensão e capacidade de discernimento a respeito do que está sendo propagado. É evidente que o mundo digital torna tal questão ainda mais pertinente, pois a população está sendo bombardeada a todo momento por informações sobre saúde bucal. Assim, é necessário um olhar minucioso para esse desafio que é o letramento em saúde bucal no Brasil. Assim, apelos nacionais por ações concretas incluem melhor capacitação de profissionais da odontologia para atender às necessidades da população com baixo nível de ASB.

Lawler *et al.*, (2023) apresentaram uma pesquisa cujo objetivo foi determinar em que medida a educação em ASB está sendo incluída nos programas de formação em higiene dental (HD) nos Estados Unidos. Para isso, os autores enviaram, no outono de 2020, um questionário digital com 23 itens a 321 escolas de Higiene Dental credenciadas pela Comissão de Credenciamento Odontológico nos EUA. Lawler *et al.* (2023) trouxeram 90 respostas válidas (28%). De acordo com os pesquisadores, os respondentes relataram que a educação em saúde ocupacional está sendo incluída nos currículos de saúde digital em alguma medida. Estratégias de comunicação foram o conceito de saúde ocupacional mais frequentemente abordado no ensino, com 82,4%. Além disso, as áreas temáticas incluíram saúde comunitária (89%), competência cultural (78%) e populações especiais (78%). Vale ressaltar que os respondentes classificaram a falta de instrumentos de avaliação, a falta de atividades concretas, a falta de uma compreensão clara da saúde ocupacional e a dificuldade na implementação dos conceitos de saúde ocupacional como as principais barreiras para a incorporação da educação em saúde ocupacional no currículo de saúde digital. Nesse contexto, o letramento em saúde é um determinante comprovado da saúde oral. Lawler *et al.*, (2023) ressaltaram que, como especialistas em prevenção e educação do paciente, os higienistas dentais desempenham um papel importante na melhoria da ASB dos pacientes. Integrar a ASB de forma mais completa nos currículos de Higiene Dental proporcionaria aos futuros profissionais a formação necessária para melhorar os resultados em saúde bucal e alinharia melhor os programas de formação em Higiene Dental com as iniciativas nacionais de ASB.

Nesse contexto, o estudo feito por Heller *et al.*, (2024) analisou as percepções de pais, principalmente mães, sobre facilitadores e barreiras para a implementação de um programa de saúde bucal em centros de educação infantil na Austrália, incluindo regiões metropolitanas e rurais. Os principais facilitadores identificados foram o incentivo e as instruções práticas de escovação fornecidas pelo programa, além do gráfico de escovação, que ajudou as crianças a desenvolverem independência e rotina. No entanto, barreiras importantes foram apontadas, como a falta de instruções verbais acompanhando materiais enviados para casa, a comunicação insuficiente entre educadores e pais e a frequência irregular das crianças aos centros, o que dificultava a continuidade do aprendizado. Ainda, as mães valorizaram recursos digitais, como vídeos, aplicativos e o site do programa, que tornaram o conteúdo mais acessível e atraente para as crianças. Também relataram que, após o programa, observaram melhorias na atitude e na prática de escovação dos filhos, embora muitas ainda tivessem dúvidas sobre técnicas corretas de higiene bucal. O estudo reforça a importância da educação parental para consolidar hábitos saudáveis e mostra que estratégias lúdicas, como gamificação e músicas, podem aumentar o engajamento em casa. As participantes recomendaram o fortalecimento de parcerias com dentistas locais, especialmente em áreas rurais, onde há maior dificuldade de acesso a serviços odontológicos.

Assim, considerando que os principais obstáculos para uma comunicação eficiente envolvem a falta de tempo, modelos de remuneração que favorecem o tratamento em vez da prevenção, ausência de capacitação em letramento em saúde bucal, escassez de materiais educativos em linguagem acessível e pacientes com baixo nível de compreensão sobre cuidados orais, torna-se necessária uma atenção ampliada e maior estímulo educacional por parte das instituições odontológicas. Essas organizações devem priorizar o suporte aos profissionais na adoção de práticas comunicativas mais efetivas. Além disso, é fundamental uniformizar a formação continuada em saúde bucal, desenvolver um kit de ferramentas baseado em evidências para equipes clínicas, assegurar serviços acessíveis de interpretação e tradução e incentivar que os profissionais de odontologia ofereçam ações educativas.

8. Considerações finais

O letramento em Saúde Bucal é um elemento central para fortalecer as ações preventivas, reduzindo a demanda por tratamentos odontológicos e, consequentemente, aliviando a carga sobre os serviços públicos de saúde. Além disso, o maior nível de alfabetização em saúde bucal na população favorece a adesão aos tratamentos e diminui a ocorrência de complicações médicas e odontológicas, contribuindo para melhores desfechos clínicos.

O letramento em saúde também transforma o papel do paciente, de um agente passivo para um protagonista de sua própria saúde. Pacientes com maior entendimento conseguem navegar com mais segurança pelo sistema de saúde e participar de forma ativa, crítica e informada das decisões relacionadas ao seu cuidado.

Diante disso, torna-se essencial que os profissionais de odontologia sejam estimulados a promover e facilitar o acesso à informação correta e compreensível para seus pacientes. Mais do que uma responsabilidade técnica, esse compromisso representa um convite para que o dentista atue não apenas como clínico, mas também como educador e facilitador do cuidado em saúde bucal.

Referências

ACHILLEOS, M.; MERKOURIS, A.; CHARALAMBOUS, A.; PAPASTAVROU, E. Medication adherence, self-efficacy and health literacy among patients with glaucoma: a mixed-methods study protocol. *BMJ Open*, Londres, v. 11, n. 1, e039788, 2021. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-039788.

AGÊNCIA PARA PESQUISA E QUALIDADE EM SAÚDE. *Kit de Ferramentas de Precauções Universais em Alfabetização em Saúde*. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>. Acesso em: 3 mar. 2015.

ALZHRANI, A. Y. et al. Health and oral health literacy: a comprehensive literature review from theory to practice. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 35, n. 2, p. 434-445, 2025. DOI: 10.1111/ipd.13255.

ANGELO, Erica da Fonseca. A importância da alfabetização e letramento na educação infantil. *ISCI - Revista Científica*, v. 14, ed. 44, e20230062, 2023.

BADO, F. M. R. et al. Oral Health Literacy and Periodontal Disease in Primary Health Care Users. *International Dental Journal*, v. 72, n. 5, p. 654-658, 2022. DOI: 10.1016/j.identj.2021.12.004.

BADRAN, A.; KERAA, K.; FARGHALY, M. M. The impact of oral health literacy on dental anxiety and utilization of oral health services among dental patients: a cross sectional study. *BMC Oral Health*, v. 23, art. 146, 2023. DOI: 10.1186/s12903-023-02840-3.

BAILEY, S. C. et al. Development and rationale for a multifactorial, randomized controlled trial to test strategies to promote adherence to complex drug regimens among older adults. *Contemporary Clinical Trials*, v. 62, p. 21-26, 2017. DOI: 10.1016/j.cct.2017.08.013.

BARRETO, M. A. F. et al. Evidence of validity of the Risk Self-Medication Questionnaire focused on Health Literacy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 3, e20230386, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0386.

BASKARADOSS, J. K. et al. Relationship between Caregivers' Oral Health Literacy and their Child's Caries Experience. *Community Dental Health*, v. 36, n. 2, p. 111-117, 2019. DOI: 10.1922/CDH_4444Baskaradoss07.

BASKARADOSS, J. K. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, v. 18, art. 172, 2018. DOI: 10.1186/s12903-018-0640-5.

BASU, S. et al. Improving the assessment of medication adherence: Challenges and considerations with a focus on low-resource settings. *Tzu Chi Medical Journal*, v. 31, n. 2, p. 73-80, 2019. DOI: 10.4103/tcmj.tcmj_177_18.

BATISTA, M. J.; LAWRENCE, H. P.; SOUSA, M. D. L. R. Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, v. 18, art. 60, 2018. DOI: 10.1186/s12889-017-4443-0.

BAXTER, M. L. Systematic Review and Analysis of Measures of Oral Health Literacy. *Journal of Dental Education*, e13895, 2025. DOI: 10.1002/jdd.13895.

BELL, J. et al. Self-Care in the Twenty First Century: A Vital Role for the Pharmacist. *Advances in Therapy*, v. 33, n. 10, p. 1691-1703, 2016. DOI: 10.1007/s12325-016-0395-5.

BELOTTI, L. et al. Activities of the oral health teams in primary health care: a time-motion study. *BMC Health Services Research*, v. 24, n. 1, art. 617, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-11053-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. *1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Recurso eletrônico.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil Sorridente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente>. Acesso em: 4 jul. 2026.

BUTA, B. O. et al. Environmental Health Literacy of Brazilian Indigenous People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 22, n. 4, art. 625, 2025. DOI: 10.3390/ijerph22040625.

CANADIAN DENTAL ASSOCIATION. *Patient communications: a guide for dentists*. Ottawa: Canadian Dental Association. Disponível em: http://www.cda-adc.ca/_files/practice/practice_management/patient_communications/guides/dentalguide-ns.pdf. Acesso em: 4 mar. 2026.

CARVALHO, C.; MANSO, A. C.; ESCOVAL, A.; SALVADO, F.; NUNES, C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2013. DOI: 10.1016/j.rpsp.2013.10.002. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Oral Health Tips for Adults [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 May 15. Available from: <https://www.cdc.gov/oral-health/prevention/oral-health-tips-for-adults.html>

CHAWŁOWSKA, E.; KARASIEWICZ, M.; LIPIAK, A.; STASZEWSKI, R.; COFTA, M.; BISKUPSKA, M.; GIERNAŚ, B.; ZAWIEJSKA, A. Oral Health Behaviours, Knowledge, and Literacy of Expectant Mothers: a cross-sectional study among maternity ward patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 18, art. 11762, 2022. DOI: 10.3390/ijerph191811762.

COHEN, S. M.; BAIMAS-GEORGE, M.; PONCE, C.; CHEN, N.; BAIN, P. A.; GANSKE, I. M.; KATZ, J.; LUKS, F. I.; KENT, T. S. Is a Picture Worth a Thousand Words? A scoping review of the impact of visual aids on patients undergoing surgery. *Journal of Surgical Education*, v. 81, n. 9, p. 1276-1292, 2024. DOI: 10.1016/j.jsurg.2024.06.002.

COSTA, H.; LOPES, P.; CORREIA, M. J.; COUTO, P.; SILVA, A. M.; LÓPEZ-MARCOS, J. F.; VEIGA, N. Oral Health Literacy and determinants among an elderly community in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 21, n. 6, art. 735, 2024. DOI: 10.3390/ijerph21060735.

CRESPO, T. S.; ANDRADE, J. M. O.; LELIS, D. F.; FERREIRA, A. C.; SOUZA, J. G. S.; MARTINS, A. M. E. B. L.; SANTOS, S. H. S. Adherence to medication, physical activity and diet among older people living with diabetes mellitus: correlation between cognitive function and health literacy. *IBRO Reports*, v. 9, p. 132-137, 2020. DOI: 10.1016/j.ibror.2020.07.003.

DAGLI-HERNANDEZ, C.; LUCCHETTA, R. C.; DE NADAI, T. R.; GALDURÓZ, J. C.; MASTROIANNI, P. C. Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. *Patient Preference and Adherence*, v. 10, p. 1787-1793, 2016. DOI: 10.2147/PPA.S112108.

DE OLIVEIRA COLLET, G.; DE MORAIS FERREIRA, F.; CERON, D. F.; DE LOURDES CALVO FRACASSO, M.; SANTIN, G. C. Influence of digital health literacy on online health-related behaviors influenced by internet advertising. *BMC Public Health*, v. 24, n. 1, art. 1949, 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-19506-6.

DEMYATI, A. K.; NASSAR, A. A.; ALQAHTANI, A. et al. Effectiveness of post-extraction instruction delivery methods on patients' understanding and compliance: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, v. 25, art. 353, 2025. DOI: 10.1186/s12909-025-06907-3.

DUNNETT, J.; HOLKHAM, J.; TREBACZ, A.; BALDASERA, C.; FRANCIS, C.; DAWSON, L. *et al.* Effectiveness and acceptability of interventions to improve readability of patient healthcare materials: a narrative systematic review. *Public Health*, v. 248, art. 105937, 2025. DOI: 10.1016/j.puhe.2025.105937.

ERICKSON, J. M.; KAMKE-JORDAN, A.; LANCASTER, I. J.; PALOU-TORRES, A.; ESCH, M.; GONZALEZ, A.; CHARLSON, J.; BINGEN, K. Medication self-management behaviors of adolescents and young adults with cancer. *Supportive Care in Cancer*, v. 31, n. 7, art. 390, 2023. DOI: 10.1007/s00520-023-07863-8.

ETON, D. T.; LEE, M. K.; ST SAUVER, J. L.; ANDERSON, R. T. Known-groups validity and responsiveness to change of the Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS vs. 2.0): a patient-reported measure of treatment burden. *Quality of Life Research*, v. 29, n. 11, p. 3143-3154, 2020. DOI: 10.1007/s11136-020-02546-x.

FIRMINO, R. T.; FERREIRA, F. M.; PAIVA, S. M.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; FRAIZ, F. C.; MARTINS, C. C. Oral health literacy and associated oral conditions: a systematic review. *Journal of the American Dental Association*, v. 148, n. 8, p. 604-613, 2017. DOI: 10.1016/j.adaj.2017.04.012.

FIRMINO, R. T.; MARTINS, C. C.; FARIA, L. D. S.; MARTINS PAIVA, S.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; FRAIZ, F. C.; FERREIRA, F. M. Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment-related outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 78, n. 3, p. 231-245, 2018. DOI: 10.1111/jphd.12266.

FITZPATRICK, P. J. Social media and public health communication: opportunities and challenges for health professionals. *Journal of Medical Internet Research*, v. 25, e45278, 2023.

FLEARY, S. A.; JOSEPH, P.; PAPPAGIANOPOULOS, J. E. Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *Journal of Adolescence*, v. 62, p. 116-127, 2018. DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.11.010.

FLYNN, P. M. Oral Health Literacy: Be part of the change! *Journal of Dental Hygiene*, v. 96, n. 5, p. 4-5, 2022.

FREITAS, F. N. Promoção e prevenção em saúde bucal. São Paulo: Érica, 2014. E-book. ISBN 9788536521299. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788536521299>. Acesso em: 4 jul. 2026.

GERCHOW, L.; BURKA, L. R.; MINER, S.; SQUIRES, A. Language barriers between nurses and patients: a scoping review. *Patient Education and Counseling*, v. 104, n. 3, p. 534-553, 2021. DOI: 10.1016/j.pec.2020.09.017.

HANSEN, S.; JENSEN, T.; SCHMIDT, A.; STRØM, J.; VISTISEN, P.; HØYBYE, M. The effectiveness of video animations as a tool to improve health information recall for patients: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, v. 26, e58306, 2024. DOI: 10.2196/58306. Disponível em: <https://www.jmir.org/2024/1/e58306>. Acesso em: 4 jul. 2026.

HASANNEJADASL, H.; ROUMEN, C.; SMIT, Y.; DEKKER, A.; FIJTEN, R. Health literacy and eHealth: challenges and strategies. *JCO Clinical Cancer Informatics*, n. 6, e2200005, 2022. DOI: 10.1200/CCI.22.00005.

HELLER, L. S.; PITHAVADIAN, R.; MICHEAL, S.; CHANDIO, N.; SANAGAVARAPU, P.; PARMAR, J.; CARTWRIGHT, S.; SLACK-SMITH, L.; ARORA, A. Parental perceptions of an oral health promotion program in early childhood education and care settings: a qualitative study. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 84, n. 4, p. 407-419, 2024. DOI: 10.1111/jphd.12641.

HERSH, L.; SALZMAN, B.; SNYDERMAN, D. Health literacy in primary care practice. *American Family Physician*, v. 92, n. 2, p. 118-124, 2015.

HO, J. C. Y.; CHAI, H. H.; LO, E. C. M.; HUANG, M. Z.; CHU, C. H. Strategies for effective dentist-patient communication: a literature review. *Patient Preference and Adherence*, v. 18, p. 1385-1394, 2024. DOI: 10.2147/PPA.S465221.

HO, J. C. Y.; CHAI, H. H.; LUO, B. W.; LO, E. C. M.; HUANG, M. Z.; CHU, C. H. An overview of dentist-patient communication in quality dental care. *Dentistry Journal*, v. 13, n. 1, art. 31, 2025. DOI: 10.3390/dj13010031.

HO, T. G.; HOSSEINZADEH, H.; RAHMAN, B.; SHEIKH, M. Health literacy and health promotion behaviors among Australian and Singaporean communities living in metropolitan Sydney. *Proceedings of Singapore Healthcare*, v. 27, n. 2, p. 125-131, 2018. DOI: 10.1177/2010105817741906.

HOROWITZ, A. M.; KLEINMAN, D. V.; ATCHISON, K. A.; WEINTRAUB, J. A.; ROZIER, R. G. The evolving role of health literacy in improving oral health. *Studies in Health Technology and Informatics*, v. 269, p. 95-114, 2020. DOI: 10.3233/SHTI200025.

IMPITO, P. F.; AZEVEDO, J. Assessing video-based health education in African contexts: a systematic review. *Frontiers in Communication*, v. 10, art. 1545306, 2025. DOI: 10.3389/fcomm.2025.1545306.

JUNKES, M. C. *Tradução, adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil e validação da versão brasileira do REALD-30*. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

KBAIER, D. *et al.* Social media use in dentistry: opportunities for patient education and challenges related to misinformation. *International Dental Journal*, 2024.

KIECHLE, E. S.; BAILEY, S. C.; HEDLUND, L. A.; VIERA, A. J.; SHERIDAN, S. L. Different measures, different outcomes? A systematic review of performance-based versus self-reported measures of health literacy and numeracy. *Journal of General Internal Medicine*, v. 30, n. 10, p. 1538-1546, 2015. DOI: 10.1007/s11606-015-3288-4.

LAWLER, H. M.; FARRELL, C.; FITZGERALD, M.; JONES, D.; CULLEN, J. Oral health literacy education and practice in US dental hygiene programs: a national survey. *Journal of Dental Education*, v. 87, n. 3, p. 287-294, 2023. DOI: 10.1002/jdd.13129.

LI, J.; CHEN, Y.; LIU, F.; YAN, W. Oral health literacy and oral health outcomes among older people: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, v. 25, n. 1, art. 732, 2025. DOI: 10.1186/s12889-025-21965-4.

LOPES, R. T.; NEVES, É. T. B.; DA COSTA DUTRA, L.; FERREIRA, F. M.; PAIVA, S. M.; GRANVILLE-GARCIA, A. F. Impact of oral health literacy and psychoactive substances on tooth loss in adolescents. *Oral Diseases*, v. 29, n. 5, p. 2310-2316, 2023. DOI: 10.1111/odi.14249.

MANSOOR, M.; MONIS, D.; ANJUM, R.; SIDDIQUI, T. A.; MIR, H. A.; NAZIR, R. A cross-sectional study to correlate oral hygiene habit among orthodontic patients with their clinical findings and periodontal treatment need. *BMC Oral Health*, v. 24, n. 1, art. 903, 2024. DOI: 10.1186/s12903-024-04678-9.

MARCIANO, L.; CAMERINI, A. L.; SCHULZ, P. J. The role of health literacy in diabetes knowledge, self-care, and glycemic control: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, v. 34, n. 6, p. 1007-1017, 2019. DOI: 10.1007/s11606-019-04832-y.

MAYBURY, C.; HOROWITZ, A. M.; LA TOUCHE-HOWARD, S.; CHILD, W.; BATTANNI, K.; WANG, M. Q. Oral health literacy and dental care among low-income pregnant women. *American Journal of Health Behavior*, v. 43, n. 3, p. 556-568, 2019. DOI: 10.5993/AJHB.43.3.10.

MESFIN, K.; ABAYNEW, Y. Patient understanding and compliance with post-operative instructions and follow-up at Yekatit 12 Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Oral Health*, v. 25, art. 499, 2025. DOI: 10.1186/s12903-025-05859-w.

MIALHE, F. L.; SANTOS, B. L.; BADO, F. M. R.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. J.; SOARES, G. H. Association between oral health literacy and dental outcomes among users of primary healthcare services. *Brazilian Oral Research*, v. 36, e004, 2022. DOI: 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0004.

MORGADO, M.; BOTELHO, J.; MACHADO, V.; MENDES, J. J.; ADESOPE, O.; PROENÇA, L. Effectiveness of video-based educational interventions on health outcomes: a systematic review. *Scientific Reports*, v. 14, art. 23651, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-73671-7.

MORIYAMA, C. M.; VELASCO, S. R. M.; BUTINI, L.; ABANTO, J.; ANTUNES, J. L. F.; BÖNECKER, M. How oral health literacy and parental behavior during the meals relate to dental caries in children. *Brazilian Oral Research*, v. 36, e131, 2022. DOI: 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0131.

NASRA, M.; JAFFRI, R.; PAVLIN-PREMRL, D.; KOK, H. K.; KHABAZA, A.; BARRAS, C.; SLATER, L. A.; YAZDABADI, A.; MOORE, J.; RUSSELL, J.; SMITH, P.; CHANDRA, R. V.; BROOKS, M.; JHAMB, A.; CHONG, W.; MAINGARD, J.; ASADI, H. Can artificial intelligence improve patient educational material readability? A systematic review and narrative synthesis. *Internal Medicine Journal*, v. 55, n. 1, p. 20-34, 2025. DOI: 10.1111/imj.16607.

NATARAJAN, P. M.; SWAMIKANNU, B.; BHAVANI, L.; KAMARAJ, B.; KAMARAJ, L.; VEERAKUMAR, R. Smoking and its role in oral cancer. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, v. 16, suppl. 5, p. S4242-S4244, 2024. DOI: 10.4103/jpbs.jpbs_1305_24.

NEVES, A. L.; FREISE, L.; LARANJO, L.; CARTER, A. W.; DARZI, A.; MAYER, E. Impact of providing patients access to electronic health records on quality and safety of care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Quality & Safety*, v. 29, n. 12, p. 1019-1032, 2020. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-010581.

NUTBEAM, D.; LLOYD, J. E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, v. 42, p. 159-173, 2021. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529.

NUTO, S. A.; NATIONS, M. K.; COSTA, I. C. Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 681-690, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000300026.

O'CONOR, R.; MUELLERS, K.; ARVANITIS, M.; VICENCIO, D. P.; WOLF, M. S.; WISNIVESKY, J. P.; FEDERMAN, A. D. Effects of health literacy and cognitive abilities on COPD self-management behaviors: a prospective cohort study. *Respiratory Medicine*, v. 160, art. 105630, 2019. DOI: 10.1016/j.rmed.2019.02.006.

OKAN, O.; ROWLANDS, G.; SYKES, S.; WILLS, J. Shaping alcohol health literacy: a systematic concept analysis and review. *Health Literacy Research and Practice*, v. 4, n. 1, p. e3-e20, 2020. DOI: 10.3928/24748307-20191104-01.

OLSON, A. M.; REIBEL, Y. G.; SELF, K. D.; LINDGREN, B.; BLUE, C. M.; FLYNN, P. M. Functional oral health literacy and periodontal health. *Journal of Dental Hygiene*, v. 96, n. 5, p. 6-12, 2022.

PERES, Frederico. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de *health literacy* no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, maio 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14562022>

RAMOS-PILCO, E.; SÁNCHEZ-TITO, M. A.; YILENG-TAY, L. Oral health literacy: measurement instruments and their psychometric properties: a systematic review. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, v. 42, n. 3, p. 187-196, 2023.

RYMAN, C.; WARNICKE, C.; HUGOSSON, S.; ZAKRISSON, A. B.; DAHLBERG, K. Health literacy in cancer care: a systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, v. 70, art. 102582, 2024. DOI: 10.1016/j.ejon.2024.102582.

ROSTAMZADEH, M.; RAHIMI, F. Aesthetic dentistry and ethics: a systematic review of marketing practices and overtreatment in cosmetic dental procedures. *BMC Medical Ethics*, v. 26, n. 1, art. 12, 2025. DOI: 10.1186/s12910-025-01169-6.

SCHILLINGER, D.; PIETTE, J.; GRUMBACH, K.; WANG, F.; WILSON, C.; DAHER, C.; LEONG-GROTZ, K.; CASTRO, C.; BINDMAN, A. B. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, v. 163, n. 1, p. 83-90, 2003. DOI: 10.1001/archinte.163.1.83.

SCHULZ-WEIDNER, N. *et al.* Shared decision making and patient involvement in dental care: effects on treatment acceptance and patient satisfaction. *BMC Oral Health*, 2024.

SHILLINGTON, A. C.; LANGENECKER, S. A.; SHELTON, R. C.; FOXWORTH, P.; ALLEN, L.; RHODES, M.; PESA, J.; WILLIAMSON, D.; ROVNER, M. H. Development of a patient decision aid for treatment resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, v. 275, p. 299-306, 2020. DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.014.

SILVA, L. P. D.; BATALHA, A. P. D. B.; GHISI, G. L. M.; SEIXAS, M. B.; CISNEROS, L. L.; JANSEN, A. K.; MOREIRA, A. P. B.; PEREIRA, D. S.; BRITTO, R. R.; PEREIRA, D. A. G.; TREVIZAN, P. F.; OH, P. Effects of an exercise and lifestyle education program in Brazilians living with prediabetes or diabetes: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, v. 25, n. 1, art. 701, 2024. DOI: 10.1186/s13063-024-08535-6.

SILVA, M. A. S. D.; LIMA, M. C. L.; DOURADO, C. A. R. O.; ANDRADE, M. S. Aspects related to health literacy, self-care and compliance with treatment of people living with HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, e20220120, 2022. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0120en.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA (SBCO). *Tabagismo, álcool e HPV: fatores que aumentam o risco de câncer de boca*. 2025. Disponível em: <https://sbco.org.br/>. Acesso em: 4 jul. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA (SBPqO). *Guia de cuidado diário em saúde bucal: profissionais da saúde*. [S.l.]: SBPqO; Listerine, 2021.

SØRENSEN, K.; VAN DEN BROUCKE, S.; FULLAM, J. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, v. 12, art. 80, 2012. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

STEIN, L.; PETTERSEN, K. S.; BERGDAHL, M.; BERGDAHL, J. Development and validation of an instrument to assess oral health literacy in Norwegian adult dental patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 73, n. 7, p. 530-538, 2015. DOI: 10.3109/00016357.2015.1007477.

SUN, Y.; SUN, J.; ZHAO, Y.; CHENG, A.; ZHOU, J. A new comprehensive oral health literacy scale: development and psychometric evaluation. *BMC Oral Health*, v. 21, n. 1, art. 429, 2021. DOI: 10.1186/s12903-021-01795-7.

TAM, A.; YUE, O.; ATCHISON, K. A.; RICHARDS, J. K.; HOLTZMAN, J. S. The association of patients' oral health literacy and dental school communication tools: a pilot study. *Journal of Dental Education*, v. 79, n. 5, p. 530-538, 2015.

TAVARES, V. B.; FARIAS, A. L.; SILVA, A. S. A. D.; SOUZA, J. S. E.; SILVA, H. P. D.; BASTOS, M. D. S. C. B. O.; MELO-NETO, J. S. Amazon Amandaba-Sociodemographic Factors, Health Literacy, Biochemical Parameters and Self-Care as Predictors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 4, p. 3082, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20043082.

TENANI, C. F.; SILVA JUNIOR, M. F.; LINO, C. M.; SOUSA, M. D. L. R.; BATISTA, M. J. The role of health literacy as a factor associated with tooth loss. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 116, 2021. DOI: 10.11606/S1518-8787.2021055003506.

TSENG, W.; PLEASANTS, E.; IVEY, S. L.; SOKAL-GUTIERREZ, K.; KUMAR, J.; HOEFT, K. S.; HOROWITZ, A. M.; RAMOS-GOMEZ, F.; SODHI, M.; LIU, J.; NEUHAUSER, L. Barriers and facilitators to promoting oral health literacy and patient communication among dental providers in California. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 1, p. 216, 2021. DOI: 10.3390/ijerph18010216.

TUNGARE, S.; PARANJPE, A. G. Diet and nutrition to prevent dental problems. In: *Statpearls*. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>. Acesso em: 4 jul. 2026.

URSTAD, K. H.; ANDERSEN, M. H.; LARSEN, M. H.; BERGE, C. R.; HELSETH, S.; WAHL, A. K. Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: a systematic review. *BMJ Open*, v. 12, n. 2, e056294, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-056294.

WANG, Y.; MCKEE, M.; TORBICA, A.; STUCKLER, D. Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Social Science & Medicine*, v. 240, p. 112552, 2019. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112552.

WEISS, B. D. How to bridge the health literacy gap. *Family Practice Management*, v. 21, n. 1, p. 14-18, 2014.

WEISS, B. D.; ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA. *Alfabetização em saúde e segurança do paciente: ajude os pacientes a compreender*. Chicago: American Medical Association Foundation, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy and action plan on oral health 2023–2030*. Geneva: WHO, 2024. ISBN 978-92-4-009053-8. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>. Acesso em: 4 jul. 2026.

WILLIS, E.; FRIEDEL, K.; HEISTEN, M.; PICKETT, M.; BHOWMICK, A. Communicating health literacy on prescription medications on social media: in-depth interviews with "patient influencers". *Journal of Medical Internet Research*, v. 25, e41867, 2023. DOI: 10.2196/41867.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy*. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>. Acesso em: 4 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: WHO, 2021. 76 p. ISBN 978-92-4-003834-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Oral health*. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>. Acesso em: 4 jul. 2026.

YEN, P. H.; LEASURE, A. R. Use and effectiveness of the Teach-Back method in patient education and health outcomes. *Federal Practitioner*, v. 36, n. 6, p. 284-289, 2019.

YU, P. S.; TSAI, Y. C.; CHIU, Y. W.; HSIAO, P. N.; LIN, M. Y.; CHEN, T. H.; WANG, S. L.; KUNG, L. F.; HSIAO, S. M.; HWANG, S. J.; KUO, M. C. The relationship between subtypes of health literacy and self-care behavior in chronic kidney disease. *Journal of Personalized Medicine*, v. 11, n. 6, p. 447, 2021. DOI: 10.3390/jpm11060447.

YU, S.; HUANG, S.; SONG, S.; LIN, J.; LIU, F. Impact of oral health literacy on oral health behaviors and outcomes among the older adults: a scoping review. *BMC Geriatrics*, v. 24, n. 1, p. 858, 2024. DOI: 10.1186/s12877-024-05469-1.

ZHANG, F.; XIE, J. J.; CHUTINAN, S.; RIEDY, C. A. Preferred communication techniques by student-providers and patients during caries management in a teaching practice: a quality improvement study. *BMC Medical Education*, v. 25, n. 1, p. 764, 2025. DOI: 10.1186/s12909-025-07354-w.

.



SEÇÃO
IV

**LETRAMENTO EM SAÚDE
E NOVOS PARADIGMAS
DE CUIDADO**





Capítulo 9

LETRAMENTO EM SAÚDE:

FITOTERAPIA E ESCOLHAS CONSCIENTES EM SAÚDE

Diego Rebessi Carrillo³⁸
Eldeenaldo Ferreira da Silva³⁹
Nayara Fernanda Barchetta⁴⁰
Camila Lopes Ferreira⁴¹
Marcos Roberto Furlan⁴²

1. Introdução

A fitoterapia é definida como o campo que compreende o uso de plantas medicinais e de seus derivados no cuidado com a saúde humana e animal (Sganzerla *et al.*, 2022). Essa prática caracteriza-se pela utilização de preparações vegetais em diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal (Badke *et al.*, 2019).

No âmbito regulatório brasileiro, os medicamentos fitoterápicos são aqueles obtidos exclusivamente a partir de matérias-primas vegetais, com segurança e eficácia fundamentadas em evidências clínicas e qualidade padronizada, conforme estabelecido pela RDC nº 26/2014 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Nas últimas décadas, observa-se um crescimento expressivo no uso de plantas medicinais, impulsionado por fatores como o aumento do custo de medicamentos sintéticos, a valorização de terapias naturais e o avanço das pesquisas científicas que investigam seus efeitos terapêuticos (Barreiro, 2019). Nesse contexto, os saberes tradicionais desempenham papel relevante, contribuindo historicamente para a identificação de espécies com potencial farmacológico (Araújo *et al.*, 2021).

No Brasil, a publicação da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS) representa um marco na articulação entre conhecimento tradicional e evidência científica, ao reunir espécies com potencial de incorporação no sistema público de saúde, com base em critérios técnicos e de segurança (BRASIL, 2009).

Adicionalmente, a fitoterapia apresenta forte relevância cultural e histórica, sendo amplamente utilizada por populações tradicionais e rurais. A transmissão intergeracional desses conhecimentos, frequentemente mediada por mulheres, reforça seu papel na preservação de práticas de cuidado (Patrício *et al.*, 2022).

A institucionalização da fitoterapia no Brasil consolidou-se com a implementação de políticas públicas, como a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, além de avanços normativos recentes que fortalecem sua inserção no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Esse processo está alinhado às diretrizes da Organização Mundial da Saúde, que

³⁸ Discente e Bolsista Capes, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Unitaui

³⁹ Discente e Bolsista Capes, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Unitaui

⁴⁰ Docente, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Unitaui

⁴¹ Docente, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Unitaui

⁴² Docente, Programa de Pós-graduação em Ciências Ambientais e em Ciências da Saúde, Unitaui

recomenda a integração de práticas tradicionais aos sistemas formais de saúde (WHO, 2013; 2022).

2. Letramento em saúde aplicado à fitoterapia

O letramento em saúde pode ser compreendido como a capacidade de acessar, compreender, avaliar criticamente e aplicar informações relacionadas à saúde para a tomada de decisões informadas. Para Plaster *et al.* (2024), o letramento em saúde pode ser entendido como a habilidade dos indivíduos de acessar, interpretar e compreender informações essenciais relacionadas à saúde, de modo a possibilitar a tomada de decisões adequadas.

Exemplo da importância do letramento em saúde é citado na pesquisa de Granetto e Oliveira (2026). Os autores afirmam que o desenvolvimento de competências em letramento em saúde destaca-se como estratégia fundamental para empoderamento dos usuários do Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA).

O letramento em saúde, antes limitado à compreensão de prescrições médicas, passou a abranger também a habilidade de acessar, interpretar e utilizar informações relacionadas à alimentação, à segurança dos alimentos e à prevenção de doenças (Ramos *et al.*, 2026).

No contexto da fitoterapia, esse conceito envolve a habilidade de interpretar evidências científicas, reconhecer limites terapêuticos e utilizar plantas medicinais de forma segura e racional. Essa competência ultrapassa o simples acesso à informação, exigindo habilidades cognitivas e críticas que permitam distinguir entre evidências científicas, conhecimento tradicional e conteúdos não confiáveis, frequentemente disseminados em meios digitais.

A tradução do conhecimento técnico-científico constitui um elemento central nesse processo, ao possibilitar a comunicação acessível de informações complexas para diferentes públicos, reduzindo a distância entre produção acadêmica e prática em saúde (Ferraz *et al.*, 2020).

Iniciativas voltadas ao letramento em fitoterapia têm demonstrado impacto positivo na qualificação do uso de produtos à base de plantas, especialmente quando fundamentadas em materiais oficiais, como a Farmacopeia Brasileira e o Formulário de Fitoterápicos (Anvisa, 2019; 2021).

3. Segurança e riscos associados ao uso de plantas medicinais

Embora a fitoterapia apresente potencial terapêutico relevante, seu uso não é isento de riscos. A ocorrência de efeitos adversos, intoxicações e interações medicamentosas evidencia a necessidade de utilização orientada e baseada em evidências (Lessa *et al.*, 2017).

Parte significativa desses riscos está associada ao baixo nível de letramento em saúde, que dificulta a compreensão de aspectos fundamentais como posologia, contraindicações e qualidade dos produtos utilizados. Além disso, muitas espécies

vegetais ainda carecem de estudos robustos sobre segurança e eficácia, o que limita sua utilização clínica segura (Bezerra e Silva Oliveira, 2016).

O aumento do consumo de produtos à base de plantas durante a pandemia de COVID-19 ilustra esse cenário, com relatos de uso indiscriminado e eventos adversos associados, incluindo casos de toxicidade relacionados a espécies como *Azadirachta indica* (Lim *et al.*, 2021).

Adicionalmente, há registros de eventos graves, como hepatotoxicidade associada ao uso inadequado de produtos contendo plantas medicinais, o que reforça a importância da orientação profissional e do uso racional.

4. Interpretação de rótulos e bulas como competência essencial

A compreensão de rótulos e bulas constitui uma competência fundamental do letramento em saúde, uma vez que esses documentos representam a principal fonte de informação técnica disponível ao usuário.

Os medicamentos fitoterápicos seguem normas específicas de rotulagem e devem apresentar informações padronizadas sobre indicação, posologia, contraindicações, advertências e possíveis efeitos adversos, conforme regulamentação da Anvisa (2022).

Nesse contexto, é essencial distinguir entre diferentes categorias de produtos:

- **Medicamentos fitoterápicos**, que possuem registro sanitário e evidências de segurança e eficácia (Anvisa, 2023);
- **Suplementos alimentares**, que não possuem indicação terapêutica (Anvisa, 2024);
- **Produtos manipulados**, cuja utilização depende de prescrição individualizada e que não apresentam bula padronizada (Anvisa, 2025).

A capacidade de compreender essas distinções contribui diretamente para a redução de riscos e para o uso seguro e racional desses produtos.

5. Fitoterapia baseada em evidências

A fitoterapia contemporânea fundamenta-se na integração entre conhecimento tradicional e evidências científicas provenientes de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e avaliações regulatórias.

Estudos têm investigado o uso de espécies como *Valeriana officinalis*, *Passiflora edulis* e *Melissa officinalis* no manejo de ansiedade e distúrbios do sono. Embora resultados indiquem efeitos potencialmente benéficos, a heterogeneidade metodológica e a ausência de padronização dos extratos limitam a generalização dos achados (Sarris *et al.*, 2011).

Outras espécies, como *Matricaria chamomilla* e *Maytenus ilicifolia*, apresentam evidências promissoras em relação à melhora do sono e à proteção gástrica, respectivamente (Kazemi *et al.*, 2024; Matarazzo, 2025). No entanto, a ausência de estudos clínicos robustos para diversas plantas medicinais ainda constitui um desafio para sua consolidação na prática clínica.

Diante desse cenário, o letramento em saúde assume papel central, ao permitir que indivíduos e profissionais avaliem criticamente as evidências disponíveis, reconhecendo tanto os benefícios quanto as limitações dessas terapias.

6. Estratégias para promoção do letramento em fitoterapia

Pesquisa realizada por Freitas *et al.* (2024), intitulada “Oficina didática como estratégia para a valorização dos saberes tradicionais do sertão e letramento científico em tempos de pandemia da COVID-19”, verificaram que as metodologias adotadas, os recursos didáticos utilizados e as atividades propostas ao longo dos quatro encontros da oficina evidenciaram potencial para despertar a curiosidade e o interesse dos alunos, como demonstrado por sua participação ativa na construção do conhecimento. Concluíram que esse engajamento pode ter favorecido os processos de ensino e o desenvolvimento do letramento científico.

Assumpção e Amaral (2024), em seu trabalho com o título “O uso das plantas medicinais como prática transformadora no processo ensino-aprendizagem” verificaram que o letramento evidencia-se como uma prática social que se constrói na interface entre saberes populares e conhecimento científico, mediada por processos comunicacionais próprios da cultura, nos quais a oralidade, a experiência e a memória coletiva atuam como elementos fundamentais para a produção e a circulação de sentidos no ambiente escolar.

Em outra pesquisa, realizada Souza *et al.* (2025), verificou-se que a articulação entre os saberes populares e o conhecimento científico potencializa o letramento científico e favorece a adoção de práticas conservacionistas, como a manutenção da qualidade do solo e a preservação da cobertura vegetal. A pesquisa teve como objetivo oferecer aos estudantes saberes amplos e aplicados sobre os mecanismos reprodutivos, com ênfase na reprodução vegetal, valorizando práticas tradicionais e fortalecendo a interação entre escola, famílias e comunidade.

Brasil e Fernandes (2025) destacam o letramento como eixo central ao propor uma prática pedagógica fundamentada nas narrativas de saberes de cura, integrando oralidade, leitura, escrita e escuta na construção e ressignificação de receitas com plantas medicinais. Nessa perspectiva, os autores observam que o letramento é compreendido como prática social que articula saberes populares e conhecimento escolar, valorizando identidades, memórias e experiências dos estudantes.

Tais achados reforçam a relevância de abordar temas transversais, como plantas medicinais e letramento científico, na educação básica, por meio de estratégias pedagógicas que promovam o protagonismo discente no processo de aprendizagem.

A promoção do letramento em saúde na fitoterapia requer a adoção de estratégias educativas e comunicacionais que favoreçam o acesso e a compreensão da informação científica.

Ações de extensão universitária e educação comunitária têm se mostrado eficazes na integração entre conhecimento científico e saberes tradicionais, promovendo aprendizagem contextualizada e participação ativa da população.

Além disso, o uso de materiais educativos acessíveis, como cartilhas, vídeos e conteúdos em mídias digitais, contribui para ampliar o alcance da informação e facilitar sua compreensão.

A capacitação de profissionais de saúde também é fundamental, especialmente no que se refere à comunicação clara, à interpretação crítica de evidências e à orientação segura sobre o uso de plantas medicinais.

Considerações finais

A fitoterapia configura-se como uma importante estratégia de cuidado em saúde, especialmente em contextos que valorizam práticas integrativas, acessíveis e culturalmente relevantes. Contudo, sua utilização segura e eficaz depende diretamente do nível de letramento em saúde da população.

O desenvolvimento dessa competência permite a interpretação crítica de informações, a identificação de riscos e a adoção de práticas baseadas em evidências. Além disso, favorece a integração entre saberes tradicionais e científicos, contribuindo para um modelo de cuidado mais abrangente e sustentável.

Nesse sentido, o fortalecimento do letramento em fitoterapia representa não apenas uma estratégia educativa, mas um elemento essencial para a promoção do uso racional de plantas medicinais e para a qualificação do cuidado em saúde.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 26, de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 14 maio 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n.º 298, de 12 de agosto de 2019. Aprova a Farmacopeia Brasileira, 6. ed. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 12 ago. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n.º 463, de 27 de janeiro de 2021. Aprova o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, 2. ed. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 768, de 12 de dezembro de 2022. Dispõe sobre rotulagem de medicamentos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Bulas de medicamentos*: regras e orientações para elaboração e atualização. Brasília, DF: Anvisa, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/bulas-e-rotulos/bulas-de-medicamentos>. Acesso em: 24 jun. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Suplementos alimentares*: marco regulatório e requisitos sanitários. Brasília, DF: Anvisa, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/alimentos/suplementos-alimentares>. Acesso em: 24 jun. 2026.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Boas práticas de manipulação em farmácias*: regulamentação sanitária de preparações magistrais e oficinais. Brasília, DF: Anvisa, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia>. Acesso em: 24 jun. 2026.

ARAÚJO, E. C. *et al.* Etnobotânica das plantas medicinais no município de Parari, Paraíba, Brasil. *Geosul*, Florianópolis, v. 36, n. 80, p. 313-334, 2021.

ASSUMPÇÃO, D. J. F.; AMARAL, S. M. C. Uso das plantas medicinais como prática transformadora no processo ensino-aprendizagem. *Revista Internacional de Folkcomunicação*, Ponta Grossa, v. 22, n. 48, p. 134-150, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5212/rif.v.22.i48.0007>. Acesso em: 24 jun. 2026.

BADKE, M. R. *et al.* Panorama brasileiro dos serviços de plantas medicinais e fitoterápicos. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 9, e64, 2019.

BARREIRO, E. J. What is hidden in the biodiversity? The role of natural products and medicinal chemistry in the drug discovery process. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, Rio de Janeiro, v. 91, n. 3, e20190306, 2019.

BEZERRA, C. M.; SILVA OLIVEIRA, M. A. Avaliação da toxicidade, citotoxicidade e genotoxicidade do infuso de malva-santa (*Plectranthus barbatus* – Lamiaceae) sobre o ciclo celular de *Allium cepa*. *Revista Eletrônica de Farmácia*, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 220-229, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde (RENISUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/plantas-medicinais-e-fitoterapicas/ppnmpf/arquivos/2014/renisus.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 jun. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 24 jun. 2026.

BRASIL, J.; FERNANDES, F. Saberes de cura: perspectivas para o trabalho com o gênero receita na sala de aula. *Lumen et Virtus*, v. 16, n. 49, p. 7228-7246, 2025. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.56238/levv16n49-076>. Acesso em: 24 jun. 2026.

FERRAZ, L.; PEREIRA, R. P. G.; PEREIRA, A. M. R. C. Tradução do conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 2, p. 200-216, 2020. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2231>. Acesso em: 24 jun. 2026.

FREITAS, R. C. R. Q. *et al.* Oficina didática como estratégia para a valorização dos saberes tradicionais do sertão e letramento científico em tempos de pandemia da COVID-19. *Cognitionis Scientific Journal*, v. 7, n. 2, p. 1-8, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38087/2595.8801.486>. Acesso em: 24 jun. 2026.

GRANETTO, V. M.; OLIVEIRA, H. R. Análise comparativa das metas do programa HIPERDIA e o cumprimento dos objetivos de 2030 no controle de hipertensão e diabetes: uma abordagem baseada em dados. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 12, n. 2, p. 1-23, 2026. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.51891/rease.v12i2.24123>. Acesso em: 24 jun. 2026.

KAZEMI, A. *et al.* Effects of chamomile (*Matricaria chamomilla* L.) on sleep: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Complementary Therapies in Medicine*, v. 84, 103071, 2024. DOI: 10.1016/j.ctim.2024.103071.

LESSA, L. R.; SILVA, M. C. C.; CARIELLO, F. D. M. R. Fundamentos e aplicações do *Allium cepa* como bioindicador de mutagenicidade e citotoxicidade de plantas medicinais. *Revista Intertox*, São Paulo, v. 10, n. 3, 2017.

LIM, X. Y.; TEH, B. P.; TAN, T. Y. C. Medicinal plants in COVID-19: potential and limitations. *Frontiers in Pharmacology*, v. 12, p. 1-8, 2021.

MATARAZZO, G. A. R. M. Fitoterapia no tratamento de gastrite e úlcera: uma revisão integrativa sobre a espinheira-santa (*Maytenus ilicifolia*). *Revista FT*, v. 29, n. 153, 2025. DOI: 10.69849/revistaft/cs10202512082058.

PATRÍCIO, K. P. *et al.* O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 677-686, 2022.

PLASTER, J. F. *et al.* Autocuidado e práticas integrativas e complementares em saúde. In: *Mente, Corpo e Espiritualidade: aplicações e expansões*. [S. l.]: Editora Academic, 2024. p. 94-103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.58871/consames.v1.10>. Acesso em: 24 jun. 2026.

RAMOS, P. R. *et al.* Health literacy and food security from a gender perspective. *Revista Gênero e Interdisciplinaridade*, v. 7, n. 2, p. 132-162, 2026. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.51249/gei.v7i02.2896>. Acesso em: 24 jun. 2026.

SARRIS, J.; BYRNE, G. J. A systematic review of insomnia and complementary medicine. *Sleep Medicine Reviews*, v. 15, n. 2, p. 99-106, 2011.

SGANZERLA, C. M. *et al.* Revisão integrativa aplicada a levantamentos etnobotânicos de plantas medicinais no Brasil. *Acta Ambiental Catarinense*, v. 19, n. 1, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/acta/article/view/6365>. Acesso em: 24 jun. 2026.

SOUZA, R. C.; MONTEIRO, J. G.; PINHEIRO, M. C. M.; MACEDO, K. M. G. Aprendizagem de reprodução vegetal com plantas medicinais: uma abordagem científica, cultural e territorial no contexto amazônico. *Revista Ensinar*, v. 3, n. 1, 2025. DOI: 10.52832/rensin.v3.587. Disponível em: <https://bio10publicacao.com.br/ensinar/article/view/587>. Acesso em: 24 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/92455>. Acesso em: 24 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Traditional, and integrative medicine*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine>. Acesso em: 24 jun. 2026.



Capítulo 10

ENTRE O CETICISMO E A CURIOSIDADE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO LETRAMENTO EM TERAPIAS INTEGRATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Patrícia Raszl⁴³
Liebert Bernardes Carvalho⁴⁴
Rodrigo Augusto da Silva⁴⁵
Sheila Cavalca Cortelli⁴⁶

1. Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) representam um conjunto de abordagens terapêuticas voltadas ao cuidado integral do indivíduo. Fundamentam-se na valorização da relação entre paciente e profissional de saúde, estimulando a prevenção, o autocuidado e o protagonismo do usuário em seu próprio processo de cura (Paixão; Silva; Gonçalves, 2020).

Em 2022, a Organização Mundial de Saúde (OMS) concluiu que as PICS apresentam um impacto econômico positivo no sistema público da saúde, visto que, por serem de baixo custo, proporcionam grandes benefícios à população, principalmente para países subdesenvolvidos. Como essas práticas incentivam hábitos saudáveis, o autocuidado e a prevenção, a longo prazo, elas podem ser benéficas, contribuindo para a redução da incidência de doenças crônicas, diminuindo a necessidade de tratamentos mais onerosos e aliviando a pressão econômica sobre os sistemas públicos de saúde.

Atualmente, no Brasil, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são oferecidos de forma integral e gratuita 29 procedimentos de PICS à população, dentre eles Fitoterapia, Acupuntura, Homeopatia e Medicina Antroposófica (Nogueira *et al.*, 2024). Especialmente na atenção básica, o Brasil é considerado referência mundial nessa área. As PICS investem em prevenção e promoção da saúde, buscando evitar que as pessoas adoçam. Além disso, podem ser utilizadas para aliviar sintomas e auxiliar no tratamento de diferentes enfermidades (BRASIL, 2015).

Segundo dados de 2019, da Pesquisa Nacional de Saúde, conduzida pelo IBGE, mais de 11 milhões de brasileiros recorreram às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como tratamento (Nogueira, 2024). Mais de dois milhões de atendimentos foram prestados nas Unidades Básicas de Saúde, onde mais de um milhão de consultas foram de medicina tradicional chinesa, que engloba as práticas de acupuntura e auriculoterapia; 85 mil atendimentos de fitoterapia; e 13 mil consultas homeopáticas; sendo os demais 926 mil serviços prestados de alguma outra PICS não especificada (Ministério da Saúde, 2024). Além disso, em pesquisa executada pelo IBGE, com 23.815 idosos, 5,4% dos avaliados afirmaram ter feito uso de PICS nos últimos 12 meses. Quanto

⁴³ Universidade de Taubaté

⁴⁴ Universidade de Taubaté

⁴⁵ Universidade de Taubaté

⁴⁶ Universidade de Taubaté

à finalidade, observa-se que as PICS têm sido mais frequentemente empregadas no manejo de doenças crônicas, destacando-se um uso 62% superior entre idosos com quadro depressivo (Marques et al., 2020).

Recentemente, um estudo, por meio da aplicação de questionários, evidenciou que, em termos de opinião e percepção, os profissionais de saúde demonstram conhecimento e atribuem credibilidade às PICS. Os resultados revelaram elevada aceitação teórica: 92,4% dos profissionais consideram as PICS eficientes e 94,9% reconhecem sua importância no SUS (Gontijo; Nunes, 2017). Contudo, essa percepção positiva contrasta com a carência de conhecimento prático e científico. A ampliação de 70% no acesso às PICS no SUS, registrada em 2025, evidencia o crescimento do interesse institucional e social, mas também ressalta a necessidade urgente de letramento em saúde voltado aos profissionais.

Esse cenário de expansão, permeado por dúvidas e resistências, coloca os profissionais entre o **ceticismo** e a **curiosidade**, exigindo reflexão crítica sobre os desafios e oportunidades da integração dessas práticas no cuidado em saúde.

2. Terminologia e sua armadilha semântica

A semântica constitui uma das primeiras barreiras enfrentadas pelas PICS. A utilização de termos como ‘complementar’, ‘alternativo’ e ‘não convencional’ tende a reforçar percepções negativas, ao defini-las em função do que não são, comprometendo sua legitimidade científica e institucional (Gontijo; Nunes, 2017; NG *et al.*, 2016). Essa terminologia contribui para que profissionais convencionais rotulem os profissionais “não convencionais” como ‘não científicos’, reforçando a marginalização e fragilizando a legitimidade institucional das PICS (Fig.1) (Gontijo; Nunes, 2017; NG *et al.*, 2016).



Figura 1 - Armadilha semântica na terminologia das práticas em saúde. A terminologia é utilizada em diferentes campos de estudo ou prática, como “antroposofia”, “termalismo” e “práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa”.

A chamada armadilha semântica ocorre quando o significado de um termo não é totalmente claro ou é interpretado de formas distintas por diferentes pessoas, podendo gerar mal-entendidos ou debates desnecessários.

De acordo com o National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), o uso intercambiável e impreciso dos termos “complementar”, “integrativo” e “alternativo” contribui tanto para a rejeição por parte de profissionais de saúde quanto para a confusão entre pacientes (NCCIH, 2021).

É importante ressaltar que esses termos estão em constante evolução e que seu uso inadequado, no discurso cotidiano ou acadêmico, pode comprometer a compreensão e a aceitação das práticas integrativas (Fig.2) (CLARK *et al.*, 2021).



Figura 2 - Relação entre terapias convencionais, complementares e alternativas. As práticas complementares e integrativas associadas a práticas convencionais, ampliam o cuidado à saúde. As práticas alternativas, se diferenciam por serem utilizadas em substituição às terapias convencionais.

Para superar esse obstáculo, é necessário esclarecer:

Medicina complementar: utilizada em conjunto com a medicina convencional. Dentro dessa prática, podem ser considerados como adjuvantes o setor nutricional (dietas especiais, suplementos alimentares, ervas e probióticos), o psicológico, o físico (fisioterapia, manipulação da coluna) e até combinações entre eles, como as práticas psicológicas e físicas (ioga, tai chi, acupuntura, dança ou terapias artísticas);

Medicina alternativa: usada em substituição à convencional, frequentemente vista como polêmica por afastar terapias consolidadas da prática convencional;

Medicina e Saúde integrativa: abordagem centrada na pessoa, que associa práticas convencionais e complementares de forma integrada e holística, considerando dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. É comum o uso de duas ou mais práticas convencionais associadas às abordagens complementares. Representa um sistema de cuidados de ordem superior que enfatiza o bem-estar e a cura da pessoa como um todo.

Além dessas, termos pouco familiares — como antroposofia, termalismo e práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) — também geram controvérsias, o que exige clareza conceitual (OMS; NCCIH; MSD Manual S).

3. Conhecimento real dos profissionais de saúde

Apesar de serem reconhecidas há décadas e de existirem tentativas de normatização desde 1988, as PICS ainda são pouco compreendidas na prática clínica. Gontijo & Nunes (2017) observaram que, entre 118 profissionais de diferentes áreas da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, veterinários e biomédicos, 99,2% declararam algum conhecimento sobre PICS. Acupuntura (97,5%), fitoterapia (88,1%) e homeopatia (78,8%) foram as mais conhecidas, enquanto antroposofia e termalismo eram pouco familiares aos profissionais. (Gontijo; Nunes, 2017). Estudos apontam que o conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre práticas integrativas e complementares permanece limitado, geralmente associado ao saber popular e à experiência pessoal, em vez de formação formal (Paixão; Silva; Gonçalves, 2020). A maior parte desse aprendizado ocorre fora da graduação, evidenciando um vácuo curricular importante. Por exemplo, um estudo descritivo de Varela e Azevedo (2014) analisou o conhecimento e o uso de fitoterápicos, uma das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), por médicos da Estratégia Saúde da Família em Caicó, Rio Grande do Norte. Os resultados mostraram que a maioria dos profissionais possuía pouco conhecimento sobre PICS, e poucos tiveram contato com esse conteúdo na graduação ou em cursos da área. Entre os que tinham conhecimento, o uso se concentrava no tratamento de ansiedade e insônia, no alívio de sintomas relacionados à menopausa e outros problemas ginecológicos, e como coadjuvante na prevenção e no controle da hipertensão arterial sistêmica (Varela; Azevedo, 2014).

Carvalho e Nóbrega (2017) destacam que a introdução do tema das PICS é essencial desde a graduação nos cursos da área da saúde. Essa inserção pode ocorrer por meio de diferentes estratégias de ensino, como palestras, cursos teóricos, grupos de discussão, disciplinas optativas, inclusão de conteúdos no currículo e incentivo à pesquisa. A universidade tem a responsabilidade de implementar alguma dessas estratégias, de modo a contribuir para a formação de profissionais com visão de integralidade e interdisciplinaridade no cuidado (Carvalho; Nóbrega, 2018).

4. Panorama do conhecimento e da adesão da população às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil

O letramento da população brasileira acerca das PICS tem avançado, porém ainda mostra lacunas importantes em termos de conhecimento e integração segura com a saúde convencional. Dados oficiais do Ministério da Saúde apontam que, em 2024, foram realizados aproximadamente 7,16 milhões de procedimentos de PICS pelo SUS, com acesso atingindo mais de 9 milhões de pessoas, representando crescimento de 70-83% em comparação com 2022 (BRASIL, 2025).

A Atenção Primária à Saúde concentrou parte desse incremento (3,2 milhões de procedimentos), enquanto Média e Alta Complexidade registrou aproximadamente 4 milhões (BRASIL, 2025). Além disso, mais de 80% dos municípios brasileiros já ofertavam PICS, por meio do SUS, em 2023, ou seja, em aproximadamente 4.640 municípios do total, fato que demonstra uma cobertura ampla da política pública (BRASIL, 2024). Um dado específico que ilustra variação de crescimento por tipo de prática: auriculoterapia cresceu 102%, desde 2022, aromaterapia 181%, e práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa 208% (BRASIL, 2025).

Apesar desses dados de oferta e de procura, há menos estudos recentes que avaliem com profundidade o nível de conhecimento específico sobre cada prática, os riscos associados, ou como as pessoas distinguem entre o que é seguro e o que não é. A política do SUS explicita que PICS não substituem tratamento convencional, mas integração e promoção de saúde integral, prevenção e bem-estar (BRASIL, 2024).

Por mais que uma parcela considerável da população já conheça ou use PICS e o SUS tenha expandido bastante a oferta, o letramento (entendido como capacidade de avaliar riscos, evidências e fazer escolhas informadas) ainda carece de fortalecimento, especialmente nos grupos com menor escolaridade ou menor acesso à informação qualificada.

5. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

Nos Estados Unidos, em 1992, foi criado, o Office of Alternative Medicine dentro do National Institutes of Health (NIH), a fim de pesquisar a eficácia e a segurança das terapias alternativas. Em 1998, essa repartição deu origem ao National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) e, em 2015, ele se tornou o National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) (Fig.3) (Offit, 2012).

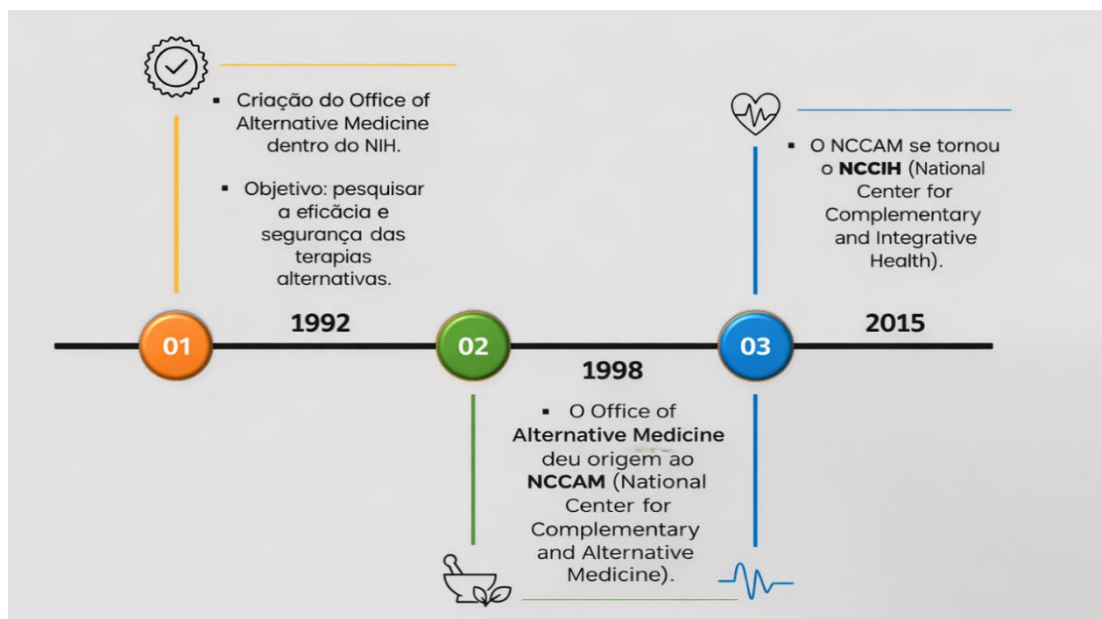


Figura 3 - Linha do tempo dos principais marcos institucionais relacionados às terapias complementares e integrativas. Em 1992, foi criado o Office of Alternative Medicine no National Institutes of Health (NIH), com o objetivo de pesquisar a eficácia e a segurança das terapias alternativas. Em 1998, esse escritório deu origem ao National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) e, em 2015, passou a se denominar National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH).

A pesquisa sobre as atividades biológicas de produtos derivados de fontes naturais é uma prioridade para o NCCIH, sendo produtos de interesse metabólitos secundários de diversos táxons e misturas complexas desses compostos (Still *et al.*, 2022) bem como vitaminas, probióticos, prebióticos, suplementos alimentares e botânicos (incluindo cannabis).

O NCCIH enfatiza a pesquisa sobre produtos para os quais a pesquisa pré-clínica apoia a potencial atividade biológica que pode ter um benefício à saúde ou levar ao desenvolvimento de uma intervenção, bem como a pesquisa sobre produtos naturais que os americanos comumente usam. A missão do NCCIH é determinar, por meio de investigação científica rigorosa, a ciência fundamental, a utilidade e a segurança das abordagens de saúde complementar e integrativa e seus papéis na melhoria da saúde e dos cuidados de saúde (Shurtleff *et al.*, 2024).

6. Cenário brasileiro para práticas integrativas e complementares em saúde

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com conceito similar ao NCCIH, propõe um modelo de cuidado humanizado, integral e sustentável, alinhado aos princípios do SUS, mas sua efetivação depende do reconhecimento e da capacitação dos profissionais de saúde. A PNPIC regulamenta a utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS, sendo reconhecidas pelo Ministério da Saúde, por meio das Portarias nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, que estabelecem o uso dessas práticas no sistema público de saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, a PNPIC, instituída em 2006, reconheceu oficialmente a acupuntura, homeopatia, fitoterapia, termalismo e medicina antroposófica. Em 2017, onze anos após a criação da PNPIC, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 849/2017, ampliando a gama

de procedimentos oferecidos pelo SUS no âmbito da política, incluindo meditação, arteterapia, musicoterapia, tratamentos naturopáticos, tratamentos osteopáticos, tratamentos quiropráticos e reiki. Terapia comunitária, dança circular/biodança, ioga, oficinas de massagem/automassagem, auriculoterapia, massoterapia e tratamento termal/crenoterapia foram incluídos em abril de 2016 (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Linha do tempo – Expansão da PNPIC no Brasil

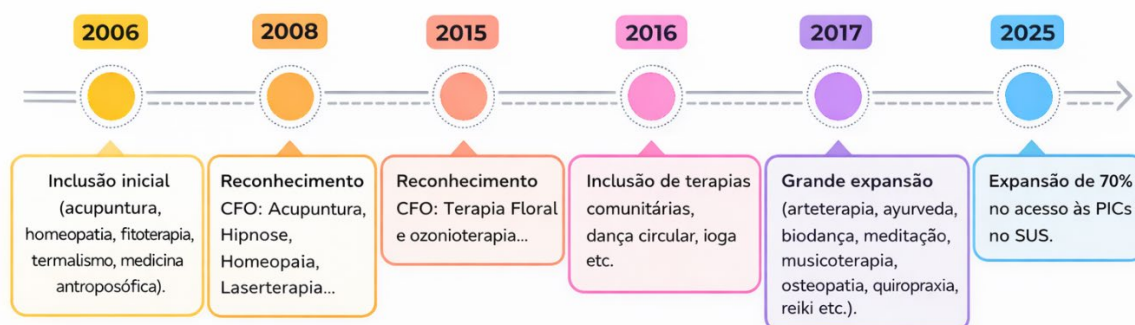


Figura 4 - Linha do tempo da expansão da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil. Em 2006, ocorreu a inclusão inicial de práticas como acupuntura, homeopatia e fitoterapia.

Entre 2008 e 2015, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconheceu práticas como hipnose, laserterapia, terapia floral e ozonioterapia. Em 2016, houve a inclusão de terapias comunitárias. A partir de 2017, observou-se uma grande expansão dessas práticas, culminando, em 2025, em um aumento de aproximadamente 70% no acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) tem como principal objetivo oferecer uma abordagem ampla, contemplando não apenas a prevenção de doenças, mas também a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Fundamenta-se em um modelo de atenção humanizada, que valoriza a integralidade do cuidado e reforça os princípios norteadores do SUS. Ao mesmo tempo, busca ampliar a capacidade de resposta do sistema público, garantindo qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade e incentivo à participação social. Para que esse processo se efetive, é essencial reconhecer, legitimar e institucionalizar práticas e saberes já existentes no contexto do sistema de saúde brasileiro. A seguir, apresentamos o Quadro 1, com o miniglossário das práticas integrativas e complementares aprovadas no Brasil e o ano que ingressaram na PNPIC.

Quadro 1 - miniglossário das práticas integrativas e complementares aprovados no Brasil e ano de ingresso na PNPIC.

Prática Integrativa	Ano de ingresso na PNPIC	Objetivo
Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	2006	Sistema milenar que emprega agulhas em pontos específicos para equilibrar a energia vital (Qi) e promover saúde.

Homeopatia	2006	Tratamento baseado no princípio da similitude, utilizando doses ultradiluídas de substâncias para estimular a autorregulação do organismo.
Plantas medicinais e Fitoterapia	2006	Uso de plantas e derivados vegetais padronizados para prevenção e tratamento de enfermidades.
Termalismo Social/Crenoterapia	2006	Utilização terapêutica de águas minerais para prevenção e tratamento de doenças crônicas, com foco em saúde pública e bem-estar.
Medicina Antroposófica	2006	Abordagem médica que integra práticas convencionais a terapias naturais e artísticas, considerando corpo, alma e espírito.
Arteterapia	2017	Uso de recursos artísticos (pintura, desenho, modelagem etc.) para promover expressão, autoconhecimento e saúde emocional.
Ayurveda	2017	Sistema tradicional indiano que busca o equilíbrio entre corpo, mente e espírito por meio da dieta, fitoterapia, yoga e estilo de vida.
Biodança	2017	Prática corporal em grupo que utiliza música e movimento para favorecer integração afetiva e vitalidade.
Dança Circular	2017	Atividade coletiva baseada em coreografias circulares que promovem conexão social, autoconhecimento e equilíbrio emocional.
Meditação	2017	Prática mental de atenção e consciência plena para redução do estresse e melhora da saúde física e mental.
Musicoterapia	2017	Aplicação terapêutica da música e de seus elementos para promover comunicação, expressão e reabilitação.
Naturopatia	2017	Abordagem terapêutica que valoriza recursos naturais (alimentação, plantas, exercício) para estimular a capacidade de cura do organismo.
Osteopatia	2017	Prática manual que trata disfunções do sistema musculoesquelético visando restaurar mobilidade e equilíbrio corporal.
Quiropraxia	2017	Técnica que utiliza ajustes manuais na coluna e articulações para melhorar a função neuro-musculoesquelética e aliviar dores.

Fonte: elaborado pelos autores.

7 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) na Odontologia

As PICS são práticas que estimulam os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde e contribuem, entre outros aspectos, para a promoção da saúde, inserção social, redução do consumo de medicamentos, melhoria da autoestima e qualidade de vida (Silva *et al.*, 2020). No contexto odontológico, práticas como acupuntura, fitoterapia, terapia floral, hipnose, homeopatia, laserterapia e odontologia antroposófica são reconhecidas pelo CFO (2008, 2015). Com esse respaldo legal, os cirurgiões-dentistas podem adotá-las como complementos ao cuidado odontológico. É fundamental que o profissional compreenda essas terapias e saiba aplicá-las corretamente (Pereira; Silva; Aragão, 2021).

Entretanto, percebe-se que ainda existe uma resistência quanto ao uso das PICS na odontologia. Um estudo demonstrou que, embora as terapias da medicina alternativa e complementar sejam amplamente utilizadas para fins médicos, seu uso na prática odontológica ainda é menor, pela falta de conhecimento clínico, de exposição durante a graduação e de evidências científicas, que podem ser motivos para a hesitação em utilizar as terapias da medicina alternativa e complementar (COX *et al.*, 2010).

Mesmo com a introdução gradativa das PICS nos cursos de saúde, seu caráter é predominantemente optativo e ainda parece haver resistência quanto a sua inserção, dificultando, assim, a sua divulgação, ensino e pesquisas.

A seguir, apresentamos o Quadro 2 com um miniglossário das práticas integrativas e complementares aprovadas no Brasil e o ano que ingressaram na PNPIC em odontologia.

Quadro 2: miniglossário das práticas integrativas e complementares aprovados no Brasil e ano de ingresso na PNPIC.

Prática Integrativa	Ano de ingresso na PNPIC	Objetivos
Acupuntura	2006	A Acupuntura consiste na aplicação dos conceitos básicos da Medicina Tradicional Chinesa com um sistema de conhecimento, aplicando-o como método para o tratamento, prevenção e/ou manutenção do estado geral de saúde do paciente odontológico, sempre que existirem circunstâncias clínicas nas quais haja a participação das estruturas do sistema estomatognático.

Fitoterapia	2006	A Fitoterapia em Odontologia se destina aos estudos dos princípios científicos da Fitoterapia e plantas medicinais embasados na multidisciplinaridade inseridos na prática profissional, no resgate do saber popular e no uso e aplicabilidade desta terapêutica na Odontologia, respeitando o limite de atuação do campo profissional do cirurgião-dentista.
Terapia Floral	2015	A Terapia Floral se define como prática complementar ao bem-estar da saúde, à medida que consiste no uso de essências florais como método de tratamento, focando a atenção no indivíduo e não na doença, podendo ser usada em qualquer pessoa, de todas as idades, não possuindo contraindicações e nem produzindo interações medicamentosas, oferecendo uma forma ampla de prevenção e humanização, respeitando o limite de atuação do campo profissional do cirurgião-dentista.
Hipnose	2008	A Hipnose é uma prática dotada de métodos e técnicas que propiciam aumento da eficácia terapêutica em todas as especialidades da Odontologia. Não necessita de recursos adicionais como medicamentos ou instrumentos e pode ser empregada no ambiente clínico, respeitando o limite de atuação do campo profissional do cirurgião-dentista.
Homeopatia	2008	A Homeopatia em Odontologia tem como objetivo assegurar prática profissional, dotando o cirurgião-dentista de conhecimentos para utilização criteriosa, ética e científica dos conceitos da terapêutica homeopática em todas as áreas que apresentem repercussão no sistema estomatognático, respeitando o limite de atuação do campo profissional do cirurgião-dentista.
Laserterapia	2008	A Laserterapia em Odontologia tem como objetivo capacitar os cirurgiões-dentistas de maneira a assegurar a prática profissional de forma ampla e segura, respeitando o limite de atuação do campo profissional do cirurgião-dentista.
Ozonioterapia	2015	Uso terapêutico do ozônio medicinal na Odontologia, com ação antimicrobiana, anti-inflamatória e cicatrizante. Aplicada em dentística, periodontia, endodontia, cirurgia, disfunção de ATM e necroses ósseas.

Fonte: elaborado pelos autores.

8. Barreiras e fatores de rejeição

O conhecimento escasso por parte dos usuários, dos gestores municipais e dos profissionais de saúde são alguns dos fatores limitantes para ampliação das PICS, principalmente na Atenção Básica (Paixão; Silva; Gonçalves, 2020). Entre eles estão:

- **Semântico:** terminologia confusa gera rejeição;
- **Culturais:** falta de familiaridade, predomínio do ceticismo biomédico;
- **Estruturais:** ausência nos currículos, linhas de cuidado rígidas no SUS;
- **Organizacionais:** ausência de protocolos claros, falta de convênio, tempo restrito de consulta;
- **Evidenciais:** percepção de “baixo nível de evidência” ou falta de estudos robustos, mesmo em áreas já bem pesquisadas como acupuntura e fitoterapia. Também há dificuldades metodológicas em ensaios clínicos publicações disponíveis com revisão por pares, são feitas em outras línguas diferentes do inglês (alemão ou chinês);
- **Dificuldade na padronização dos estudos:** há uma diversidade de sistema de acupuntura ou de extratos de fitoterapia (mesmo feito com a mesma espécie de planta. Um estudo duplo-cego ou cego geralmente é impossível em participantes de meditação ou uso de cura pela energia, como o Reiki. O próprio acolhimento dos pacientes, que é a base do tratamento integral, já é um fator excludente dos ensaios clínicos randomizados e controlados;
- **Financeiros:** baixo incentivo, reembolso inadequado; e
- **Segurança:** riscos de contaminação, interações medicamentosas e falta de padronização de preparações fitoterápicas.

A literatura aponta ainda que pacientes raramente relatam espontaneamente o uso de PICS fitoterápicos e suplementos nutricionais, tornando essencial que os profissionais perguntem de forma aberta e sem julgamento.

8.1 Boas práticas e oportunidades para alavancar o letramento

O desconhecimento gera preconceitos e uso inadequado. Exemplos claros são a homeopatia, reconhecida pelo CFM desde 1980, mas que ainda sofre com baixa credibilidade entre profissionais (25,8%) (Gontijo; Nunes, 2017) e a fitoterapia, fortemente enraizada na cultura brasileira, mas pouco explorada nos currículos (Paixão; Silva; Gonçalves, 2020).

Para avançar, destacam-se:

- **Formação continuada:** cursos e oficinas sobre PICS no contexto clínico;
- **Protocolos claros:** registro em prontuário, monitoramento e critérios de encaminhamento;
- **Fontes confiáveis:** acesso a PNPIC, bases como Cochrane e PubMed;
- **Comunicação empática:** abordagem sem julgamento, que valorize a autonomia do paciente; e
- **Checklist clínico:** identificar uso atual, evidência disponível, contraindicações, registrar e acompanhar.

Além de ampliar a autonomia do paciente e reduzir custos a longo prazo, a valorização de crenças e práticas populares fortalece o vínculo entre profissionais e comunidade, promovendo um cuidado mais integral.

Práticas como a fitoterapia tem suas origens na diversa herança etnocultural advinda de índios, africanos e europeus, ou seja, faz parte de um contexto sociocultural brasileiro. A valorização e o entendimento de práticas, costumes e crenças populares pelos profissionais e serviços de saúde podem representar, para a comunidade atendida, o reconhecimento de que tais ações estão alinhadas aos seus referenciais culturais, sobretudo quando inseridas em programas institucionalizados. Essa postura favorece a aproximação com a população, ao possibilitar a construção de canais de diálogo e comunicação mais efetivos (Paixão; Silva; Gonçalves, 2020).

8.2 Visionamento futuro: integração com segurança e inteligência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou recentemente a **Estratégia Global para Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) 2025–2034** (figura 5), aprovada por 170 países, durante a 78ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra. Esse marco histórico estabelece como metas ampliar a base de evidências científicas, fortalecer a regulação e promover a incorporação de práticas como acupuntura, fitoterapia, medicina ayurvédica, medicina tradicional chinesa e medicina antroposófica aos sistemas públicos de saúde.

A estratégia, adotada pela resolução, prevê um futuro em que todos tenham acesso universal às PICS de forma centrada nas pessoas, garantindo o mais alto padrão possível de saúde e bem-estar. Para isso, propõe que a integração seja pautada por evidências, culturalmente respeitosa e alinhada ao desenvolvimento sustentável. Nesse contexto, torna-se imprescindível também uma mudança curricular nas graduações em saúde, de modo que as MTCI sejam incorporadas à formação acadêmica, permitindo que os profissionais lidem com essas práticas de maneira crítica, responsável e segura.



Figura 5 - Estratégia baseada em quatro objetivos: evidência, regulação, integração e colaboração. A estratégia está estruturada em quatro objetivos principais: fortalecimento da base de evidências, aprimoramento da regulação, integração das práticas aos sistemas de saúde e promoção da colaboração intersetorial. Fonte: adaptado de World Health Organization (WHO). WHO Traditional Medicine Strategy 2025–2034. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/traditional-complementary-and-integrative-medicine/global-strategies>. Acesso em: 24 jun. 2026.

Na próxima década, a estratégia se concentrará em quatro objetivos estratégicos, como apresentado na Figura 5:

- I. Fortalecer a base de evidências para o MTCI;
- II. Apoiar o fornecimento de MTCI seguro e eficaz por meio de mecanismos regulatórios apropriados;
- III. Integrar o MTCI seguro e eficaz aos sistemas de saúde;

IV. Otimizar o valor intersetorial do MTCTI e capacitar comunidades.

Faz-se também necessária uma reestruturação na formação acadêmica e profissional, por meio da inclusão de disciplinas relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nas matrizes curriculares dos cursos da área da saúde. Essa iniciativa visa incentivar a ampliação do conhecimento, diversificar as possibilidades de atuação e, conseqüentemente, promover um cuidado mais integral e humanizado aos usuários (Paixão; Silva; Gonçalves, 2020).

Considerações finais

O letramento em PICS para profissionais de saúde é um desafio que oscila entre o ceticismo e a curiosidade. Por um lado, as barreiras semânticas, estruturais e evidenciais limitam sua adoção plena; por outro, o reconhecimento institucional, a demanda social e as oportunidades de integração apontam para um futuro em que tais práticas possam enriquecer o cuidado em saúde.

Superar a lacuna de conhecimento exige investimento em pesquisa, formação e diálogo aberto. Somente assim será possível transformar a curiosidade em conhecimento e o ceticismo em prática responsável.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Práticas integrativas e complementares em saúde crescem 70% e ampliam o acesso ao cuidado integral no SUS. *Portal GOV.BR*, 06 mar. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-crescem-70-e-ampliam-o-acesso-ao-cuidado-integral-no-sus>. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais de 80% dos municípios oferecem práticas integrativas e complementares em saúde no SUS. *Portal GOV.BR*, 03 maio 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/mais-de-80-dos-municipios-oferecem-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-no-sus>. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 29 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de monitoramento nacional das práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/2024/relatorio-de-monitoramento-nacional-das-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude.pdf>. Acesso em: 22 out. 2025.

CARVALHO, Jessica Liz da Silva; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 4, 2018.

CLARK, David *et al.* Implementation science methodologies for complementary and integrative health research. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v. 27, supl. S1, p. S7–S13, 2021.

COX, Helen *et al.* A pragmatic multi-centred randomised controlled trial of yoga for chronic low back pain: trial protocol. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v. 16, n. 2, p. 76–80, 2010.

GONTIJO, Mouzer Barbosa Alves; NUNES, Maria de Fátima. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 301–320, 2017.

MARQUES, Priscila de Paula *et al.* Uso de práticas integrativas e complementares por idosos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 845–856, 2020.

NG, Jeremy Y. *et al.* Making sense of “alternative”, “complementary”, “unconventional” and “integrative” medicine: exploring the terms and meanings through a textual analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, v. 16, n. 134, 2016.

NOGUEIRA, M. C. Práticas integrativas e complementares em saúde no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, e20442022, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.20442022>.

NOGUEIRA, Mário Círio *et al.* Prevalência de uso de práticas integrativas e complementares e doenças crônicas: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 9, 2024.

PAIXÃO, Antonia Larissa Araújo; SILVA, Antônia Fernanda Lopes da; GONÇALVES, Zaíne Araújo. Conhecimento dos profissionais de saúde da atenção básica sobre as práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 12, 2020.

PEREIRA, Inglide; SILVA, Juliane; ARAGÃO, Mariana. Utilização das práticas integrativas e complementares em saúde e a atuação multiprofissional no atendimento odontológico. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 13, 2021.

SHURTLEFF, David *et al.* The National Center for Complementary and Integrative Health: priorities for cannabis and cannabinoid research. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, v. 391, n. 2, p. 159–161, 2024.

SILVA, Gisléa Kândida Ferreira da *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, 2020.

STILL, Patrick *et al.* NCCIH priorities for natural products research. *Planta Médica*, v. 88, n. 9–10, p. 698–701, 2022.

VARELA, Danielle Sousa Silva; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 273–290, 2014.



SEÇÃO

V

LETRAMENTO EM SAÚDE
NA ERA DIGITAL





Capítulo 11

LETRAMENTO EM SAÚDE DIGITAL: NAVEGANDO NA ERA DA INFORMAÇÃO

Giovana dos Santos Toledo⁴⁷

Sara Maria Santos Dias da Silva⁴⁸

Luis Felipe das Chagas Silva de Carvalho⁴⁹

1. Introdução

O avanço tecnológico e digital tem promovido mudanças profundas na sociedade, influenciando a forma como as pessoas se comunicam, acessam informações e utilizam diferentes serviços, incluindo aqueles relacionados à saúde (WHO, 2023). A crescente incorporação das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) nos sistemas de saúde possibilitou o desenvolvimento de ferramentas como prontuários eletrônicos, aplicativos móveis, dispositivos de monitoramento remoto, plataformas de teleconsulta e sistemas de apoio à decisão clínica (Saheb; Saheb, 2024; WHO, 2023). Essas inovações têm contribuído para ampliar o acesso aos cuidados em saúde, otimizar processos assistenciais e favorecer a participação ativa dos indivíduos no gerenciamento de sua própria saúde (WHO, 2023).

Durante a pandemia de COVID-19, esse processo de transformação foi intensificado, devido à necessidade de reduzir o contato presencial. Em poucos meses, consultas remotas, prescrição eletrônica, monitoramento virtual de pacientes e plataformas digitais de educação em saúde passaram a fazer parte da rotina de milhões de pessoas em diferentes países (Kaplan 2020; Chaet *et al.*, 2017). Embora essas tecnologias tenham representado importantes avanços na continuidade da assistência, também evidenciaram desigualdades relacionadas ao acesso à internet, à disponibilidade de dispositivos eletrônicos e às habilidades necessárias para utilizar esses recursos de maneira eficiente, segura e crítica (Kaplan, 2020; Chaet *et al.*, 2017).

Diante da crescente digitalização das informações em saúde, o conceito de letramento digital em saúde refere-se à capacidade de buscar, acessar, compreender, avaliar criticamente e aplicar informações em saúde disponíveis em ambientes digitais, utilizando-as para apoiar decisões relacionadas à prevenção de doenças, promoção da saúde e manejo de condições clínicas (Norman; Skinner, 2006; Neter; Brainin, 2012). Mais do que o domínio de ferramentas tecnológicas, o letramento digital em saúde envolve competências cognitivas, comunicacionais e informacionais que permitem ao indivíduo identificar fontes confiáveis, interpretar conteúdos científicos e tomar decisões fundamentadas sobre sua própria saúde (Van Kessel *et al.*, 2022; WHO, 2024).

Apesar dos avanços tecnológicos, ainda existem importantes desafios para a consolidação de uma saúde digital verdadeiramente inclusiva, como a exclusão digital e a desinformação em saúde, provocada por um crescimento exponencial da produção e da circulação de informações em plataformas digitais, que ampliaram a exposição da

⁴⁷ Universidade de Taubaté

⁴⁸ Universidade de Taubaté

⁴⁹ Universidade de Taubaté

população à desinformação em saúde, especialmente em redes sociais e aplicativos de mensagens (Van Dijk, 2020; Yang *et al.*, 2024).

Diante desse cenário, compreender os determinantes, os desafios e as potencialidades do letramento digital em saúde são fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias educacionais que promovam maior inclusão digital, equidade no acesso aos serviços de saúde e melhores desfechos clínicos (Mukhtar *et al.*, 2025; García-Hernández *et al.*, 2024). Assim, este capítulo tem como objetivo apresentar os principais conceitos relacionados ao letramento digital em saúde, discutir sua evolução, seus determinantes e seus impactos sobre o acesso às informações e aos serviços de saúde, bem como refletir sobre sua importância para a promoção da saúde e para o fortalecimento da cidadania na sociedade digital.

2. Saúde digital

Figura 1 - Ilustração com tecnologias de Saúde Digital



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

A saúde digital, também conhecida como e-saúde, é definida como a aplicação das tecnologias de informação e comunicação (TIC) no campo da saúde. O uso dessas tecnologias tem como objetivo ampliar o acesso aos serviços de atenção à saúde, promovendo um fluxo assistencial mais ágil, a qualificação das equipes e uma gestão da informação mais eficiente e eficaz para subsidiar a tomada de decisão em saúde (DATASUS). Segundo a Estratégia Global em Saúde Digital da Organização Mundial da Saúde (Assembleia Mundial da Saúde, 2020), a saúde digital deve atuar como um instrumento para promover a equidade e o acesso universal a serviços de qualidade. Essa estratégia orienta os profissionais sobre como integrar as tecnologias aos sistemas de saúde, sempre com foco no bem-estar dos usuários e na melhoria contínua do cuidado em saúde.

Programas educacionais, como o *e-learning* e os *webinars*, têm aprimorado a capacidade dos participantes de acessar, compreender e interpretar informações relacionadas à saúde. Ferramentas digitais, incluindo aplicativos móveis, também têm favorecido a autogestão de condições crônicas, especialmente hipertensão e diabetes, resultando em melhor adesão ao tratamento medicamentoso e controle da pressão arterial. Além disso, indivíduos que participam de treinamentos voltados ao letramento digital em saúde tendem a adotar práticas de autocuidado mais ativas, demonstrando maior atenção aos sinais e sintomas e maior comprometimento com a adesão terapêutica. (Mukhtar *et al*, 2025; Platini *et al*, 2023).

A alfabetização em saúde digital, que é uma extensão da alfabetização em e-saúde, está abrindo caminho para alcançar cobertura universal de saúde, fornecendo cobertura de saúde acessível e sustentável, integrando avanços tecnológicos modernos no setor de saúde, enfatizando particularmente a redução das taxas de mortalidade materna, cura e controle de doenças transmissíveis e foco em saúde mental (Mukhtar *et al*, 2025).

Além disso, intervenções comunitárias adaptadas a contextos culturais específicos contribuem para o fortalecimento da alfabetização digital e em saúde, embora ainda exijam apoio contínuo e acompanhamento educativo para garantir mudanças sustentáveis no comportamento e no autocuidado (García-Hernández *et al*, 2024; Vuong *et al*, 2025).

Embora a telemedicina tenha se tornado mais conhecida após a pandemia de COVID-19, ela representa apenas uma das modalidades da telessaúde. Outras formas incluem teleconsultoria, teleinterconsulta, telemonitoramento e tele-educação, todas fundamentais para ampliar o alcance dos serviços e apoiar redes de atenção. A compreensão dessas modalidades é essencial para o planejamento adequado das ações de saúde digital e para garantir que a tecnologia seja utilizada de forma ética, efetiva e alinhada às necessidades dos pacientes (Ministério da Saúde, 2020; WHO, 2020).

3. Letramento em saúde e letramento digital em saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “A literacia em saúde refere-se, de forma ampla, à capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e utilizar informações de maneiras que promovam e mantenham uma boa saúde para si próprios, suas famílias e suas comunidades”. A OMS também aborda que o letramento em saúde deve ser um recurso comunitário, já que em níveis elevados na população, pode ajudar no enfrentamento de determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (Conferência Global sobre Promoção da Saúde, 2016).

No Brasil, o letramento em saúde não é um assunto muito discutido e difundido para a população, dessa maneira há uma carência de abordagem tanto nas políticas públicas de saúde, quanto nas políticas de educação. Por isso, torna-se importante incluir o letramento em saúde numa questão de saúde pública, porque grande parte da população brasileira carece de informações acerca de saúde e isso impacta o bem-estar do indivíduo e a própria saúde pública, já que um baixo índice em letramento resulta em resultados piores de saúde, como a procura tardia de tratamento e até a mortalidade (Oliveira, 2022).

A sociedade contemporânea é amplamente permeada pelas tecnologias da informação e comunicação (TIC), que desempenham um papel fundamental na superação de barreiras geográficas de acesso, na facilitação de intervenções em saúde e na sensibilização da população quanto a problemas de saúde e à promoção de estilos de vida mais saudáveis (Netto *et al*, 2022; Rachman *et al*, 2022). Nesse contexto, o letramento

digital em saúde torna-se um elemento essencial. Em 2006, Norman e Skinner desenvolveram uma escala de letramento digital em saúde com o objetivo de avaliar as habilidades dos indivíduos para buscar, compreender e utilizar informações sobre saúde, disponíveis na internet, de forma segura. Posteriormente, essa escala foi traduzida e validada para o português, estando disponível no Apêndice 1 de eHealth Literacy Scale (Maschio, 2019).

Quando se fala em letramento digital em saúde (LDS), essa ferramenta permite avaliar o nível de cada indivíduo quanto à sua capacidade de acessar, compreender e avaliar informações de saúde obtidas pela internet. No entanto, a LDS vai além da simples verificação da confiabilidade das informações. Seu foco central está na forma como os indivíduos buscam conteúdos em ambientes digitais, em seus comportamentos frente às mídias digitais e às informações de saúde nelas disponíveis, bem como na capacidade de avaliar criticamente esses conteúdos e verificar se as informações obtidas contribuem efetivamente para a tomada de decisões e para a melhoria de sua saúde (Oliveira, 2022).

O letramento digital em saúde apresenta-se como um conceito mais complexo e multidimensional, uma vez que pressupõe que o indivíduo possua previamente uma base de letramento em saúde para que possa integrar e interpretar adequadamente as informações provenientes do ambiente digital (Van Kessel *et al.*, 2022). Embora o acesso à internet tenha contribuído para a democratização das informações em saúde, esse fator, por si só, não é suficiente para alcançar toda a população. Torna-se, portanto, imprescindível a capacitação dos indivíduos, de modo que sejam capazes de buscar informações em fontes seguras, compreender seu conteúdo e reconhecer como essas informações podem ser aplicadas de forma efetiva na promoção e no cuidado da própria saúde (Rachmani *et al.*, 2022).

Muitas pessoas ainda apresentam acesso limitado ou dificuldades no uso dos meios digitais, como pessoas idosas e indivíduos de contextos socioeconômicos desfavorecidos. Para que o letramento digital em saúde alcance efetivamente esses públicos, torna-se necessária a implementação de estratégias específicas. Nesse sentido, Vaz de Almeida (2019) propôs um conjunto de recomendações a serem seguidas, com o objetivo de promover a inclusão e o fortalecimento do letramento digital em saúde, a saber:

1. Ampliar a conscientização sobre o letramento digital em saúde, promovendo a capacitação dos profissionais de saúde nessa área;
2. Incluir a cocriação, com cidadãos de diferentes origens, de diretrizes para o desenho, a implementação e a avaliação de soluções em saúde digital;
3. Proporcionar abordagens que possibilitem a ampla utilização de soluções digitais de saúde inclusivas;
4. Desenvolver ferramentas de e-saúde eficazes, confiáveis e de fácil utilização;
5. Promover a cidadania tecnológica e o letramento digital em saúde crítica ao longo do percurso de vida.

4. Barreiras culturais e linguística: alfabetização midiática

As desigualdades digitais continuam sendo um dos principais obstáculos para a consolidação do letramento em saúde digital, afetando especialmente grupos com menor renda, baixa escolaridade, idosos e populações rurais. A limitação no acesso à internet, à conectividade estável e a dispositivos adequados compromete a capacidade desses indivíduos de utilizar ferramentas digitais para buscar informações de saúde, participar de teleatendimentos e exercer autonomia no autocuidado. Estudos mostram que a exclusão digital agrava disparidades em saúde e limita o impacto de estratégias baseadas em e-saúde e telessaúde (Neter; Brainin, 2012; Van Dijk, 2020).

As barreiras culturais e linguísticas desempenham papel significativo no letramento digital em saúde, impactando diretamente a compreensão das informações e a capacidade dos usuários de se engajar em práticas digitais de autocuidado. Elementos como diferenças na linguagem, valores, crenças e formas de compreender o processo saúde-doença influenciam a interação com plataformas digitais e a interpretação de conteúdos on-line. Assim, intervenções culturalmente adaptadas promovem maior equidade e eficácia nas ações de saúde digital (Garcia-Hernández *et al.*, 2024; Nutbeam *et al.*, 2020).

Segundo a UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (2016), a alfabetização midiática e informacional (AMI) constitui um importante suporte para a ampliação do acesso à informação e ao conhecimento, contribuindo para o fortalecimento da liberdade de expressão e para a melhoria da qualidade da educação. Nesse contexto, a UNESCO atribui à alfabetização midiática duas capacidades fundamentais: a compreensão do papel e das funções das mídias nas sociedades democráticas e a avaliação crítica dos conteúdos veiculados pelos meios de comunicação.

No livro *Alfabetização midiática e informacional: diretrizes para a formulação de políticas e estratégias*, a UNESCO (2016) discute os desafios contemporâneos relacionados ao desenvolvimento de políticas capazes de equilibrar a maximização do potencial das mídias e das novas tecnologias da informação com a minimização dos riscos a elas associados. Ademais, a organização ressalta que, na ausência de políticas e estratégias adequadas, tendem a se ampliar as disparidades entre aqueles que têm e os que não têm acesso à informação e às mídias. Outras desigualdades também podem emergir entre indivíduos que são capazes — e os que não são — de localizar, analisar, avaliar criticamente e aplicar informações e conteúdos midiáticos nos processos de tomada de decisão.

No que se refere ao letramento digital em saúde, a alfabetização midiática torna-se um componente indispensável, especialmente diante da crescente circulação de desinformação e do funcionamento das plataformas digitais, que frequentemente priorizam o engajamento em detrimento da precisão das informações. Mais do que nunca, faz-se necessário o desenvolvimento da capacidade crítica para avaliar a credibilidade das fontes, compreender os mecanismos dos algoritmos e reconhecer narrativas manipuladoras. Essas competências são essenciais para capacitar a população a identificar conteúdos confiáveis e evitar práticas de risco, complementando o letramento em saúde e fortalecendo comportamentos informacionais seguros (Swire-Thompson; Lazer, 2020; Suárez-Lledó; Álvarez-Galvez, 2021).

5. O papel da internet e das redes sociais

A partir dos primeiros anos do século XXI, a disseminação da internet e dos smartphones transformou o comportamento dos pacientes, que passaram a buscar respostas imediatas na mídia digital — especialmente em ferramentas como o Google — muitas vezes sem verificar a confiabilidade das fontes (Mukhtar *et al.*, 2025).

A modificação do estilo de vida por meio de intervenções digitais baseadas em vídeos educacionais tem se mostrado uma estratégia eficaz na promoção de resultados clínicos e comportamentais positivos. Estudos indicam que programas de educação em saúde mediados por vídeos contribuem para o aumento da alfabetização digital e para o aprimoramento da autogestão de condições crônicas, como hipertensão, diabetes e saúde bucal (Al-Mousawi *et al.*, 2025; Lima *et al.*, 2025). Pesquisas também apontam que vídeos curtos e direcionados favorecem a compreensão de informações complexas e reduzem a disseminação de desinformação em saúde, principalmente em ambientes digitais (Alsaad; Aldossary, 2024; Galmarini *et al.*, 2024).

6. Gamificação como estratégia educativa: aplicativos e suas funções

Programas educacionais, ferramentas digitais e iniciativas comunitárias têm demonstrado impacto positivo nas práticas de autocuidado, no gerenciamento de doenças crônicas e nos resultados de saúde (Mukhtar *et al.*, 2025). Estratégias de ensino baseadas em e-learning e webinars ampliam a capacidade dos participantes de acessar, compreender e interpretar informações de saúde, promovendo o aprendizado contínuo e o empoderamento digital (Zhou *et al.*, 2025; Jiang; Wang; Zhang, 2024).

Paralelamente, aplicativos móveis de saúde têm se mostrado eficazes na autogestão de condições crônicas, como hipertensão e diabetes, favorecendo maior adesão ao tratamento, monitoramento clínico ativo e melhor controle pressórico e glicêmico (Lee *et al.*, 2024; Sato *et al.*, 2025).

Para avaliar a efetividade das intervenções e o nível de letramento em saúde digital, diversas medidas têm sido desenvolvidas ao longo dos anos, destacando-se a Escala de Alfabetização em eHealth (eHEALS), proposta por Norman e Skinner (2006). Essa escala é amplamente utilizada em diferentes contextos e populações, pois permite mensurar a capacidade dos indivíduos de localizar, compreender e aplicar informações de saúde disponíveis em ambientes digitais (Morton *et al.*, 2025). Assim, a integração de ferramentas audiovisuais e instrumentos validados, como a eHEALS, representa um avanço significativo na educação em saúde mediada por tecnologias.

A gamificação tem se mostrado uma estratégia eficaz para ampliar o engajamento em programas de educação em saúde digital, especialmente entre jovens e adultos com baixa motivação para o autocuidado. Plataformas que utilizam recompensas, progressão de níveis, metas e *feedback* imediato aumentam adesão ao tratamento e promovem mudanças comportamentais positivas, especialmente em doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Pesquisas apontam que elementos lúdicos melhoram a retenção das informações e tornam o processo educativo mais significativo (Yang *et al.*, 2024).

7. Linguagem acessível e centrada no paciente

Desde a pandemia do COVID-19, o uso de meios digitais para buscar saúde e cuidados aumentou exponencialmente, mesmo com essa facilidade, é importante levar algumas coisas em consideração para que o atendimento e acompanhamento sejam feitos de uma forma correta e que beneficiem o paciente (Kaplan, 2020).

A comunicação é parte essencial da relação médico-paciente, é extremamente necessário que essa comunicação seja feita de uma maneira acessível e que esteja centrada nas necessidades do paciente (Silva, 2002). Na saúde digital, entender as necessidades do paciente é ainda mais importante, saber o nível de conhecimento em ferramentas digitais, suas capacidades e dificuldades, tudo isso deve ser levado em conta para haver um atendimento personalizado, já que cada paciente tem um nível diferente de entendimento e dificuldades (Bober *et al*, 2024; Kaplan, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) produziu a Classificação das Intervenções Digitais, Serviços e Aplicações em Saúde (CDISAH – sigla em inglês), um documento que categoriza as intervenções de saúde digital utilizadas em aplicativos e serviços digitais para atender às necessidades individuais e do setor de saúde e promover os objetivos de saúde. No tópico 2.2: “Registros de saúde centrados na pessoa” e no subtópico 2.2.3 “Gerenciar registros clínicos não estruturados centrados na pessoa”, são mostrados que os registros disponibilizados para os pacientes não têm que ser algo técnico, mas um documento que seja de compreensão mais fácil, podendo conter imagens, anotações, por exemplo, que o deixe mais acessível.

Além da comunicação acessível, outro fator fundamental é a humanização do atendimento, mesmo em consultas on-line, essa questão faz total diferença (Bober *et al*, 2024; Kaplan, 2020). Com o crescimento rápido da saúde digital e telemedicina, há um crescimento também da desumanização na consulta, por virtualizar o paciente (Bober *et al*, 2020). Para que isso mude, a relação médico-paciente precisa contar com empatia, escuta ativa e uma comunicação não verbal que mostre o interesse do profissional em ajudar o paciente (Silva, 2002).

O cuidado em disponibilizar as informações de maneira acessível, humanizar o atendimento ao paciente e guiá-lo para uma compreensão de como ele pode se beneficiar das ferramentas digitais constituem um conjunto de ações que fazem com que a adesão do paciente ao tratamento e respectivo monitoramento à saúde seja bem maior, porque ele se sente ouvido e compreendido (Saheb e Saheb, 2024; Silva, 2002).

8. Uso ético e seguro da tecnologia na busca por saúde

O uso da telemedicina e de ferramentas on-line voltadas à área da saúde apresentou um crescimento expressivo durante o período da pandemia de COVID-19. Devido à situação emergencial, algumas diretrizes e questões éticas não receberam a devida atenção. Com o passar do tempo, entretanto, a análise e a regularização da telemedicina e dessas ferramentas tornaram-se de extrema importância, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes que utilizam esses serviços (Kaplan *et al*, 2020; Chaet *et al*, 2017).

É importante destacar que a responsabilidade ética dos profissionais de saúde permanece inalterada, devendo ser observada igualmente nas práticas de telemedicina e telessaúde. Embora a telemedicina ofereça contribuições significativas para diversas

áreas da saúde — ao facilitar o acesso de pacientes que, de outra forma, teriam dificuldade em obter atendimento médico especializado —, cabe ao profissional reconhecer os limites dessa ferramenta e identificar as situações em que seu uso não é adequado. Dessa forma, é possível preservar os princípios éticos e garantir a qualidade do atendimento prestado (Kaplan *et al*, 2020; Chaet *et al*, 2017).

Embora a telemedicina ofereça importantes benefícios e amplie o acesso a cuidados de saúde, é necessário também considerar os desafios éticos que surgem com sua utilização. Uma das principais preocupações em relação à disponibilização de serviços de saúde on-line é a possível redução da sensibilidade na relação entre médico e paciente, em que a prioridade pode se deslocar para aspectos econômicos e financeiros, em detrimento da qualidade do atendimento. Além disso, há o risco de indução à compra de medicamentos, suplementos e terapias que não têm como objetivo o bem-estar do paciente, mas o lucro do profissional ou a obtenção de poder sobre o paciente (Kaplan *et al*, 2020; Chaet *et al*, 2017).

Por isso, torna-se extremamente necessário que haja treinamento adequado da equipe, de modo que os profissionais saibam conduzir a relação on-line com os pacientes de maneira ética. Além disso, é fundamental estabelecer medidas administrativas que garantam a aplicação de penalidades a profissionais que atuem de forma inadequada, evitando que os pacientes sejam negativamente impactados. Essas ações são essenciais para preservar a confiança dos pacientes nos serviços de saúde (Kaplan *et al*, 2020; Chaet *et al*, 2017).

Com a expansão da saúde digital, cresce a necessidade de garantir segurança, integridade e confidencialidade das informações dos pacientes. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) estabelece parâmetros rigorosos para o tratamento de dados sensíveis, exigindo transparência, consentimento explícito e mecanismos robustos de proteção contra vazamentos ou usos inadequados. Na prática clínica digital, o não cumprimento dessas diretrizes compromete a confiança dos usuários e pode gerar riscos éticos, legais e psicossociais (König *et al*, 2023; Yang *et al*. 2024).

Além das escalas de letramento em saúde digital, critérios como DISCERN, HONcode e os benchmarks da JAMA são amplamente utilizados para avaliar a qualidade, confiabilidade e transparência das informações de saúde presentes na internet. Esses instrumentos ajudam tanto profissionais quanto pacientes a identificar conteúdos baseados em evidências, com autoria clara, revisão adequada e referências verificáveis. Seu uso sistemático contribui para reduzir o impacto da desinformação e fortalecer práticas digitais mais seguras (Pereira *et al*, 2017; Kuter *et al*, 2021).

9. Fake news e seu impacto negativo

Figura 2 - Ilustração de fake news



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

O acesso a informações sobre saúde na internet tem crescido significativamente nos últimos anos. Embora essa prática possa promover maior autonomia ao paciente e contribuir para uma melhor compreensão de seu estado de saúde e bem-estar, especialmente por meio de uma linguagem mais acessível, ela também apresenta riscos. Quando as informações são obtidas em fontes não confiáveis, o problema da desinformação se intensifica, gerando desafios para os profissionais de saúde e possíveis consequências negativas para os pacientes (Arruda *et al.*, 2024; Swire-Thompson; Lazer, 2020).

No cenário atual, é de extrema importância que os profissionais de saúde entendam como o uso da internet para a busca de informações sobre saúde e o engajamento com a área acontecem, já que há uma grande quantidade de desinformações espalhadas no meio digital (Swire-Thompson; Lazer, 2020). A internet não deve ser vista como um problema, já que ela pode ser útil se bem utilizada, mas é necessário que os profissionais estejam capacitados a guiar e mostrar como os pacientes podem achar fontes confiáveis de informações (Arruda *et al.*, 2024).

As informações disponíveis na internet sobre saúde frequentemente apresentam caráter alarmista e falta de acurácia, o que pode gerar ansiedade nos pacientes. Nas redes sociais, é comum que esses conteúdos não indiquem claramente suas fontes ou a origem dos dados, evidenciando a ausência de regulação nesse ambiente (Suarez-Lledo *et al.*, 2021; Arruda *et al.*, 2024; Swire-Thompson; Lazer, 2020). Esse tipo de conteúdo é classificado como desinformação, ou seja, informações contrárias às evidências científicas, popularmente conhecidas como fake news (Swire-Thompson; Lazer, 2020).

As informações incorretas na área da saúde podem ocorrer de duas formas principais: a primeira envolve a disseminação de fake news por pessoas leigas, que compartilham conteúdo sem compreender plenamente o assunto, muitas vezes sem intenção de causar danos; a segunda forma é a propagação deliberada de informações falsas por indivíduos ou profissionais que têm consciência de sua inveracidade, mas as utilizam com o objetivo de obter algum tipo de benefício pessoal ou profissional, fato que foi muito visto durante a pandemia da COVID-19. (Suarez-Lledo *et al.*, 2021; Arruda *et al.*, 2024).

Médicos e outros profissionais da saúde também podem contribuir para a disseminação de desinformação. O fato de possuírem um diploma não garante que as informações divulgadas sejam confiáveis, pois, em alguns casos, há interesses econômicos, busca por poder ou desejo de maior reconhecimento profissional envolvidos. Atualmente, esse comportamento tem se tornado mais frequente, especialmente devido à rápida disseminação de informações nas redes sociais, quando, muitas vezes, se prioriza o engajamento — em forma de curtidas e compartilhamentos — em detrimento do compromisso ético com o cuidado ao paciente (Arruda *et al.*, 2025).

Uma forma de combater as fakes news é por meio do letramento em saúde. A Organização Mundial de Saúde define letramento como a “representação do conhecimento pessoal e as competências que se acumulam por meio das atividades diárias, das interações sociais e ao longo das gerações. O conhecimento pessoal e as competências são mediadas pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem que as pessoas acessem, compreendam, avaliem e utilizem informações e serviços de maneiras que promovam e mantenham uma boa saúde e bem-estar para si mesmas e para aqueles ao seu redor” (Organização Mundial da Saúde, 2024).

É extremamente importante que os profissionais de saúde e instituições de saúde busquem atingir as pessoas com o letramento. Muitas vezes, as pessoas com menos letramento tendem a ser as menos responsivas em métodos tradicionais de letramento e, dessa maneira, possuem uma menor aderência em tratamentos de saúde e na busca por informações em sites confiáveis, sendo mais suscetíveis a acreditar e espalhar informações incorretas acerca da saúde (Nazari *et al.*, 2023; Nutbeam *et al.*, 2020).

As pessoas variam muito em nível de habilidade de aprendizado e podem responder, de diferentes formas, às informações que recebem no dia a dia, por meio da internet e das redes sociais (Nutbeam *et al.*, 2020). Uma das questões que devem ser abordadas, para um melhor entendimento de informações referentes à saúde, é relatá-las de uma forma mais simplificada e que prenda a atenção de quem está lendo. Dessa forma, a aderência de pessoas com um menor grau de letramento pode aumentar, porque pouco a pouco, ela vai ampliando seu conhecimento em saúde, tornando-se menos propensa em acreditar e propagar fake news (Nazari *et al.*, 2023; Nutbeam *et al.*, 2020).

Aplicativos de saúde têm se tornado ferramentas fundamentais para o monitoramento contínuo de diversas condições crônicas e agudas. Entre as doenças mais acompanhadas por esses sistemas estão hipertensão arterial, por meio de registro de pressão, lembretes de medicação e análise de tendências; diabetes mellitus, com monitoramento glicêmico, integração com sensores e apoio na automanutenção; obesidade e síndrome metabólica, por meio de rastreamento alimentar, controle calórico e registro de atividade física; e doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca, onde apps ajudam no acompanhamento de peso, sintomas e adesão ao tratamento. Além dessas, há ampla utilização em asma e DPOC, com lembretes de broncodilatadores,

controle de crises e monitoramento de peak flow; saúde mental, incluindo ansiedade, depressão e transtorno bipolar, com ferramentas de humor, telepsicologia e intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental; e doenças reumatológicas, como artrite reumatoide, que se beneficiam do registro de dor, movimento e gatilhos ambientais. Também há evidências de uso efetivo em gestação de alto risco, oncologia ambulatorial, HIV/AIDS, doenças dermatológicas e distúrbios do sono, incluindo apneia (Wang *et al.*, 2023; Lee *et al.*, 2024; WHO, 2020).

10. Acessibilidade digital

Figura 3 - ilustração sobre letramento em saúde.



Fonte: imagem gerada por Inteligência Artificial (ChatGPT), 2026

De acordo com Norma global da OMS-UIT sobre acessibilidade dos serviços de telessaúde de 2022 - Introdução à acessibilidade web | Web Accessibility Initiative (WAI) | W3C -, a acessibilidade digital é um requisito crítico para garantir que pessoas com deficiência visual, auditiva, motora ou cognitiva tenham equidade no acesso aos serviços de saúde digital. Recursos como leitores de tela, legendas, audiodescrição, contraste adequado, navegação simplificada e linguagem inclusiva são essenciais para promover a usabilidade das plataformas. A falta desses elementos pode ampliar desigualdades e comprometer a qualidade do cuidado, reforçando a necessidade de padrões universais de design.

Além disso, A Cartilha de Acessibilidade na Web - cartilha-w3cbr-acessibilidade-web-fasciculo-I.pdf - mostra que acessibilidade é reconhecida como um componente central do letramento em saúde digital, pois influencia diretamente a capacidade dos indivíduos de compreender, navegar e utilizar informações e serviços on-line. Quando interfaces são complexas, desatualizadas ou incompatíveis com tecnologias assistivas, pessoas com deficiência enfrentam barreiras significativas que limitam sua autonomia e participação ativa no autocuidado. Assim, recomenda-se que plataformas digitais sejam

desenvolvidas com princípios de design universal, contemplando diferentes formatos de comunicação e privilegiando a inclusão desde sua concepção.

A ausência de acessibilidade digital também afeta a equidade em saúde, similarmente ao que observamos nos serviços presenciais, só que de forma mais ampla, uma vez que sistemas não acessíveis reproduzem desigualdades estruturais e dificultam o acesso a teleconsultas, educação em saúde e monitoramento remoto.

Estudos demonstram que ambientes digitais acessíveis elevam a compreensão das recomendações terapêuticas e promovem melhores resultados clínicos, enquanto plataformas mal adaptadas excluem grupos vulneráveis e reduzem a efetividade das intervenções em saúde. Por isso, políticas públicas e diretrizes institucionais devem priorizar investimentos em acessibilidade digital para assegurar que as tecnologias emergentes ampliem a inclusão e não reforcem a exclusão (W3C Brasil, 2022; WHO / ITU, 2022).

Exemplo de plataformas e aplicativos mais indicados para acessibilidade estão presentes no Quadro 1:

Quadro 1: aplicativos para acessibilidade

App	Nome	Descrição	Disponível	
			Android	iOS
	Be My Eyes	Aplicativo de tecnologia assistiva: conecta pessoas com deficiência visual a voluntários que descrevem, via vídeo, ambientes, textos, objetos etc. Útil para dar autonomia no dia a dia e facilitar o acesso à informação ou ambiente.	x	x
	Seeing AI	Voltado para pessoas com baixa visão: oferece reconhecimento de textos, objetos, cenas e leitura de imagens, transformando conteúdo visual em áudio falado. Facilita a navegação e uso do smartphone como tecnologia assistiva.	x	x
	Hand Talk	Voltado à acessibilidade para surdez/deficiência auditiva: traduz textos e vozes em português para libras, facilitando comunicação e acesso a conteúdo.	x	x
	Biomob	Aplicativo de acessibilidade urbana/mobilidade: permite localizar estabelecimentos, serviços e espaços públicos com informações sobre acessibilidade, útil para quem usa cadeira de rodas, tem mobilidade reduzida ou busca espaços acessíveis.	x	x

	MedSafe	Aplicativos de saúde digital para manejo de condições crônicas, lembretes de medicação, monitoramento e controle de tratamento.	x	x
	MySugr	Aplicativo de saúde digital para manejo da diabetes: ajudam no registro de glicemia, no controle do consumo de carboidratos e elaboração de relatórios esclarecedores que auxiliam os médicos nas consultas.	x	x

Fonte: elaborado pelos autores.

Atualmente, o ecossistema de aplicativos de saúde é enorme e em rápido crescimento: estima-se que existam mais de 300.000 a 350.000 aplicativos relacionados à saúde e bem-estar disponíveis nas principais lojas de apps, abrangendo desde rastreamento de fitness e monitoramento de sinais vitais até gestão de doenças crônicas, telemedicina e suporte à saúde mental. Essa oferta vem aumentando anualmente, impulsionada pela maior conscientização sobre saúde digital, penetração de smartphones e demandas por soluções personalizadas de cuidados, além de milhares de novos apps serem lançados a cada mês para atender a necessidades específicas de usuários e profissionais de saúde (Iqvia, 2023).

A acessibilidade digital em aplicativos de saúde permanece um desafio significativo, especialmente quando analisamos plataformas amplamente utilizadas no Brasil. No caso do Meu SUS Digital, por exemplo, a própria App Store informa que o desenvolvedor não declara quais recursos de acessibilidade estão implementados, o que impede garantir compatibilidade com leitores de tela, navegação por teclado, contraste adequado ou estruturas de navegação simplificadas. Essa ausência de transparência reflete um problema recorrente relatado na literatura: a falta de padronização e de métricas públicas que assegurem conformidade com diretrizes como WCAG 2.1, essenciais para inclusão digital em saúde (W3C, 2018; Silva *et al.*, 2024). Estudos internacionais indicam que aplicativos de saúde frequentemente falham em incorporar requisitos básicos de acessibilidade, comprometendo a experiência de pessoas com deficiência visual, auditiva ou motora (Almeida; Figueiredo, 2024; Khajuria *et al.*, 2024).

Por outro lado, aplicativos associados a operadoras privadas, como o Hapvida, apresentam em seus sites informações relacionadas à adoção de recursos como alto contraste, aumento de fonte e navegação por teclado. Embora esse posicionamento denote maior conscientização institucional, não garante que o aplicativo móvel siga os mesmos padrões, uma vez que muitas empresas implementam acessibilidade apenas na interface web, mas não necessariamente no app — lacuna também identificada em pesquisas sobre mHealth, que descrevem discrepâncias frequentes entre a promessa de acessibilidade e sua efetiva aplicação (Batista *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024). A literatura destaca que a avaliação real de acessibilidade exige testes com usuários com deficiência e auditorias sistemáticas baseadas em critérios objetivos, algo ainda pouco observado no cenário brasileiro de saúde digital (Khajuria *et al.*, 2024).

Além disso, especialistas ressaltam que a ausência de declarações oficiais de acessibilidade — como ocorre com o Meu SUS Digital — não significa que o aplicativo

é completamente inacessível; porém evidencia a falta de compromisso formal com padrões universais de design e transparência, o que amplia desigualdades em saúde. Pesquisas recentes mostram que muitos aplicativos de saúde, mesmo os de uso massivo, não foram construídos com participação de pessoas com deficiência durante as fases de design e testes, o que reduz a efetividade da ferramenta e pode levar à exclusão digital (Batista *et al.*, 2023; Almeida; Figueiredo, 2024). Além disso, há carência de estudos independentes avaliando a acessibilidade de apps de saúde utilizados no Brasil, indicando um cenário de baixa fiscalização e pouca produção científica voltada à inclusão digital no contexto da saúde pública nacional.

As limitações dos aplicativos de saúde digital e de acessibilidade ainda representam um desafio significativo, especialmente para usuários com deficiência, baixa escolaridade digital ou condições crônicas que exigem interfaces intuitivas. Muitos aplicativos não seguem diretrizes de acessibilidade, apresentando falhas como incompatibilidade com leitores de tela, ausência de legendas ou libras, baixa sensibilidade ao toque, menus complexos, falta de contraste e excesso de informação visual, que constituem barreiras que dificultam o uso por pessoas com deficiência visual, auditiva ou cognitiva (Khajuria *et al.*, 2023). Além disso, questões relacionadas à privacidade, algoritmos pouco transparentes, dependência de conexão estável e desigualdade de acesso a dispositivos modernos limitam o uso seguro e equitativo dessas ferramentas. Estudos mostram que, mesmo quando os aplicativos oferecem funcionalidades clínicas robustas, sua usabilidade reduzida e falta de design universal acabam por restringir a adesão, especialmente entre populações vulneráveis (Almeida *et al.*, 2024).

11. Considerações finais

O letramento digital em saúde consolidou-se como um componente essencial para o fortalecimento da saúde digital e para a promoção de um cuidado centrado no paciente. Em um cenário marcado pela rápida expansão das tecnologias de informação, da telemedicina, dos aplicativos móveis e da inteligência artificial, a capacidade de acessar, compreender, avaliar criticamente e utilizar informações em saúde tornou-se uma competência indispensável para indivíduos e profissionais. Entretanto, o potencial dessas tecnologias somente será plenamente alcançado se estiver acompanhado de estratégias que promovam a inclusão digital, acessibilidade, linguagem clara, proteção de dados e combate à desinformação, reduzindo as desigualdades no acesso aos serviços e às informações em saúde.

Nessa conjuntura, investir no desenvolvimento do letramento digital em saúde deve ser compreendido como uma prioridade para os sistemas de saúde e para as políticas públicas. A formação de profissionais capacitados, o desenvolvimento de tecnologias centradas no usuário, a produção de conteúdos baseados em evidências científicas e o fortalecimento da alfabetização midiática constituem ações fundamentais para ampliar a autonomia dos cidadãos e favorecer decisões mais seguras e conscientes sobre sua própria saúde. À medida que as tecnologias digitais continuam evoluindo, o desafio deixa de ser apenas disponibilizar ferramentas inovadoras e passa a ser a garantia de que toda a população possua as competências necessárias para utilizá-las de forma ética, crítica, segura e equitativa, transformando a saúde digital em um instrumento efetivo de promoção de saúde e redução das iniquidades.

Referências

- AL-MOUSAWI, F. A. et al. Impact of educational video intervention to improve oral health knowledge and beliefs among physicians and nurses. *BMC Oral Health*, v. 25, n. 1, p. 5685, 2025. DOI: 10.1186/s12903-025-05685-0.
- ALMEIDA, R.; FIGUEIREDO, M. Accessibility in Mobile Health Applications for People with Visual Impairment: A Systematic Review. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, v. 118, n. 2, p. 145–160, 2024.
- ALSAAD, S.; ALDOSSARY, S. Educational video intervention to improve health misinformation identification on WhatsApp among Saudi Arabian population. *JMIR Formative Research*, v. 8, e50211, 2024. DOI: 10.2196/50211.
- ARRUDA, Ricardo Moyses de et al. Consultando o “Dr. Google”: como a busca digital por informações de saúde na internet influencia a relação médico-paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 7, p. e00153623, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XEN153623. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KkPqYjLwYjQrC8pB8p9RvKz/?lang=pt>. Acesso em: 9 out. 2025.
- BARROS, A.; SANTOS, H.; SANTOS-SILVA, F. A Systematic Review of Health Literacy Measurement Instruments in Portugal. *Portuguese Journal of Public Health*, v. 40, n. 3, p. 172–187, 2022. DOI: 10.1159/000525890.
- BATISTA, G. et al. Usabilidade e acessibilidade em aplicativos de saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Informática em Saúde*, v. 13, n. 1, p. 22–35, 2023.
- BOBER, T. et al. Digital health readiness: Making digital health care more inclusive. *JMIR mHealth and uHealth*, v. 12, e58035, 2024. DOI: 10.2196/58035. Disponível em: <https://mhealth.jmir.org/2024/1/e58035>. Acesso em: 9 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Digital – DATASUS*. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/saude-digital/>. Acesso em: 9 out. 2025.
- CARTILHA DE ACESSIBILIDADE NA WEB. *W3C Brasil*. Disponível em: <https://www.w3c.br/pub/Materiais/PublicacoesW3C/cartilha-w3cbr-acessibilidade-web-fasciculo-I.html>. Acesso em: 20 nov. 2025.
- CHAET, D. et al. Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *Journal of General Internal Medicine*, v. 32, n. 10, p. 1136–1140, 2017. DOI: 10.1007/s11606-017-4082-2.
- CUCCINIELLO, M.; PETRACCA, F.; CIANI, O. et al. Development features and study characteristics of mobile health apps in the management of chronic conditions: a systematic review of randomised trials. *npj Digital Medicine*, v. 4, n. 144, 2021. DOI: 10.1038/s41746-021-00517-1.
- DE SOUZA FERREIRA, E.; DE AGUIAR FRANCO, F.; DOS SANTOS LARA, M. M. et al. The effectiveness of mobile application for monitoring diabetes mellitus and hypertension in the adult and elderly population: systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, v. 23, n. 855, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09879-6.
- GALMARINI, C. M. et al. The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, v. 24, n. 1, p. 11138, 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-11138-1.

- GARCÍA-HERNÁNDEZ, C. et al. Digital health literacy and community-based interventions: a cross-sectional study in Hispanic populations. *BMC Public Health*, v. 24, n. 1, p. 992, 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-16992-7.
- GRAINGER, R.; TOWNSLEY, H.; WHITE, B.; LANGTLOTZ, T.; TAYLOR, W. J. Apps for People With Rheumatoid Arthritis to Monitor Their Disease Activity: A Review of Apps for Best Practice and Quality. *JMIR mHealth and uHealth*, v. 5, n. 2, e7, 2017. DOI: 10.2196/mhealth.6956.
- IQVIA INSTITUTE FOR HUMAN DATA SCIENCE. *Digital Health Trends 2023: Investment, Innovation and Evidence*. Parsippany: IQVIA, 2023.
- JIANG, L.; WANG, H.; ZHANG, Y. Effectiveness of e-learning and webinars in improving health literacy among patients with chronic diseases: a meta-analysis. *JMIR Medical Education*, v. 10, e53780, 2024. DOI: 10.2196/53780.
- KAPLAN, B. Revisiting health information technology ethical, legal, and social issues and evaluation: Telehealth/telemedicine and COVID-19. *International Journal of Medical Informatics*, v. 143, p. 104239, 2020. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2020.104239.
- KHAJURIA, A. et al. Adherence to Usability and Accessibility Principles in Digital Health Applications for Patients With Diabetes: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, v. 26, e47105, 2024.
- KÖNIG, L. M.; KRUKOWSKI, R. A.; KUNTSCHE, E. et al. Reducing intervention- and research-induced inequalities to tackle the digital divide in health promotion. *International Journal for Equity in Health*, v. 22, n. 249, 2023. DOI: 10.1186/s12939-023-02055-6.
- KUTER, B.; ATESCI, A. A.; EDEN, E. Quality and reliability of web-based information regarding restorative treatment in pediatric patients. *European Oral Research*, v. 55, n. 3, p. 104–109, 2021. DOI: 10.26650/eor.2021812053. PMID: 34746780.
- LEE, Y. H. et al. Mobile health applications for hypertension management: systematic review and meta-analysis of clinical outcomes. *Journal of Hypertension*, v. 42, n. 3, p. 415–428, 2024. DOI: 10.1097/HJH.0000000000003645.
- LIMA, R. M. et al. E-Health educational intervention: effects of an online video program in prevention of the pelvic women's health. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, v. 312, n. 3, p. 451–460, 2025. DOI: 10.1007/s00404-025-08200-6.
- MASCHIO, Kaiane Fátima; SILVA, Kimberly Kamila da. “The eHealth Literacy Scale” (eHEALS): tradução e validação da versão brasileira de uma escala de alfabetização em saúde eletrônica. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus de Chapecó, Chapecó, 2019.
- MIRALLES, I.; GRANELL, C.; DÍAZ-SANAHUJA, L.; VAN WOENSEL, W.; BRETÓN-LÓPEZ, J.; MIRA, A.; CASTILLA, D.; CASTELEYN, S. Smartphone Apps for the Treatment of Mental Disorders: Systematic Review. *JMIR mHealth and uHealth*, v. 8, n. 4, e14897, 2020. DOI: 10.2196/14897.
- MORTON, E. et al. A brief video-based intervention to improve digital health literacy for individuals with bipolar disorder. *Journal of Participatory Medicine*, v. 17, n. 1, e59806, 2025. DOI: 10.2196/59806.

- MUKHTAR, T.; BABUR, M. N.; ABBAS, R.; IRSHAD, A.; KIRAN, Q. Digital Health Literacy: A systematic review of interventions and their influence on healthcare access and sustainable development Goal-3 (SDG-3). *Pakistan Journal of Medical Sciences*, v. 41, n. 3, p. 910–918, 2025. DOI: 10.12669/pjms.41.3.10639. PMID: 40103887.
- NAZARI, A. et al. The Correlation Among COVID-19 Vaccine Acceptance, the Ability to Detect Fake News, and e-Health Literacy. *Health Literacy Research and Practice*, v. 7, n. 3, p. e130–e138, 2023. DOI: 10.3928/24748307-20230621-01.
- NETER, E.; BRAININ, E. eHealth literacy: Extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, v. 14, n. 1, e19, 2012.
- NETTO, J.; ANDRADE, Z.; VIEIRA, M. Inclusão digital e literacia em saúde: uma experiência educativa em tempos de pandemia do Covid-19. *Research Society and Development*, v. 11, n. 3, p. 1–12, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26415.
- NORMAN, C. D.; SKINNER, H. A. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, v. 8, n. 4, e27, 2006. DOI: 10.2196/jmir.8.4.e27.
- NUTBEAM, D.; LLOYD, J. E. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, v. 42, p. 159–173, 2021. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529.
- OLIVEIRA, Leonardo Pestillo de; SOUZA, Rosane Clys Barros; BARROS, Josiane Kelly de; MOURA, Giovana Mioto de; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Evidência de validade da Escala de Literacia em Saúde e eHEALS para idosos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe6, p. 1–13, dez. 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E612.
- PADRÃO GLOBAL PARA ACESSIBILIDADE DE SERVIÇOS. *Norma global da OMS-UIT para acessibilidade dos serviços de telessaúde*. Disponível em: <https://www.itu.int/pub/T-HDB-SMARTPHONE-2023>. Acesso em: 20 nov. 2025.
- PEREIRA, André de Faria et al. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1955–1968, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.04412016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.04412016>. Acesso em: 25 nov. 2025.
- PERLAZA, C. L.; ROJAS, S. M.; CHOCO, L. D.; GONZÁLEZ, M. P. P.; MOSQUERA, F. E. C.; LISCANO, Y. Effectiveness of Digital Health Tools for Asthma Self-Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. *Applied Sciences*, v. 15, n. 23, p. 12471, 2025. DOI: 10.3390/app152312471.
- PLATINI, H.; LATHIFAH, A.; MAULANA, S.; MUSTHOFA, F.; AMIRAH, S.; ABDURRAHMAN, M. F.; KOMARIAH, M.; PAHRIA, T.; IBRAHIM, K.; LELE, J. A. J. M. N. Systematic Review and Meta-Analysis of Telecoaching for Self-Care Management among Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 237, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20010237.
- PYPER, E. et al. Digital health technology for real-world clinical outcome measurement using patient-generated data: Systematic scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, v. 25, e46992, 2023. DOI: 10.2196/46992.
- RACHMANI, E.; HAIKAL, H.; RIMAWATI, E. Development and validation of digital health literacy competencies for citizens (DHLC), an instrument for measuring digital

health literacy in the community. *Computer Methods and Programs in Biomedicine Update*, v. 2, p. 100082, 2022. DOI: 10.1016/j.cmpbup.2022.100082.

RAUWERDINK, A. et al. Approaches to evaluating digital health technologies: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, v. 26, e50251, 2024. DOI: 10.2196/50251. Disponível em: <https://www.jmir.org/2024/1/e50251>. Acesso em: 9 out. 2025.

SAHEB, T.; SAHEB, T. Digital health policy decoded: Mapping national strategies using Donabedian's model. *Health Policy*, v. 147, p. 105134, 2024. DOI: 10.1016/j.healthpol.2024.105134.

SILVA, L. et al. Human-Centric Issues in eHealth App Development and Usage: A Preliminary Assessment. *International Journal of Human-Computer Interaction*, v. 40, n. 7, p. 1120–1134, 2024.

SUAREZ-LLEDO, V.; ALVAREZ-GALVEZ, J. Prevalence of health misinformation on social media: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, v. 23, n. 1, e17187, 2021. DOI: 10.2196/17187.

SWIRE-THOMPSON, B.; LAZER, D. Public health and online misinformation: challenges and recommendations. *Annual Review of Public Health*, v. 41, p. 433–451, 2020. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094127.

UNESCO. *Alfabetização midiática e informacional: diretrizes para a formulação de políticas e estratégias*. Brasília: UNESCO, 2016. ISBN 978-85-7652-214-0.

VAN DIJK, J. *The Digital Divide*. Cambridge: Polity Press, 2020.

VAN KESSEL, R.; WONG, B. L. H.; CLEMENS, T.; BRAND, H. Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts. *Internet Interventions*, v. 27, p. 100500, 2022. DOI: 10.1016/j.invent.2022.100500.

VAZ DE ALMEIDA, C. *Capacitação dos Profissionais de Saúde: Manual de Boas Práticas – Literacia em Saúde*. República Portuguesa, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Classification of digital interventions, services and applications in health*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081949>. Acesso em: 9 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy*. [Fact sheet]. Geneva: WHO, 5 ago. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>. Acesso em: 23 nov. 2025.

XU, H.; LONG, H. The Effect of Smartphone App-Based Interventions for Patients With Hypertension: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, v. 8, n. 10, e21759, 2020. DOI: 10.2196/21759. PMID: 33074161.

YANG, R.; GAO, S.; JIANG, Y. Digital divide as a determinant of health in the U.S. older adults: prevalence, trends, and risk factors. *BMC Geriatrics*, v. 24, n. 1027, 2024. DOI: 10.1186/s12877-024-05612-y.



Capítulo 12

REDES SOCIAIS, ESTÉTICA ODONTOLÓGICA E LETRAMENTO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS DESAFIOS ÉTICOS E PRÁTICOS NA ODONTOLOGIA CONTEMPORÂNEA

Katia Arduini Frata⁵⁰

Felipe Carlos Dias Arcas⁵¹

Laís Regiane da Silva Concílio⁵²

Davi Romero Aquino⁵³

Camila Lopes Ferreira⁵⁴

1. Introdução

A crescente popularidade das redes sociais, impulsionada por influenciadores digitais e pela idealização de postagens, tem fomentado um padrão de "sorriso perfeito" que frequentemente se distancia das realidades clínicas e biológicas. Essa exposição contínua a imagens padronizadas gera expectativas irreais e estimula uma busca generalizada por uma estética uniforme, muitas vezes em detrimento da funcionalidade e da saúde bucal integral. Além disso, a facilidade de disseminação de conteúdos, nem sempre embasados cientificamente – como informações superficiais sobre clareamento dental, facetas – pode incentivar práticas sem a devida orientação profissional, expondo pacientes a potenciais riscos.

Nesse contexto, emerge um desafio central para a odontologia: a necessidade de equilibrar as demandas estéticas geradas pelo ambiente digital com os princípios éticos e científicos da prática. A promoção irrestrita de resultados estéticos nas plataformas digitais, incluindo a exibição de imagens de "antes e depois" ou a promessa de desfechos garantidos, pode distorcer a percepção pública sobre os limites e alcances dos tratamentos.

Diante desse cenário, o Código de Ética Odontológica (CEO) passou por uma alteração significativa, em 2019, por meio da Resolução 196/2019, que permitiu a divulgação de imagens relacionadas ao diagnóstico (situação "antes") e ao resultado do tratamento (situação "depois"). Essa mudança possibilitou à odontologia expandir sua presença nas mídias sociais (Simplicio, 2019).

Contudo, a publicação dessas imagens deve seguir rigorosas diretrizes éticas e legais. É mandatório que toda divulgação seja acompanhada do número de registro profissional do cirurgião-dentista, as legendas devem conter informações complementares, incluindo a explicitação de que o resultado apresentado é específico para o caso em questão (Brasil, 2019a). Para fotografias do tipo "*selfie*" envolvendo pacientes, é imprescindível a obtenção de autorização prévia formalizada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelo paciente ou seu

⁵⁰ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté, São Paulo – Brasil

⁵¹ Doutorando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté, São Paulo – Brasil

⁵² Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté, São Paulo – Brasil

⁵³ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté, São Paulo – Brasil

⁵⁴ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté, São Paulo – Brasil

representante legal (Emiliano *et al.* 2022). A promoção de resultados estéticos sem aderir a essas normas configura infração ao Código de Ética Odontológica e expõe os profissionais à responsabilização ética e legal.

Nesse cenário complexo, o letramento em saúde bucal emerge como um pilar fundamental para mitigar as assimetrias informacionais, capacitando o paciente a interpretar criticamente as informações e promover a tomada de decisões esclarecidas sobre os riscos, benefícios e limitações dos procedimentos estéticos. Quando aliado a práticas de marketing responsáveis, esse processo fortalece a autonomia do paciente, na tomada de decisão consciente, e resguarda tanto o paciente quanto o profissional, promovendo uma odontologia mais transparente e centrada na saúde.

Nesse contexto, o letramento em saúde bucal assume papel central neste capítulo, sendo compreendido como a capacidade do indivíduo de acessar, compreender, avaliar criticamente e utilizar informações relacionadas à saúde oral para a tomada de decisões conscientes. Diante da crescente influência das mídias sociais e do marketing odontológico sobre os padrões estéticos, o desenvolvimento do letramento emerge como elemento essencial para mitigar expectativas irreais, fortalecer a autonomia do paciente e sustentar práticas éticas na odontologia contemporânea.

Este capítulo abordará os complexos dilemas éticos e práticos enfrentados pela odontologia contemporânea diante da influência das redes sociais. Serão discutidos conceitos-chave como a "idealização estética", os riscos da promoção irrestrita de resultados estéticos e a infração ao Código de Ética Odontológica (CEO), decorrente da exibição inadequada de imagens de "antes e depois". Ademais, será enfatizada a importância do letramento em saúde bucal como pilar fundamental para capacitar o paciente a interpretar criticamente as informações e promover a tomada de decisões esclarecidas. Finalmente, serão propostas diretrizes para um marketing odontológico responsável, que reunirá a visibilidade profissional com a promoção da autonomia do paciente e a proteção da integridade da prática odontológica.

2. A "idealização estética", os riscos da promoção irrestrita de resultados estéticos e a infração ao Código de Ética Odontológica decorrente da exibição inadequada de imagens.

A influência das mídias sociais sobre a odontologia estética pode ser analisada a partir de quatro eixos interdependentes: a construção da idealização estética (sorriso perfeito), influência e percepção da imagem (corporal e dental), os riscos associados à promoção irrestrita de resultados (demanda por procedimentos estéticos) e as infrações éticas decorrentes da divulgação inadequada de informações e imagens. Esses eixos estruturam a discussão apresentada neste tópico

A popularização das mídias sociais transformou a forma como as pessoas acessam e compartilham informações, influenciando diretamente a percepção de beleza e do consumo. Essa "mídia massiva" se tornou um fator crucial na remodelação dos padrões estéticos e comportamentais na sociedade (Silva, 2022).

2.1 A construção do "sorriso perfeito" nas mídias sociais

No cenário contemporâneo, a disseminação de conteúdo pelas mídias sociais tem transformado profundamente a percepção pública sobre a estética, especialmente no âmbito da saúde bucal (Ahmed *et al.*, 2022). A exposição contínua a imagens padronizadas e a

idealização de "sorrisos perfeitos" por influenciadores digitais criam expectativas irreais e impulsionam uma busca por uma estética uniforme (Ansari *et al.*, 2020). Essa realidade virtual, muitas vezes distanciada das condições clínicas e biológicas individuais, molda o que é percebido como o padrão de beleza dental, induzindo a aceitação de um "sorriso extremamente branco" como o novo "normal" (Baik e Anbar, 2022).

A problemática reside na promoção de uma padronização irreal que desconsidera a diversidade biológica e as particularidades anatômicas de cada indivíduo. A busca incessante por um sorriso artificialmente perfeito pode levar a expectativas inatingíveis, resultando em frustração e insatisfação nos pacientes. Além disso, a insistência em tratamentos estéticos que não se alinham à saúde bucal integral pode acarretar riscos como o desgaste desnecessário de estruturas dentárias e o comprometimento da funcionalidade, priorizando a estética em detrimento da longevidade e da saúde oral (Baik e Anbar, 2022).

2.2 Influência na percepção da imagem corporal e dental

A percepção da imagem corporal, que engloba a maneira como um indivíduo se vê e deseja transmitir sua personalidade, é fortemente influenciada pelas mídias, que constantemente ressaltam valores estéticos frequentemente irrealistas. Essa idealização pode levar a distorções, quando o indivíduo experimenta um conflito entre seu corpo real e o padrão imposto socialmente (Fabri, 2024). O uso contínuo das mídias sociais intensifica essa exposição, afetando a autopercepção da beleza (Stojilković *et al.*, 2024).

A principal problemática aqui é o impacto psicológico adverso. A comparação constante com padrões inatingíveis pode gerar insatisfação crônica com a própria imagem, ansiedade e baixa autoestima, levando à busca por procedimentos muitas vezes desnecessários ou excessivos. A distorção da autoimagem dental pode se manifestar na percepção de pequenas imperfeições como grandes defeitos, culminando em dismorfia corporal dentária, quando a preocupação com supostos defeitos se torna obsessiva, afetando significativamente a qualidade de vida do paciente (Ghorbani e Esmaeili, 2025).

Nesse contexto, os influenciadores digitais, ao exporem seus hábitos e preferências, fomentam no público o desejo de se assemelhar a essas personalidades, especialmente em termos de aparência corporal (Ansari *et al.*, 2020). Essa dinâmica contribui para a construção de uma imagem de si baseada em estereótipos que predominam no ambiente social digital, impactando diretamente a percepção do paciente sobre seu próprio sorriso e o que ele considera ideal.

2.3 Impacto na demanda por procedimentos estéticos odontológicos

A constante exposição aos padrões de beleza veiculados nas mídias sociais culmina em uma crescente procura por tratamentos odontológicos com finalidades além do cuidado com a saúde bucal, focando-se na estética facial e bucal (Ahmed *et al.*, 2022). A popularização de procedimentos como a harmonização facial é um exemplo dessa busca por um sorriso harmônico e simétrico, frequentemente associado à jovialidade (Gasparello *et al.*, 2025).

No entanto, essa demanda crescente por procedimentos estéticos impõe problemáticas éticas e de segurança significativas à prática odontológica (Rostamzadeh & Rahimi, 2025). A pressão para replicar os resultados vistos nas mídias sociais pode levar a expectativas irreais por parte dos pacientes (Baik e Anbar, 2022), dificultando o diálogo entre o profissional e o paciente sobre as limitações e as possibilidades reais de cada tratamento. Adicionalmente, a busca por resultados rápidos e "perfeitos" pode incentivar a realização de procedimentos invasivos e irreversíveis, como as facetas

dentais (lentes de contato), sem uma indicação clínica precisa, expondo os pacientes a riscos de danos à estrutura dentária, sensibilidade e necessidade de retratamentos futuros (Suárez *et al.*, 2024). A ausência de uma compreensão completa sobre os potenciais efeitos adversos e a longevidade dos materiais gera um dilema ético para o profissional, que deve ponderar entre atender o desejo estético do paciente e preservar a saúde e integridade bucal a longo prazo.

Essas transformações no comportamento dos pacientes são corroboradas por evidências empíricas que demonstram o aumento da demanda por procedimentos estéticos, a confiança atribuída às informações veiculadas nas mídias sociais e a influência direta desses conteúdos na tomada de decisão, frequentemente resultando em expectativas desalinhadas das possibilidades clínicas reais, conforme sintetizado na Tabela 1.

Tabela 1: Impacto das mídias sociais nas expectativas dos pacientes

Aumento da demanda	90,7% dos dentistas relataram aumento na demanda por procedimentos estéticos, clareamento dental (54,7%) e facetas (11,9%)	Abbasi <i>et al.</i> (2022)
Confiança na informação	58,3% dos entrevistados confiam em informações odontológicas nas mídias sociais	Ahmad <i>et al.</i> (2024)
Influência nas decisões	37% dos estudantes universitários foram influenciados pelas mídias sociais para tratamento estético	Freire <i>et al.</i> (2024)
Expectativas irrealistas	Pacientes solicitam procedimentos baseados em representações das mídias sociais	Nayaz e Pieper (2024)

Fonte: autoria própria

2.4 Código de Ética na Odontologia

Diante do impacto crescente das mídias sociais sobre as expectativas dos pacientes e da ampliação da procura por procedimentos estéticos, torna-se imprescindível analisar os limites éticos e legais que regulam a prática odontológica, especialmente no que se refere à publicidade profissional e à divulgação de resultados.

Atualmente, no cenário de crescente influência das mídias digitais na percepção pública sobre tratamentos estéticos, o CEO no Brasil passou por uma alteração significativa, em 2019. A Resolução do Conselho Federal de Odontologia - CFO 196/2019, publicada em 2019, representou um marco ao regulamentar a publicidade e propaganda odontológica, especialmente no que tange à divulgação de imagens. Anteriormente, as normativas eram mais restritas, buscando proteger o público de informações enganosas ou sensacionalistas. Com a nova resolução, abriu-se a possibilidade de divulgação de imagens relacionadas ao diagnóstico (situação "antes") e ao resultado do tratamento (situação "depois"), reconhecendo a necessidade da odontologia se adaptar à era digital, permitindo que os profissionais mostrem a qualidade de seu trabalho de forma mais visual (Brasil, 2019).

Entretanto, essa permissão não veio desacompanhada de rigorosas diretrizes éticas e legais (Silva *et al.*, 2025). A flexibilização da publicidade digital é condicionada a uma série de requisitos mandatórios que visam assegurar a transparência e a proteção do paciente. É imprescindível que toda e qualquer divulgação de imagens seja acompanhada

claramente do número de registro profissional do cirurgião-dentista ou da clínica responsável. Além disso, as legendas que acompanham as imagens devem ser informativas e precisas, incluindo a explicitação inequívoca de que o resultado apresentado é específico para o caso em questão, podendo não ser reproduzível em todos os pacientes devido às particularidades biológicas e clínicas de cada indivíduo (Brasil, 2019). A omissão ou ambiguidade dessas informações pode ser considerada uma forma de publicidade enganosa, induzindo o público a expectativas irreais e comprometendo a relação de confiança (Silva *et al.*, 2025).

Um ponto de atenção crucial refere-se à utilização de fotografias do tipo "*selfie*" ou quaisquer outras imagens que envolvam a exposição do rosto ou de características identificáveis dos pacientes. Nesses casos, a obtenção de autorização prévia e formalizada é absolutamente imprescindível, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na prática odontológica, considerando suas implicações legais e éticas, bem como seu papel na promoção da autonomia e segurança do paciente (Guerra *et al.*, 2025; Yarid *et al.*, 2012). Esse documento não é uma mera formalidade; ele deve ser assinado pelo paciente ou por seu representante legal, atestando que houve compreensão plena sobre o propósito da captação e divulgação das imagens, os meios pelos quais serão utilizadas, os riscos e benefícios associados e a possibilidade de revogar a autorização a qualquer momento (Guerra *et al.*, 2025; Yarid *et al.*, 2012).

Os desafios práticos enfrentados pelos profissionais são múltiplos (Fontenele *et al.*, 2021). Há uma pressão constante do mercado e das redes sociais para a exibição de resultados impactantes, o que pode levar alguns a negligenciar as diretrizes éticas em busca de visibilidade. A correta aplicação das normativas exige não apenas conhecimento da legislação, mas também uma compreensão aprofundada da ética e da bioética na relação profissional-paciente (Fontenele *et al.*, 2021). Além disso, a gestão de expectativas dos pacientes, frequentemente influenciadas por padrões irrealistas observados nas mídias sociais, torna-se um exercício complexo de comunicação e educação em saúde (Fontenele *et al.*, 2021).

Em suma, embora a Resolução CFO 196/2019 tenha modernizado as regras de publicidade na odontologia, ela impôs uma responsabilidade ainda maior aos profissionais. A clareza na comunicação, a transparência na divulgação de resultados, a rigorosa obtenção do consentimento informado e a adesão incondicional aos preceitos éticos são indispensáveis para equilibrar a necessidade de marketing com a integridade da profissão e, crucialmente, para preservar a confiança e a segurança dos pacientes na relação profissional-paciente (Fontenele *et al.*, 2021).

3. O papel do dentista em alinhar expectativas irreais com possibilidades clínicas reais

Mais do que executor de procedimentos técnicos, o cirurgião-dentista desempenha um papel educativo e comunicacional fundamental, atuando como mediador entre as expectativas estéticas influenciadas pelo ambiente digital e as possibilidades clínicas reais, sustentadas por critérios científicos, biológicos e éticos.

3.1 O papel educativo do dentista na consulta inicial

A consulta inicial transcende a mera coleta de dados clínicos; ela representa uma oportunidade ímpar para o dentista atuar como educador. É nesse momento que o profissional deve desmistificar conceitos equivocados e apresentar uma visão realista das

opções de tratamento. A educação deve ser abrangente, abordando não apenas os benefícios estéticos e funcionais, mas também os potenciais riscos, as limitações intrínsecas ao caso do paciente, a longevidade dos resultados e o engajamento necessário por parte do paciente (Kois, 2001).

Nesse sentido, a adoção de estratégias comunicacionais estruturadas contribui para o alinhamento de expectativas, o fortalecimento da autonomia do paciente e a redução de conflitos éticos, sendo essas estratégias apresentadas de forma sistematizada na Tabela 2.

Tabela 2 – Estratégias de Comunicação

Estratégias de Comunicação para Gerenciar Expectativas			
Linguagem Simples	Evitar expressões técnicas, explicando conceitos de forma acessível.	Garantir a compreensão clara do plano de tratamento.	Adaptar a linguagem ao paciente, usando analogias cotidianas.
Diálogo Aberto	Incentivar perguntas e a expressão de expectativas.	Criar um ambiente de confiança e colaboração.	Ouvir ativamente e responder dúvidas, validando sentimentos.
Apresentação de Alternativas	Discutir planos de tratamento, prós, contras e custos.	Empoderar o paciente na decisão, mostrando opções viáveis.	Comparar opções como facetas vs. ortodontia, explicando invasividade.
Documentação Detalhada	Registrar discussões, consentimento informado e exames.	Servir como base legal e de comunicação.	Registrar que o paciente foi informado sobre riscos e limitações.
Cenários Realistas	Apresentar resultados alinhados à condição do paciente.	Alinhar desejos com o clinicamente possível, evitando promessas.	Mostrar fotos de casos similares, enfatizando variações e limitações.

Fonte: autoria própria

3.2 A importância do diagnóstico realista

Um diagnóstico preciso é a base para qualquer plano de tratamento bem-sucedido e para o manejo das expectativas. O dentista tem a responsabilidade de realizar uma avaliação clínica completa, utilizando exames complementares (radiografias, tomografias, modelos de estudo, fotografias) para identificar todas as condições bucais existentes (Misch, 2014). Com base nesse diagnóstico, o profissional pode determinar as possibilidades e limitações reais do caso, comunicando-as de forma transparente ao paciente.

3.3 Casos práticos e exemplos

- *Educação sobre a fisiologia da cor dental:* explicar que a cor ideal dos dentes é intrinsecamente relacionada a fatores biológicos individuais, como o tom da esclera ocular e da pele, e que um clareamento além dos limites fisiológicos pode resultar em um aspecto artificial e desarmonico. A demonstração de escalas de cor e a discussão sobre o espectro de cores naturais são cruciais (Souza & Lima, 2022), conforme ilustrado na Figura 1.

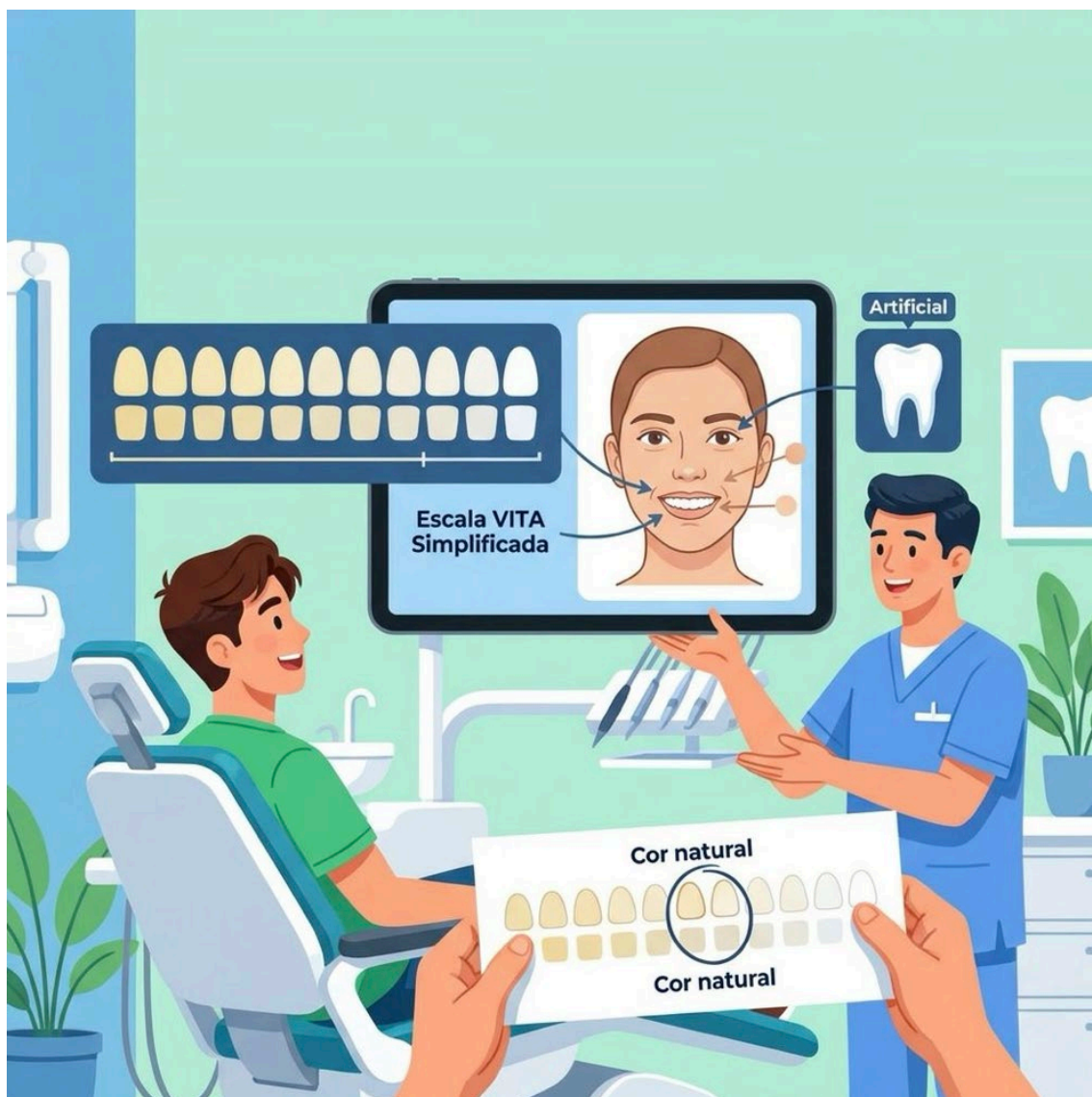


Figura 1. Representação de uma intervenção educativa sobre fisiologia da cor dental, ressaltando a relação entre características biológicas individuais e o limite fisiológico do clareamento, para evitar resultados artificiais e desarmônicos. Fonte: A descrição para geração da imagem foi feita com auxílio da Inteligência Artificial Perplexity e a geração realizada com DeeVid AI.

- *Discussão sobre a longevidade e manutenção:* detalhar os desafios inerentes à longevidade de restaurações em dentes com histórico de múltiplas intervenções (Figura 2). Enfatizar a necessidade crítica de tratamento e controle das condições periodontais pré-existent, explicando que a saúde dos tecidos de suporte é um pré-requisito para qualquer intervenção estética duradoura e eticamente aceitável (Camargo & Fernandes, 2023).



Figura 2. Intervenção educativa sobre longevidade de restaurações em dentes com múltiplas intervenções prévias, destacando a necessidade crítica de tratamento periodontal prévio como pré-requisito para resultados estéticos duradouros e eticamente responsáveis. Fonte: A descrição para geração da imagem foi feita com auxílio da Inteligência Artificial Perplexity e a geração realizada com DeeVid AI.

- *Apresentação de alternativas conservadoras:* explicar que o alinhamento ortodôntico pode representar uma opção mais conservadora e saudável a longo prazo para correção de má oclusão e desarmonias, minimizando a necessidade de desgaste dental excessivo para facetas (Figura 3). A discussão deve abranger os riscos, benefícios, custos, tempo de tratamento e expectativas de manutenção de cada modalidade (Mendes *et al.*, 2021).

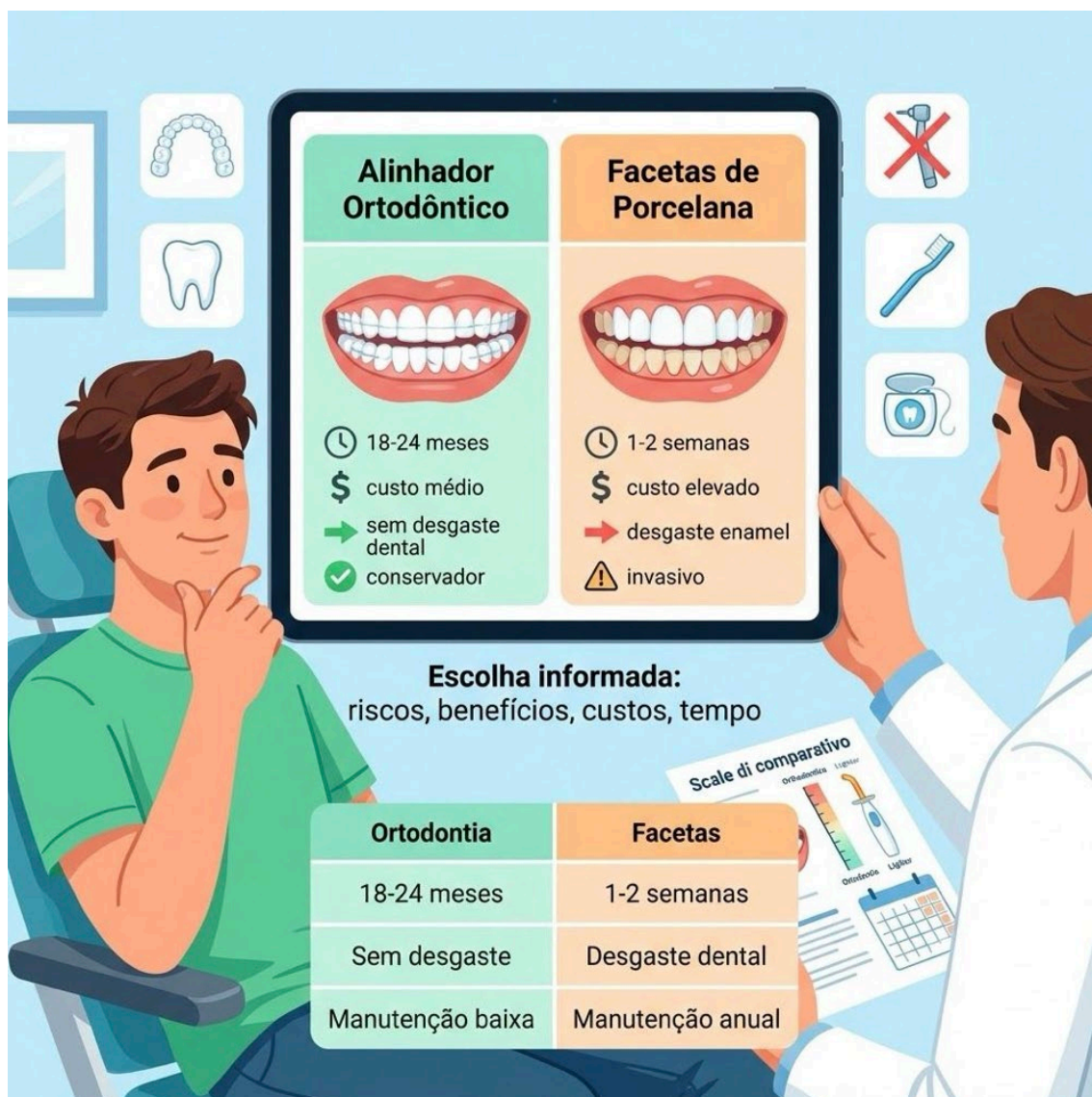


Figura 3. Comparação visual entre tratamento ortodôntico conservador e facetas invasivas, detalhando riscos, benefícios, custos, tempo de tratamento e manutenção para correção de desarmonias dentais, promovendo escolha informada do paciente. Fonte: A descrição para geração da imagem foi feita com auxílio da Inteligência Artificial Perplexity e a geração realizada com DeeVid AI.

4. A importância do letramento em saúde bucal como pilar fundamental para capacitar o paciente a interpretar criticamente as informações e promover a tomada de decisões esclarecidas.

À luz das problemáticas discutidas anteriormente, o letramento em saúde bucal emerge como eixo estruturante para a compreensão crítica da relação entre mídias sociais, marketing odontológico e ética profissional, constituindo elemento central para a tomada de decisões informadas e responsáveis no contexto da odontologia estética.

O Letramento em Saúde Bucal (LSB) é um conceito fundamental na promoção do cuidado autônomo, sendo definido como a habilidade do indivíduo em obter, compreender e utilizar informações relacionadas à saúde oral para tomar decisões apropriadas quanto à prevenção, diagnóstico, tratamento e manutenção de sua saúde bucal. Esse conceito transcende o entendimento básico de informações, incorporando dimensões funcionais, comunicativas e críticas do letramento, o que implica não apenas a assimilação de informações, mas também a habilidade de avaliar a confiabilidade, relevância e aplicabilidade do que é ofertado, especialmente em ambientes saturados por marketing e discursos estéticos. (Oliveira Júnior & Mialhe, 2022; Beserra Neto, 2024)

Diversos estudos demonstram que um LSB elevado está associado a melhores comportamentos preventivos, maior autopercepção positiva da saúde bucal, adesão ao tratamento e menor prevalência de condições orais adversas, como cárie e doenças periodontais. Em contrapartida, baixos níveis de LSB resultam em maior vulnerabilidade à desinformação, dificuldade em interpretar orientações profissionais, pouca adesão às consultas e riscos ampliados de complicações clínicas. Pessoas com LSB insuficiente frequentemente não compreendem os riscos envolvidos em procedimentos estéticos, tomando decisões motivadas por apelos visuais ou promessas miraculosas presentes nas redes sociais e no marketing digital, sem considerar critérios científicos e éticos. (Martins *et al.*, 2015; Cayetano *et al.*, 2025; Viegas *et al.*, 2022)

O letramento crítico se destaca como o nível mais avançado, pois permite ao paciente não só decodificar informações, mas avaliá-las sob o prisma da veracidade, intencionalidade do emissor e possíveis conflitos de interesse. Em um cenário dominado pela idealização estética, vídeos de “transformações” e depoimentos influenciadores, pacientes letrados são capazes de questionar, discutir limites e ponderar riscos e benefícios junto ao cirurgião-dentista, antes de decidirem por um procedimento. Ressalta-se que esse empoderamento proporciona decisões mais seguras, razoáveis e alinhadas ao bem-estar coletivo, não apenas à satisfação estética pessoal. (Cayetano *et al.*, 2025; Viegas *et al.*, 2022; Rostamzadeh & Rahimi, 2025)

Além disso, a capacidade de interpretar criticamente as informações reflete na valorização da saúde bucal em detrimento da busca exclusiva por resultados estéticos imediatos. Pacientes bem letrados reconhecem a importância da saúde funcional, estética e emocional em conjunto e atribuem maior valor a tratamentos baseados em evidências clínicas, ética e individualização do cuidado. Tais indivíduos também estão mais dispostos a investir em cuidados preventivos e a participar ativamente do processo terapêutico, promovendo melhores desfechos e qualidade de vida. (Viegas *et al.*, 2022; Rostamzadeh & Rahimi, 2025; Martins *et al.*, 2015)

Intervenções educacionais direcionadas ao aprimoramento do LSB, utilizando metodologias ativas, recursos multimídia, literatura instrucional acessível e plataformas digitais de apoio à decisão, são apontadas como caminhos eficazes para fortalecer o protagonismo do paciente e, por consequência, mitigar expectativas irreais geradas pelo

contexto midiático atual (Mourão *et al.*, 2025; Beserra Neto, 2024; Cayetano *et al.*, 2025). A Figura 4 ilustra a afirmativa.



Figura 4. Intervenções educacionais ativas para aprimoramento do letramento em saúde bucal (LSB), combinando multimídia, literatura acessível e plataformas digitais de apoio à decisão para fortalecer o protagonismo do paciente e mitigar expectativas irreais do contexto digital atual. Fonte: Imagem gerada pela Inteligência Artificial Perplexity.

5. Marketing odontológico, estética e letramento: um trio (des)equilibrado

No contexto contemporâneo, a intensa convergência entre marketing odontológico, demandas por estética e níveis variados de letramento em saúde bucal intensificou desafios éticos e práticos para dentistas e pacientes. As redes sociais transformaram a odontologia estética em objeto de *consumo aspiracional**, promovendo padrões de beleza padronizados, resultados imediatos e supostamente acessíveis a todos. (Silva, 2021; Sousa *et al.*, 2024; Kazemian *et al.*, 2015)

**Consumo aspiracional refere-se ao uso de bens e serviços para expressar um estilo de vida e um status desejados, mais do que uma necessidade funcional imediata, aproximando o consumidor de grupos sociais com os quais aspira se identificar. No contexto da odontologia estética mediada por redes sociais, esse consumo é alimentado por imagens idealizadas de sorrisos e por narrativas que associam procedimentos estéticos à conquista de sucesso, pertencimento e capital simbólico.*

O crescimento do mercado de procedimentos estéticos odontológicos também deve ser compreendido a partir de um contexto socioeconômico mais amplo, amplamente retratado por dados de mercado divulgados por veículos de comunicação especializados, os quais evidenciam a mercantilização da estética e a ampliação do consumo aspiracional nesse setor.

O marketing digital moderno utiliza recursos como depoimentos, imagens impactantes de antes e depois, influenciadores e técnicas de persuasão visual, potencializando o desejo dos pacientes por tratamentos estéticos, muitas vezes desvinculados da real necessidade clínica ou das possibilidades biológicas e financeiras individuais. No Brasil, onde o mercado de estética projeta faturamento de US\$ 41,6 bilhões até 2028, procedimentos como harmonização facial e facetas de porcelana podem custar de R\$ 8.000 a R\$ 40.000 por sessão, valores que superam a renda média mensal de muitos brasileiros e fomentam o endividamento ou escolhas inadequadas. Essa barreira financeira agrava o consumo aspiracional, pois anúncios sugerem acessibilidade universal via parcelamentos atrativos, mas ignoram que 75% do consumo de luxo (incluindo estéticas premium) provém da classe média, frequentemente sob pressão econômica (Souza, 2025). Nesse cenário, pacientes com baixo LSB tendem a interpretar essas informações de maneira superficial, atribuindo autoridade irrefletida aos conteúdos publicitários, especialmente quando emitidos por figuras públicas e profissionais carismáticos (Silva, 2021; Sousa *et al.*, 2024; Kazemian *et al.*, 2015)

O desequilíbrio ocorre justamente porque o marketing atua em um sentido de estímulo ao consumo imediato, enquanto o desenvolvimento do letramento, tanto em sua vertente crítica quanto comunicativa, normalmente evolui de forma mais lenta e desproporcional ao bombardeio midiático diário. Isso resulta em um ambiente onde decisões são tomadas sob influência de expectativas irreais, sem a devida ponderação dos riscos, limitações, custos e resultados a longo prazo dos tratamentos odontológicos. Profissionais despreparados ou mal-intencionados podem até se utilizar da desinformação e da invisibilidade de riscos para captar pacientes, gerando um ciclo de insatisfação, judicialização e danos à imagem da odontologia. (Simplicio, 2019)

A literatura é consensual ao apontar que cabe ao cirurgião-dentista atuar não apenas como executor de procedimentos, mas como agente educativo que promove o letramento crítico e a discussão ética sobre o que é realmente alcançável por meio dos procedimentos estéticos. Estratégias como transparência nas comunicações, exposição explícita dos riscos, limitações e custos, além do respeito ao Código de Ética Odontológica, são fundamentais para restabelecer o equilíbrio desse trio e proteger o paciente do consumo irrefletido e das frustrações advindas da lacuna entre expectativa e realidade. (Rosário *et al.*, 2020)

Por essa razão, há um chamado crescente por regulamentação do conteúdo publicitário odontológico e por ações de educação em saúde voltadas para as novas relações de consumo digital. O fortalecimento do letramento em saúde bucal, aliado ao exercício ético do marketing e à valorização do diálogo esclarecedor, desponta como elemento central para garantir que o paciente assuma papel ativo, crítico e protegido em sua tomada de decisão, beneficiando-se dos avanços técnicos e científicos na odontologia, sem se tornar refém das armadilhas do consumo indiscriminado. (De Lira & Magalhães, 2018)

6. Possíveis estratégias educacionais para mitigar expectativas irreais na odontologia estética

A influência das redes sociais na formação de padrões estéticos dentários impõe à odontologia o desafio de gerir expectativas irreais. Esse cenário exige uma abordagem multifacetada, abrangendo programas educacionais, conscientização pública e letramento em saúde bucal, para capacitar pacientes e profissionais a tomar decisões informadas, alinhadas à realidade biológica e ética (Rostamzadeh & Rahimi, 2025).

6.1 Medidas concretas para órgãos reguladores e organizações profissionais

Para desenvolver e implementar efetivamente diretrizes éticas, os órgãos reguladores e as organizações profissionais podem tomar várias medidas concretas:

- *Desenvolver estruturas éticas abrangentes:* as organizações devem criar estruturas éticas detalhadas que abordem os desafios específicos da odontologia estética. Essas estruturas devem incluir diretrizes sobre consentimento informado, práticas de publicidade e as implicações éticas do marketing em mídias sociais.
- *Implementar programas de treinamento e educação continuada:* órgãos reguladores podem exigir treinamento em ética como parte dos currículos de educação odontológica e dos requisitos de educação continuada para dentistas em atividade. Esse treinamento deve se concentrar nos desafios éticos específicos da odontologia estética, incluindo os riscos de tratamento excessivo e a importância do atendimento centrado no paciente. (Tenenbaum *et al.*, 2020)
- *Criar recursos e kits de ferramentas:* organizações profissionais podem desenvolver recursos, como kits de ferramentas ou diretrizes, que forneçam conselhos práticos sobre como lidar com dilemas éticos na odontologia estética. Esses recursos podem incluir estudos de caso, melhores práticas e estruturas de tomada de decisão para ajudar os profissionais a fazer escolhas informadas.
- *Estabelecer mecanismos de denúncia:* os órgãos reguladores devem implementar mecanismos para denunciar práticas antiéticas ou preocupações relacionadas a tratamentos excessivos e marketing enganoso. Isso pode envolver a criação de um sistema de denúncia confidencial que incentive profissionais e pacientes a denunciarem comportamentos antiéticos sem medo de retaliação.
- *Promover a colaboração e o diálogo:* as organizações podem fomentar fóruns, *workshops* ou conferências que reúnam profissionais da odontologia, especialistas em ética e órgãos reguladores para discutir desafios éticos e compartilhar experiências. Essa abordagem colaborativa pode ajudar a criar uma comunidade de prática focada em padrões éticos em odontologia estética.
- *Monitorar e avaliar a conformidade:* os órgãos reguladores devem estabelecer processos para monitorar a conformidade com as diretrizes éticas e avaliar sua eficácia. Isso pode envolver revisões periódicas das práticas e resultados em odontologia estética para garantir que os padrões éticos sejam mantidos.

Ao adotar essas medidas, órgãos reguladores e organizações profissionais podem fornecer suporte essencial aos profissionais, ajudando-os a lidar com os desafios éticos inerentes à odontologia estética. Essa abordagem proativa não apenas aumentará o bem-estar do paciente, mas também promoverá a integridade da profissão odontológica como um todo.

7. Considerações finais

Diante do exposto, torna-se evidente que a influência das mídias sociais e do marketing odontológico sobre a estética bucal impõe desafios éticos relevantes à prática profissional. O fortalecimento do letramento em saúde bucal, aliado ao exercício responsável da comunicação e ao cumprimento rigoroso do Código de Ética Odontológica, configura-se como estratégia fundamental para alinhar expectativas, proteger a autonomia do paciente e promover uma odontologia centrada na saúde, na transparência e na integridade profissional.

Referências

AHMED, N.; FIDA, M.; SULEMAN, S.; AHMED, M. Impact of social media on aesthetic dentistry. *Healthcare*, v. 10, n. 10, p. 2055, 2022. DOI: 10.3390/healthcare10102055.

ANSARI, S. H. *et al.* Influence of social media towards the selection of Hollywood smile as an esthetic treatment option. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 9, n. 6, p. 3037-3041, 2020. DOI: 10.4103/jfmpe.jfmpe_442_20.

BAIK, K. M.; ANBAR, G. Effect of social media on patient's perception of dental aesthetics in Saudi Arabia. *International Journal of Dentistry*, v. 2022, p. 4794497, 2022. DOI: 10.1155/2022/4794497.

BESERRA NETO, A. L. Letramento em saúde bucal e valoração de serviços odontológicos. 2024. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-196/2019. Brasília: CFO, 2019. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/resolucao-cfo-196-2019>

CAMARGO, L.; FERNANDES, R. Longevidade de restaurações estéticas. *Revista Brasileira de Periodontia*, v. 33, n. 2, p. 45-58, 2023.

CAYETANO, M. H. *et al.* Autonomia e cuidado na saúde bucal. *Brazilian Journal of Oral Systemic Health*, v. 1, n. 2, p. 259-268, 2025.

DE LIRA, A. L. S.; MAGALHÃES, B. M. Digital marketing in dentistry and ethical implications. *Brazilian Dental Science*, v. 21, n. 2, p. 237-246, 2018. DOI: 10.14295/bds.2018.v21i2.1524.

EMILIANO, G. B. G.; DE OLIVEIRA, C. C. A.; DOS SANTOS, M. M. Estratégias de publicidade no Instagram utilizadas por cirurgiões-dentistas. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, v. 9, n. 1, p. 67-77, 2022. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/zdb2q>

FABRI, C. The effect of social media on body image and self-esteem in teenagers. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, v. 12, n. 8, p. 668, 2024. DOI: 10.4172/2375-4494.1000668.

FONTENELE, L. G. L. *et al.* Código de ética odontológica x resolução CFO-196/2019. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, v. 8, n. 3, p. 45-58, 2021. DOI: 10.21117/rbol-v8n32021-381.

- GASPARELLO, G. G. *et al.* The impact of self-esteem towards orthodontic issues in social media. *BMC Oral Health*, v. 25, p. 290, 2025. DOI: 10.1186/s12903-025-06290-x.
- GHORBANI, Z.; ESMAEILI, S. Self-esteem and its influence on esthetic dental treatments. *BMC Psychology*, v. 13, p. 140, 2025. DOI: 10.1186/s40359-025-02423-7.
- GUERRA, I. M. *et al.* A importância do TCLE para a prática odontológica. *Research, Society and Development*, v. 14, n. 5, e9014548842, 2025. DOI: 10.33448/rsd-v14i5.48842.
- KAZEMIAN, A. *et al.* Ethical concerns about overtreatment in dentistry. *BMC Medical Ethics*, v. 26, p. 12, 2015. DOI: 10.1186/s12910-015-xxxx.
- KOIS, J. C.; KOIS, D. E. The Kois Center clinical excellence through science and education. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, v. 22, n. 8, p. 690-692, 2001.
- MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Alfabetização em saúde bucal. *Revista da Associação Paulista de Cirurgões-Dentistas*, v. 69, n. 4, p. 328-334, 2015.
- MENDES, A.; SILVA, B.; RODRIGUES, C. Ortodontia versus facetas. *Revista Brasileira de Ortodontia*, v. 28, n. 4, p. 234-248, 2021.
- MISCH, C. E. *Contemporary implant dentistry*. 3. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2014.
- MOURÃO, C. S. *et al.* Desafios éticos na publicidade odontológica. *BJIHs*, 2025.
- OLIVEIRA JÚNIOR, A. J.; MIALHE, F. L. Letramento em saúde bucal e autopercepção. *Cadernos de Saúde Pública*, 2022. DOI: 10.1590/1414-462X202230020132.
- ROSÁRIO, A. C. A. *et al.* Odontologia estética e redes sociais. *Revista Interface*, v. 1, n. 2, 2020.
- ROSTAMZADEH, M.; RAHIMI, F. Aesthetic dentistry and ethics: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, v. 26, p. 12, 2025. DOI: 10.1186/s12910-025-01169-6.
- SILVA, C. B. O. *et al.* Publicidade na odontologia: limites éticos e legais. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 11, n. 5, p. 2853-2865, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i5.19156.
- SILVA, G. M. C. *Letramento em saúde bucal, qualidade de vida e acesso*. 2021. Dissertação/Tese – Unicesumar, 2021.
- SILVA, J. S. *et al.* Dentistry in social media and its impact on the dentist-patient relationship: an integrative review. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, e119111436111, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36111>
- SIMPLÍCIO, A. H. M. Social media and dentistry: ethical and legal aspects. *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 24, n. 6, p. 80-89, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/kSDWfDpmSjs8Q5rnyTrvJxw/?lang=en>
- SOUSA, G. C. *et al.* Digital marketing in dentistry. *Sist Cient J*, v. 14, n. 3, p. 518-522, 2024. DOI: 10.56238/rcsv14n3-008.

SOUZA, C.; LIMA, D. Fisiologia da cor dental e clareamento. *Revista Brasileira de Clareamento Dental*, v. 8, n. 3, p. 145-159, 2022.

SOUZA, L. P. Mercado de procedimentos estéticos. *Veja*, São Paulo, 28 fev. 2025. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/mercado-de-procedimentos-esteticos-nunca-faturou-tanto-mas-ha-riscos>

STOJILKOVIĆ, M. *et al.* Evaluating the influence of dental aesthetics on psychosocial well-being and self-esteem. *BMC Oral Health*, v. 24, p. 263, 2024. DOI: 10.1186/s12903-024-04002-5.

SUÁREZ, A.; MARTÍNEZ, L.; GONZÁLEZ, P. Social media impact on students' decision-making. *Scientific Reports*, v. 14, p. 21442, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-72442-8.

TENENBAUM, A. *et al.* Implementação de curso de ética médica na odontologia. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, v. 10, n. 5, p. 569-578, 2020.

VIEGAS, S. H. F. *et al.* Letramento em saúde bucal e autopercepção parental. *Unimontes Científica*, v. 24, n. 2, p. 1-19, 2022.

YARID, S. D. *et al.* Uso do termo de consentimento livre e esclarecido. *Odontologia Clínico-Científica*, v. 11, n. 3, p. 209-212, 2012.



SEÇÃO
VI | **RELATO DE
EXPERIÊNCIA**





Capítulo 13

RELATO DE EXPERIÊNCIA: LETRAMENTO EM ROTULAGEM NUTRICIONAL ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA REDE PÚBLICA DE TAUBATÉ

Ana Karina Soares Nascif⁵⁵

Lucas Morandi Soares⁵⁶

Sergio de Oliva Nascif⁵⁷

Davi Romeiro Aquino⁵⁸

Sheila Cavalca Cortelli⁵⁹

Resumo

Este relato de experiência descreve o desenvolvimento de um estudo quase experimental realizado com crianças e adolescentes da rede pública de ensino de Taubaté (SP), cujo objetivo foi avaliar o impacto da Rotulagem Nutricional Frontal (RNF) na intenção de compra de alimentos. Além dos resultados quantitativos obtidos, a experiência permitiu identificar aspectos relevantes relacionados ao letramento nutricional, à compreensão leitora e às práticas de educação em saúde no ambiente escolar. Participaram do estudo 382 estudantes, com idades entre 8 e 17 anos, dos quais 223 completaram todas as etapas do protocolo. As atividades envolveram uma simulação de compra realizada em três momentos: sem a presença da RNF, com a RNF e após uma intervenção educativa por meio de vídeo. Durante a coleta de dados, observou-se elevada receptividade por parte das escolas e forte interesse dos estudantes em discutir temas relacionados à alimentação. Entretanto, verificou-se também baixo nível de alfabetização funcional entre parte dos participantes, evidenciado por dificuldades de leitura, compreensão de instruções e interpretação dos questionários. Os resultados mostraram que a RNF, isoladamente, não promoveu mudanças consistentes na intenção de compra. Em contrapartida, a intervenção educativa audiovisual contribuiu significativamente para escolhas alimentares mais saudáveis, tanto entre crianças quanto entre adolescentes. A experiência evidenciou a importância de estratégias educativas multimodais para ampliar a compreensão das informações nutricionais e promover o letramento em saúde. Conclui-se que ações educativas associadas às políticas de rotulagem nutricional podem potencializar a compreensão das informações presentes nos rótulos, favorecendo escolhas alimentares mais conscientes e contribuindo para a promoção da saúde no ambiente escolar.

Palavras-chave: Rotulagem nutricional frontal. Letramento nutricional. Educação em saúde. Alimentação saudável. Escolha alimentar.

1. Introdução

O presente relato apresenta a experiência vivenciada durante o desenvolvimento de um estudo quase experimental, cujo objetivo foi avaliar o impacto da nova Rotulagem

⁵⁵ Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté.

⁵⁶ Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté.

⁵⁷ Cavalca & Cortelli Ltda. Centro de pesquisa clínica.

⁵⁸ Docentes do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté.

⁵⁹ Docentes do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Taubaté.

Nutricional Frontal (RNF) sobre a intenção de compra de crianças e adolescentes matriculados na rede municipal de educação de Taubaté. A pesquisa foi conduzida no âmbito da Pós-graduação da Universidade de Taubaté, como parte dos requisitos para obtenção dos títulos de mestre e doutor, por dois discentes do programa. Para além da análise quantitativa produzida pelo estudo original, este relato busca destacar as dimensões humanas, pedagógicas e estruturais que emergiram ao longo do trabalho de campo, com ênfase nos processos de letramento nutricional, nas habilidades de compreensão leitora dos estudantes e nas formas de acolhimento observadas no ambiente escolar.

2. Descrição da experiência

Desde os primeiros contatos institucionais, os pesquisadores foram recebidos com grande abertura e cordialidade pela Secretaria Municipal de Educação, pelos diretores, professores e estudantes. Essa receptividade inicial favoreceu o estabelecimento de vínculos e a construção de um ambiente propício ao diálogo, o que se revelou fundamental para o desenvolvimento das atividades educativas relacionadas à alimentação saudável e à compreensão dos rótulos nutricionais. O clima de acolhimento instaurado nas escolas permitiu que as intervenções fossem realizadas de maneira fluida, respeitando a rotina pedagógica e garantindo a colaboração ativa das equipes escolares.

À medida que as visitas às escolas avançavam, tornou-se evidente a carência de espaços de escuta individualizada destinados às crianças e adolescentes. Muitos estudantes demonstravam forte necessidade de conversar, relatar vivências familiares, compartilhar preferências alimentares e verbalizar inquietações pessoais. Essas manifestações espontâneas evidenciaram que a escola, além de ser local de aprendizagem formal, tem papel central como espaço emocional e social, capaz de acolher subjetividades e lidar com questões que extrapolam o campo estritamente acadêmico.

No decorrer das atividades, particularmente durante a simulação de compra proposta em três momentos distintos, observou-se o entusiasmo dos estudantes em falar sobre si, suas famílias e seus hábitos alimentares. O tema da alimentação despertava interesse genuíno, estimulando memórias afetivas e reflexões sobre o cotidiano. Muitos demonstravam curiosidade acerca do significado dos símbolos da RNF e buscavam comparar suas práticas alimentares com os conteúdos apresentados pelos pesquisadores. Esse envolvimento narrativo e emocional contribuiu significativamente para ampliar a compreensão do contexto no qual as escolhas alimentares são construídas e demonstrou o potencial educativo da intervenção.

Um dos achados mais impactantes e inesperados da experiência, no entanto, foi o baixo grau de alfabetização funcional e a limitada capacidade de compreensão leitora observadas entre parte expressiva dos participantes. Essa constatação tornou-se evidente quando alguns estudantes se recusaram a participar da pesquisa ao perceber que as atividades exigiam leitura e escrita, frequentemente demonstrando vergonha ou insegurança associadas às suas dificuldades. Ao longo das atividades, foram observadas hesitações na leitura de instruções simples e necessidade de explicações repetidas para garantir o entendimento das perguntas. Não raro, os pesquisadores precisaram oferecer apoio individualizado para auxiliar na decodificação textual dos questionários. Esse cenário alertou para um desafio estrutural relevante: sem domínio adequado das habilidades básicas de leitura, torna-se difícil acessar informações essenciais de rótulos,

advertências nutricionais ou orientações de saúde pública, o que compromete diretamente o processo de letramento em saúde.

Apesar desses desafios, foi possível observar a sensibilidade e a atenção das professoras às necessidades específicas de seus alunos. Muitas já conheciam profundamente as dificuldades individuais e atuavam com grande habilidade pedagógica, incentivando os estudantes a solicitar ajuda, oferecendo suporte sem gerar constrangimentos e mediando a leitura quando necessário. Esse cuidado docente foi fundamental para garantir inclusão, preservar a dignidade dos participantes e assegurar que todos pudessem se engajar minimamente nas atividades, mesmo diante de limitações de alfabetização.

A necessidade de reformular a metodologia inicial — que dependia de questionários on-line — e migrar para instrumentos impressos e atividades mediadas presencialmente ampliou significativamente a proximidade entre pesquisadores e estudantes. A convivência direta permitiu observar, de forma muito mais nítida, as dificuldades de leitura, as estratégias que os alunos utilizavam para contornar tais limitações e a ansiedade manifestada diante de tarefas escritas. Notou-se melhora expressiva na participação quando as atividades eram apresentadas de forma oral, visual ou dialogada, indicando que processos de letramento em saúde, como interpretar um rótulo nutricional, dependem não apenas da leitura formal, mas também de mediações pedagógicas adequadas ao nível de compreensão dos estudantes.

3. Resultados

Foram convidados a participar do estudo 440 estudantes, dos quais 238 tinham idade entre 8 e 11 anos e 144 entre 12 e 17 anos, com média de idade de 11,77 anos (desvio-padrão = 2,08). Dentre os convidados, 382 participaram de pelo menos uma etapa da pesquisa, sendo que 223 completaram integralmente as três fases do protocolo. Foram excluídos os estudantes que não apresentaram consentimento para participação ou que estiveram ausentes nos dias de coleta de dados. Em relação às características sociodemográficas, 42,15% dos participantes declararam-se do sexo feminino, 42,15% do sexo masculino e 15,7% optaram por não informar essa variável. Quanto à raça/cor, 42,93% autodeclararam-se brancos, 38,75% pardos e 9,42% pretos.

No que se refere ao comportamento alimentar, 69,27% relataram pedir alimentos aos pais “às vezes”, enquanto 7,14% afirmaram nunca pedir. Sobre a exposição prévia à RNF, 33,6% relataram nunca ter visto o rótulo, ao passo que 26,63% afirmaram vê-lo “sempre”, indicando uma heterogeneidade importante de contato com a política de rotulagem. Quanto à percepção de saúde associada ao rótulo, 75,41% consideraram a RNF importante para a saúde, e a maioria avaliou positivamente a clareza dos símbolos: 70,37% classificaram a identificação do rótulo como “fácil” ou “muito fácil”, e 74,42% declararam facilidade em compreender seu significado. Ainda assim, apenas 32,84% compreenderam plenamente que os rótulos apresentados eram diferentes, enquanto 48,32% tiveram entendimento parcial e 18,83% não compreenderam a distinção, reforçando a necessidade de aprofundar ações educativas sistemáticas.

No grupo de crianças de 8 a 11 anos, observou-se diferença estatisticamente significativa em um dos componentes analisados ($p = 0,001$), indicando piora no padrão nutricional das escolhas quando os participantes foram expostos apenas à RNF. Outro componente apresentou diferença significativa ($p = 0,047$), sugerindo uma melhora

pontual; entretanto, esses resultados não foram suficientes para caracterizar uma mudança consistente na intenção de compra decorrente exclusivamente da presença da RNF. Por outro lado, após a intervenção educativa por meio de vídeo, verificou-se melhora significativa em dois componentes específicos ($p = 0,035$ e $p = 0,029$), demonstrando que o recurso audiovisual contribuiu para direcionar as escolhas alimentares para opções mais adequadas nutricionalmente nessa faixa etária.

Entre adolescentes de 12 a 17 anos, não se identificou diferença estatisticamente significativa em um dos componentes analisados ($p = 0,084$), também associada à piora no padrão de escolhas após exposição isolada à RNF, reforçando que o rótulo, por si só, não foi capaz de gerar mudança positiva na intenção de compra. Após a exibição do vídeo educativo, contudo, houve melhora significativa em dois componentes distintos ($p = 0,036$ e $p = 0,023$), indicando efeito favorável da intervenção audiovisual semelhante ao observado no grupo mais jovem.

Ao analisar todos os participantes de 8 a 17 anos em conjunto, considerando o escore total das escolhas alimentares, não se identificou diferença significativa entre o momento inicial, sem RNF, e o momento subsequente, com a presença do rótulo ($p = 0,416$). Entretanto, após a intervenção educativa em vídeo, verificou-se mudança significativa no padrão de escolha alimentar ($p = 0,032$), evidenciando que a estratégia audiovisual foi determinante para promover escolhas mais saudáveis no conjunto da amostra. Em síntese, os resultados indicam que a RNF, isoladamente, não foi capaz de modificar de forma consistente a intenção de compra de crianças e adolescentes. Por outro lado, a intervenção educativa por meio de vídeo demonstrou impacto positivo relevante, promovendo escolhas alimentares mais saudáveis, efeito observado tanto nas análises por faixa etária quanto na amostra total. Esses achados reforçam que políticas de rotulagem devem ser acompanhadas de ações educativas que favoreçam o letramento nutricional e a compreensão adequada da simbologia.

4. Discussão

A simulação de compra, realizada em três fases (sem rótulo frontal, com o rótulo e após a exibição de um vídeo educativo) constituiu um momento privilegiado para observar tanto o comportamento de escolha quanto a evolução da compreensão sobre a RNF. O vídeo, enquanto recurso audiovisual, revelou-se uma forma de comunicação especialmente eficaz para esta geração, por aliar divertimento e informação de maneira acessível e envolvente. Essa característica permitiu reduzir barreiras de compreensão, de modo que mesmo estudantes com menor habilidade de leitura demonstraram maior capacidade de interpretar o símbolo após a intervenção. Esses achados reforçam que estratégias multimodais possuem grande potencial para promover equidade no acesso à informação em saúde, ampliando a compreensão e o engajamento dos participantes.

Apesar das contribuições do estudo, algumas limitações devem ser reconhecidas. A primeira delas diz respeito à baixa adesão inicial da coleta on-line, que atingiu apenas cerca de 10% dos estudantes e foi posteriormente inviabilizada por mudanças legais relacionadas ao uso de celulares nas escolas. A transição emergencial para instrumentos impressos pode ter introduzido variações na forma como os participantes compreenderam e responderam às perguntas, comprometendo a padronização metodológica. A limitação mais significativa, entretanto, reside no baixo nível de alfabetização funcional verificado, que pode ter afetado a interpretação das perguntas e a capacidade de compreender plenamente os rótulos apresentados. Além disso, como parte dos estudantes respondeu

sob supervisão ou com auxílio, há possibilidade de viés de mediação. O estudo também está sujeito ao viés de desejabilidade social, tendo em vista que alguns estudantes podem ter modificado suas escolhas após o vídeo educativo na tentativa de corresponder a expectativas percebidas. A amostra, restrita a três escolas públicas do mesmo município, limita a generalização dos achados, e o curto intervalo entre as fases da simulação pode ter favorecido efeitos de memória. Por fim, embora o questionário principal incluísse perguntas sobre a percepção da RNF — como conhecimento prévio, facilidade de identificação e entendimento da simbologia —, o estudo não utilizou instrumentos validados capazes de medir de maneira objetiva a compreensão profunda da advertência nutricional ou a capacidade dos estudantes de aplicar esse conhecimento no cotidiano. Assim, parte da interpretação dependeu de inferências observacionais realizadas durante as atividades presenciais, o que reforça a necessidade de incluir, em estudos futuros, ferramentas de avaliação padronizadas para medir letramento alimentar.

A experiência realizada nas escolas públicas de Taubaté permitiu identificar dimensões fundamentais relacionadas ao letramento, à inclusão e aos desafios educacionais contemporâneos. Observou-se que crianças e adolescentes desejam ser ouvidos e têm grande interesse em participar de atividades que dialogam com sua realidade alimentar. Constatou-se, contudo, que a escola enfrenta limitações estruturais relacionadas à alfabetização, o que impacta diretamente a capacidade dos estudantes de compreender informações essenciais à autoproteção em saúde. Ficou evidente que intervenções audiovisuais, dialogadas e visualmente acessíveis podem mitigar parte dessas desigualdades, ampliando o alcance das mensagens educativas e fortalecendo processos de tomada de decisão mais conscientes.

5. Considerações finais

O estudo, inicialmente orientado à avaliação da RNF, possibilitou reflexões sobre alfabetização, vulnerabilidade, cuidado e formação crítica. A identificação de limitações relacionadas ao letramento entre os participantes reforça a necessidade de estratégias pedagógicas integradas que articulem educação alimentar, leitura e cidadania, desde os primeiros anos escolares. A experiência desenvolvida nas escolas públicas de Taubaté evidenciou que a rotulagem nutricional, quando associada a ações educativas e mediações pedagógicas adequadas, pode ultrapassar seu caráter meramente informativo, contribuindo para a promoção da autonomia, do pensamento crítico e de escolhas alimentares mais conscientes.

Referências

NASCIF, A. K. S. *Impacto da rotulagem nutricional frontal dos alimentos industrializados em crianças no Brasil*. 2025. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Taubaté, Taubaté, 2025.



Capítulo 14

O CUIDADO ALÉM DA TÉCNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE LETRAMENTO EM TERAPIA DE MANUTENÇÃO PERIODONTAL

Pedro Sérgio Corradi da Silva⁶⁰

Karolina Skarlet Silva Viana⁶¹

Luís Otávio de Miranda Cota⁶²

Renata Magalhães Cyrino⁶³

A prevenção em saúde é classicamente dividida em: primária, voltada para medidas de promoção de saúde e controle de variáveis de risco; secundária, focada na identificação de tratamento precoce da doença; e terciária, que direciona para o controle de danos adquiridos pela evolução da doença e manutenção da função. Em periodontia, após a fase de terapia ativa, os limites entre saúde e doença tornam-se tênues, dado o caráter crônico da periodontite e suscetibilidade individual. Assim, a Terapia de Manutenção Periodontal (TMP) engloba procedimentos que visam a estabilidade em longo prazo de uma dentição funcional. As medidas mais relevantes nesse contexto são aquelas capazes de gerar benefícios substanciais, tendo como destaque o controle do biofilme dental, de acordo com Mambelli (2019).

Para o controle de biofilme dental, há um ator preponderante nesse papel: o próprio paciente, com a autogestão de seus hábitos de higiene bucal e escolhas conscientes sobre saúde, que interferem fortemente para estabilidade periodontal. Assim, o processo de instrução, orientação e motivação, que deveriam ser abordados tão logo o indivíduo seja diagnosticado com doença periodontal, recebe todo foco no processo de manutenção. Surge assim um conceito mais amplo do que o processo de alfabetização em saúde, denominado letramento, como uma forma de colocar em uso prático essa habilidade na vida cotidiana, com criticidade para poder fazer escolhas (NIDCR).

O presente relato descreve a experiência vivenciada durante o trabalho de campo focado na avaliação do letramento em saúde bucal e seus reflexos na TMP dentro do Projeto de Extensão Terapia Periodontal de Suporte (TPS), na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, com a perspectiva da visão dos discentes de graduação, pós-graduação e docente, partindo do pressuposto de que a manutenção da estabilidade e remissão da periodontite depende da adesão do paciente nessa fase, sendo ela uma determinante do sucesso no controle da progressão da doença.

⁶⁰ Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁶¹ Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁶² Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁶³ Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

O projeto de extensão TPS

A fase de TMP é um momento privilegiado para observar a relação entre a compreensão da informação e a continuidade do autocuidado. Nessa fase da terapia, a estabilidade periodontal depende, além de procedimentos clínicos, da capacidade do paciente de compreender a periodontite como uma doença crônica que faz parte do seu cotidiano e, a partir desta compreensão, interpretar as orientações profissionais recebidas e sustentar o autocuidado ao longo de sua vida. A adesão ao cuidado, por parte do paciente, não depende somente de receber uma informação técnica, mas depende da forma como o paciente compreende a periodontite e a partir dessa compreensão, como age para incorporar os cuidados necessários.

O projeto TPS acompanha os pacientes periodontais advindos das clínicas de graduação da FAO UFMG, há 35 anos. Quando inseridos dentro do projeto de extensão, eles haviam passado pela terapia periodontal ativa, em que alcançaram estabilidade periodontal em um primeiro momento. Porém, como o processo da doença é dinâmico, os indivíduos são continuamente monitorados para evitar a progressão da periodontite. Esse é o papel do projeto de extensão, que conta com a participação dos alunos de graduação regularmente matriculados e que já concluíram a disciplina de Periodontia I no seu percurso curricular, alunos de pós-graduação atuando na interface de pesquisa entre o ensino e a extensão, e docentes na orientação dos atendimentos e direcionamento das perspectivas das ações.

A pesquisa, abordando o letramento, foi desenvolvida de forma integrada entre atividades de extensão e extensão e pós-graduação, com o objetivo de compreender a capacidade dos pacientes em TMP de decodificar e interpretar informações pertinentes à área da saúde, como isso impacta a adesão aos diferentes processos do tratamento e, consequentemente, os desfechos clínicos periodontais. Esse relato de experiência busca destacar as dimensões humanas envolvidas na pesquisa, as barreiras de comunicação identificadas e as reflexões sobre o papel da equipe de pesquisa diante das vulnerabilidades informacionais dos pacientes, bem como seus desafios na formação em saúde, dentro de um centro universitário.

Para avaliar objetivamente essas barreiras e mensurar o nível de letramento em saúde, foi utilizada a versão traduzida e adaptada transculturalmente para o português brasileiro do *14-item Health Literacy Scale* (HLS-14), em Batista *et al.* (2020). Esse instrumento destaca-se por avaliar o letramento em três dimensões cruciais: funcional, comunicativa e crítica. Dessa forma, o questionário não afere apenas a capacidade básica de leitura de informações pertinentes à área da saúde (funcional), mas avança para alcançar a habilidade do paciente de extrair, compreender e aplicar as informações em seu cotidiano (comunicativa), além de analisar criticamente essas orientações para a tomada de decisão (crítica), conforme afirma Suka *et al.* (2013). Durante a condução do estudo, a aplicação das escalas Likert de cinco pontos ocorreu, muitas vezes, de forma mediada, exigindo do aplicador um grau preciso de sensibilidade para ler as questões de maneira dialogada e para auxiliar os pacientes no entendimento de seus relatos. Essa abordagem individualizada garantiu que as limitações pessoais não inviabilizassem a participação nem causassem constrangimentos, permitindo captar a real capacidade de entendimento e avaliação do candidato.

Neste estudo, que se encontra em andamento no projeto TPS, análises-piloto de uma amostra de 38 pacientes foram conduzidas e já demonstram algumas tendências interessantes. A ferramenta usada (HLS-14) possui uma escala que varia de 14 a 70

pontos, na qual escores mais elevados indicam um maior nível de letramento em saúde. A pontuação mínima observada foi de 34 pontos, enquanto a pontuação máxima foi de 61 pontos, com uma média de 47,71 ($\pm 5,95$). Para a análise exploratória, os indivíduos foram categorizados em grupos de baixo e alto letramento utilizando-se a mediana da distribuição dos escores, 48 pontos, uma vez que o instrumento não possui pontos de corte validados para essa classificação, tornando a mediana uma visão mais equilibrada dentro da amostra. Assim, dos 38 indivíduos avaliados, 16 (42,1%) apresentaram alto escore de letramento, enquanto 22 (57,9%) apresentaram baixo escore. A pontuação total do HLS-14 mostra uma tendência inversa em relação ao percentual de sangramento à sondagem, com um coeficiente de correlação negativo, embora sem significância no recorte de dados analisado ($r = -0,304$; $P = 0,063$).

Em análises preliminares, buscou-se entender o papel do letramento em diversos fatores que pudessem elucidar, ainda que precocemente, perspectivas de melhora nos protocolos de atendimento em manutenção. O risco de progressão da periodontite, conforme descrito por Lang & Tonetti (2003) agrega vários indicadores para categorizar o risco de recorrência e progressão da doença em indivíduos na TMP, e traz uma síntese de fatores comportamentais e biológicos, especificamente o tabagismo, a presença de diabetes, percentual de sangramento à sondagem, o número de bolsas residuais com ≥ 5 mm, o número de dentes perdidos e a razão de perda óssea/idade. Na amostra estudada, foi possível observar que entre os indivíduos considerados com baixo letramento, 91% estavam nas categorias de risco moderado/alto (55% no alto risco e 36% no risco moderado) e apenas 9% em baixo risco. Já entre os indivíduos com alto letramento, 75% estavam na categoria de risco moderado/alto (37,5% em cada uma das respectivas categorias) e 25% em baixo risco. Embora os resultados não tenham demonstrado diferença estatisticamente significativa até o presente momento, observa-se uma tendência clínica relevante de maior concentração de indivíduos classificados em risco moderado/alto para progressão da periodontite entre aqueles com baixo letramento em saúde. Esses achados permitem uma reflexão sobre estratégias de comunicação e educação em saúde mais individualizadas, que pudessem representar uma importante ferramenta complementar dentro dos protocolos de TMP. Dentre as estratégias de comunicação, podemos elencar modificações como utilização de linguagem simplificada, recursos visuais ilustrativos, aplicação de métodos de confirmação de compreensão, como o *teach-back*, além da estratificação do acompanhamento educativo, conforme o perfil de risco periodontal, para favorecer maior entendimento do paciente acerca da doença, adesão às orientações de autocuidado e comparecimento às consultas de manutenção.

A identificação de pacientes com menor letramento em saúde possibilitou a reorganização do cuidado dentro da TMP, com redução dos intervalos de consultas, intensificação das ações educativas e motivacionais e maior investimento na construção da autonomia para o autocuidado. Paralelamente, reconhecendo que os determinantes de saúde periodontal extrapolam o contexto odontológico, esses indivíduos foram encaminhados para outras ações de extensão para abordagens interdisciplinares nas áreas de endocrinologia, psicologia e nutrição, visando ao manejo de fatores de risco como tabagismo, e diabetes. Dessa forma, consideramos o letramento em saúde não apenas um fator individual, mas um componente potencialmente modificável dentro das estratégias de prevenção da recorrência e progressão da periodontite.

Na universidade, a extensão busca construir o conhecimento em conjunto com a comunidade. Ela conecta teoria e prática, permitindo que problemas sociais, culturais, econômicos e de saúde influenciem também a formação acadêmica e a produção científica. A qualidade do que é ofertado à população, quando o eixo da pesquisa é usado como uma ferramenta que auxilia e instrumentaliza a compreensão dos aspectos da sociedade, é significativamente melhorada. Nesse cenário, a integração entre os docentes, pós-graduandos e alunos da graduação abre espaço para interação dialógica, no qual o saber científico, produzido na universidade, e o saber popular, gerado no território, fundem-se para produzir novos conhecimentos e intervir de maneira transformadora na realidade social, como afirma Bertoldi (2026). O interesse científico pelo letramento em saúde bucal trouxe uma compreensão mais ampla para os alunos de graduação e de pós-graduação sobre dimensões relacionadas aos indivíduos que são determinantes para o sucesso da etapa de TMP. A comunicação eficiente entre os pacientes e equipe tem conduzido para uma maior ampliação no autocuidado domiciliar, objetivando reduzir a busca por serviços de urgência, a progressão de periodontite e outras doenças crônicas, como diabetes, fator de risco proximal para progressão da doença periodontal.

Desde as primeiras abordagens para a aplicação dos questionários e entrevista dos pacientes, ficou evidente que o contato com o paciente transcende muito além da simples métrica objetiva de pesquisa. Ao iniciar os diálogos, notamos uma forte necessidade de espaços de escuta individualizada. Muitos participantes utilizavam o momento do questionário para relatar angústias relacionadas à saúde sistêmica e bucal, lembrando episódios delicados que variavam desde um sangramento gengival até um diagnóstico de uma condição patológica grave. Esse cenário evidenciou que o papel de entrevistador sob a ótica da avaliação do letramento dos pacientes se associa de forma intrínseca com momentos de escuta e compreensão. Frequentemente, esses momentos são vistos pelos pacientes como um ponto de acolhimento, exigindo empatia para equilibrar o rigor metodológico da coleta de dados com a escuta ativa dessas narrativas, que muitas vezes explicam o comportamento de saúde do indivíduo e denotam sua relação com termos técnicos e informações passadas por outros profissionais da saúde. Além disso, no próprio autorrelato, os pacientes se apresentavam com diferentes níveis de comunicação. Alguns tinham dificuldade em lembrar as histórias e outros eram mais técnicos, tais diferenças eram percebidas também após avaliar o letramento dessas pessoas, pois os indivíduos que tinham maior dificuldade na interpretação das perguntas e cenários também tinham menor escore de letramento.

No contexto da graduação em Odontologia, essa imersão na realidade comunicacional do paciente promove uma reflexão estrutural sobre a nossa formação clínica. Muitas vezes, prioriza-se apenas o que é dito, negligenciando o modo como repassamos as instruções e como elas são, de fato, interpretadas por indivíduos que estão inseridos em condições que exaltam desigualdades sociais e econômicas. A Periodontia, especialmente na Terapia de Manutenção Periodontal, evidencia a diferença crucial entre o atendimento odontológico pontual — que costuma focar na resolução imediata de uma queixa — e o cuidado contínuo. Na vivência a longo prazo, a falta de adesão revela rapidamente as lacunas no letramento em saúde, demonstrando de forma prática que o sucesso a longo prazo depende diretamente de como o paciente entende as informações passadas.

A própria aplicação do questionário escancarou essas barreiras. A coleta de dados, por meio das entrevistas, mostrou-se longe de ser uma etapa automática, indiferente ou rígida. Nela, as nuances práticas variaram desde o constrangimento de alguns pacientes diante da necessidade de leitura do questionário, mais de uma vez, para o entendimento,

até a dificuldade de assimilação dos enunciados, dos eventos ou situações hipotéticas. Nesses momentos, ocorria frequentemente o conflito com um limite muito tênue: equilibrar a isenção e o rigor metodológico de um pesquisador com a empatia e o acolhimento imperativos a um futuro profissional de saúde. Quando o instrumento trazia à tona angústias reprimidas e dúvidas sobre a própria condição clínica, a pesquisa, inevitavelmente, precisava ceder espaço à escuta ativa em momentos de entendimento e partilha, que acabavam por ressaltar a relação dos pacientes com as informações da área da saúde e as formas que elas foram passadas a eles.

A Periodontia é, sem dúvida, a área de aprendizado da graduação que mais requer orientação e entendimento contínuo entre o aluno e o paciente. Dentro do ambiente acadêmico, entretanto, esse olhar humanizado muitas vezes concorre com a pressão do aprendizado prático e da execução clínica das técnicas. Durante as primeiras vivências em clínica, é natural que a ansiedade e a preocupação com a execução técnica se sobreponham à percepção da individualidade de quem atendemos. O foco excessivo no passo a passo do procedimento pode, infelizmente, nos afastar de um olhar mais amplo sobre quem está na cadeira odontológica.

Na visão do acadêmico, vivenciar e estudar essas diferentes nuances é ter uma prática ativa de entendimento e empatia, de enxergar as lacunas de comunicação e entender que é preciso personalizá-la para poder haver entendimento. Esse bloco de ações atua como um divisor de águas, transformando a perspectiva do acadêmico. Ademais, essa experiência enfatiza que a excelência técnica perde grande parte do seu impacto se não estiver aliada a uma comunicação compreensível e a uma escuta genuína. Ignorar esses aspectos é como falar com algo inanimado: não haverá conexão, tampouco adesão. Compreender o paciente como um todo significa reconhecer que, para o resultado clínico ser verdadeiramente alcançado, precisamos primeiro transpor a barreira da nossa própria forma de comunicação e da linguagem técnica, adaptando-as para enxergar e acolher a pessoa por trás do diagnóstico. Sob a ótica do aluno em formação, essa é a maior lição: devemos tratar e educar uma pessoa única, com história e peculiaridades individuais.

O trabalho com letramento na pós-graduação mostra que a linguagem técnica, valorizada no meio acadêmico e na pesquisa, pode ser insuficiente quando não é acompanhada de estratégias para melhorar o entendimento do paciente. O letramento traz a reflexão a respeito da individualidade do paciente, uma vez que a adesão às orientações é influenciada por muitos fatores, como o entendimento, renda, vínculo com o profissional, experiências prévias e acesso ao serviço. Em relação à barreira do entendimento, o reconhecimento do termo técnico não necessariamente significa a compreensão da real condição periodontal do indivíduo.

Como exemplo prático de comunicação baseada em letramento em saúde bucal, citamos que não é incomum ouvir do paciente: *“tenho uma lesão de furca”*. Porém, é importante que o paciente seja instrumentalizado para entender o que esta informação significa e o quais ações lhe são demandadas a partir desta informação. Quando nos preocupamos com o letramento do paciente, nesta situação, nos preocupamos que o paciente assimile que *“lesão de furca”* significa que aquela região sofre maior acúmulo de sujeira, e, conseqüentemente, demandará dele maior dedicação diária para o controle, e que é esta a ação necessária para evitar a perda futura daquele dente. Ao entender essa noção, ele tomará a decisão de aplicar os cuidados necessários no seu cotidiano.

Na ótica do docente, o processo de orientação discente na Periodontia parte-se do pressuposto do ensino e aprendizado basal da área. Contudo, o maior desafio

contemporâneo na formação acadêmica é ampliar o foco nas questões metodológicas relacionadas à avaliação diagnóstica centrada no indivíduo. Em TMP, compreender o paciente como susceptível ao risco em diferentes níveis - indivíduo, dente e sítio - exige do discente a habilidade de reconhecer que o foco precisa estar não somente na sua execução técnica, mas também na atuação sobre a etiologia da doença, no controle dos fatores de risco associados e na modificação dos fatores comportamentais passíveis de intervenção. Nesse cenário o letramento em saúde emerge como elemento fundamental, uma vez que o paciente precisa desenvolver habilidades de autogestão, compreensão crítica e tomada de decisão frente à sua condição crônica: a periodontite. Assim, torna-se necessário compartilhar o conhecimento de forma dialógica e acessível, favorecendo a quebra de paradigmas excessivamente tecnicistas e estimulando nos estudantes uma visão mais humanizada e ampliada do cuidado.

Percebe-se que tem sido desafiador para os alunos a mudança do modelo de atendimento. Mais do que compreender a doença periodontal, compreender o indivíduo acometido por ela, reconhecendo os fatores sociais, emocionais, culturais e comportamentais que influenciam sua adesão ao tratamento e sua capacidade de mudança de hábitos constituem importantes elementos para a eficácia do tratamento. Peculiarmente, há uma geração na sociedade marcada pelo imediatismo e pelo excesso de estímulos visuais; promover, entretanto, esse processo de reflexão crítica e mudança comportamental, dentro do ambiente universitário, representa um desafio adicional na formação em saúde, como afirma Araujo (2025).

A coleta de dados no trabalho com o letramento em TMP extrapola a etapa operacional da pesquisa. Ela traz uma reflexão conceitual sobre a forma como nos referimos aos diferentes perfis de pacientes em relação à adesão ao tratamento. Periodicamente chamamos de “não cooperadores” os indivíduos que não comparecem às consultas de manutenção e não executam as orientações recomendadas pelos profissionais (Costa et al., 2011; Costa et al., 2019). O termo por vezes pode trazer a ideia de indisciplina por parte dos nossos pacientes, porém a falta de cooperação pode ser reflexo de uma barreira de comunicação, atravessada por outros fatores sociais e econômicos determinantes. A adesão não é apenas individual, ela é produzida e reforçada diariamente com o estabelecimento de uma comunicação efetiva, que muitas vezes demanda do profissional a tradução dos termos estritamente tecnicistas para permitir ao paciente o reconhecimento do sentido prático, sem perder a precisão conceitual. Os indivíduos “cooperadores” são aqueles que conseguiram atravessar as barreiras relacionadas à adesão e ao autocuidado, incluindo as barreiras de comunicação e entendimento sobre seu estado de saúde.

Considerações finais

A pesquisa com letramento em saúde bucal evidenciou a importância de abranger conceitos de compreensão e de diálogo, dentro do cuidado periodontal, para fomentar a autogestão em saúde. A pesquisa também possibilitou identificar, na extensão universitária, um espaço privilegiado de formação humana, científica e social, fortalecendo a integração entre a comunidade acadêmica e a sociedade, contribuindo para uma prática odontológica mais crítica, ética e centrada no paciente. Essa possibilidade abre um eixo de discussão sobre o impacto que a formação em saúde precisa ter diante dos desafios na formação crítica, não somente dos nossos pacientes, para melhores escolhas, mas como dos alunos, que passam pelo processo ensino e aprendizado. São

futuros profissionais que necessitam do desenvolvimento de suas competências subjetivas para ouvir e mediar a construção interdisciplinar do cuidado periodontal.

Referências

ARAÚJO, L. B. D. A cultura imediatista do TikTok. *International Journal of Business Marketing*, v. 10, p. 27–39, 2025.

BATISTA, M. J. *et al.* Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item Health Literacy Scale. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 7, p. 2847–2857, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.22282018>.

BERTOLDI, A.; BROETTO, L. Percepções de estudantes sobre os impactos da extensão no ensino superior. *Revista Eletrônica Extensão em Debate*, v. 15, n. 25, 25 fev. 2026. DOI: <https://doi.org/10.28998/rexd.v25.19934>.

COSTA, F. O. *et al.* Oral impact on daily performance, personality traits, and compliance in periodontal maintenance therapy. *Journal of Periodontology*, v. 82, n. 8, p. 1146–1154, ago. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1902/jop.2011.100515>.

COSTA, F. O. *et al.* Impact of compliance during periodontal maintenance therapy on oral health-related quality of life: a 6-year follow-up. *Journal of Dentistry*, v. 83, p. 50–55, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2019.02.009>.

LANG, N. P.; TONETTI, M. S. Periodontal Risk Assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health & Preventive Dentistry*, v. 1, p. 7–16, 2003. PubMed PMID: 15643744.

MOMBELLI, A. Maintenance therapy for teeth and implants. *Periodontol 2000*, v. 79, n. 1, p. 190–199, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/prd.12255>. PubMed PMID: 30892766.

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH; U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The invisible barrier: literacy and its relationship with oral health. A report of a workgroup sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 65, n. 3, p. 174–182, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2005.tb02808.x>. PubMed PMID: 16171263.

SUKA, M. *et al.* The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine*, v. 18, n. 5, p. 407–415, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12199-013-0340-z>. PubMed PMID: 23689952; PMCID: PMC3773092.

SOARES, Lucas Morandi. O impacto da rotulagem nas escolhas alimentares de adolescentes. 2025. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Taubaté, Taubaté, 2025.



Considerações finais

Camila Lopes Ferreira⁶⁴
Nayara Fernanda Barchetta⁶⁵

1. Letramento, autocuidado, custos e economia de recursos em saúde

A crescente complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos impõe desafios tanto para os indivíduos quanto para gestores e profissionais. Entre esses desafios, o letramento em saúde emerge como um determinante crítico de desfechos clínicos, desempenho de autocuidado e de custos associados à prestação e utilização de serviços de saúde.

Contribuição do letramento para o autocuidado

O conceito de letramento em saúde transcende a mera capacidade de ler materiais informativos; ele se refere à habilidade de compreender, processar e utilizar informações de saúde para tomar decisões adequadas no cotidiano. Evidências empíricas sugerem que indivíduos com maiores níveis de letramento demonstram melhor engajamento em comportamentos de autocuidado, particularmente em doenças crônicas como diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, em que o gerenciamento diário dos sintomas é essencial para a manutenção da saúde e prevenção de complicações. Estudos indicam uma associação positiva entre letramento em saúde e comportamentos de autocuidado — incluindo adesão a tratamentos, monitoramento de sinais, mudanças de estilo de vida e reconhecimento de sintomas precoces — com moderação por fatores como autoeficácia e suporte social. (Dinh *et al.*, 2023; Lee & Chu, 2025; Tørris & Nortvedt, 2024)

A literatura também ressalta que estratégias educativas e de comunicação paciente-profissional podem melhorar o letramento em saúde, promovendo maior autonomia e capacidade de autogestão, especialmente em contextos de atenção primária à saúde (Sonoda *et al.*, 2024).

Impacto econômico do letramento na saúde

A relação entre letramento em saúde e economia de recursos é sustentada por múltiplas linhas de evidência. Revisões sistemáticas demonstram que níveis mais altos de letramento tendem a estar associados à redução de custos em serviços de saúde, incluindo gastos hospitalares, internações desnecessárias e despesas diretas dos pacientes (Tusoni *et al.*, 2025; Haun *et al.*, 2015; Eichler *et al.*, 2009; Baker *et al.*, 1998). Estudos de base populacional, como os conduzidos na China, quantificam o impacto econômico do baixo letramento em saúde como um fator que pode incrementar os gastos médicos individuais e agregados, sugerindo que intervenções efetivas no letramento podem resultar em economias substanciais aos sistemas de saúde e aos indivíduos. Adicionalmente, pesquisas emergentes indicam que o letramento pode mediar a relação entre condições clínicas (por exemplo, fragilidade em idosos) e custos de atenção à saúde, sugerindo que sua promoção deve ser integrada tanto em ações de prevenção quanto de cuidado clínico contínuo. (Kim *et al.*, 2025)

Esse conjunto de evidências aponta para um modelo causal em que o letramento em saúde contribui para reduzir eventos adversos evitáveis e, portanto, demanda menor utilização

⁶⁴ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU

⁶⁵ Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - UNITAU

de serviços de emergência e de tratamentos de alto custo. Nesse sentido, a economia de recursos em saúde deixa de ser apenas um subproduto de eficiência organizacional para se tornar um desfecho tangível de intervenções centradas no indivíduo.

Intersecção entre letramento, autocuidado e políticas de saúde

A análise integrada dessas dimensões demonstra que letramento e autocuidado não são práticas isoladas, mas componentes de um ciclo sustentado por políticas de promoção da saúde. Estratégias educacionais baseadas em evidências, comunicação efetiva e engajamento comunitário fortalecem a capacidade dos indivíduos de gerenciar riscos e adotar comportamentos saudáveis, enquanto reduzem a demanda por intervenções clínicas dispendiosas no longo prazo (Salmanpour *et al.*, 2025).

Esse enfoque compatibiliza-se com abordagens contemporâneas de economia em saúde, como análises de custo-efetividade, que valorizam intervenções que não apenas reduzem gastos, mas também melhoram a qualidade de vida e os resultados em saúde. A promoção do letramento, alinhada com modelos de autocuidado compartilhado e aprendizagem ao longo da vida, pode reduzir as disparidades em saúde geradas por determinantes sociais, como renda e educação, ampliando o impacto de políticas públicas. (Marques *et al.*, 2018; Tørris & Nortvedt, 2024; Eichler *et al.*, 2009)

Perspectivas e recomendações para a prática clínica e gestão em saúde

Com base nas evidências analisadas, propõe-se:

1. Incorporação estruturada de estratégias de letramento em saúde nos programas de educação em saúde e nos protocolos clínicos, especialmente na atenção primária e nas doenças crônicas.
2. Capacitação de profissionais de saúde em comunicação clínica centrada no paciente, visando reduzir barreiras cognitivas e promover entendimento ativo das recomendações de autocuidado.
3. Avaliação contínua dos níveis de letramento e autocuidado como indicadores de desempenho em sistemas de saúde, correlacionados com indicadores econômicos e de qualidade.
4. Políticas públicas que integrem promoção de letramento, prevenção e gestão de doenças crônicas, como parte de um modelo sustentável de atenção à saúde.

As evidências convergem para a noção de que o letramento em saúde, o autocuidado e a economia de recursos são dimensões interdependentes, cuja integração otimiza resultados clínicos e econômicos. A promoção do letramento em saúde deve ser encarada não apenas como intervenção educativa, mas como investimento estratégico para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a melhoria equitativa dos desfechos populacionais.

2. O momento do Brasil frente ao tema: evolução para o letramento

O Brasil encontra-se em um momento de transição conceitual e de maturação da agenda de letramento em saúde, com avanços significativos no arcabouço acadêmico, na incorporação do tema em pesquisas empíricas e na difusão de debates críticos que ultrapassam a simples definição de *letramento funcional*. Esse movimento é reflexo de uma crítica ampliação do conceito — de uma perspectiva inicial focada em habilidades básicas de leitura e compreensão de informações de saúde para um entendimento

multidimensional e contextualizado do letramento, incluindo competências críticas e sociais ligadas à tomada de decisão em saúde e ampliação do autocuidado. (Peres, 2023)

Historicamente, no Brasil, a discussão sobre letramento em saúde esteve associada predominantemente à alfabetização em saúde, entendido como capacidade funcional de compreender informações básicas para ações preventivas e autocuidado. O estudo de Peres e colaboradores (que analisou mais de 1400 documentos publicados entre 2005 e 2016) demonstra que, até meados da década de 2010, prevalecia essa associação com habilidades elementares, muitas vezes confundida com os termos “alfabetização” ou “letramento em saúde”, sem distinções claras. A partir de 2017, há um crescimento notável no uso do termo letramento em saúde em sua forma mais ampla, alinhado aos modelos internacionais que incorporam dimensões cognitiva, comunicativa e crítica. (Peres, 2023)

Nos últimos anos, observa-se um aumento substancial de estudos brasileiros que não apenas aplicam instrumentos validados para medir letramento (por exemplo, versões adaptadas para o contexto brasileiro de escalas internacionais como o HLS-EU), mas também investigam suas dimensões e implicações em grupos populacionais diversos — de usuários do SUS com doenças crônicas a adolescentes e idosos — contribuindo para maior compreensão do papel do letramento como determinante da saúde e da qualidade de vida. Estudos sobre perfis de letramento entre estudantes de profissões de saúde reforçam a necessidade de incorporar esse constructo nas formações e práticas clínicas, sinalizando um amadurecimento da disciplina no ambiente acadêmico e profissional. (Lima *et al.*, 2025; Pimentel *et al.*, 2024).

A literatura brasileira também tem refletido sobre a intersecção entre letramento em saúde e direitos sociais, destacando seu papel na efetivação do direito à saúde e na participação cidadã nos processos de cuidado e nos mecanismos de controle social do SUS. Essa perspectiva, que vai além da educação individual, coloca o letramento como ferramenta de empoderamento, equidade e corresponsabilidade social, alinhada à orientação de um SUS baseado na integralidade e na promoção da saúde. (Lopes *et al.*, 2025)

Apesar desses progressos, o Brasil enfrenta desafios substanciais: a existência de lacunas regionais na produção científica e na implementação de políticas orientadas para o letramento, a necessidade de instrumentos padronizados e contextualmente sensíveis para avaliação dos níveis de letramento, bem como a integração sistemática do tema nas estratégias de educação em saúde e serviços do SUS. A consolidação de uma agenda robusta dependerá de investimentos em pesquisa interdisciplinar, formação profissional e políticas públicas que incorporem o letramento em saúde como componente intrínseco das ações de promoção da saúde e de gestão em saúde pública. (Saboga-Nunes *et al.*, 2024)

Referências

- BAKER, D. W. *et al.* Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, v. 13, n. 12, p. 791-798, 1998. DOI: 10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x.
- DINH, T. T. H.; BONNER, A. Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. *BMC Health Services Research*, v. 23, n. 1, p. 923, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09907-5.

EICHLER, K.; WIESER, S.; BRÜGGER, U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, v. 54, n. 5, p. 313-324, 2009. DOI: 10.1007/s00038-009-0058-2.

HAUN, J. N. *et al.* Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Services Research*, v. 15, p. 249, 2015. DOI: 10.1186/s12913-015-0887-z.

KIM, H. S.; KIM, J. Mediating role of health literacy in relationship between frailty and medical costs in community-dwelling older adults. *Healthcare*, v. 13, n. 11, p. 1331, 2025. DOI: 10.3390/healthcare13111331.

LEE, H.; CHU, H. S. Moderating effect of health literacy on the relationship between diabetes self-management education and self-care monitoring activities among individuals with type 2 diabetes mellitus. *BMC Public Health*, v. 25, n. 1, p. 2530, 2025. DOI: 10.1186/s12889-025-23765-2.

LIMA, P. R. G. *et al.* Health literacy profiles of undergraduate health students in Brazil: a cluster analysis. *BMC Medical Education*, v. 25, n. 1, p. 743, 2025. DOI: 10.1186/s12909-025-07104-y.

LOPES, E. K. B.; LOPES, F. H.; MENDONÇA, M. C. Literacia em saúde como ferramenta promotora de direitos: uma análise de literatura a partir do fundamento do direito sanitário. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 16, n. 3, p. 251-257, 2025. DOI: 10.21727/rpu.v16i3.5245

MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Health literacy and self-rated health in adults primary care patients. *CoDAS*, v. 30, n. 2, e20170127, 2018. DOI: 10.1590/2317-1782/20182017127.

PERES, F. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1563-1573, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023285.14562022.

PIMENTEL, S. M. *et al.* Factors related to health literacy among Brazilian adolescents: cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 58, e20230310, 2024. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0310en.

SABOGA-NUNES, L. *et al.* Psychometric properties of the health literacy instrument in Brazil (HLS-EU-BR47). *BMC Public Health*, v. 24, n. 1, p. 1655, 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-19108-2.

SALMANPOUR, N. *et al.* The effect of self-care, self-efficacy, and health literacy on health-related quality of life in patients with hypertension: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, v. 25, n. 1, p. 2630, 2025. DOI: 10.1186/s12889-025-23914-7.

SONODA, B. M.; BONADIO, C. B.; KRAUSER, C. Health literacy development of primary health care patients: qualitative research. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 6, e20240154, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0154.

TØRRIS, C.; NORTVEDT, L. Health literacy and self-care among adult immigrants with type 2 diabetes: a scoping review. *BMC Public Health*, v. 24, n. 1, p. 3248, 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-20749-6.

TUSONI, F. *et al.* What is the impact of health literacy on healthcare costs? A systematic review and evidence synthesis. *BMJ Open*, v. 15, n. 12, e108816, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2025-108816.



UNITAU

Universidade de Taubaté



**CIÊNCIAS
DA SAÚDE**

Universidade de Taubaté

ISBN: 978-85-9561-244-0

CDL



9 788595 612440