



Melissa Wilson Senra

O analfabetismo funcional relativo a exames de sangue

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Administração de Empresas do Departamento de Administração da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Paulo Cesar de Mendonça Motta

Rio de Janeiro
Abril de 2012.



Melissa Wilson Senra

O analfabetismo funcional relativo a exames de sangue

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Administração de Empresas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Paulo Cesar de Mendonça Motta

Orientador

Departamento de Administração – PUC-Rio

Prof. Maria Angela Campelo de Melo

Departamento de Administração - PUC-Rio

Profª. Mônica Zaidan Gomes

FACC - UFRJ

Profª. Mônica Herz

Vice-Decana de Pós-Graduação do CCS

Rio de Janeiro, 17 de abril de 2012

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem a autorização da universidade, da autora e do orientador .

Melissa Wilson Senra

Graduou-se em Administração pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) em 2008. Publicou um estudo de caso na GV Casos (FGV, 2011), um estudo de caso no III Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade da ANPAD – EnEPQ (2011) e um artigo no VI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – SEGeT (2009). Desenvolve pesquisas acadêmicas em Administração focadas nas áreas de marketing e de estratégia.

Ficha Catalográfica

Senra, Melissa Wilson

O analfabetismo funcional relativo a exames de sangue / Melissa Wilson Senra ; orientador: Paulo Cesar de Mendonça Motta. – 2012.
84 f. il. (color.) ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Administração, 2012.
Inclui bibliografia

1. Engenharia civil – Teses. 2. Analfabetismo funcional. 3. TOFHLA. 4. Orientações médicas. 5. Exames de sangue. 6. Paciente como consumidor. I. Mota, Paulo Cesar de Mendonça. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Administração. III. Título.

CDD: 624

Agradecimentos

Primeiramente, quero agradecer a minha avó Nedda por tudo que ela fez por mim, por tudo que me ensinou e pelo que ela representa na minha vida, ela será eterna em minha lembrança.

À minha avó Decimar, por ser minha amiga, pelos ensinamentos, por ser um exemplo de caráter e ética a ser seguido, pelo incentivo para a minha formação, amor e muita oração.

À minha bisavó, Dercy, por ser uma lição de vida, uma mulher vitoriosa aclamada pelo Brasil e por mim, pelo apoio, carinho e amor.

À minha mãe, Moira, pelos ensinamentos, por ser minha melhor e grande amiga, pelo carinho e amor dedicados a mim.

Ao meu pai, Marcelo, por ser um amigo, pelo incentivo na minha formação, pelo amor e carinho.

Aos meus irmãos, Derek e Luke, por serem especiais para mim.

Ao meu padrinho e tio, Mauro, pela amizade, carinho e pelo apoio nesses últimos anos.

Ao meu padrasto, Paulo, pelo carinho, torcida, conselhos e incentivos.

Ao meu namorado, Roberto, pelo amor e carinho, paciência nesse momento difícil, por realizar os meus sonhos e por estar sempre ao meu lado.

Aos meus amigos, principalmente os médicos, pelo carinho, pela paciência, por estarem ao meu lado nesse momento tão decisivo e pela participação nesse trabalho.

Ao meu orientador, Paulo César Motta, pela extrema paciência, total comprometimento, brilhantes contribuições e por acreditar em mim mesmo nos momentos em que eu duvidava de mim mesma, pois sem ele eu não chegaria até aqui.

A CAPES e a PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Ao meu cachorro, Tukauê (in memorian), que nos 13 anos que vivemos juntos ele foi o meu melhor amigo e companheiro, e estará sempre no meu coração.

Ao meu cachorro, Negoção, que em todo momento que estava no computador sem poder dar atenção a ele ou sair para passear se comportou com um *gentleman*, sempre com seu olhar doce a espera de um carinho.

A todos os professores da PUC que cruzaram o meu caminho e contribuíram para a profissional e pessoa que sou hoje.

A todos os respondentes da pesquisa, segue aqui o meu muito obrigada decoração, sem eles este trabalho seria impossível.

Resumo

Senra, Melissa Wilson; Motta, Paulo César de Mendonça. **O Analfabetismo Funcional Relativo a Exames de Sangue**. Rio de Janeiro, 2012. 84p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este estudo tem como objetivo graduar a compreensão do consumidor de serviços médicos sobre exames de sangue. Por essa razão, o estudo junta-se à crescente atenção que o *marketing* vem dando ao impacto do analfabetismo funcional no comportamento do consumidor, particularmente em relação à utilização de serviços médicos. Entrevistas com médicos e pesquisas em sites e blogs de informações médicas serviram de base para a elaboração de uma prova de conhecimentos. A elaboração da prova foi inspirada em dois instrumentos de medida SILS (*The Single Item Literacy Screener*) e no TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*). A prova foi aplicada a uma amostra de pacientes que fizeram exames de sangue recentemente. Os resultados permitiram classificar os respondentes quanto a sua compreensão tanto das orientações médicas quanto dos resultados dos exames de sangue. Esta classificação mostra lacunas significativas na compreensão do consumidor. Os resultados mostram, também, o tipo de atenção que os profissionais de *marketing* que atuam nos laboratórios que executam exames sanguíneos e outros estabelecimentos que prestam serviços nessa esfera devem dar ao problema.

Palavras-chave

Analfabetismo funcional; TOFHLA; orientações médicas; exames de sangue; paciente como consumidor.

Abstract

Senra, Melissa Wilson; Motta, Paulo César de Mendonça (Advisor). **Functional Illiteracy Regarding Blood Tests.** Rio de Janeiro, 2012. 84p. MSc. Dissertation – Departamento de Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The purpose of this study is to measure the consumer understanding of medical services on blood tests. For this reason, the study joins the growing attention that marketing has given to the impact of functional illiteracy in consumer behavior, particularly in relation to the use of medical services. Interviews with physicians and research in sites and blogs related to medical information were used to develop the test. The elaboration of the test was inspired by two measuring instruments SILS (Single Item Literacy Screener The) and the TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults). The test was applied to a sample of patients who had blood drawn recently. The results allowed us to classify the respondents as either their understanding of medical instructions as the results of blood tests. This classification shows significant gaps in consumer understanding. The results also show the kind of attention that marketers who work in laboratories that perform blood tests and other establishments that provide medical services should give the problem.

Keywords

Functional illiteracy; TOFHLA; medical guidelines; blood tests; patient as a consumer.

Sumário

1 O problema	13
1.1. Introdução	13
1.2. Objetivo Final	17
1.3. Objetivos Intermediários	17
1.4. Delimitação do Estudo	17
1.5. Relevância do Estudo	18
2 Revisão de Literatura	19
2.1. Analfabetismo Funcional	19
2.2. O Analfabetismo Funcional e os Processos Cognitivos do Consumidor	21
2.3. Paciente como consumidor	22
2.4. Os Encontros e as Evidências de Serviço	26
2.5. <i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i> (TOFHLA)	29
2.6. <i>Short Test of Functional Health Literacy in Adults</i> (S-TOFHLA)	31
2.7. <i>Single Item Literacy Screener</i> (SILS)	32
2.8. Hipóteses	34
3 Metodologia	36
3.1. O Método	36
3.2. Universo e processo de amostragem	42
3.3. Perfil da Amostra	42
3.3.1. Gênero	42
3.3.2. Faixa etária	43
3.3.3. Nível de escolaridade	43
3.3.4. Renda Familiar	44
4 Resultados	45
4.1. Análise das entrevistas em profundidade	45
4.2. Análise de dificuldade do teste	46

4.3. Análise do índice de discriminação	47
4.4. Análise do alpha de Cronbach	49
4.5. Análise da amostra geral	49
4.6. Análise das hipóteses	50
4.6.1. Hipótese 1	51
4.6.2. Hipótese 2	53
4.6.3. Hipótese 3	56
4.6.4. Hipótese 4	60
5 Discussão e Conclusão	63
5.1. Implicações na relação médico-paciente e na qualidade percebida	64
5.2. Implicações gerenciais	66
5.3. Sugestões para Pesquisas Futuras	67
6 Referencial Bibliográfico	70
Anexo 1 – Tabelas e análises do SPSS	74
Anexo 2 – Teste aplicado	79

Lista de figuras

Figura 1: Modelo genérico de Gronroos (1995)	23
Figura 2: Facilidade e Dificuldade na Avaliação de Serviços(Fonte: (Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011)	24
Figura 3: A evidência do serviço do ponto de vista do cliente (Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011).	28
Figura 4: Matrix de design de métodos mistos (Jogulu e Pansiri, 2011).	37

Lista de tabelas

Tabela 1: Etapas do método	41
Tabela 2: Perfil da amostra quanto ao gênero.	43
Tabela 3: Perfil da amostra quanto à faixa etária	43
Tabela 4: Perfil da amostra quanto à escolaridade	44
Tabela 5: Perfil da amostra quanto à renda familiar	44
Tabela 6: Índice de dificuldade de cada questão	47
Tabela 7: Índice de discriminação de cada questão.	48
Tabela 8: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA da amostra geral	49
Tabela 9: Resultado do SILS da amostra geral.	50
Tabela 10: Média de acertos de homes e mulheres	51
Tabela 11: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA dos homens	51
Tabela 12: Resultado SILS dos homens	52
Tabela 13: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA das mulheres	52
Tabela 14: Resultado SILS das mulheres	52
Tabela 15: Média de acertos por faixa etária	53
Tabela 16: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA de até 25 anos	54
Tabela 17: Resultado SILS de até 25 anos	54
Tabela 18: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA de 25 a 50anos	54
Tabela 19: Resultado SILS de 25 a 50anos	55
Tabela 20: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA acima de 50 anos	55
Tabela 21: Resultado SILS acima de 50 anos	56
Tabela 22: Média de acertos por nível de escolaridade	56
Tabela 23: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA de baixa Escolaridade	57
Tabela 24: Resultado SILS de baixa escolaridade	57
Tabela 25: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA de média Escolaridade	57
Tabela 26: Resultado SILS de média escolaridade	58
Tabela 27: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA de alta escolaridade	58
Tabela 28: Resultado SILS de alta escolaridade	58
Tabela 29: Resultado da prova inspirada no S-TOFHFLA de super Escolaridade	59
Tabela 30: Resultado SILS de super escolaridade	59

Tabela 31: Média de acertos por renda familiar.	60
Tabela 32: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de 1 a 4 salários	60
Tabela 33: Resultado SILS de 1 a 4 salários	61
Tabela 34: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de 5 a 7 salários	61
Tabela 35: Resultado SILS de 5 a 7 salários	61
Tabela 36: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA acima de 7 salários	62
Tabela 37: Resultado SILS de acima de 7 salários	62

1

O problema

Esse capítulo volta-se à apresentação do tema do estudo que se pretende desenvolver. Assim, apresenta-se o problema que suscitou a proposta de investigação e respectivos objetivos de pesquisa. Na sequência, são indicadas a relevância e a delimitação do estudo.

1.1. Introdução

A quantas anda o seu colesterol ruim? E o bom? E a glicose? Todos eles são testados com um exame de sangue, no qual, vêm discriminados, junto com o resultado, os valores limítrofes de cada um. O paciente consegue concluir quem está alto ou baixo, mas saber quem é quem e o que eles significam ou podem causar já é outra estória. Tentar entender os resultados de um exame laboratorial sanguíneo é um desafio para os que não falam mediquês e não atuam na área da saúde.

Os médicos costumam pedir exames de sangue quase sempre que os visitamos e ficamos apreensivos durante a espera do resultado e depois de lê-los. Existem vários tipos de exame de sangue que calculam as inúmeras taxas que circulam no corpo humano. Eles têm o objetivo de contribuir para o diagnóstico, tratamento, monitoração ou prevenção de doenças ou qualquer alteração no equilíbrio físico do paciente (Proplan, 2008). Ao receber os resultados, somos reduzidos a uma sopa de letrinhas e números que poderão ser responsáveis por algumas mudanças no nosso jeito de viver, algumas mudanças são drásticas e outras não.

Os pacientes não devem se sentir mal ao ler um resultado e não conseguir entendê-lo. Na verdade, a sopa de letrinhas e números não foi redigida para sua compreensão, o motivo pelo qual o paciente recebe seu resultado dos exames é devido à legislação vigente (Coltri, 2008). A medicina envolve um conhecimento específico e complexo e, por lidar com a vida do ser humano, o paciente se esforça para entender esse mundo.

Por se tratar de conhecimentos específicos, é muito comum na área médica o emprego do construto analfabetismo funcional, e na área acadêmica, existem várias pesquisas que abordam esse tema. Ele discorre sobre a dificuldade que o indivíduo tem de ler e compreender as comunicações, sejam escritas ou faladas, provenientes das áreas de domínios técnicos.

Ao longo dos anos, a definição de analfabetismo sofreu revisões significativas como reflexo das mudanças sociais, econômicas e culturais. Nos anos 60, a UNESCO definia como alfabetizada uma pessoa capaz de ler e escrever um enunciado simples, relacionado à sua vida diária. Em meados dos anos 80, a UNESCO passa a adotar os conceitos de analfabetismo e alfabetismo funcional. Sendo assim, é considerada alfabetizada funcionalmente a pessoa capaz de utilizar a leitura e escrita e habilidades matemáticas para fazer frente às demandas de seu contexto social e utilizá-las para continuar aprendendo e se desenvolvendo ao longo da vida (UNESCO, 2003).

O letramento vem sendo, cada vez mais, objeto de estudo de pesquisas acadêmicas, por meio de seus efeitos e consequências no contexto socioeconômico e cultural da população. Mesmo assim, a área de *marketing*, aborda pouco a questão dos diferentes níveis de capacidade de ler, escrever, compreensão e cognitiva dos consumidores e suas influências na esfera mercadológica. O grau de analfabetismo funcional faz-se relevante na área da saúde porque trata da vida, e qualquer perda de informação na comunicação entre o paciente e o profissional da saúde pode ter impacto negativo no bem estar do paciente. Cabe ao médico perceber esta falha de comunicação devido à falta ou baixa capacidade de assimilação das explicações e orientações médicas experimentadas pelo paciente e usar ferramentas que auxiliem a compreensão das informações pelo paciente (Lucchese e Ledur, 2008 e Cupillo, 2010).

A relação médico-paciente está inserida numa prestação de serviços, em que o médico é o provedor de serviços e o paciente seu consumidor e acontece uma transação ou troca, sendo que os níveis de informação são diferentes. Essa diferença de conhecimento inspira poder para o médico em detrimento do paciente, já que ele possui o conhecimento para influenciar a decisão do paciente sobre sua vida. Isso pode ser uma das razões para a necessidade do paciente em procurar informações, talvez como forma de mitigar essa balança desfavorável de conhecimento e ter outras fontes para embasar e justificar sua decisão (Fernandes, 1993 e Moura, 2011).

A Internet instigou novas formas de negócios, difusão da informação, novas abordagens e práticas de *marketing* dentre outros, transformando e

inovando diferentes áreas de conhecimento e criando novos conceitos para palavras já usadas como conectividade (Baker, Wagner, Singer e Bundorf, 2003, Hesse, Nelson e Kreps et al., 2005, Cova e Pace, 2006, Cova et al., 2007 e Simmons, 2008). Podemos citar como áreas afetadas por tal advento a medicina e, conseqüentemente, a relação médico-paciente. Uma das formas de interferência da Internet nesses campos dá-se pela disseminação da informação, pois qualquer pessoa que tenha acesso à Internet pode buscar qualquer informação sobre infinitos temas, inclusive sobre tratamentos, procedimentos médicos, exames, remédios e outros tipos de informações sobre saúde e medicina (Hesse, Nelson e Kreps et al., 2005). Mas há divergências sobre o papel da Internet ser uma evolução positiva ou negativa para área de conhecimento supracitada.

Alguns médicos afirmam que a Internet explora novas formas de comunicação entre médico-paciente e que a confiança no médico e sua posição como detentor do conhecimento não foi afetada, apenas houve uma mudança na relação médico-paciente de subordinação (o médico tem o poder e o paciente obedece) para parceria (em que os dois, através do conhecimento específico do médico e da pesquisa do paciente, tentam encontrar a melhor forma para resolver o problema) em busca da melhor solução (Hesse, Nelson e Kreps et al., 2005 e Murray, Lo e Pollack et al, 2003).

Outros afirmam que a intervenção da Internet como fonte de informação colocou o médico numa posição difícil e desafiadora, pois os pacientes já chegam munidos de informações provenientes da Internet e demandando exames e procedimentos sem se importar com a opinião capacitada por anos de estudos e experiência do médico (Moura, 2011, Hesse, Nelson e Kreps et al., 2005 e Murray, Lo e Pollack et al, 2003).

Existem outras maneiras de buscar informações que podem afetar, seja positivamente ou negativamente, a relação médico-paciente. Uma, também muito usada, são grupos de referência como amigos que são médicos, familiares e amigos. Os grupos de referência, assim como a Internet, exercem o papel de capacitar o conhecimento do paciente, seja numa tentativa de tornar tangível o serviço por parte do paciente, ou minimizar a lacuna de conhecimento existente entre medico-paciente, em que o paciente se sente mais confortável ou confiante para discutir seu problema de saúde (Moura, 2011 e Baker, Wagner, Singer e Bundorf, 2003).

Ainda há médicos que concordam com o curso de tratamento proposto pelo paciente, mesmo que este apresente riscos maiores e mais graves do que

outros procedimentos mais adequado, com a intenção de satisfazê-los. Mas a medicina lida com a vida dos pacientes trazendo uma questão ética para a problemática da relação médico-paciente. Não se pode almejar a satisfação do cliente colocando sua vida em riscos desnecessários (Murray, Lo e Pollack et al, 2003).

Analisando o paciente como consumidor e o médico como um prestador de serviços, cabe ao médico buscar a satisfação do paciente como consumidor e fidelizá-lo, aprimorando a qualidade do atendimento. Se o paciente tiver uma experiência positiva com o serviço pela percepção de qualidade, o paciente estará satisfeito e recomendará o médico para outras pessoas, caracterizando um *marketing* boca-a-boca. Assim como em todo serviço, a avaliação da qualidade percebida fica comprometida por meio da intangibilidade do serviço. (Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011).

Os prestadores de serviços médicos devem reconhecer o paciente como um cliente, a importância dos encontros na execução de serviços e como, estando inserido em um serviço intensivo de conhecimento (desequilíbrio de conhecimento entre prestador e consumidor), pode alcançar a satisfação do paciente sem ter que se render à suas demandas e redirecionar sua compreensão e razão à forma de tratamento adequada para seu caso (Peter e Olson, 2009 e Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011 e Moura, 2011).

Os exames de sangue são os exames mais comuns pedidos pelos médicos e podem trazer resultados de doenças graves como leucemia, mais comuns como uma infecção, e outras doenças como diabete e problemas da tireoide, dentre outras mil existentes. O paciente angustiado com seus resultados tende a procurar na Internet o que eles significam e nem todos os *sites* são confiáveis, mas ele prefere arriscar do que apenas confiar na palavra do médico. Em alguns casos o paciente chega a se automedicar seguindo orientação de *blogs* e *sites* ou grupos de referência colocando sua saúde em risco, do que confiar no julgamento do médico.

Foi dentro deste contexto complexo e revoltoso que surgiu o problema que este estudo pretende investigar: Como se encontra o nível de letramento funcional sobre exames laboratoriais de sangue dos pacientes residentes na cidade do Rio de Janeiro?

1.2. Objetivo Final

Portanto este trabalho visa medir o grau de analfabetismo funcional sobre exames laboratoriais de sangue dos pacientes residentes na cidade do Rio de Janeiro, utilizando dois instrumentos: uma prova inspirada no método do S-TOFHLA e o SILS que consiste em apenas uma pergunta.

Devido aos exames de sangue serem os mais comuns na área médica, o fato do produto final da prestação do serviço médico ser a vida, a crescente falta de confiança no médico e a procura de respostas pelos pacientes na Internet sobre seus resultados cabe mensurar as habilidades de ler, escrever, compreensão e cognitivas dos pacientes a cerca dos exames de sangue.

1.3. Objetivos Intermediários

Para se atingir o objetivo final proposto esse estudo prevê, como objetivos intermediários a serem alcançados, que:

- ✓ Medir o grau de analfabetismo funcional utilizando um método inspirado no S-TOFHLA quanto as seguintes características gênero, faixa etária, nível de escolaridade e renda familiar.
- ✓ Medir o grau de analfabetismo funcional utilizando o método inspirado no SILS quanto as seguintes características gênero, faixa etária, nível de escolaridade e renda familiar.
- ✓ Investigar se há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto: ao gênero, a idade, ao nível de escolaridade e a renda familiar.
- ✓ Comparar os resultados obtidos no método inspirado pelo S-TOFHLA e o SILS.

1.4. Delimitação do Estudo

Este estudo pretende medir o grau de analfabetismo funcional sobre exames laboratoriais de sangue dos pacientes residentes na cidade do Rio de Janeiro. Apenas serão estudadas especialidades que incluam a requisição de exames de sangue. O foco será no paciente e não no acompanhante.

As teorias abordadas dentro de *marketing* de serviços são a avaliação da qualidade percebida do serviço, as características de pesquisa, experiência e credibilidade, os encontros de serviço e suas evidências. Quanto ao comportamento do consumidor são abordados os processos cognitivos do consumidor percorridos durante seu processo de tomada de decisão de compra ou escolha do serviço e os riscos percebidos associados.

A pesquisa foi realizada com médicos e pacientes residentes no Rio de Janeiro. Esta é a sua delimitação geográfica.

Embora relevante, não se pretende tratar da questão de outros tipos de serviços que são intensivos em conhecimento sob o foco do analfabetismo funcional. O estudo proposto limita-se a relação médico-paciente.

1.5. Relevância do Estudo

Esta pesquisa traz contribuições para a sociedade acadêmico-científica, pois estuda a problemática do analfabetismo funcional pouco abordado na área de *marketing*. E também, pode servir como fonte bibliográfica para outros pesquisadores que estejam estudando o tema discutido. Podem-se incluir pesquisadores que queiram usar o mesmo tipo de metodologia de pesquisa ou como base para pesquisas futuras.

Este estudo se faz interessante para médicos e pacientes envolvidos na problemática abordada, para um melhor entendimento e compreensão do analfabetismo funcional e suas consequências, visando estabelecer ou aperfeiçoar a relação existente entre eles.

Organizações e entidades que atuam na área da saúde podem fazer uso deste estudo, visando entender melhor o seu cliente sob a luz de uma perspectiva diferenciada. Partindo do analfabetismo funcional existente nesta área, buscando aprimorar a comunicação com o paciente, e por fim, o serviço médico prestado. E ainda se beneficiar dos conceitos apresentados sobre *marketing* de serviços neste trabalho com o objetivo de identificar formas de melhorar a experiência do cliente.

Prestadores de serviços e clientes de outros tipos de serviços intensivos em conhecimento podem usar este estudo como fonte de aprendizado para lidar com as situações que apresentam um desequilíbrio de conhecimento. Assim como os médicos e pacientes, uma melhor compreensão do problema pode resultar em relacionamentos duradouros, fidelização e lucro.

2 Revisão de literatura

Neste capítulo são discutidos aspectos teóricos e estudos relacionados ao tema de investigação. Esta seção está dividida em oito partes e abordam, respectivamente, a questão do analfabetismo funcional, o analfabetismo e os processos cognitivos do consumidor, o paciente como consumidor, os encontros e as evidências de serviço, o TOFHILA, o S-TOFHILA, e por fim o SILS.

2.1. Analfabetismo Funcional

O alfabetismo é uma habilidade individual que interfere na capacidade do ser humano de interagir no seu contexto sociocultural. Ele não representa apenas a dicotomia que separa quem sabe ler e escrever de quem não sabe, seu conceito vai além dessas premissas (Baker et al, 1999, Wallendorf, 2001 e Viswanathan, Rosa e Harris, 2005). Wallendorf (2001) o define como “um indicador contínuo e multidimensional da proficiência em usar a leitura e escrita que refletem na capacidade de produzir inferências lógicas e pensamento crítico”. Ribeiro (2004) também analisa o significado do alfabetismo não apenas por essa dicotomia, e o associa a problemas culturais e socioeconômicos.

A UNESCO (2009) publicou uma definição de alfabetismo que capta a pluralidade e o dinamismo deste conceito e como ele afeta as áreas do cotidiano como trabalho e lazer. Esta organização definiu alfabetismo como sendo a habilidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e assimilar materiais impressos e escritos associados a diversos contextos. Ele envolve um *continuum* de aprendizagem que permite que os indivíduos atinjam seus objetivos, desenvolvam seus conhecimentos e potencial e participem plenamente na sua comunidade e na sociedade em geral. Percebe-se nessa descrição uma conexão com o *marketing*, especificamente com o comportamento do consumidor e seus processos cognitivos na tomada de decisão de compra. O uso do conceito de analfabetismo funcional no *marketing* é relativamente novo.

O Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional (INAF) revela os níveis de analfabetismo funcional da população brasileira adulta (15 a 64 anos), e também se baseia num conceito abrangente de alfabetismo. Este conceito engloba não só as habilidades de leitura, escrita e cálculo numérico, assim como as práticas utilizadas para essas habilidades e a representação numérica dos vários segmentos sociais, em diferentes contextos (Ribeiro, 2004).

O que coloquialmente é chamado de analfabetismo (não saber ler e escrever) é classificado por analfabetismo absoluto. Já o analfabetismo funcional corresponde às pessoas que tiveram acesso limitado à escolarização ou possuem um conhecimento limitado das atividades de ler e escrever incapacitando sua habilidade de compreensão (Ribeiro, 2004), ou seja, significa que essas pessoas não possuem o conhecimento necessário para exercer suas funções inseridas no seu contexto sociocultural (Wallendorf, 2001).

No Brasil uma pessoa é considerada analfabeta funcional se tiver apenas quatro anos de escolaridade, enquanto nos Estados Unidos são oito anos. No entanto, Ribeiro (2004) discute se quatro anos de escolaridade são suficientes para qualificar um indivíduo como analfabeto funcional, levando em consideração as condições ainda precárias do ensino nas escolas públicas no Brasil. Para Ribeiro, deveria ser utilizado o mesmo critério dos Estados Unidos, oito anos, que se mostra mais efetivo e coerente para classificação de tal característica no Brasil (Ribeiro, 2004).

De acordo com o INAF, 27% da população brasileira consistem em analfabetos funcionais. A grande maioria (85%) deste universo se encontra nas camadas de baixa renda (INAF, 2009). Mas existem analfabetos funcionais que independente de seu grau de instrução (podendo este ser elevado), apresentam pouca habilidade de compreensão em campos específicos. Para esses, os serviços de saúde, prescrições médicas, exames e até mesmo uma consulta podem representar um desafio. Podem-se citar outros exemplos como automóveis, informática, dentre outros (Ribeiro, 2004).

Na última década, o analfabetismo funcional na área médica se tornou um tema recorrente, pois os pesquisadores perceberam sua relevância e sua relação com o conhecimento e comportamento do paciente, suas consequências e seus custos. O alfabetismo funcional na área médica é descrito como sendo o caminho para melhorar a qualidade da saúde do paciente. Neste setor, o conceito de alfabetismo passa por uma adaptação que resulta em um conjunto de habilidades individuais (obter, processar e entender) para lidar com informações básicas sobre saúde, tratamentos e serviços médicos necessários

para tomada de decisões apropriadas para o seu bem estar (Adkins e Corus, 2009, Baker, 2006, Hanchate et al, 2008, Griffin et al, 2010, Paasche-Orlow et al, 2005).

Vários estudos foram realizados utilizando o conceito de alfabetismo funcional na área médica. Eles surgiram nas décadas de 1980 e 1990, com o objetivo de facilitar a comunicação entre médicos e pacientes, buscando maior entendimento do fenômeno. Alguns estudos focam em doenças crônicas como diabetes, AIDS, pressão alta, doenças do coração, asma, outros focam em diferenças de idade, gênero, raça e renda, dentre outros (Baker et al, 1999, Kalichman e Rompa, 2000, Morris, MacLean e Littenberg, 2006, Pleasant e Kuruvilla, 2008).

2.2.

O Analfabetismo Funcional e os Processos Cognitivos do Consumidor

A tomada de decisão do consumidor percorre o reconhecimento do problema, a busca por informações e soluções alternativas, avaliação das mesmas, a compra, a experiência e a avaliação pós-consumo. Cabe avaliar os processos cognitivos envolvidos neste processo e como eles são afetados pelo constructo analisado neste estudo. Ainda mais na área da saúde em que o envolvimento é maior devido à manufatura ser a vida, que é de extrema importância e relevância para o paciente (Peter e Olson, 2009, Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011).

Esses processos cognitivos que o consumidor percorre durante a tomada de decisão de compra de um produto ou serviço são: interpretação e integração. O processo de interpretação abrange a atenção e a compreensão do consumidor e vão influenciar a formação e armazenamento de conhecimento, significados e crenças (Peter e Olson, 2009). Estes processos cognitivos já sofrem limitações inerentes a qualquer pessoa devido à racionalidade limitada, ou seja, o consumidor não tem acesso e nem tempo de buscar todas as informações que existem, e a capacidade cognitiva, que significa que o indivíduo possui uma capacidade limitada de processar informações (Bettman, Luce, Payne, 1998).

No processo de interpretação, quanto à atenção, o iletrado funcional consegue perceber os anúncios e propagandas, seja de forma voluntária ou involuntária. Mas já a compreensão fica comprometida, uma vez que o analfabeto funcional possui nenhuma ou pouca capacidade de absorver as informações a que é exposto no ambiente, que é o *input* do sistema de tomada

de decisão do consumidor. Isto prejudica a obtenção e retenção de novos conhecimentos significados e crenças. A incapacidade de compreensão pode acarretar ainda o armazenamento de conhecimentos equivocados sobre o produto ou serviço, afetando sua decisão de compra (Jae e Delvechio, 2004, Viswanathan, Rosa e Harris, 2005 e Peter e Olson, 2009).

Da mesma forma que o processo de interpretação é influenciado pelo grau de analfabetismo funcional do indivíduo, o mesmo acontece no processo de integração, até porque as informações do primeiro são utilizadas no segundo. O processo de integração compila as atitudes e intenções de compra do consumidor, que irão resultar no comportamento, que é o *output* do processo decisório (Peter e Olson, 2009). Um consumidor analfabeto pode presumir, partindo de seu processo cognitivo, que um produto ou serviço não atenda suas necessidades ou concluir que seja de má qualidade, passando esta informação para outras pessoas, gerando um *marketing* boca-a-boca negativo.

Sendo assim, podemos perceber a importância e o impacto dos consumidores analfabetos funcionais no ambiente de compra. As empresas devem se preocupar em produzir desde campanhas e até manuais levando em consideração este tipo de consumidor, com o objetivo de informá-los e ensiná-los, minimizando os efeitos negativos provenientes da falta de compreensão de tais indivíduos (Kunreuther e Slovic, 2001, Viswanathan, Rosa e Harris, 2005 e Peter e Olson, 2009 e Kunreuther e Slovic, 2001).

A falta de informação, conhecimento e compreensão experimentada pelos consumidores analfabetos funcionais e a dificuldade de tomar uma decisão de compra geram desconforto, fazendo com que eles se sintam desconectados, dependentes e envergonhados, e ainda sofrem com o estigma de serem considerados analfabetos e ignorantes, termos que carregam conotações negativas (Ribeiro, 2004). Essa classe de consumidor, devido a sua condição peculiar, enfrenta maiores riscos associados a suas compras e utilizam estratégias de mitigação, numa tentativa de minimizar estes riscos e lidar com o estigma aos olhos da sociedade (Viswanathan, Rosa e Harris, 2005).

2.3. Paciente como consumidor

O incremento no nível de exigência do consumidor é um fenômeno que abrange produtos e serviços. O consumidor moderno tem conhecimento de seus direitos e de como exercê-los. No setor da saúde, este incremento, somado a

vários fatores, tais como situação econômica do país, concorrência, o desenvolvimento do campo das ciências médicas e o advento da Internet, faz com que os pacientes, ao transitarem pelo mundo da medicina, procurem e comparem preços, tratamentos, médicos, clínicas, hospitais, medicamentos e planos de saúde. Esse novo paradigma do paciente como consumidor sugere que os pacientes baseiam sua decisão de compra na percepção do serviço, qualidade, custo, experiência pessoal e sua busca de informações, seja com outros consumidores ou a Internet (Stephens, 2010).

No Brasil, os médicos e os pacientes lidam com a complicada realidade de deterioração do sistema público de saúde e a dependência de empresas privadas que atuam no setor. O médico ainda enfrenta o aumento do nível de exigências e demandas dos pacientes e a concorrência entre profissionais. Sendo, assim, os médicos devem estar atentos quanto à qualidade do serviço prestado e como os pacientes a avaliam. Ainda que eles tenham dificuldades em analisá-lo, não devem deixar de avaliá-lo (Urda e Huertas, 2003 e Leite e Arruda, 2007).

Urda e Huertas (2003) propõem, com base no modelo genérico de Grönroos (1995), representado na figura 1, que a qualidade nos serviços de saúde abarca dois domínios: o técnico (qualidade técnica) e o interpessoal (qualidade funcional). O técnico se refere à capacidade técnica e conhecimento do médico em gerenciar e resolver o problema do paciente. E o interpessoal abrange a interação social e psicológica entre o paciente e o profissional de saúde, como também o ambiente em que é fornecido o serviço.

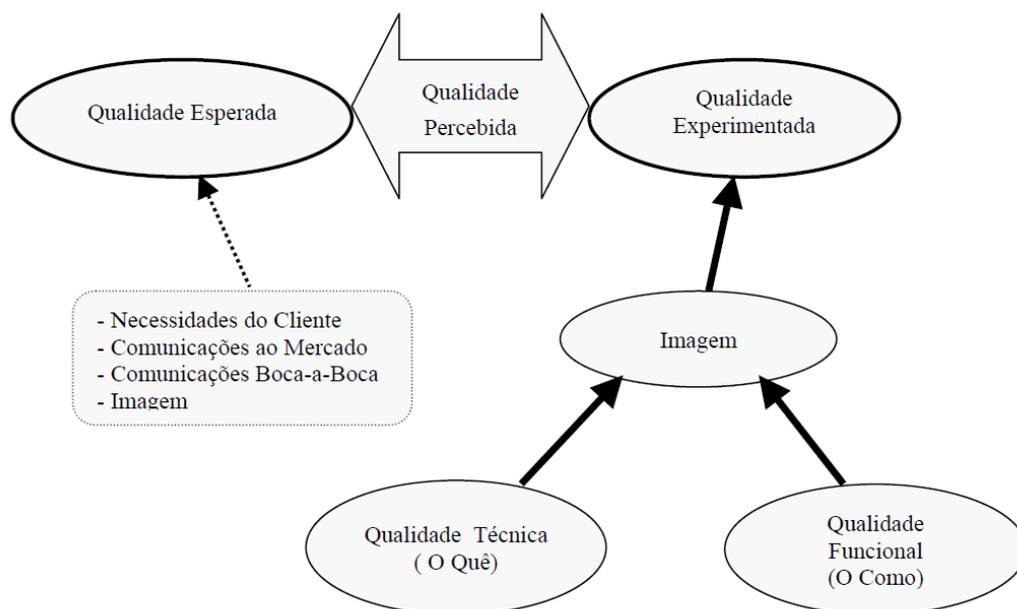


Figura 1: Modelo genérico de Groonröos (1995)

A avaliação da qualidade percebida é composta pela comparação da qualidade esperada formada pelas expectativas do paciente e a qualidade experimentada, ou seja, a diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido que será balanceado pelas expectativas e percepções do paciente. A qualidade percebida será positiva quando a qualidade experimentada alcança ou ultrapassa as expectativas do consumidor (Gronröos, 1995, Urdan e Huertas, 2003 e Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011).

Mas este processo de avaliação de serviços abrange três características, são elas: de pesquisa, de experiência e de credibilidade. As qualidades de pesquisa são os atributos que o cliente pode identificar e definir antes da compra, ele pode pesquisar, por exemplo, sobre preço, modelo, emoção provocada, cor, tamanho, dentre outros. As qualidades de experiência são os atributos que só podem ser delineados e percebidos após a compra ou durante o consumo, eles podem incluir o sabor e a sensação causada pelo uso. Por fim, as qualidades de credibilidade que envolve as características, que no ponto de vista do consumidor, podem ser impossíveis de julgar, inclusive depois da aquisição e consumo. Esta última apresenta um desafio para os serviços médicos que são considerados os mais difíceis de avaliar por terem um alto teor de características de credibilidade, como mostrado na figura 2 (Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011).

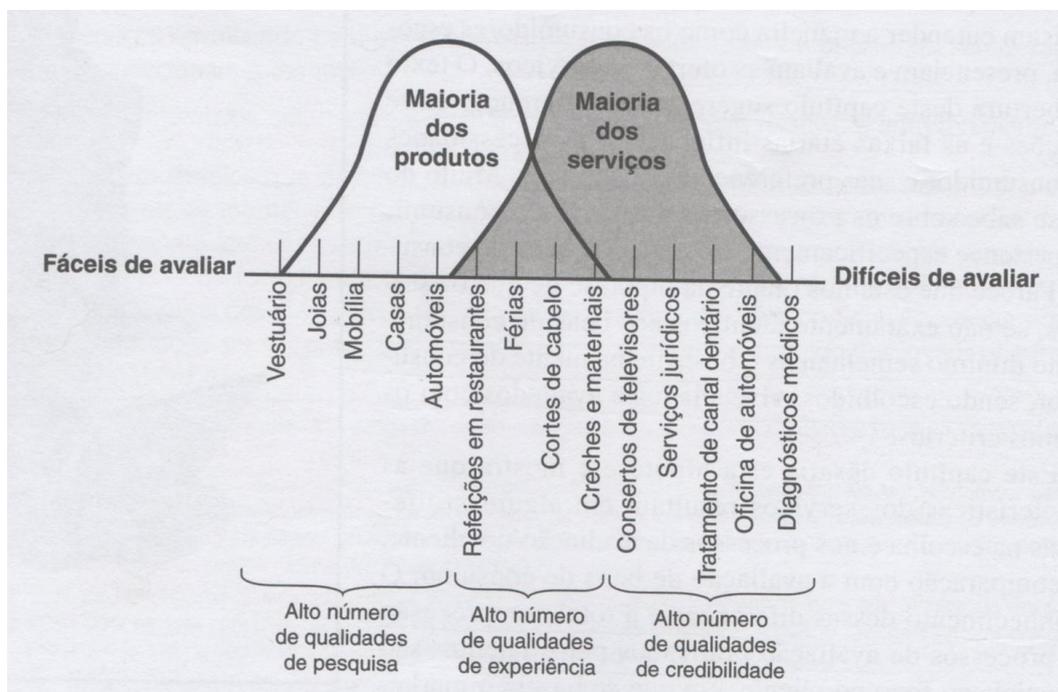


Figura 2: Facilidade e Dificuldade na Avaliação de Serviços (Fonte: Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011)

Este alto número de fatores de credibilidade, que geram dificuldades de mensuração, ocorre nos serviços médicos devido à falta de conhecimento necessário do paciente para avaliar se os serviços prestados atenderam a suas expectativas. É um salto de fé, o paciente deve acreditar nos domínios técnicos do médico e ter confiança que ele será capaz de curá-lo.

Moura (2011) propõe uma perspectiva teórica referente a essa desigualdade de conhecimento existente em algumas transações de serviço, sendo mais evidente na relação médico-paciente, denominada assimetria de conhecimento. Moura (2011, p.106) define sua proposta teórica como sendo

“a diferença de conhecimento, entendido como o material cognitivo resultante dos atos de apreensão da realidade, mediante a aplicação de referenciais teórico-conceituais previamente adquiridos, socialmente construídos e institucionalmente validados, que permitam abstrações interpretativas, operações analíticas e elaborações sintéticas integrativas tanto das informações recebidas, como das relações que os conjuntos de informações sistematizados guardam entre si, portado pelos agentes representantes dos polos de uma relação de troca/transação”.

Este conceito contribui para explicar as razões da problemática de se averiguar um serviço médico quanto a sua qualidade, e também, do analfabetismo funcional na área da saúde, colocando ambos, médicos e pacientes, num relacionamento complexo e baseado em cooperação e confiança mútua.

A relação médico-paciente evidencia um acordo tácito de cooperação baseado na confiança. Nesta comunicação algumas regras devem ser seguidas. Cabe ao paciente ser sincero sobre seu histórico médico e não sonegar sintomas e problemas de seu médico. Já o médico deve responder todas as dúvidas do paciente, além de abordar informações subjacentes e que podem se tornar dúvidas futuras. Ambos devem atentar para os comportamentos não verbais (gestos, choros, posturas, olhares e outras manifestações corporais) para que possam avaliar se sua mensagem está sendo compreendida. Quanto a isso, caso o paciente pareça estar tendo dificuldades de entender, o médico deve recorrer a formas de comunicação primárias fazendo uso de recursos visuais ou analogias. O sucesso deste acordo culmina na saúde do paciente e a realização pessoal e profissional do médico (Lucchese e Ledur, 2008).

2.4. Os Encontros e as Evidências de Serviço

É no encontro de serviço, “momentos da verdade” (Normann, 1993), ou “hora da verdade” (Carlzon, 1990), que ocorre a experiência e o contato mais vívido do consumidor com o serviço, quando ele interage com o prestador de serviços. Uma descrição famosa da importância dos encontros de serviços foi dada pelo presidente de uma companhia aérea escandinava:

“No ano passado, cada um de nossos 10 milhões de clientes entrou em contato com aproximadamente cinco empregados da SAS, e este contato durou uma média de quinze segundos de cada vez. Desta forma, a SAS é “criada” 50 milhões de vezes por ano nas mentes de nossos clientes, quinze segundos de cada vez. Estes 50 bilhões de ‘momentos da verdade’ são os que basicamente determinam se a SAS será bem sucedida ou falhará como empresa. Estes são os momentos em que precisamos provar a nossos clientes que a SAS é sua melhor alternativa”. (Carlzon, 1990, p.16).

Na perspectiva dos consumidores, são nesses contatos que eles têm a oportunidade de provar e avaliar a qualidade do serviço e a percepção de cada encontro contribui para a satisfação total do cliente e sua decisão de voltar. Do ponto de vista do prestador, cada encontro constitui uma oportunidade de demonstrar sua competência e seu potencial em prestar um serviço de qualidade e fidelizar o consumidor. Percebe-se então a importância dos encontros em determinar o nível de satisfação do consumidor, qualquer encontro, independente do tempo de relacionamento, pode ser crucial e ter um impacto positivo ou negativo na qualidade percebida pelo cliente, e pode levar a perda ou não retenção do cliente (Senders, 2002, Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011).

A área médica possui uma diversidade de prestadores de serviços – como hospitais, clínicas, laboratórios, planos de saúde e consultórios – que proporcionam vários encontros de serviços, sejam eles remotos, por telefone ou pessoais. Nos encontros remotos não há interação humana e ocorrem quando um cliente acessa o *site* do prestador, recebe uma correspondência ou interagem com alguma forma de tecnologia envolvida no processo do serviço. Os encontros por telefone, diferente dos remotos, existe uma interação humana, são muito comuns na área médica, e podem acontecer quando o paciente liga para marcar uma consulta ou exame, reclamar ou pedir informações. Já os encontros pessoais ocorrem entre um funcionário e o cliente. Analisando o setor de saúde, os encontros pessoais se dão entre pacientes e recepcionistas, enfermeiras, médicos, técnicos de laboratórios, funcionários em geral

(alimentação, limpeza e farmácia), dentre outros (Baker, 1998, Urdan e Huertas, 2003, Stephens, 2010 e Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011).

Os três tipos de encontros diferem quanto à intensidade de interação humana e por isso são avaliados e percebidos pelos consumidores de formas dissemelhantes. O julgamento da qualidade nos encontros remotos se baseia nas provas tangíveis do serviço, nos processos e sistemas relacionados à prestação do serviço. Nos encontros por telefone o cliente julga o tom de voz, o conhecimento dos funcionários e a eficiência ao lidar com suas questões e eventuais problemas. Nos encontros pessoais, o julgamento da qualidade se torna um processo mais complexo, pois engloba os comportamentos verbais e não verbais, os aspectos tangíveis e outras evidências do serviço. Além disso, o consumidor também está envolvido na geração do serviço, desempenhando um papel de qualidade para si mesmo, por meio de seu próprio comportamento e atitudes durante a interação (Fernandes, 1993, Senders 2002, Urdan e Huertas, 2003 e Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011, Aiken et al, 2012).

Normann (1993) salienta que o cliente, na prestação de serviços, aparece tanto como usuário quanto como parte do próprio sistema de prestação de serviços. Ele observa:

“Os dois aspectos do relacionamento com o cliente são inter-relacionados, à medida que, sem dúvida, é o total que ele avaliará. Parte do que o cliente observa como produto da empresa de serviços consiste em quanto e de que maneira ele tem que participar da prestação de serviço e quais problemas e satisfações estão envolvidos nesse processo.” (p.99)

Isso significa que o cliente tem também um papel como coprodutor do serviço. Na área médica, em particular, a participação do paciente na qualidade da prestação do serviço é, muitas vezes, essencial para que o serviço seja adequadamente prestado, já que cabe ao paciente apresentar os sintomas e seu próprio histórico de vida (hábitos, doenças de família, doenças progressas etc.). No entanto, quando o médico lida com um paciente de baixo grau de instrução, essas informações ficam gravemente comprometidas em função do analfabetismo funcional.

Como os encontros de serviço englobam os elementos que compõem as percepções dos clientes e pelos serviços terem a característica de serem intangíveis, os clientes buscam evidências do serviço por todas as interações

que permeiam o seu relacionamento com o fornecedor, numa tentativa de tornar a oferta tangível. Estas evidências são observadas pelos clientes e contam na avaliação da qualidade percebida, e possui três categorias: pessoas, processos e físicas, como apresentado na figura 3 (Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011).

Todos os elementos presentes na evidência de serviço, ou composições deles, estão contidos num encontro de serviço, e são especialmente importantes na gestão da qualidade do contato e na composição da satisfação do cliente (Urda e Huertas, 2003, Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011 e Aiken et al, 2012).



Figura 3: A evidência do serviço do ponto de vista do cliente (Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011).

A imagem do prestador de serviço (organização ou pessoa) na memória do consumidor é construída pelas percepções obtidas nos encontros de serviço. Mas nem todos os encontros são igualmente importantes, dependendo do setor em que o fornecedor atua, uns podem ser mais que os outros para a satisfação do cliente (Zeithaml, Bitner e Gremler, 2011). No caso do relacionamento médico-paciente devido à característica de credibilidade e à qualidade técnica, o paciente tende a ter uma zona de tolerância maior para aqueles encontros que considera menos importantes em prol de ser atendido em um hospital, laboratório ou por um médico que ele julga merecer esta prerrogativa.

Portanto, as empresas da área da saúde e os médicos devem prestar atenção e ter cuidado com as evidências e os encontros de serviço para estabelecerem uma imagem positiva da qualidade do serviço percebido.

Gronröos (1995) divide a qualidade percebida em qualidade técnica e qualidade funcional. Na área médica, o paciente não possui o conhecimento necessário para avaliar de forma adequada a qualidade técnica, passando a

prestar mais atenção na qualidade funcional que engloba a evidência do serviço (figura 3). O paciente não precisa ter um conhecimento específico para avaliar a qualidade funcional. Esta ele está apto para julgá-la.

Urdan e Huertas (2003) discorrem sobre o fato que, independentemente da qualidade técnica, os médicos e empresas que atuam na área de saúde precisam estar atentos para a qualidade funcional do serviço prestado, já que o paciente tende a se concentrar mais nessa qualidade para formar suas crenças, significados e percepções. Aprimorar a interação social e psicológica entre o paciente e o profissional de saúde, como também o ambiente em que é fornecido o serviço, os processos e a comunicação pode gerar valor para o cliente, tendo ramificações positivas na avaliação do serviço prestado.

2.5.

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)

O alfabetismo funcional é um determinante para o paciente atingir resultados positivos relacionados à saúde. Habilidades básicas de leitura, escrita e cálculos numéricos são especialmente importantes para medicina, em que a participação dos pacientes em seu tratamento médico é crítico para o sucesso de tal. Os pacientes devem entender e seguir instruções orais e escritas sobre sua condição médica, seja sobre formas de tratamento, exames laboratoriais, fazer perguntas pertinentes ao seu problema para o médico, informar ao médico sobre sintomas apresentados antes e durante o tratamento e identificar e resolver problemas que possam surgir durante o tratamento (Parker et al, 1995).

A consulta médica, prescrições, bula de remédio, dentre outros itens relacionados a cuidados médicos representam um desafio para o analfabeto funcional. O mau entendimento de orientações médicas pode resultar em consequências sérias para o paciente, incluindo morte. Essas consequências podem ser intoxicação medicamentosa, uso concomitante de remédios que interagem entre si, diagnóstico equivocado, decisões erradas, automedicação e overdose (Baker et al, 1999 e DeWalt et al, 2004). Há relatos de casos de morte por overdose de medicações, principalmente de medicamentos que não necessitam de prescrição médica, como por exemplo, o paracetamol (DeWalt et al, 2004, Mail Online, 2011).

A maioria das informações sobre remédios e tratamentos existe na forma escrita e sua compreensão fica a cargo do paciente. No caso dos analfabetos funcionais, o entendimento da mensagem fica comprometido. É um risco o fato

de a área médica envolver muitos materiais escritos e a saúde dos pacientes depender disto. Além disso, a área da saúde possui uma gama de termos que parecem ter sido desenvolvidos para mau entendimento, é um dialeto que apenas os integrantes da área entendem, que inclui termos técnicos e jargão médico.

Outro problema relacionado ao analfabetismo funcional é o risco de intervenções hospitalares. Algumas pesquisas feitas sobre esta temática encontraram uma correlação entre os dois e outros estudos não encontraram, mas vale ressaltar que os analfabetos funcionais podem ter mais risco de internações, comparados aos alfabetizados funcionais, gerando maior custo e sobrecarga do sistema de saúde (Baker et al, 1998, DeWalt et al, 2004 e Baker et al, 2002). No Brasil, isso se torna relevante ao considerarmos o sistema de saúde público que enfrenta problemas graves como a falta de verbas, leitos e medicamentos. Algumas internações poderiam ser evitadas caso os pacientes fossem capazes de entender e seguir informações e orientações médicas.

Pode-se concluir que pacientes com baixa capacidade cognitiva causam ineficiência dos processos e do sistema de saúde, possuem dificuldades de se comunicar e interagir com os profissionais da área da saúde e compreender recomendações médicas, tratamentos e instruções para exames laboratoriais. Esses problemas cognitivos caracterizam um analfabeto funcional, e estão relacionados com o grau de instrução, idade e renda (Baker et al, 1998, Parker et al, 1995).

O TOFHLA foi um dos métodos desenvolvidos para mensurar o analfabetismo funcional, ele é um dos mais utilizados junto com o REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), e consiste de uma prova com o objetivo de testar a habilidade de ler e entender informações usadas na área médica que permeiam o cotidiano de um paciente. Em comparação com o REALM, o TOFHLA é mais preciso como indicador de analfabetismo funcional, pois ele é capaz de medir a compreensão do paciente, incluindo leitura, escrita e dados numéricos (Baker et al, 1999, Baker, 2006 e Osborn et al, 2007).

Este teste possui duas partes: uma de compreensão de leitura com 50 itens e um teste de dados numéricos com 17 itens. Cada passagem possui frases onde algumas palavras são omitidas e são dadas quatro opções de múltipla escolha para o respondente escolher a que melhor preenche a lacuna de acordo com o sentido da frase, fazendo assim uso do procedimento de Cloze modificado (Parker et al, 1995, Baker et al, 1999 e Diamond, 2007). Sendo assim, no desenvolvimento do TOFHLA são utilizados documentos e textos que

são comumente apresentados aos pacientes como: prescrições médicas, formulários (ex.: consentimento e internação), rótulos de medicamentos, brochuras e instruções para tratamento (Parker et al, 1995 e Baker et al, 1999).

O grau de dificuldade das questões é medido de acordo com o índice de *Gunning Fog*, que leva em consideração o nível de escolaridade necessário para lê-las. Como este índice foi desenvolvido para a língua inglesa e não existem estudos que validam a aplicação do mesmo na língua portuguesa, empregá-lo em pesquisas de compreensão de texto no Brasil torna-se incoerente (Cupolillo, 2010).

A nota final de cada respondente consiste no somatório das duas seções com pesos iguais que variam de 0 a 100. De acordo com a nota obtida, os respondentes são classificados em letrados inadequados, letrados marginais e letrados adequados. Inadequados são os indivíduos que possuem nenhuma ou pouca habilidade de ler, escrever, compreensão, numérica e cognitiva e, na área medica, apresentam um maior risco para si mesmo, pois são mais suscetíveis de cometer erros que podem ter consequências graves. Os marginais representam um grupo de indivíduos com uma capacidade média de leitura, escrita, compreensão de texto e numérica e cognitiva sobre o tema abordado no teste, e também representam um risco para si mesmo, ainda que em menor grau do que os inadequados. Já os adequados são aqueles que possuem uma alta habilidade e por isso conseguem ter um melhor desempenho quando se trata do conhecimento específico testado no TOFHLA. Os letrados inadequados e marginais são considerados analfabetos funcionais, uma vez, que demonstram dificuldades de compreensão de texto e cálculos numéricos, ainda que entre eles haja uma diferença destas habilidades (Baker et al, 1999 e Morris, MacLean e Littenberg, 2006).

Embora o TOFHLA seja um instrumento eficiente e eficaz para medir o analfabetismo funcional, requer um tempo máximo de 22 minutos para o seu preenchimento, tornando difícil a sua administração. Com o objetivo de reduzir este tempo, foi desenvolvido o S-TOFHLA baseado no TOFHLA (Baker et al, 1999).

2.6.

Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

O S-TOFHLA é uma adaptação do TOFHLA, desenvolvida com o propósito de reduzir o tempo de administração obtendo os mesmos resultados confiáveis e

consistentes da versão original. Ele possui o mesmo objetivo do TOFHLA, classificar os pacientes quanto ao seu grau de analfabetismo funcional testando a compreensão de textos e números pertinentes ao universo da medicina (Parker et al, 1995 e Baker et al, 1999). O estudo desenvolvido por Baker et al (1999) comprova a eficácia da versão reduzida do teste em mensurar o grau de letramento dos pacientes.

O teste S-TOFHLA contém menos itens que o original, perfazendo um total de 40, 4 destinados para as habilidades numéricas e 36 para compreensão de texto com um tempo de administração que varia de 7 a 12 minutos. Também foi elaborada uma forma de pontuação e intervalos para classificar os pacientes, indicando seu nível de letramento de acordo com o resultado obtido. Os níveis e os cortes eram: inadequado de 0-53, marginal de 54-66 e adequado de 67-100 (Parker et al, 1995, Baker et al, 1999, Chew et al, 2004 e Morris, MacLean e Littenberg, 2006).

A seção numérica do S-TOFHLA se mostrou ser menos confiável do que a parte de compreensão de texto. Sendo assim, Baker et al (1999) propõe a exclusão dos itens de dados numéricos, aplicando apenas a parte de compreensão de texto promovendo um teste mais confiável e mais rápido de administrar (Baker et al, 1999).

Este estudo fez uso do S-TOFHLA empregando apenas a seção de compreensão de texto com o objetivo de reduzir o tempo de aplicação e obter um teste mais confiável. Dessa forma, foi elaborada uma prova de conhecimentos, inspirada neste método, com um total de 20 sentenças com 26 lacunas. Para cada lacuna foram apresentadas quatro opções de resposta múltipla escolha, de acordo com o procedimento de Cloze, em que apenas uma opção estava correta e as outras três possuíam erros gramaticais ou estavam contextualmente incorretas (Cupolillo, 2010).

2.7.

Single Item Literacy Screener (SILS)

Para maximizar os resultados da sua saúde e cuidados médicos, o paciente tem de se manter informado, ser proativo e capaz de procurar, obter e entender informações e orientações médicas. Letramento na área médica e da saúde é um conceito que foca na habilidade de ler, escrever e fazer cálculos numéricos, no SILS é mensurado apenas a capacidade de leitura do paciente. Estudos mostram que há uma associação da habilidade de ler com a qualidade e

resultados negativos na saúde do paciente (Chew et al, 2004 e Morris et al, 2006).

As implicações do analfabetismo funcional na área de saúde são comprovadas por várias pesquisas, mas geralmente os profissionais da saúde não sabem o nível da habilidade de leitura do paciente. Ainda há médicos que não apoiam o uso de ferramentas para medi-la devido à apreensão do paciente a respeito da confidencialidade, vergonha e estigmatização do paciente ou a falta de uma ferramenta que mensure a habilidade de ler do mesmo com eficácia. Os pacientes podem se sentir envergonhados em admitir suas limitações e não colocar suas dificuldades para os profissionais da área. Mas o fato de o médico conhecer de antemão o grau da capacidade de leitura do paciente, seja porque ele resolveu reconhecer suas limitações ou através do uso de uma ferramenta para este fim, possibilita ao médico tentar transpor essas dificuldades e reduzir os problemas gerados pela falta de letramento qualificado (Chew et al, 2004, Morris et al, 2006, Parikh et al, 1996).

O SILS corresponde a uma única pergunta com o objetivo de identificar adultos que precisam de ajuda para ler materiais escritos e impressos relativos à saúde. A pergunta é “quantas vezes você precisa da ajuda de alguém para ler e/ou entender instruções, panfletos ou outro material escrito fornecido pelo seu médico ou por farmácias?” e as respostas possíveis são nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5). Respostas acima de dois indicam alguma dificuldade para ler informações médicas. O corte acima de dois é intencional para capturar todos que precisam deste tipo de ajuda (Morris et al, 2006). Vale ressaltar que o fato da pessoa procurar ajuda seja, inclusive, uma forma de mitigação para o seu problema, e pode fazer uso de amigos, familiares ou grupos de referência, reduzindo riscos psicológicos e financeiros (Barbosa, Hor-Meyll e Motta, 2009).

Comparado com outros métodos o SILS se sobressai, pois consiste em uma pergunta apenas. Por isso, ele é de fácil aplicação, mais rápido e prático para o uso em consultórios, clínicas e hospitais (Morris et al, 2006). Morris et al (2006) aplica dois métodos em sua pesquisa o SILS e o S-TOFHLA, usando este último como referência para determinar a precisão do SILS como ferramenta para identificar os analfabetos funcionais. Os cortes usados foram SILS > 2 e S-TOFHLA de 0-22 (letrados inadequados ou marginais). O SILS apresentou que 17% dos respondentes tinham limitada habilidade de ler e entender e o S-TOFHLA mostrou que 23% da amostra eram inadequados ou marginais. O SILS

demonstrou uma capacidade moderada de discriminar pacientes com baixa capacidade de leitura (Morris et al, 2006).

O SILS foi incorporado neste estudo e a pergunta foi apresentada aos participantes junto com o S-TOFHLA. O objetivo foi estabelecer uma comparação entre os dois inspirado pela pesquisa de Morris et al (2006). Foi utilizado o mesmo princípio para a comparação dos resultados como SILS > 2 e para o S-TOFHLA foram considerados os inadequados e marginais.

2.8. Hipóteses

Estudos anteriores abordaram o grau de analfabetismo funcional sob a perspectiva de diferenças existentes quanto ao gênero, escolaridade, idade e renda (Paiva e Motta, 2009). Podemos citar também, órgãos como o INAF e a UNESCO que analisam seus resultados sobre o nível de analfabetismo funcional cruzando-os com as características de gênero, grau de escolaridade, faixa etária e renda familiar (UNESCO, 2009 e INAF, 2009). Quanto à idade, cabe assinalar que Baker (2007) dedicou uma pesquisa a população de idosos medindo o seu grau de analfabetismo funcional na área da saúde, e obteve que 64% eram letrados adequados.

Sendo assim, este estudo apresenta as seguintes hipóteses:

H1: Há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto aos gêneros masculino e feminino.

H2: Há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto a faixas etárias diferentes

H3: Há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto ao grau de escolaridade.

H4: Há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto à renda familiar.

Este estudo aborda duas metodologias para mensurar o grau de analfabetismo funcional na área médica, o S-TOFHLA e o SILS, com o objetivo de comparar seus resultados e analisar se o SILS, um método mais recente, rápido e prático que pode ser utilizado em consultórios e clínicas, consegue identificar as pessoas que apresentam dificuldades para ler e entender informações médicas, já que o S-TOFHLA é um dos métodos mais usados e reconhecidos como um bom instrumento para classificar o nível de letramento

funcional (Baker et al, 1999 e Morris, 2006). Assim este estudo apresenta a seguinte hipótese:

H5: O SILS pode ser considerado um bom instrumento para medir o grau de analfabetismo funcional, em comparação com o S-TOFHLA.

3 Metodologia

Este capítulo pretende informar sobre as diversas decisões a cerca da forma como este estudo foi realizado. Está dividido em três seções que informam, respectivamente, sobre o método, sobre o universo do estudo e processos de amostragem empreendidos e sobre o perfil da amostra.

3.1. O Método

Este estudo visou medir o grau de analfabetismo funcional dos pacientes sobre exames laboratoriais de sangue, tendo como base o TOFHFLA, uma prova elaborada para testar os conhecimentos e compreensão do respondente sobre um tema escolhido. Pretendeu-se então contribuir para disseminação do conceito de analfabetismo funcional e seu uso na área de *marketing* e aprofundar o conhecimento sobre o analfabetismo funcional na área médica.

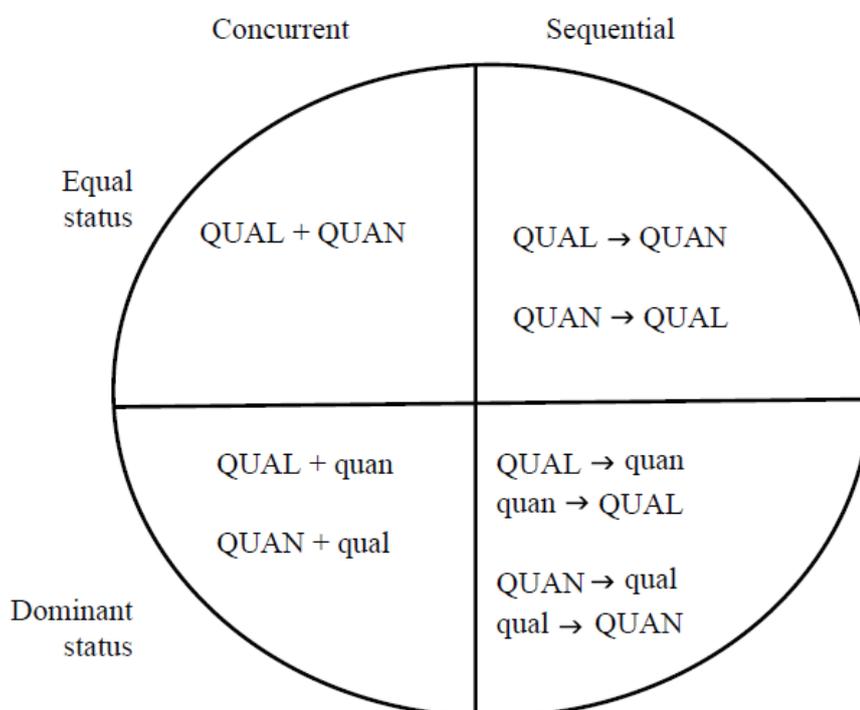
Esta pesquisa é de cunho exploratório e descritivo. Exploratório porque tem como finalidade de proporcionar um maior entendimento sobre o construto objeto desse estudo, produzindo uma maior compreensão do fenômeno. Descritiva porque pretende, através de um teste, delinear o nível de analfabetismo funcional em relação a exames de sangue e descrever as percepções a cerca do letramento funcional na área médica (Gil, 2002, Gil, 2007 e Vieira 2009).

Este trabalho fez uso de métodos mistos posto que se vale da utilização de método dedutivo e indutivo, a combinação de pesquisa qualitativa e quantitativa. Tal mistura permite o pesquisador produzir inferências mais robustas, pois ele possui dados em profundidade e estatísticos sobre o tema abordado (Jogulu e Pansiri, 2011).

Sendo assim, este projeto aborda tanto o paradigma positivista como o fenomenológico já que faz uso da dicotomia dedutivo-indutiva, podendo ser considerado um terceiro paradigma metodológico composto pela integração de múltiplas fontes de dados (exploratórios e estatísticos). Esta composição é epistemologicamente lógica e útil promovendo resultados com amplitude de

análise e mais confiáveis. A comparação dos resultados de ambos os métodos permitiu a triangulação tornando-os mais precisos (Creswell, 1998, Yin, 2010, Jogulu e Pansiri, 2011 e Malina, Norreklit e Selto, 2011).

O design de métodos mistos admite que a pesquisa qualitativa e quantitativa coexista, mas elas podem exercer dominância uma sobre a outra, como também serem feitas simultâneas ou em sequência. A dominância e a ordem do uso ficam a cargo do pesquisador ao adotar o que será mais eficiente para seu problema de pesquisa. A matriz ilustrada na figura 4 demonstra os possíveis designs de acordo com a dominância e a ordem (Jogulu e Pansiri, 2011).



Notes: “Qual” stands for qualitative; “quan” stands for quantitative; “+” stands for concurrent; “→” stands for sequential; capital letters – “QUAL” and “QUAN” denote high priority or weight; lower case letters – “qual” and “quan” denote lower priority or weight

Figura 4: Matrix de design de métodos mistos (Jogulu e Pansiri, 2011).

Este projeto incorporou o design QUAL→QUANT, uma vez que a pesquisa qualitativa serviu de base para a formulação da etapa quantitativa. Não havendo dominância e foram feitas em sequência.

A pesquisa tratou de duas fases, uma exploratória e outra executada por uso de um teste. Na fase qualitativa foram feitas entrevistas em profundidade que permite uma maior compreensão do assunto proposto (Gil, 2007) e na

quantitativa, com base nos resultados da exploratória, foram elaboradas as hipóteses e a formulação do teste.

A fase exploratória consistiu em entrevistas em profundidade com oito médicos de diferentes áreas de atuação, em sua maioria residentes na cidade do Rio de Janeiro, e seu objetivo foi obter uma maior compreensão sobre os exames de sangue e suas ramificações relacionadas ao entendimento e uso dessas informações por parte do paciente, e também se procurou averiguar o quanto isso afeta a relação médico-paciente.

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, em que o mesmo pretendeu coletar dados e o entrevistado foi à fonte de informação. Elas foram em profundidade com base num roteiro visando o esclarecimento e o levantamento de dados sobre exames de sangue e o comportamento do médico e do paciente diante dos resultados e diagnóstico. Sendo assim, as entrevistas foram classificadas e quantificadas seguindo o método de análise de conteúdo (Gil, 2002 e Vieira, 2009).

A primeira pergunta do roteiro era sobre a frequência com que os médicos pediam exame de sangue, que tipos de exame e as orientações para o exame, para saber se eles tinham familiaridade com tal prática, quais eram os mais pedidos e as orientações que passavam antes do exame. A segunda pergunta era sobre o resultado do exame de sangue e como esta informação era transmitida para o paciente, de forma a descobrir que tipo de linguagem ou recurso era utilizado pelo médico para explicar ao paciente sua doença dependendo do resultado do exame e o grau de escolaridade do paciente.

Depois era apresentado o tópico automedicação e hospitalização por tal motivo, o objetivo era saber se eles tinham vivenciado este tipo de situação e sua gravidade. Em seguida, era discutido o fato de pacientes que já chegavam na consulta munidos de informações e com um diagnóstico dado pelos próprios, o objetivo era saber se isso era uma realidade e como os médicos lidavam com esses pacientes. A pergunta seguinte era qual era o pior paciente na visão deles, o objetivo era saber se o paciente que já vinha preparado e praticamente pedindo a prescrição do remédio era o pior pra eles. Na sequência, os médicos eram indagados se caso eles soubessem o nível de conhecimento sobre medicina, se o paciente consultava outras fontes e o grau de escolaridade do paciente antes da consulta fazia diferença, a intenção era entender se o fato de eles terem essa informação prévia traria algum benefício para eles.

A penúltima pergunta era se eles estimulavam seus pacientes a procurarem por informações na Internet, o intuito era perceber se os médicos se

sentiam a vontade que seus pacientes procurassem informações e se eles indicavam *sítes* para garantir a veracidade da informação. Por fim, era explicado para eles, o teste que seria elaborado com base nas informações obtidas, o TOFHLA, inclusive era apresentado um modelo impresso como forma de exemplificar o método, e após disso, era perguntado se eles tinham alguma sugestão de tema ou problema para ser posto a prova.

Esta etapa exploratória forneceu uma maior compreensão sobre exames de sangue e como os médicos interagiam com seus pacientes em face aos resultados obtidos nos exames de sangue. Isto permitiu que o TOFHLA fosse desenvolvido para abordar especificamente conhecimentos sobre exames laboratoriais de sangue. Também serviu como base para uma melhor definição do problema, elaboração das hipóteses e das etapas do método quantitativo (Gil, 2002 e Vieira, 2009).

O objetivo final deste estudo é mensurar o grau de analfabetismo funcional dos pacientes em relação às orientações médicas sobre exames laboratoriais de sangue e seus resultados. Sendo assim, testar a compreensão dos pacientes e se há diferenças quanto ao gênero, idade, escolaridade, se tem ou não plano de saúde e renda familiar, e também comparar os resultados de duas metodologias usadas no meio acadêmico para medir o grau de analfabetismo funcional (S-TOFHLA e SILS).

Para o S-TOFHLA foram redigidas 20 perguntas com um total de 26 lacunas de múltipla escolha a serem preenchidas por palavras dispostas em quatro opções (a, b, c, d), tendo como resposta certa uma única opção. As perguntas foram redigidas com base nas entrevistas e numa extensa pesquisa em *sítes* de laboratórios (Lâmina, Sergio Franco, Fleury, Nasa, IACS, São Lucas, dentre outros e *blogs* de pessoas relacionadas à área de saúde). O SILS consiste em uma única pergunta utilizando a escala nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre que foi incorporada ao teste. O teste também contemplava perguntas quanto ao gênero, data de nascimento, escolaridade, se tinha ou não plano de saúde e renda familiar.

Após a elaboração do teste foi realizado o primeiro pré-teste com cinco pessoas, em que foram encontrados alguns problemas relacionados às opções de múltipla escolha e o grau de dificuldade das questões. Com base neste pré-teste, foi elaborada uma pergunta nova mais difícil, as opções de múltipla escolha que induziam a resposta certa foram substituídas e foram retiradas duas perguntas que tinham um total de três lacunas por estarem fáceis demais.

Devido às modificações feitas na prova, foi realizado um segundo pré-teste com nove pessoas. O score total dos respondentes foram: um pessoa acertou 24 de 26, outra 20 de 26, 1 acertou 16, 3 pessoas acertaram 15 e 3 acertaram 12. Como este resultado apresentou uma boa distribuição de acertos, o teste foi então submetido à amostra presente nessa pesquisa.

Como o procedimento de aplicação do S-TOFHLA requer a presença física de um pesquisador, pois se trata de uma prova em que não pode haver consulta, não foram utilizados meios eletrônicos. Os testes foram administrados pelo autor e os locais selecionados foram na PUC, em ruas de alto movimento e em restaurantes. O tempo de preenchimento foi de 8 a 15 minutos por pessoa, dependendo do grau de instrução do respondente. Cabia ao pesquisador esperar os respondentes terminarem de preencher para garantir a premissa de sem consulta, o que foi útil para tirar possíveis dúvidas sobre o preenchimento caso surgissem.

A próxima etapa foi à correção das provas e foram contabilizadas apenas as respostas certas. Esta pesquisa inspirada no S-TOFHLA, fez uma adaptação dos critérios utilizados no estudo de Baker et al (1999) para classificar a amostra em inadequados, marginais e adequados em relação ao letramento funcional do respondente. Baker et al (1999) fez uso em sua pesquisa dos seguintes intervalos: inadequados de 0-53, marginais de 54-66 e adequados de 67-100, mas o S-TOFHLA aplicado por ele continha a parte numérica e a de compreensão de texto, em que o escore total de cada seção foi dividido pelo número de questões. Como o teste aplicado neste estudo comporta somente a parte de compreensão de texto e todas as questões receberiam a mesma nota aproximada de 3,85 (100 pontos/26 questões). Para simplificar os resultados e usar intervalos em relação ao números de acertos e não notas, os limites de cada intervalo foram divididos por 3,85, modificando-os para: inadequados de 0-13 acertos, marginais de 14-17 acertos e adequados de 18-26 acertos. Sendo assim, o escore total de cada respondente poderia variar de 0-26.

Nos resultados do SILS foi utilizado os seguintes critérios: respostas iguais a nunca ou raramente foram classificadas como pessoas que não apresentam dificuldades para ler, escrever e entender informações medicas e respostas iguais a às vezes, quase sempre e sempre foram consideradas pessoas que apresentam dificuldades para ler, escrever e entender informações medicas. Como critérios para comparação entre S-TOFHLA e SILS foram adotados que os inadequados e marginais correspondem às pessoas que apresentam tais

dificuldades e os adequados representam os indivíduos que não apresentam tais dificuldades.

A penúltima etapa do método escolhido consistiu na análise dos dados em que foram calculados os escores totais dos respondentes, a elaboração de tabelas cruzadas com o objetivo de verificar o grau de analfabetismo funcional da amostra e fez-se uso de estatística descritiva.

Já a última etapa consistiu do teste das hipóteses fazendo uso de análise das variâncias do número de acertos obtido por cada respondente, tendo como objetivo comprovar se haviam diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto aos gêneros, idade, grau de escolaridade e renda familiar. Para utilizar a ANOVA, deve-se primeiro verificar a homocedacidade dos resultados, pois é necessário que os resultados apresentem uma distribuição normal. No Anexo I se encontra a tabela do SPSS que mostra que os resultados apresentam uma distribuição normal viabilizando o uso da análise das variâncias. Também, no Anexo I se encontram as tabelas referente as análise das variâncias executadas no SPSS, com o fim de testar as hipótese 1, 2, 3 e 4.

Tabela 1: Etapas do método

Etapas do Método	
1	Entrevistas em profundidade com médicos
2	Pesquisa em <i>sites</i> e <i>blogs</i>
3	Elaboração do teste
4	Primeiro pré-teste
5	Modificação no teste oriunda do primeiro pré-teste
6	Segundo pré-teste
7	Modificação no teste oriunda do segundo pré-teste
8	Aplicação do teste
9	Tabulação dos dados utilizando estatística descritiva
10	Teste das hipóteses utilizando ANOVA no programa SPSS

Fonte: Própria

Na tabela 1, pode-se observar um resumo das etapas do método utilizadas nesse estudo.

3.2. Universo e processo de amostragem

O universo desta pesquisa é composto pela população da cidade do Rio de Janeiro por uma questão geográfica, a pesquisa foi realizada nesta cidade, mais precisamente na zona sul. O processo de amostragem privilegiou amostra do tipo conveniência e tipicidade.

Conveniência por ser menos custosa e não dispender muito tempo e a escolha da amostra fica a critério da acessibilidade do pesquisador. Nesse tipo de amostragem o pesquisador se utiliza de amigos, parentes, colegas da universidade, entre outros (Malhotra, 2006).

Tipicidade porque o pesquisador tem o controle da amostra uma vez que é ele quem define seus atributos, focando apenas no segmento da população que se enquadra no seu público de interesse. Ela consiste em selecionar a amostra de acordo com categorias como sexo, idade, grau de instrução, renda, entre outros refletindo as características do público-alvo da pesquisa a ser realizada (Malhotra, 2006).

3.3. Perfil da Amostra

Para este estudo foram aplicados um total de 192 testes, onde quatro foram descartados por estarem faltando informações de perfil da amostra ou terem marcado duas opções das quatro opções disponíveis numa questão, perfazendo um total de 188 testes válidos. O perfil da amostra foi dividido em gênero, faixa etária, nível de escolaridade e renda familiar.

A parte do teste referente ao perfil do respondente contemplava também uma pergunta sobre plano de saúde, se o respondente o tinha ou não. Devido a pouca representatividade da amostra de pessoas sem plano de saúde em relação ao tamanho da amostra, tal característica não foi analisada.

3.3.1. Gênero

A amostra consistiu de 55% de homens e 45% de mulheres, como mostrado na tabela 2.

Tabela 2: Perfil da amostra quanto ao gênero.

Gênero	Percentual da amostra
Homens	55%
Mulheres	45%

Fonte: Própria

3.3.2. Faixa etária

Quanto à faixa etária, a amostra foi composta por 23% de participantes de até 25 anos, que foram chamados de jovens, 54% de respondentes de 25 a 50 anos denominados de adultos mais novos e 23% de pessoas acima de 50 anos, chamados de adultos mais velhos.

Tabela 3: Perfil da amostra quanto à faixa etária

Faixa etária	Percentual da amostra
Até 25 anos	23%
De 25 a 50 anos	54%
Acima de 50 anos	23%

Fonte: Própria

3.3.3. Nível de escolaridade

Quanto ao nível de escolaridade, os respondentes foram classificados de acordo com a tabela 4. Cabe ressaltar que o 1% de analfabeto corresponde a um respondente que se considera assim por nunca ter frequentado uma escola e aprendeu apenas habilidades básicas de ler, escrever e cálculos numéricos. Por essa razão, ele foi incluído em ensino fundamental até o 4º anos ou 3ª série.

Para a análise dos resultados foram utilizados os seguintes níveis: 8% com baixa escolaridade (analfabeto, ensino fundamental até o 4º anos ou 3ª série, ensino fundamental completo), 32% com média escolaridade (ensino médio completo e incompleto), 38% com alta escolaridade (superior incompleto e completo) e 23% com super escolaridade.

Tabela 4: Perfil da amostra quanto à escolaridade

Escolaridade	Percentual da amostra
Analfabeto	1%
Ensino fundamental até 4º ano ou 3ª série	3%
Ensino fundamental completo	4%
Ensino médio incompleto	6%
Ensino médio completo	26%
Superior incompleto	29%
Superior completo	9%
Pós-graduação (MBA)	11%
Mestrado	11%
Doutorado	2%

Fonte: Própria

3.3.4. Renda Familiar

A renda familiar foi distribuída de acordo com a tabela 5, e os intervalos utilizados foram baseados em uma pesquisa do IBGE (2008). Mas para os resultados eles foram agrupados e substituídos pelo número de salários mínimos correspondentes, na conversão os intervalos passaram a ser: 1 a 4 salários mínimos (até 830 reais, 831 a 1245 reais, 1245 a 2490 reais), 5 a 7 salários mínimos (2491 a 4150 reais) com 9% e acima de 7 salários (6226 a 10375 reais e mais de 10375 reais) com 52% da amostra.

Tabela 5: Perfil da amostra quanto à renda familiar

Renda familiar	Percentual da amostra
Até 830 reais	12%
831 a 1245 reais	12%
1245 a 2490 reais	8%
2491 a 4150 reais	9%
4151 a 6225 reais	7%
6226 a 10375 reais	19%
Mais de 10375 reais	33%

Fonte: Própria

4 Resultados

Esta seção está dividida em 4 partes: a análise das entrevistas em profundidade, a análise do índice de dificuldade do teste, seguido pela a análise da amostra geral e da análise das hipóteses levantadas por esta pesquisa.

4.1. Análise das entrevistas em profundidade

Cabe ressaltar alguns resultados da pesquisa qualitativa, todos os 8 entrevistados afirmaram já ter tido pacientes que chegaram com informações e dúvidas provenientes de Internet, amigos e parentes, e inclusive relataram casos de automedicação de seus pacientes, mas nenhum deles chegou a ser hospitalizado. Um dos médicos divagou sobre a dificuldade de desfazer mitos e lidar com informações equivocadas extraídas da Internet devido a alguns *sites* publicarem conteúdos não verossímeis ou de amigos e parentes. Podemos observar isso na passagem abaixo:

“É muito complicado desfazer os mitos e as informações que outras pessoas contaram para o paciente, ou que ele leu em algum lugar, e você tem de convencê-lo que aquilo está errado ou é um caso raríssimo....pode acontecer? Pode mas é um em 1 milhão.” Dr. George Patrick Boggis, neurocirurgião, 39 anos.

Outro ponto que foi comentado por todos foi a falta de confiança no médico. Como colocado por Lucchese e Ledur (2008), a relação entre médico e paciente deve ser baseada na confiança mútua e ambos devem prestar atenção aos comportamentos não verbais para tentar perceber sinais que demonstrem o que está se sucedendo no encontro, pode ser uma falta de confiança ou compreensão. Na transcrição do Dr. José Roberto Coutinho, vemos em seu comportamento uma atitude positiva por parte dele, causada por uma percepção que ele teve.

“O mais difícil é o paciente que não confia em você, quando isso acontece, eu digo: “olha eu não estou percebendo uma confiança da sua parte, eu acho melhor eu não te

prescrever nada porque eu acho que nesse momento é perda de tempo, vai pra casa, pensa e volta quando você achar que vale a pena” Dr. José Roberto Coutinho, psiquiatra, 38 anos.

“Quando o paciente está com cara de interrogação eu paro e tento explicar de uma maneira mais clara, dependendo do paciente eu faço uma analogia com alguma coisa do cotidiano, pia entupida, carro, metrô, pneu de bicicleta.” Dr. George Patrick Boggis, neurocirurgião, 39 anos.

“Quando eu sinto que o paciente não está entendendo ou quero explicar a doença que ele tem, eu faço um desenho e vou explicando ou uso o modelo do corpo humano que sai as partes que eu tenho aqui (no consultório)”. Dra. Ana Catarina McGregor, clínica geral, 52 anos.

Percebe-se que os médicos se preocupam com o fato de que entender sobre medicina é complexo para um leigo e utilizam diferentes artifícios para que o paciente compreenda o seu problema, e estão atentos aos comportamentos não verbais. Esse comportamento do médico influencia a qualidade percebida do serviço pelo paciente.

Esta análise mostra que os médicos estão cientes das diferenças de entendimento existente entre os pacientes. Também, foi possível perceber, nas entrevistas, que os 8 entrevistados compreendem que estas diferenças na compreensão variam de acordo com a escolaridade e a renda, principalmente.

4.2. Análise de dificuldade do teste

Para analisar a qualidade do teste foi estabelecido um índice de dificuldade para cada questão. Esse índice é calculado pelo número total de acertos dividido pelo total de respondentes. A partir deste índice podemos analisar a dificuldade apresentada por cada questão, assim como, classifica-las em difíceis, médias e fáceis. Assumimos que questões com um percentual de acertos de no máximo 30% são consideradas difíceis, um percentual entre 30% e 70% são consideradas médias e acima de 70% são fáceis (Paiva e Motta, 2012). Analisando a tabela 6, o teste deste estudo obteve: 3 questões difíceis (18, 17b e 16b – em vermelho), 11 médias (8b, 13, 8c, 7, 16a, 19, 12, 11b, 9, 2 e 11a – em laranja) e 12 fáceis (5a, 5b, 17a, 1, 8a, 20, 10, 3, 4, 6, 15 e 14 – em azul), e o índice de dificuldade das questões variaram de 15% (mais difícil) a 97% (mais fácil).

Tabela 6: Índice de dificuldade de cada questão.

Questões	Assunto	Percentual de acertos
5a	Em muitos exames é necessário fazer Jejum	97%
5b	No jejum o único alimento que podemos ingerir é água	96%
17a	Bebidas alcoólicas podem alterar os exames de sangue	93%
1	Glicose acima do normal pode ser diabete	90%
8a	Hemograma completo (HC)	89%
20	Exames de glicose e colesterol requerem 12hs de jejum	88%
10	Queda na contagem das hemácias pode ser anemia	86%
3	Glóbulos brancos são leucócitos	82%
4	Glóbulos vermelhos são hemácias	81%
6	Os medicamentos podem interferir nos resultados	79%
15	T4 livre é importante para detectar doenças da tireoide	78%
14	O colesterol bom está ligado a um baixo risco de doenças do coração	72%
8b	Hemograma completo inclui a análise de plaquetas	70%
13	Resultado alto na contagem de leucócitos pode ser uma infecção	57%
8c	Plaquetas são responsáveis pela coagulação do sangue	56%
7	Certos exames de sangue exigem manter dieta habitual	54%
16a	Um resultado alto no VGM pode indicar macrocitose	46%
19	Exames de gravidez e tipagem sanguínea é desnecessário fazer jejum	46%
12	Colesterol bom é o HDL	42%
11b	Hemácias normocrômicas significam hemácias que estão normais quanto a sua cor	39%
9	Exames de sangue são exames complementares	37%
2	Colesterol ruim é o LDL	36%
11a	Hemácias normocrômicas significam hemácias que estão normais	34%
16b	A macrocitose pode estar relacionada à deficiência de vitamina B12	24%
17b	É recomendado ficar 3 dias sem ingerir bebidas alcoólicas antes de exames de sangue	19%
18	RDW indica uma variação no tamanho da hemácia	15%

Fonte: Própria

4.3. Análise do índice de discriminação

O índice de discriminação mede a consistência do teste, como cada questão foi capaz de distinguir o respondente com maior entendimento daquele com menor. Para calculá-lo, primeiro é calculado o valor mínimo do índice a partir da seguinte fórmula (Whatley, 2009):

$$\frac{1 + 1.645 \sqrt{\frac{k-1}{n}}}{k}$$

Onde: n é o número total de respondentes e k é a quantidade de alternativas por questão. O valor mínimo encontrado foi 30%, então, as questões com escores acima ou iguais a 30% foram capazes de diferenciar os respondentes e abaixo de 30% não foram capazes.

Já para o cálculo do índice para cada questão foram separados dois grupos: (1)27% dos respondentes que tiveram as maiores notas e (2)27% dos que tiveram as menores notas. Depois, o número de acertos de cada questão do grupo 1 menos o do grupo 2 dividido pelo número de integrantes de um dos grupos.

Tabela 7: Índice de discriminação de cada questão.

Questões	Assunto	Índice de discriminação
8c	Plaquetas são responsáveis pela coagulação do sangue	79%
8b	Hemograma completo inclui a análise de plaquetas	63%
9	Exames de sangue são exames complementares	59%
11a	Hemácias normocrômicas significam hemácias que estão normais	59%
7	Certos exames de sangue exigem manter dieta habitual	57%
11b	Hemácias normocrômicas significam hemácias que estão normais quanto a sua cor	55%
12	Colesterol bom é o LDL	53%
14	O colesterol bom está ligado a um baixo risco de doenças do coração	53%
6	Os medicamentos podem interferir nos resultados	49%
16a	Um resultado alto no VGM pode indicar macrocitose	49%
3	Glóbulos brancos são leucócitos	47%
4	Glóbulos vermelhos são hemácias	45%
19	Exames de gravidez e tipagem sanguínea é desnecessário fazer jejum	43%
2	Colesterol ruim é o HDL	41%
15	T4 livre é importante para detectar doenças da tireoide	35%
10	Queda na contagem das hemácias pode ser anemia	32%
13	Resultado alto na contagem de leucócitos pode ser uma infecção	30%
17b	É recomendado ficar 3 dias sem ingerir bebidas alcoólicas antes de exames de sangue	30%
1	Glicose acima do normal pode ser diabetes	26%
8a	Hemograma completo (HC)	24%
18	RDW indica uma variação no tamanho da hemácia	20%
16b	A macrocitose pode estar relacionada à deficiência de vitamina B12	18%
20	Exames de glicose e colesterol requerem 12hs de jejum	16%
17a	Bebidas alcoólicas podem alterar os exames de sangue	10%
5a	Em muitos exames é necessário fazer Jejum	6%
5b	No jejum o único alimento que podemos ingerir é água	4%

Fonte: Própria

Analisando a tabela 7, 18 questões foram capazes de discriminar os respondentes (8c, 8b, 9, 11a, 7, 11b, 12, 14, 6, 16a, 3, 4, 19, 2, 15, 10, 13 e 17b – em azul) e 8 questões não foram capazes de discriminar os respondentes (1, 8a, 18, 16b, 20, 17a, 5a e 5b – em vermelho).

4.4. Análise do alpha de Cronbach

O alpha de Cronbach também é uma medida de consistência do teste que varia de 0 a 1, quanto mais perto de 1, maior a consistência do teste. Para o cálculo de tal foi utilizado o SPSS e o resultado foi 0,698. De acordo com Gliem e Gliem (2003), este resultado é aceitável.

4.5. Análise da amostra geral

Na tabela 8 podemos observar como se deu a classificação em inadequados, marginais e adequados da amostra geral. Mais da metade da amostra, 59% (inadequados e marginais) tem dificuldades para entender seus exames de sangue representando um risco para si mesmos e seus erros podem resultar em problemas graves de saúde. Na tabela 7, observamos que 64% da amostra também apresentam dificuldades para ler e entender informações médicas. Comparando os dois resultados (S-TOFHLA e SILS) podemos concluir que o SILS, assim como na pesquisa de Morris et al (2006), conseguiu identificar aqueles que apresentam e que não apresentam tais dificuldades na amostra geral, com uma diferença de 5%.

Tabela 8: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA da amostra geral.

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	31%
Marginais	28%
Adequados	41%

Fonte: Própria

Esses 59% (S-TOFHLA) e 64% (SILS) da amostra geral ao buscarem auxílio para entenderem seus exames de sangue e orientações médicas podem se deparar com informações imprecisas fornecidas pela Internet ou grupos de

referência e tomar decisões que podem prejudicar sua saúde. Esse grupo também pode apresentar uma maior dificuldade em avaliar a qualidade percebida do serviço médico comparados com os adequados, devido a falta ou pouco entendimento de tópicos relacionados à área de saúde.

Tabela 9: Resultado do SILS da amostra geral.

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	36%
Apresentam dificuldade	64%

Fonte: Própria

A média de acertos da amostra geral foi de 16,1 acertos e a mediana foi 16, demonstrando uma boa distribuição. Como o teste aplicado nessa pesquisa possui 26 lacunas, tanto a média e a mediana ficaram acima de 13 acertos que correspondem a 50% do teste, este resultado e a alta porcentagem de adequados da amostra geral pode ser um reflexo do fato de que mais da metade da amostra possui escolaridade igual ou maior que superior incompleto e renda familiar acima de 7 salários mínimos.

4.6. Análise das hipóteses

As hipóteses apresentadas neste estudo são:

H1: Há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto aos gêneros masculino e feminino.

H2: Há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto a faixas etárias diferentes

H3: Há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto ao grau de escolaridade.

H4: Há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto à renda familiar.

H5: O SILS pode ser considerado um bom instrumento para medir o grau de analfabetismo funcional, em comparação com o S-TOFHILA.

A hipótese cinco foi analisada junto com os resultados da amostra geral e das hipóteses 1, 2, 3 e 4.

4.6.1. Hipótese 1

A amostra de homens e mulheres tiveram uma média de acertos de 16,05 e 16,18 respectivamente e a ANOVA obteve p-value de 0,814 em um intervalo de confiança de 95%. Como o p-value foi maior do que 0,05, não foi possível comprovar que há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto aos gêneros masculino e feminino. Ainda assim, podemos ressaltar que as mulheres tiveram uma média maior do que os homens.

Tabela 10: Média de acertos de homes e mulheres

Gênero	Media de acertos
Homens	16,05
Mulheres	16,18

Fonte: Própria

Analisando o desempenho dos homens no teste, eles apresentaram um resultado bem similar o da amostra geral com 29% de inadequados, 31% de marginais e 40% de adequados. Com um total de 60% de homens inadequados e marginais que possuem dificuldades de compreensão de texto na área médica.

Tabela 11: Resultado da prova inspirada no S-TOFHILA dos homens

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	29%
Marginais	31%
Adequados	40%

Fonte: Própria

O SILS também apresentou um resultado parecido com o da amostra geral com uma diferença de 3 pontos percentuais, onde 61% da amostra de homens apresentam dificuldades para ler e entender dados médicos. Comparando este resultado com o do S-TOFHILA para inadequados e marginais (60%), o SILS obteve um melhor resultado do que o da amostra geral ao determinar os homens que apresentam ou não tais dificuldades.

Tabela 12: Resultado SILS dos homens

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	39%
Apresentam dificuldade	61%

Fonte: Própria

O resultado das mulheres no teste também foi similar ao da amostra geral, apresentando um total de 58% de analfabetas funcionais (inadequados e marginais) e 42% de adequadas. Apesar da média de acertos das mulheres ter sido um pouco maior do que a dos homens, eles possuem 2% a mais de analfabetos funcionais do que as mulheres. Isso confirma o resultado da ANOVA, como as diferenças entre os resultados dos homens e das mulheres foi pequena, não se pode afirmar que há diferenças em seu entendimento sobre resultados e orientações médicas sobre exames de sangue.

Tabela 13: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA das mulheres

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	33%
Marginais	25%
Adequados	42%

Fonte: Própria

Quanto ao SILS, 68% das mulheres apresentam dificuldades de ler e entender informações médicas, 7% a mais do que os homens, mesmo tendo um resultado menor de analfabetos funcionais. Isso pode ser explicado pelo fato de que o SILS é medido pela pergunta “quantas vezes você precisa da ajuda de alguém para ler e/ou entender instruções, panfletos ou outro material escrito fornecidos pelo seu médico ou por farmácias?”, então pode ser que mesmo tendo certo entendimento sobre informações médicas, as mulheres possuam mais facilidade de pedir ajuda do que os homens.

Tabela 14: Resultado SILS das mulheres

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	32%
Apresentam dificuldade	68%

Fonte: Própria

Comparando as tabelas 13 e 14, podemos perceber que no caso das mulheres o SILS apresentou uma diferença de 10% em relação ao S-TOFHILA. O SILS, na amostra das mulheres, não apresentou um resultado tão bom quanto o dos homens em definir os que precisam de ajuda para ler ou entender informações médica.

4.6.2. Hipótese 2

Quanto à faixa etária, a amostra obteve as médias de acertos apresentadas na tabela 15. Os respondentes de até 25 anos obtiveram um resultado de média menor do que as outras duas faixas utilizadas neste estudo. Este resultado pode significar que os jovens não se preocupam com cuidados médicos tanto quanto os outros, pois acreditam gozar de boa saúde, e também porque constituem uma geração que pode estar relacionada a hábitos mais saudáveis.

O resultado da análise das variâncias obteve um p-value de 0,038, menor do que 0,05. Sendo assim, com um intervalo de confiança de 95%, podemos afirmar que há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e resultados de exames laboratoriais de sangue quanto a faixas etárias diferentes.

Tabela 15: Média de acertos por faixa etária.

Faixa etária	Média de acertos
Até 25 anos	14,97
De 25 a 50 anos	16,67
Acima de 50 anos	15,95

Fonte: Própria

A faixa de até 25 anos obteve 70% de analfabetos funcionais, o maior percentual dentre as três faixas avaliadas, condizente com a análise feita sobre as médias.

Pode-se interpretar o resultado de que existem diferenças de entendimento entre as faixas de idade pelo fato da experiência com os exames laboratoriais de sangue, já que os jovens obtiveram o maior percentual de analfabetos funcionais. Pode-se dizer que com o passar do tempo e idade, as pessoas tendem a ir mais a médicos e acabam se familiarizando mais com termos, orientações médicas e resultados de exames.

Tabela 16: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de até 25 anos

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	39%
Marginais	31%
Adequados	30%

Fonte: Própria

O resultado do SILS para indivíduos de até 25 anos apresentados na tabela 17, mostram que mais da metade apresentam dificuldades e precisam de ajuda para entender dados médicos. Em relação aos resultados do S-TOFHLA de analfabetos funcionais (70%), o SILS não obteve um resultado tão bom quanto da amostra geral, com uma diferença de 11%.

Tabela 17: Resultado SILS de até 25 anos

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	41%
Apresentam dificuldade	59%

Fonte: Própria

Na segunda faixa etária que contempla os adultos de 25 a 50 anos, foi identificado a maior concentração de letrados adequados dentre as três faixas etárias, com um percentual de 48% e um total de 52% de analfabetos funcionais.

Tabela 18: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de 25 a 50anos

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	30%
Marginais	22%
Adequados	48%

Fonte: Própria

Quanto ao SILS, 63% dos respondentes entre 25 e 50 anos foram considerados iletrados funcionais e 37% letrados funcionais. O SILS não evidenciou a boa distribuição nos resultados como o S-TOFHLA que praticamente dividiu a amostra em partes iguais.

Tabela 19: Resultado SILS de 25 a 50anos

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	37%
Apresentam dificuldade	63%

Fonte: Própria

Na faixa de idade acima de 50 anos, os participantes classificados como analfabetos funcionais perfizeram um total de 63% e os adequados de 37%. Comparando este resultado com o de 25 a 50 anos podemos perceber que há uma diferença de 11% a mais de analfabetos funcionais na faixa de mais de 50 anos. Essa diferença significa que os adultos mais velhos têm mais dificuldades em lidar com informações médicas do que adultos mais novos. Isso pode ser devido ao fato que com a idade a memória pode estar comprometida e o fato da amostra de acima de 50 anos conter 58% de indivíduos com nível de escolaridade até o ensino médio. Ainda assim, a faixa acima de 50 anos obteve um resultado de analfabetos funcionais menor do que a faixa de até 25 anos.

Tabela 20: Resultado da prova inspirada no S-TOFHILA acima de 50 anos

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	23%
Marginais	40%
Adequados	37%

Fonte: Própria

A diferença entre os jovens (até 25 anos) e os adultos mais novos (25 a 50 anos) quanto ao grau de analfabetismo funcional foi de 18%, onde os jovens possuem mais analfabetos funcionais do que os adultos mais novos. Sendo assim, pode-se supor que com a idade a preocupação com cuidados médicos aumentam, assim como, a experiência adquirida com os médicos e exames de sangue e o fato de 48% da amostra de 25 a 50 anos possuem nível de escolaridade de superior completo e pós-graduação.

Tabela 21: Resultado SILS acima de 50 anos

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	28%
Apresentam dificuldade	72%

Fonte: Própria

A faixa de mais de 50 anos obteve um resultado de analfabetos funcionais de 72% de acordo com o SILS. Comparando com o S-TOFHLA que obteve um total de 63%, houve uma diferença de 11%. Mais uma vez, o SILS não obteve um resultado tão satisfatório quanto na amostra geral.

Podemos concluir pela análise das três faixas de idade e pelo resultado da ANOVA que existem diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto a faixas etárias diferentes.

4.6.3. Hipótese 3

Quanto ao nível de escolaridade, a média da amostra apresentou uma diferença considerável entre as categorias baixo e super e um comportamento crescente conforme aumenta o grau de escolaridade dos respondentes, como podemos observar na tabela 22.

A ANOVA apresentou um p-value de 0,00 sendo menor do que 0,05. Assim, podemos concluir que, em um intervalo de confiança de 95%, a amostra apresenta diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto ao grau de escolaridade.

Tabela 22: Média de acertos por nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	Média de acertos
Baixo	13,78
Médio	14,05
Alto	16,21
Super	19,55

Fonte: Própria

Na análise do S-TOFHLA, o nível de baixa escolaridade obteve um alto percentual de analfabetos funcionais, 93% (tabela 23). Este resultado indica que os indivíduos de baixa escolaridade possuem nenhuma ou pouca habilidade de ler, escrever e cognitiva de entender informações sobre os resultados e

orientações médicas sobre exames de sangue. Este grupo possui um alto risco de ter desfechos desfavoráveis no que se refere a sua saúde. Os médicos devem prestar atenção especial a estas pessoas e usufruir de comunicação primária como ilustrações, desenhos, modelos do corpo humano e analogias para garantir o entendimento da mensagem. Assim como, organizações da área da saúde devem utilizar na forma a se comunicar com esse público uma linguagem de fácil compreensão.

Tabela 23: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de baixa escolaridade

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	50%
Marginais	43%
Adequados	7%

Fonte: Própria

Quanto ao SILS, 86% compreende a parcela de analfabetos funcionais. Este método apresentou um resultado satisfatório comparado aos resultados obtidos no S-TOFHLA de 93% de iletrados funcionais.

Tabela 24: Resultado SILS de baixa escolaridade

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	14%
Apresentam dificuldade	86%

Fonte: Própria

O nível de média escolaridade contemplou um total de 82% de iletrados funcionais. Assim como os de baixa escolaridade, este grupo também apresenta um alto risco de problemas em lidar com informações médicas sobre exames de sangue. Os laboratórios devem fazer uso de uma linguagem de fácil compreensão nas instruções de exames de sangue.

Tabela 25: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de média escolaridade

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	57%
Marginais	25%
Adequados	18%

Fonte: Própria

O resultado do SILS e do S-TOFHLA foram idênticos demonstrando que 82% da amostra de média escolaridade são analfabetos funcionais. O SILS apurou com precisão o grau de iletrados funcionais de média escolaridade.

Tabela 26: Resultado SILS de média escolaridade

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	18%
Apresentam dificuldade	82%

Fonte: Própria

O grupo de alta escolaridade teve um total de 54% de iletrados funcionais, um pouco mais da metade, mostrando uma diferença de 28% em relação aos de média escolaridade e baixa escolaridade. E um total de 46% de iletrados adequados capazes de entender os resultados e as orientações médicas sobre exames de sangue. Estes percentuais mostram que mesmo tendo um grau de escolaridade alto, os indivíduos podem ter nenhuma ou pouca habilidade de ler, escrever e cognitiva de entender informações médicas.

Tabela 27: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de alta escolaridade

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	23%
Marginais	31%
Adequados	46%

Fonte: Própria

O SILS obteve um resultado melhor do que o da amostra geral em identificar os iletrados funcionais, apenas com uma diferença de 2%. Portanto seu resultado foi satisfatório.

Tabela 28: Resultado SILS de alta escolaridade

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	44%
Apresentam dificuldade	56%

Fonte: Própria

Os respondentes com super escolaridade tiveram um bom resultado de letrados adequados, de 74%, como mostra a tabela 29. Mas apesar de terem

pós-graduação, mestrado e doutorado apresentaram um percentual de 26% de analfabetos funcionais. Assim como nos de alta escolaridade, este percentual de 26% demonstra que apesar de uma super escolaridade não exclui o indivíduo de ter dificuldades em entender os resultados e orientações médicas sobre exames de sangue.

Tabela 29: Resultado da prova inspirada no S-TOFHILA de super escolaridade

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	3%
Marginais	23%
Adequados	74%

Fonte: Própria

O SILS obteve um resultado de analfabetos funcionais de 47 %, de acordo com a tabela 28, e o S-TOFHILA de 26%, com uma diferença de 19%, este foi o maior percentual de diferença obtido em todo resultado. Pode-se tentar explicar tal fato pela percentagem do resultado obtido da opção às vezes do SILS que foi de 30% e as opções quase sempre e sempre obtiveram 17% Como a pergunta do SILS utiliza uma escala de frequência, a interpretação da escala fica a cargo do respondente (ex: às vezes pode ser 1 vez por mês para uma pessoa e para outra pode ser mais). Isso indica que a pergunta do SILS não foi bem formulada.

Tabela 30: Resultado SILS de super escolaridade

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	53%
Apresentam dificuldade	47%

Fonte: Própria

Podemos observar que com o aumento do nível de escolaridade, o percentual de analfabetos funcionais diminui, mas ainda assim, se faz presente. A problemática do analfabetismo funcional é encontrado em todos os níveis de escolaridade, e aflige mesmo aqueles que possuem pós-graduação, mestrado e doutorado. Dessa forma, existem diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto ao grau de escolaridade.

4.6.4. Hipótese 4

A média de acertos da amostra estratificada por renda familiar apresenta uma diferença de 3,1 acertos entre as faixas de 1 a 4 salários mínimos e de acima de 7 salários mínimos. Também, podemos observar um comportamento crescente das médias conforme aumenta a renda familiar dos respondentes, como mostra a tabela 31. Isso indica que a renda familiar influencia o grau de iletrados funcionais.

A análise das variâncias obteve um p-value de 0,00, menor que 0,05. Isso comprova que, em um intervalo de confiança de 95%, há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto à renda familiar.

Tabela 31: Média de acertos por renda familiar.

Renda familiar	Média de acertos
1 a 4 salários	13,44
4 a 7 salários	16,31
Acima de 7 salários	17,54

Fonte: Própria

A faixa de renda familiar de 1 a 4 salários mínimos pode ser considerada como baixa renda. Nesta faixa o percentual de analfabetismo funcional foi de 90%. Este percentual sinaliza que as pessoas de baixa renda possuem nenhuma ou pouca habilidade de ler, escrever e cognitiva de entender informações sobre os resultados e orientações médicas sobre exames de sangue. A população de baixa renda não tem acesso à educação de qualidade, pois depende das condições precárias do ensino público (Ribeiro 2004).

Tabela 32: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de 1 a 4 salários

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	57%
Marginais	33%
Adequados	10%

Fonte: Própria

O SILS apresentou uma percentagem de 79% de analfabetos funcionais, como podemos ver na tabela 33, que comparado ao resultado do S-TOFHLA de

90%, mostra uma diferença de 11%. Então, ele não apresentou um resultado tão satisfatório quanto à amostra geral.

Tabela 33: Resultado SILS de 1 a 4 salários

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	21%
Apresentam dificuldade	79%

Fonte: Própria

Quanto aos que recebem de 5 a 7 salários mínimos, o percentual de analfabetismo funcional foi de 69%. Podemos perceber que ele é menor do que os que recebem de 1 a 4 salários mínimos.

Tabela 34: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de 5 a 7 salários

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	38%
Marginais	31%
Adequados	31%

Fonte: Própria

O SILS obteve 63% de iletrados funcionais e o S-TOFHLA apresentou 69%, perfazendo uma diferença de 6 pontos percentuais que foi similar ao resultado da amostra geral. Podemos assumir que o SILS foi um bom instrumento para os analfabetos funcionais entre os respondentes de 5 a 7 salários mínimos.

Tabela 35: Resultado SILS de 5 a 7 salários

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	38%
Apresentam dificuldade	63%

Fonte: Própria

Na última faixa de renda familiar, acima de 7 salários mínimos, o percentual de iletrados funcionais foi de 41%, de acordo com a tabela 34. Isso mostra que podemos encontrar pessoas que apresentam nenhuma ou pouca habilidade de ler, escrever e cognitiva de entender informações sobre os

resultados e orientações médicas sobre exames de sangue, mesmo no segmento da população de classe A e B.

Tabela 36: Resultado da prova inspirada no S-TOFHLA de acima de 7 salários

Classificação de letramento funcional	Percentual
Inadequados	16%
Marginais	25%
Adequados	59%

Fonte: Própria

Quanto ao SILS, o resultado de iletrados funcionais foi de 57% apresentando uma diferença de 2% em relação ao S-TOFHLA. Este resultado demonstra que o SILS foi eficiente em predizer os analfabetos funcionais.

Tabela 37: Resultado SILS de acima de 7 salários

SILS	Percentual
Não apresentam dificuldade	43%
Apresentam dificuldade	57%

Fonte: Própria

Podemos perceber que na renda familiar ocorre o mesmo movimento apresentado pelo nível de escolaridade, há uma diminuição no percentual de analfabetos funcionais conforme aumenta a renda familiar.

5 Discussão e conclusão

Esse estudo se propôs a mensurar o grau de analfabetismo funcional sobre orientações médicas e resultados de exames laboratoriais de sangue de uma amostra residente no Rio de Janeiro. Para atingir este objetivo foram utilizadas duas metodologias: um teste inspirado no S-TOFHLA e o SILS. Foram utilizadas, para a elaboração do teste, entrevistas em profundidade e uma pesquisa feita em sites e blogs referentes a exames de sangue. O teste também contemplava uma parte de perguntas sociodemográficas (gênero, idade, nível de escolaridade e renda familiar) com o intuito de traçar um perfil do respondente, possibilitando uma análise cruzada com essas informações.

O analfabetismo funcional constitui uma realidade na área médica sobre os resultados e as orientações médicas a cerca de exames laboratoriais de sangue. Nos resultados esta realidade aparece de acordo com o gênero, a faixa etária, o nível de escolaridade e a renda familiar. Sendo que, o analfabetismo funcional é inversamente proporcional ao grau de escolaridade e a faixa de renda familiar, ou seja, essas duas características da população, dentre as quatro abordadas nesta pesquisa, mostraram ser as mais influentes no grau de analfabetismo funcional. Confirmando o que foi visto nas entrevistas com os médicos.

As hipóteses 1, 2, 3 e 4 foram testadas através da análise das variâncias no programa SPSS. Elas inquiram se há diferenças na compreensão de texto sobre orientações médicas e exames laboratoriais de sangue quanto: ao gênero (H1), a idade (H2), ao nível de escolaridade (H3) e a renda familiar (H4). Apenas na H1 não foi possível comprovar que há diferenças, logo se pode inferir que, entre homens e mulheres, não podemos confirmar que um gênero é mais analfabeto funcional do que o outro. Sendo assim, o gênero não exerce uma influência significativa no nível de analfabetismo funcional de uma pessoa.

Os resultados da ANOVA da H2, H3 e H4 comprovaram que há diferenças no entendimento de resultados e orientações médicas de exames de sangue. Sendo que H2 em um intervalo de confiança de 96,2% e, H3 e H4 em um intervalo de confiança de 99,9%, isso mostra que o nível de escolaridade e a renda familiar obtiveram resultados mais confiáveis e, assim como na análise das médias dos acertos e o observado nas entrevistas em profundidade, estas

duas características exercem uma influencia maior do que as outras no grau de analfabetismo funcional de um indivíduo.

A hipótese 5 trata da comparação dos dois métodos (teste inspirado no S-TOFHLA e SILS) usados para medir o grau de analfabetismo da amostra. Analisando a amostra geral, o SILS apresentou uma diferença de 5 pontos percentuais em relação ao teste inspirado no S-TOFHLA. De acordo com Morris et al (2006), esta diferença é aceitável, significando que o SILS foi bem sucedido em determinar o grau de analfabetismo funcional. Mas quando analisamos as diferenças entre os dois métodos em cada estrato das características sociodemográficas, as diferenças variaram de 0% a 19%. O SILS utiliza uma escala de frequência (nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre) em que a interpretação da frequência fica a cargo do respondente. É possível que uma alteração na escala de frequência torne o SILS mais preciso.

Ainda assim, o SILS mostrou ser uma boa ferramenta para identificar os indivíduos que possuem analfabetismo funcional em comparação ao S-TOFHLA, levando em consideração de consistir em um método pratico que pode ser executado num consultório e contemplar apenas uma pergunta. Mas cabe ressaltar o problema apresentado pelo uso de uma escala de frequência.

5.1. Implicações na relação médico-paciente e na qualidade percebida

A relação médico-paciente se baseia em cooperação mútua e confiança, em que a comunicação exerce um papel fundamental para o sucesso desse relacionamento. Mas como os serviços médicos apresentam um número elevado de qualidades de credibilidade e por existir uma assimetria de conhecimento entre médico e paciente, este encontra dificuldades para avaliar o serviço prestado, comprometendo a análise da qualidade percebida.

O primeiro passo para os médicos é estar ciente da problemática do analfabetismo funcional e suas ramificações. O analfabetismo funcional é um obstáculo na comunicação médico-paciente, em que cabe ao médico tentar compreender a dificuldade de entendimento do paciente e tentar se fazer entender utilizando formas de comunicação criativas e eficientes. De acordo com os resultados, pacientes com baixa escolaridade e baixa renda apresentam uma maior dificuldade em compreender orientações médicas, logo os médicos ao se deparar com pacientes que apresentem tais características devem se esforçar

para comunicar diagnósticos, tratamentos, exames e orientações médicas. Uma falha na comunicação pode resultar em danos para a saúde do paciente.

É real o fato de os pacientes buscarem informações na Internet e de terceiros, e tomarem decisões referentes à sua saúde, sem consultar o médico devido à falta de confiança presente na relação medico-paciente. Essas decisões mal embasadas podem incorrer em riscos desnecessários e prejudiciais ao bem estar do paciente.

A Internet pode ser uma facilitadora da falta de confiança nos médicos, pois o paciente pode encontrar apenas com um clique informações a respeito da prática médica como erros médicos, entrar num fórum e trocar informações sobre médicos (quais são considerados bons ou não), tratamentos e diagnósticos. Antigamente, as informações sobre tratamentos médicos e inovações na medicina só podiam ser lidos em *journals* acessados pelos profissionais da área médica e as informações entre pacientes eram trocadas literalmente por meio de *marketing* boca-a-boca. Com a Internet esta informação se tornou mais acessível ao paciente, apresentando desafios para os médicos em lidar com as imposições dos pacientes e mitos divulgados na Internet. Cabe ao paciente estar ciente que nem tudo que está na Internet é verdade e tentar usar o bom senso para fazer um discernimento dos conteúdos *online*.

O médico pode aumentar a qualidade percebida do paciente, melhorando a qualidade funcional do serviço. Algumas ações que ele pode tomar é amenizar o tempo de espera da consulta com aparatos para entreter o paciente, ter um consultório num local mais rebuscado, moderno e limpo, ser simpático e demonstrar preocupação e dar importância ao que paciente está falando. Investir na qualidade funcional pode amenizar os efeitos da característica de credibilidade, tão presente nos serviços médicos. Hoje já existem cursos e *workshops* voltados para médicos sobre marketing de serviços em que são abordados temas como estratégias de marketing para a saúde, marketing pessoal e de relacionamento e ferramentas de comunicação, dentre outros. O objetivo desses cursos é justamente desenvolver diferenciais competitivos e a qualidade de atendimento. Os médicos devem, não só se atualizar e se desenvolver em sua área médica, mas também, buscar treinamento e cursos visando aprimorar suas habilidades interpessoais e conhecimentos que podem aumentar a qualidade percebida pelo paciente.

Os pacientes, por sua vez, devem ter consciência que parte do serviço médico prestado depende deles, pois no papel de pacientes, eles são coprodutores do serviço. Sendo assim, eles são, também, responsáveis pelo seu

tratamento e, conseqüentemente, a qualidade percebida do serviço prestado. Cabe ao paciente comunicar ao médico as informações pertinentes ao seu estado, como sintomas, seu próprio histórico e o familiar. Assim como, uma falha na comunicação por parte do médico pode resultar em problemas de saúde, uma falha na comunicação por parte do paciente pode interferir no diagnóstico, tratamento e no bem estar do paciente.

Os pacientes devem saber que os exames de sangue são exames complementares e não substituem a avaliação médica sobre os sintomas apresentados. A questão que endereça este assunto teve apenas 37% de acertos da amostra geral.

5.2. Implicações gerenciais

O aumento do nível de exigência do consumidor é um fenômeno que repercutiu na área médica trazendo um novo paradigma, o paciente como consumidor de serviços médicos. Como os pacientes estão mais exigentes, cabe aos prestadores de serviços médicos atender as necessidades e expectativas do paciente. Para isso, os prestadores de serviços podem efetuar pesquisas de mercado para melhor entender e conhecer o seu cliente, o paciente, e traçar ações de marketing específicas para diferentes públicos, utilizar ferramentas de comunicação, de marketing de relacionamento e mídias sociais.

Assim como para os médicos, o analfabetismo funcional constitui uma barreira na comunicação para as empresas e instituições que atuam na área de saúde. Com o objetivo de transpor esta barreira, estas devem procurar o uso de uma linguagem adequada e compreensível para o seu público-alvo.

Os prestadores de serviço devem se comprometer a dar atenção aos pacientes para se certificar de que suas orientações sejam compreendidas e seguidas para que não haja situações de risco no futuro, priorizando os pacientes de renda mais baixa e baixo grau de escolaridade.

Aprimorar a qualidade funcional percebida deve fazer parte de uma estratégia de marketing para melhorar o atendimento a clientes. Essa estratégia deve abranger treinamento e atualização profissional específica dos funcionários (médicos, enfermeiros, recepcionistas e atendentes de *call center*, dentre outros), principalmente aqueles estão nos encontros de serviço, otimização de processos, aquisição de novas tecnologias, design do ambiente do serviço prestado e comunicação tangível. Alguns laboratórios já estão colocando em

práticas estas ações, fornecendo um ambiente com requinte, oferecendo lanches e bebidas para os pacientes tendo um pronto atendimento com profissionais capacitados e educados, um exemplo é o laboratório Lâmina.

Outra recomendação é o uso do método do SILS. Como ele consiste em uma única pergunta, esta pode ser inserida em formulários com o objetivo de identificar aqueles que apresentam dificuldades de compreender orientações médicas. Ele pode ser usado tanto em consultórios como em empresas e instituições que atuam na área médica.

5.3. Sugestões para Pesquisas Futuras

Elaborar uma pesquisa que explore mais aspectos do amplo espectro de exames de sangue e incluir outros tipos de exames como os de imagem e urina com o objetivo de testar o entendimento dos pacientes sobre eles.

Seria interessante confirmar os resultados desta pesquisa com uma etapa posterior de grupos de foco com pacientes para conhecer suas percepções e crenças sobre o setor da saúde, o analfabetismo funcional, exames em geral, qualidade percebida em relação aos médicos e sugestões para melhorar o serviço prestado pelos médicos de acordo com a perspectiva do paciente.

Outras pesquisas comparando O S-TOFHLA e o SILS, mas fazendo uma reformulação da escala adotada pelo SILS para averiguar se o desempenho do SILS é mais satisfatório. Pode-se também produzir uma pesquisa comparando três métodos, o S-TOFHLA, o SILS como foi feito nesta pesquisa e sua versão reformulada para ter como base de comparação um método robusto como o S-TOFHLA.

6

Referencial bibliográfico

ADKINS, N.; CORUS, C. Health Literacy for Improved Health Outcomes: Effective Capital in the Marketplace. **The Journal of Consumer Affairs**. Volume 43. N.2. 2009.

AIKEN, L; SERMEUS, W.; VAN DER HEED, K.; SLOANE, D.; BUSSE, R.; MCKEE, M.; BRUYNEEL, L.; RAFFERTY, A.; GRIFFITHS, P.; MORENO-CABAS, M.;TISHELMAN, C.; SCOTT, A.; BRZOSTEK, T.; KINNUNEN, J.; SCHWENDIMANN, R.; HEINEN, M.; ZIKOS, D.; SJETNE, I.; SMITH, H.; KUTNEY-LEE, A. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **British Medical Journal**, Março, 2012

BAKER, D. The meaning and measure of health literacy. **Journal of General Internal Medicine**. Volume 21. 2006.

BAKER, D.; GAZMARARIAN, J.; WILLIAMS, M.; SCOTT, T.; PARKER, R.; GREEN, D.; REN, J.; PEEL, J. Functional Health Literacy and The Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. **American Journal of Public Health**. Volume 92. 2002.

BAKER, D.; PARKER, R.; WILLIAMS, M.; CLARK, W. Health Literacy and The Risk of Hospital Admission. **Journal of General Internal Medicine**. Volume 13. 1998.

BAKER, D.; WILLIAMS M.; PARKER R.; GAZMARIAN J.; NURSS J. Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. **Patient Education and Counseling**, v.38, p.33-44, 1999.

BAKER, D.; WOLF, M.; FEINGLASS, J.; THOMPSON, J.; GAZMARARIAN, J.; HUANG, J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. **Archives Internal Medicine**. Volume 167. N. 14. 2007.

BAKER, L.; WAGNER, T.; SINGER, S.; BUNDORF, M. Use of the Internet and email for health care information: results from a national survey. **The Journal of American Medical Association**, 2003; 289(18): 2400-2406. doi:10.1001/jama.289.18.2400

BARBOSA, P. B.; HOR-MEYLL, L. F.; MOTTA, P. C. In: Da Rocha, Angela e Da Silva, Jorge Ferreira (Org.). **O Uso de Celular Pré-pago por Consumidores de Baixa Renda Consumo na Base da Pirâmide. Consumo na Base da Pirâmide: Estudos Brasileiros**. Editora: Mauad Ltda, Rio de Janeiro, 2009.

BETTMAN, J. R.; LUCE, M. F.; PAYNE, J. W. Constructive Consumer Choice Processes. **Journal of Consumer Research**, v. 25, Dec, 1998.

CARLZON, J. **A hora da verdade (*Moments of truth*)**. Rio de Janeiro, COP Editora, 1990.

CHEW, L. D.; KATHERINE, B; BOYKO, E. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. **Family Medicine**. September. 2004.

COLTRI, M. **Resultados de exames laboratoriais na internet e o sigilo médico**. 2008. Acessado em 11/03/2012 <http://direitomedico.blogspot.com.br/2009/06/resultados-de-exames-laboratoriais-na.html>

COVA, B.; PACE, S. Brand community of convenience products: new forms of customer empowerment – The case My Nutella the Community. **European Journal of Marketing**, 2006; vol. 40 n° 9/10 pp. 1087-1105

COVA, B.; PACE, D.; PARK, D. Global brand communities across borders: the Warhammer case. **Internacional Marketing Review**, 2007; vol. 24 n° 3 pp. 313-329

CUPILLO, M. **O letramento funcional e o entendimento da comunicação em anúncios de celular**. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (Mestrado em Administração), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

CRESWELL, J. **Quality inquiry and research design: choosing among five traditions**. Thousand Oaks: Sage, 1998.

DEWALT, D.; BERKMAN, N.; SHERIDAN, S.; LOHR, K.; PIGNONE, M. **Journal of General Internal Medicine**. Volume 19. 2004.

DIAMOND, J. Development of a Reliable and Construct Valid Measure of Nutritional Literacy in Adults. **Nutrition Journal**. 6:5. 2007.

FERNANDES, J. C. L. **Who Cares How Doctors and Patients Relate?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (1): 21-27, jan/mar, 1993.

GIL, A. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

GIL, A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GLIEM, J.; GLIEM, R. Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. **Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education**, The Ohio State University, Columbus, OH, October 8-10, 2003.

GRIFFIN, J.; PARTIN, M.; NOORBALOOCHI, S.; GRILL, J.; SAHA, S.; SNYDER, A.; NUGENT, S.; SIMON, A.; GRALNEK, I.; PROVENZALE, D.; RYN, M. Variation in Estimates of Limited Health Literacy by Assessment Instruments and Non-Response Bias. **Journal of General Internal Medicine**. Volume 25. N.7. 2010.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro, Campus, 1995.

HANCHATE, A.; ASH, A.; GAZMARARIAN, J.; WOLF, M.; PAASCHE-ORLOW, M. The Demographic Assessment for Health Literacy (DAHL): A new tool for estimating associations between health literacy and outcomes in national surveys. **Journal of General Internal Medicine**. Volume 23. 2008.

HESSE, B.; NELSON, D.; KREPS, G.; CROYLE, R.; ARORA, N.; RIMER, B.; VISWANATH, K. Trust and Sources of Health Information. **Archives Internal Medicine**. Volume 165. 2005

INAF. In: Instituto Paulo Montenegro. **Relatório INAF 2009** Acessado em 08/02/2012, disponível em: http://www.ipm.org.br/download/inaf_brasil_2009_relatorio_divulgacao_revisto_d ez-10_a4.pdf

JAE, H.; DELVECCHIO, D. Decision Making by Low-Literacy Consumers in the Presence of Point-of-Purchase Information. **The Journal of Consumer Affairs**. Volume 38. N.2. 2004.

JOGULU, U.; PANSIRI, J. Mixed Methods: A Research Design for Management Doctoral Dissertations. **Management Research Review**. Volume 34. N.6. 2011.

KALICHMAN, S.; ROMPA, D. Functional Health Literacy is Associated with Health Status and Health-related Knowledge in People Living with HIV-AIDS. **J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol**. 25. 2000.

KUNREUTHER, H.; SLOVIC, P. Coping with Stigma. **Risk, Media and Stigma: Understanding Public Challenges to Modern Science and Technology**. Editora: EarthScan, 2001.

LEITE, F.; ARRUDA, D. Impacto das Experiências Emocionais na Satisfação dos Clientes: Um Estudo em Consultórios Médicos. **XXXI Encontro da Anpad**. Enanpad. 2007.

LUCCHESI, F.; LEDUR, P. **Comunicação Médico-Paciente: Um Acordo de Cooperação**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**, 4ª Edição, Editora: Bookman, 2006.

MAIL ONLINE. **Fitness instructor, 25, dies of paracetamol overdose after self-medicating with Lemsip, cough medicine and pills for her cold**, 2011. Acessado em 03/03/2011 disponível em <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2042947/Woman-25-dies-paracetamol-overdose-self-medicating-Lemsip-cough-medicine-pills-cold.html>

MALINA, M.; NORREKLIT, H.; SELTO, F. Lessons Learned: Advantages and Disadvantages of Mixed Method Research. **Qualitative Research in Accounting & Management**. Volume 8. N.1. 2011.

MORRIS, N.; MACLEAN, C.; CHEW, L.; LITTENBERG, B. *The Single Item Literacy Screener*: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. **BMC Family Practice**. 7:21. 2006.

MORRIS, N.; MACLEAN, C.; LITTENBERG, B. Literacy and Health Outcomes: a Cross-Sectional Study in 1002 adults with diabetes. **BMC Family Practice**. 7:49. 2006.

MOURA, L. **Assimetria de Conhecimento: Proposta de Uma Perspectiva Teórica para Marketing de Bens e Serviços Intensivos em Conhecimento**. Rio Grande do Sul, 2011. 153 f. Tese. (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MURRAY, E.; LO, B.; POLLACK, L.; DONELAN, K.; CATANIA, J.; LEE, K.; ZAPERT, K.; TURNER, R. The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician-Patient Relationship: National U.S. Survey among 1.050 U.S. Physicians. **Journal of Medical Internet Research**, 2003 Jul-Sep; 5(3): e17.

NORMANN, R. **Administração de serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços**. São Paulo, Atlas, 1993.

OSBORN, C. Y.; WEISS, B. D.; DAVIS, T. C.; SKRIPKAUSKAS, S. RODRIGUE, C.; BASS III, P. F.; WOLF, M. S. Measuring Adult Literacy in Health Care: Performance of the Newest Vital Sign. **American Journal of Health Behavior**. 31 (Suppl. 3): S36-S46. 2007.

PAASCHE-ORLOW, M.; PARKER, R.; GAZMARARIAN, J.; NIELSEN-BOHLMAN, L.; RUDD, R. The Prevalence of Limited Health Literacy. **Journal of General Internal Medicine**. Volume 20. 2005.

PAIVA, G.; MOTTA, P. Balas Proceedings. Rio de Janeiro. 2012.

PARIKH, N.S.; PARKER, R.M.; NURSS, J.R.; BAKER, D.W.; WILLIAMS, M.V. Shame and Health Literacy: The Unspoken Connection. **Patient Education and Counseling**. 27(1). 33-39. 1996.

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**, v.10, p. 537-541, 1995.

PETER, J. P.; OLSON, J.C. **Comportamento do Consumidor e Estratégia de Marketing**. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

PLEASANT, A.; KURUVILLA, S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. **Health Promotion International**, Vol. 23 No. 2, 2008

PROPLAN. **Norma Procedimental: realização de exames laboratoriais**, 2008. Acessado em 05/02/2012, disponível em http://www.uftm.edu.br/upload/institucional/25_Realizacao_de_Exames_Laboratoriais.pdf.

RIBEIRO, V. M. **Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional – Brasil**. 2004.

SENDERS, J. My Adventures as a Hospital Patient. **Quality Safety Health Care**, Volume 11, 2002

SIMMONS, G. Marketing to postmodern consumers: introducing the internet chameleon. **European Journal of Marketing**, 2008; vol. 42 n° ¾ pp. 299-310

STEPHENS, S. **A New Paradigm: The Patient as Consumer**. PTinMotion, Março, 2010

TAVARES, N. V.; BORGES, C. L. P.; MOREIRA, L. B.; RIVERA A. S. P. Do paciente ao cliente, como lidar com essa mudança? **Seminários em Administração**. XIII SemeAd , 2010.

UNESCO. **Alfabetização como liberdade**. Brasília : UNESCO, MEC, 2003
Acessado em 11/03/2012, disponível em
<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001303/130300por.pdf>

UNESCO. **O desafio da alfabetização global**. Brasília : UNESCO, 2009
Acessado em 11/03/2012, disponível em
<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001631/163170por.pdf>.

URDAN, A.; HERTAS, M. O Médico e a Qualidade Percebida pelo Paciente. **XXVII Encontro da Anpad**. Enanpad. 2003.

VIEIRA, S. **Como Elaborar Questionários**. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

VISWANATHAN, M.; ROSA, J. A.; HARRIS, J.E. Decision Making and Coping of Functionally Illiterate Consumers and Some Implications for Marketing Management. **Journal of Marketing**. Vol. 69. 15-31. 2005.

WHATLEY, M. VALDOSTA STATE UNIVERSITY. Department of Psychology & Counseling. **Tests and Measurements**. Capítulo 8. Não paginado, 2009. Disponível em: < <http://mypages.valdosta.edu/mwhatley/3900/quizzes.htm> >. Acessado em Dezembro de 2011.

WALLENDORF, M. Literally Literacy. **Journal of Consumer Research**, v. 27, p. 505-512, Mar, 2001.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ª Ed. Porto Alegre: Brookman, 2010.

ZEITHAML; BITNER; GREMLER. **Marketing de Serviços**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

Anexo 1 – Tabelas e análises do SPSS

HOMOCEDACIDADE DOS RESULTADOS

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		acertos
N		188
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	16.1064
	Std. Deviation	3.70133
Most Extreme Differences	Absolute	.074
	Positive	.065
	Negative	-.074
Kolmogorov-Smirnov Z		1.016
Asymp. Sig. (2-tailed)		.253

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ALFA DE CRONBACH

Reliability Statistics

Cronbach h's Alpha	Cronbach h's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.698	.699	26

QUANTO AO GÊNERO

Descriptives

acertos	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound	Mean		
Masculino	103	16.0485	3.58477	.35322	15.3479	16.7491	8.00	25.00	
Feminino	85	16.1765	3.85813	.41847	15.3443	17.0086	6.00	24.00	
Total	188	16.1064	3.70133	.26995	15.5738	16.6389	6.00	25.00	

ANOVA

acertos	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.762	1	.762	.055	.814
Within Groups	2561.110	186	13.769		
Total	2561.872	187			

QUANTO À IDADE

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound	Minimum	Maximum
<25	44	14.9773	2.97656	.44873	14.0723	15.8822	9.00	20.00
>26<50	100	16.6700	4.04783	.40478	15.8668	17.4732	6.00	25.00
>50	44	15.9545	3.30577	.49836	14.9495	16.9596	9.00	22.00
Total	188	16.1064	3.70133	.26995	15.5738	16.6389	6.00	25.00

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	88.876	2	44.438	3.324	.038
Within Groups	2472.996	185	13.368		
Total	2561.872	187			

QUANTO AO NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Descriptives

acertos

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound	Mean		
Baixa	14	13.7857	3.82660	1.02270	11.5763	15.9951	6.00	18.00	
Média	60	14.0500	3.20712	.41404	13.2215	14.8785	8.00	22.00	
Alta	71	16.2113	3.00911	.35712	15.4990	16.9235	10.00	23.00	
Super	43	19.5581	2.62136	.39975	18.7514	20.3649	14.00	25.00	
Total	188	16.1064	3.70133	.26995	15.5738	16.6389	6.00	25.00	

ANOVA

acertos

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	842.230	3	280.743	30.039	.000
Within Groups	1719.643	184	9.346		
Total	2561.872	187			

QUANTO À RENDA FAMILIAR

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound			
Até 4 SM	61	13.4426	2.87242	.36778	12.7070	14.1783	6.00	18.00	
5 a 7 SM	16	16.3125	3.71876	.92969	14.3309	18.2941	12.00	23.00	
3	111	17.5405	3.29954	.31318	16.9199	18.1612	10.00	25.00	
Total	188	16.1064	3.70133	.26995	15.5738	16.6389	6.00	25.00	

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	661.818	2	330.909	32.219	.000
Within Groups	1900.054	185	10.271		
Total	2561.872	187			

Anexo 2 – Teste aplicado

Este teste destina-se a uma pesquisa para Dissertação de Mestrado em Administração de empresas da PUC-Rio.

Sua resposta representa importante contribuição para um estudo que visa testar o conhecimento do consumidor de serviços médicos em relação à exames de sangue e seus resultados.

Esta prova consiste de perguntas de múltipla escolha, onde existe apenas uma resposta certa.

Marque um X na alternativa que achar correta e caso não saiba a resposta pode deixar em branco

Não será necessária a sua identificação.

Por favor, só responda esse questionário caso você tenha feito exames de sangue pelo menos uma vez em sua vida.

1. A glicose acima do nível normal pode indicar que a pessoa tem _____.
 - a. glicopenia
 - b. diadema
 - c. diabete
 - d. lipidose

2. O que chamamos de "colesterol ruim", pode ser identificado no exame de sangue como sendo o _____.
 - a. VLD
 - b. LDL
 - c. HDL
 - d. HCM

3. Os glóbulos brancos encontrados no sangue são chamados de _____.
 - a. leucopenia
 - b. bransófilos
 - c. hematócitos
 - d. leucócitos

4. Os glóbulos vermelhos encontrados no sangue são chamados de _____.
- a. neutrácias
 - b. hemácias
 - c. hematose
 - d. grânulos
5. Em muitos exames é necessário fazer _____. Nele o único alimento ou bebida que podemos ingerir é _____.
- a. jejum
 - b. dieta do tipo sanguíneo
 - c. dieta de proteínas
 - d. dieta de líquidos
 - a. suco
 - b. sopa
 - c. verduras
 - d. água
6. _____ pode ou podem interferir nos resultados do exame de sangue.
- a. Os sintomas
 - b. A menstruação
 - c. Os medicamentos
 - d. Os contrastes
7. Certos exames de sangue exigem manter dieta _____ que é o que você costuma comer no seu dia-a-dia.
- a. hipercalórica
 - b. habitual
 - c. hipocalórica
 - d. de líquidos
8. O _____ completo inclui a análise dos glóbulos brancos, vermelhos e _____. Sendo este último responsável pela _____ do sangue.
- a. lipidograma
 - b. hemograma
 - c. espermograma
 - d. eritrograma
 - a. plaquetas
 - b. triglicérides
 - c. hormônios
 - d. glicemia
 - a. produção
 - b. articulação
 - c. ativação
 - d. coagulação

9. Os exames de sangue são considerados exames _____, e não substituem a avaliação do quadro geral do paciente feita pelo médico.

- a. fundamentais
- b. convenientes
- c. complementares
- d. independentes

10. Uma queda na contagem das hemácias podem indicar uma _____.

- a. gripe
- b. asma
- c. anemia
- d. gastrite

11. O termo hemácias normocrômicas significa que as hemácias estão _____ quanto a _____.

- | | |
|-----------------|------------------|
| a. anormais | a. sua forma |
| b. aumentadas | b. sua cor |
| c. sedimentadas | c. sua densidade |
| d. normais | d. seu tamanho |

12. O que chamamos de "colesterol bom", pode ser identificado no exame de sangue como sendo o _____ .

- a. VLD
- b. LDL
- c. HDL
- d. HCM

13. Um resultado _____ na contagem de leucócitos pode indicar uma infecção.

- a. limítrofe
- b. alto
- c. médio
- d. baixo

14. O colesterol bom está ligado a um baixo risco de doenças do _____.
- a. fígado
 - b. coração
 - c. estômago
 - d. pâncreas
15. T4 livre corresponde a parte do metabolismo ativo mais importante para detectar doenças da _____.
- a. vesícula
 - b. pele
 - c. tireóide
 - d. tibia
16. Um resultado _____ do volume globular médio (VGM ou VCM) indica a macrocitose que pode estar relacionada com a deficiência de vitamina _____.
- | | |
|-----------|--------|
| a. linear | a. D |
| b. alto | b. A |
| c. médio | c. B12 |
| d. baixo | d. B6 |
17. Bebidas _____ podem alterar os resultados do exame de sangue, principalmente dos triglicérides, sendo recomendado ficar _____ sem ingeri-las antes do exame.
- | | |
|----------------|-----------|
| a. alcoólicas | a. 1 dia |
| b. isotônicas | b. 2 dias |
| c. orgânicas | c. 3 dias |
| d. energéticas | d. 4 dias |
18. RDW (índice de anisocitose) indica uma variação _____ da hemácia.
- a. no volume
 - b. no peso
 - c. no tamanho
 - d. na forma

19. Para os exames de gravidez e tipagem sanguínea é _____ fazer jejum.

- a. recomendável
- b. desnecessário
- c. obrigatório
- d. apropriado

20. Para os exames de glicose e colesterol é necessário um jejum de _____.

- a. 4hs
- b. 6hs
- c. 12hs
- d. 16hs

21. Quantas vezes você precisa da ajuda de alguém para ler e/ou entender instruções, panfletos ou outro material escrito fornecidos pelo seu médico ou por farmácias?

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Quase sempre
- Sempre

22. Gênero:

- Masculino
- Feminino

23. Ano de nascimento: _____

24. Nível de escolaridade:

- Alfabetizado
- Ensino fundamental até 4º ano ou 3º série
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Pós-graduação

- MBA
- Mestrado
- Doutorado

25. Possui plano de saúde:

- Sim
- Não

26. Renda familiar:

- Até 830 reais
- 831 a 1245 reais
- 1245 a 2490 reais
- 2491 a 4150 reais
- 4151 a 6225 reais
- 6226 a 10375 reais
- mais de 10375 reais