

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LAILILCE TELES ZATTA SANTOS

**LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR**

GOIÂNIA, 2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese

2. Nome completo do autor

Laidilce Teles Zatta Santos

3. Título do trabalho

Letramento em saúde de profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);
 - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Virginia Visconde Brasil, Professor do Magistério Superior**, em 02/05/2022, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **LAIDILCE TELES ZATTA SANTOS, Discente**, em 03/05/2022, às 16:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

13/05/2022 10:15

SEI/UGF - 2869413 - Termo de Ciência e de Autorização (TECA)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2869413** e o código CRC **C95121D1**.

Referência: Processo nº 23070.050103/2021-25

SEI nº 2869413



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Laidilce Teles Zatta Santos

3. Título do trabalho

Letramento em saúde de profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
- b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por LAIDILCE TELES ZATTA SANTOS, Usuário Externo, em 16/01/2024, às 17:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 4309150 e o código CRC 29BA3A19.

LAILILCE TELES ZATTA SANTOS

**LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Virginia Visconde Brasil

GOIÂNIA, 2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

SANTOS, LAIDILCE TELES ZATTA
LETRAMENTO EM SAUDE DE PROFISSIONAIS DO SERVIÇO
DE ATENÇÃO DOMICILIAR [manuscrito] / LAIDILCE TELES ZATTA
SANTOS. - 2021.
C, 100 f.

Orientador: Profa. Dra. Virginia Visconde Brasil.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Goiânia, 2021.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Letramento em saúde. 2. Atendimento domiciliar. 3.
Profissionais de saúde. I. Brasil, Virginia Visconde, orient. II. Título.

CDU 616-083



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA NÚMERO 26 DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE LAIDILCE TELES ZATTA SANTOS. Aos trinta dias do mês de setembro de dois mil e vinte e um (30/09/2021), às 08h30min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Profa. Dra. **Virginia Visconde Brasil** (Orientadora/Presidente/PPGENF-FEN/UFMG), Profa. Dra. **Vanessa da Silva Carvalho Vila** (PUC Goiás), Profa. Dra. **Gabriela Ferreira de Oliveira Butrico** (PUC Goiás), Prof. Dr. **Laerte Honorato Borges Junior** (UFU) e Profa. Dra. **Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro** (PPGENF/FEN/UFMG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada por videoconferência, para procederem à avaliação da defesa de Tese intitulada: "**Letramento em saúde de profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar**", de autoria de **Laidilce Teles Zatta Santos**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Profa. Dra. **Virginia Visconde Brasil**, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1469/2017), a Tese foi:

APROVADA, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOUTORA EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Tese para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 90 dias.

Proclamados os resultados pela Profa. Dra. **Virginia Visconde Brasil**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Virginia Visconde Brasil, Professor do Magistério Superior**, em 02/05/2022, às 14:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa da Silva Carvalho Vila, Usuário Externo**, em 03/05/2022, às 09:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Jacqueline Andréia Bernardes Leão Cordeiro, Professor do Magistério Superior**, em 03/05/2022, às 16:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

13/05/2022 10:15

SEI/UFG - 2869324 - Ata de Defesa de Tese



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela Ferreira de Oliveira Butrico, Usuário Externo**, em 06/05/2022, às 14:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Laerte Honorato Borges Júnior, Usuário Externo**, em 12/05/2022, às 19:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2869324** e o código CRC **44F32977**.

Referência: Processo nº 23070.050103/2021-25

SEI nº 2869324

DEDICATÓRIA

*A Deus, nosso Senhor, seja oferecida
toda glória e força. Amém!!!
(Salmo 29.1)*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter sido meu refúgio, por sempre cuidar de mim, como menina dos seus olhos!!!

Ao meu esposo, Juliano Santos, por sempre me incentivar, apoiar e por não medir esforços para me ajudar!!! Obrigada, Amor!!! TE AMO!!!

Às minhas filhas, Daniela e Carolina, por serem minhas maiores motivações e força, desde o meu ventre. Mamãe ama vocês!!!

Ao meu irmão, Daniel Zatta, que sempre me incentivou a crescer, a estudar e a me aperfeiçoar... essa tese é fruto da sua dedicação e cuidado comigo, por ser minha referência de paternidade.

À minha mãe, Maria Laise Teles Miranda, por sempre me fortalecer com suas orações ...não tenho para palavras para te agradecer.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Virginia Visconde Brasil, que está ao meu lado há mais de 18 anos, por ser minha inspiração como professora, pesquisadora, mãe, esposa, filha e amiga... gratidão eterna por tudo que aprendi com você.

A cada membro das bancas de Qualificação e Defesa de tese, por terem reservado seu tempo para contribuírem com o meu crescimento profissional. Vocês são parte dessa conquista.

À equipe do Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia, muito obrigada por terem acreditado e apoiado esse sonho!!!

E por último, e não menos importante, à minha madrinha, Maria Firmina... que esteve presente na minha defesa de Mestrado, mas que foi embora cedo demais... essa vitória eu compartilho com você... assim como todas as outras vitórias vividas e as que serão vivenciadas!!!

SUMÁRIO

	Pág.
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	v
LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
RESUMEN	x
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO	20
3. REVISANDO A LITERATURA	21
4. MÉTODO	44
5. RESULTADOS	51
6. DISCUSSÃO	58
7. CONCLUSÕES	65
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	
Apêndice I - Instrumento de Coleta de Dados Sociodemográficos	79
Apêndice II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
ANEXOS	
Anexo I - Versão Brasileira do HLQ - Br	82
Anexo II - Termo de Anuência da Secretaria de Saúde	87
Anexo III - Termo de Encaminhamento para Coleta de Dados	88
Anexo IV - E-mail de Autorização para Uso do HLQ-Br	89
Anexo V - Parecer do Comitê de Ética	90

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		Pág
Figura 1	The <i>Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework</i> (TREZONA <i>et al.</i> , 2017).	42
Figura 2	Escalas do <i>Health Literacy Questionnaire</i> - versão brasileira (MORAES <i>et al.</i> , 2018).	46
Quadro 1	Principais portarias e leis que regulamentam a Atenção Domiciliar no Brasil, entre 1998 a 2016 (MS, 1998; 2001; 2002; 2006; 2011; 2012a; 2013; 2016).	23
Quadro 2	Conceitos de letramento em saúde identificados em revisão sistemática por Liu <i>et al.</i> (2020).	29
Quadro 3	Instrumentos para mensuração de letramento em saúde disponíveis para uso no Brasil até setembro de 2021.	32
Quadro 4	Principais exemplos de como aplicar os 10 atributos do IOM aos serviços de saúde (KRIPALANI <i>et al.</i> , 2014; BRACH <i>et al.</i> , 2012).	40
Quadro 5	Distribuição dos 34 profissionais lotados no Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia - GO, Brasil, 2019.	45
Quadro 6	Escalas e intencionalidade dos constructos do <i>Health Literacy Questionnaire</i> (OSBORNE <i>et al.</i> , 2013; MORAES, 2018).	48

LISTA DE TABELAS

	Pág
Tabela 1 Média dos escores das escalas do HLQ-Br e dos itens indicando maiores potencialidades e necessidades em cada escala, de 29 profissionais vinculados ao Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia/GO, Brasil, 2019.	53
Tabela 2 Diferenças evidenciadas na associação entre os escores médios das escalas 1 a 5 do questionário HLQ-Br, com as variáveis categóricas sociodemográficas, de 29 profissionais vinculados ao Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia/GO, Brasil, 2019.	55
Tabela 3 Diferenças evidenciadas na associação entre os escores médios das escalas 6 a 9 do questionário HLQ-Br, com as variáveis categóricas sociodemográficas de profissionais vinculados ao Serviço de Atendimento Domiciliar de Goiânia/GO, Brasil, 2019.	56
Tabela 4 Diferenças evidenciadas na associação entre os escores médios das escalas do questionário HLQ-Br com variáveis sociodemográficas de 29 profissionais vinculados ao Serviço de Atendimento Domiciliar de Goiânia/GO, Brasil, 2019.	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AD - Atenção Domiciliar
- CAIS - Centro de Apoio Integrado à Saúde
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CIAMS - Centro Integrado de Atenção Médica Sanitária
- EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
- EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- HLQ - *Health Literacy Questionnaire*
- HLQ-Org - *Organisational Health Literacy Responsiveness*
- IALS - International Adult Literacy Survey
- IOM - Instituto de Medicina
- LS - Letramento em Saúde
- NAAL - National Assessment of Adult Literacy
- NEPAQ - Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida
- MS - Ministério da Saúde
- NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- QV - Qualidade de vida
- RAS - Rede de Atenção em Saúde
- RDC - Resolução de Diretoria Colegiada
- REALM - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*
- SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
- SAHLSA - *Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults*
- SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TOFHLSA - *Test of Functional Health Literacy in Adults*
- UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cult

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar se tornou importante possibilidade de resposta do Sistema Único de Saúde às necessidades de saúde da população, visando à continuidade de cuidados e integração às Redes de Atenção à Saúde. Isso abrange a forma como os serviços tornam as informações, os recursos, o suporte e os ambientes de saúde disponíveis e acessíveis, ou seja, é responsabilidade dos serviços atender às especificidades do letramento em saúde (LS) dos usuários e profissionais de saúde nesse processo. A competência para o LS é resultante do investimento feito em atividades de educação em saúde, mas também é construída no processo de formação continuada e preparo dos profissionais para compreender a importância deste desfecho em saúde e no próprio cuidado da própria saúde.

Objetivo: Analisar as condições de letramento em saúde da equipe multiprofissional vinculada ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), de um município do Centro Oeste brasileiro. **Método:** Estudo transversal analítico, realizado com profissionais vinculados ao SAD de Goiânia / GO. A coleta dos dados foi realizada utilizando questionário sociodemográfico e a versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br). Foi realizada análise descritiva simples para variáveis sociodemográficas, cálculo da média dos escores e confiabilidade do HLQ-Br. Usados testes de Mann Whitney; Kruskal-Wallis; d de Cohen e Correlação de Spearman. **Resultados:** Participaram do estudo 29 profissionais do SAD sendo maioria do sexo feminino; com idade média de 39,9±8,5 anos; predomínio da equipe de enfermagem; tem outro vínculo trabalhista e trabalha aproximadamente 12 horas / dia; pais têm escolaridade igual ou acima do ensino médio; renda pessoal e familiar maior que seis salários mínimos; trabalha aproximadamente há seis anos no SAD. Os menores escores obtidos foram na Escala 2 “Informações suficientes para cuidar da saúde”, Escala 4 “Suporte social para cuidar da saúde” e Escala 3 “Cuidado ativo da saúde” (Parte 1); na Escala 7 “Navegar no sistema de saúde” e Escala 6 “Capacidade de interagir ativamente com profissionais de saúde” (Parte 2). Os maiores escores obtidos foram na Escala 5 “Avaliação das informações em saúde” (Parte 1) e Escala 9 “Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer” (Parte 2). **Conclusões:** Este estudo é pioneiro em avaliar o LS de profissionais vinculados ao SAD no Brasil e pode colaborar para o fortalecimento desse serviço em nível nacional e, indiretamente contribuir com a qualidade de vida dos pacientes, na proposta de que é “Melhor em Casa”. Permitiu reflexão sobre os princípios do LS junto aos profissionais que atuam no SAD e colaborará com divulgação da temática do LS entre o grupo, como ferramenta na comunicação assertiva e no cuidado com a própria saúde. A divulgação desses resultados pode contribuir para a realização de intervenções no serviço, bem como no incentivo à inserção do LS nos currículos de graduação e pós-graduação em saúde.

Palavras-chave: Letramento em saúde; Atendimento domiciliar; Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Home Care has become an important possibility for the Brazilian Unified Health System to respond to the population's health needs, as it includes actions in health promotion, diseases prevention and treatment, rehabilitation, and palliative care, that occur at home, aiming the continuation of care and integration with the Health Care Networks. This covers the way in which services make information, resources, support and health environments available and accessible to different people, that is, it is the responsibility of the services to meet health literacy (HL) demands of people, including users and healthcare professionals in this process. All people have some type of difficulty in accessing health services, as well as in understanding the information they receive. Professionals must develop clear and easy-to-understand communication skills using the HL principles, both in their own health care and to provide adequate assistance in the Home Care Service. **Objective:** To evaluate health literacy conditions among professionals enrolled in a Home Care Service. **Method:** Analytical cross-sectional study, conducted with professionals at Home Care Service in Goiânia / GO. Data collection was accomplished, using a sociodemographic questionnaire and the Brazilian version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br). Simple descriptive analysis was performed for sociodemographic variables, mean calculation of scores and reliability of the HLQ-Br, Mann Whitney; Kruskal-Wallis; Cohen's d and Spearman's correlation. **Results:** Twenty-nine home care service professionals participated in the study; the majority were female; with a mean age of 39.9 ± 8.5 years; there was a predominance of the nursing team; most participants have other jobs and work approximately 12 hours / day; parents with education at or above high school; personal and family income greater than six minimum wages (Brazilian currency); and have been working at the Home Care Service for approximately six years. The lowest scores obtained were in Scale 2 "Enough information for health care", Scale 4 "Social support to health care" and Scale 3 "Active management of health" (Part 1); and in Scale 7 "Navigating the healthcare system" and Scale 6 "Ability to actively engage with healthcare providers" (Part 2). The highest scores obtained were Scale 5 "Assessment of health information" (Part 1) and Scale 9 "Understanding health information well enough to know what to do" (Part 2). **Conclusions:** This study is a pioneer in evaluating the HL of professionals linked to SAD in Brazil and can collaborate to strengthen this service at the national level and indirectly contribute to the quality of life of patients, in the proposal that it is "Better at Home". It allowed for reflection on the HL assumptions with professionals working in the SAD and will collaborate with the dissemination of the theme of health literacy among the group, as a tool in assertive communication and in the care of one's own health. The dissemination of these results can contribute to the performance of interventions in the service following the HL assumptions, as well as encouraging the inclusion of HL in undergraduate and graduate health curricula.

Keywords: Health literacy; Health professionals; Home care

RESUMEN

Introducción: La atención domiciliaria se ha convertido en una posibilidad importante para que el Sistema Único de Salud responda a las necesidades de salud, ya que incluye acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación y paliación que se realizan en el hogar. Abarca cómo los servicios hacen que la información, los recursos, el apoyo y los entornos de salud estén disponibles y sean accesibles para diferentes personas, es decir, es responsabilidad de los servicios satisfacer las especificidades de la alfabetización en salud (AS) de las personas. Todas las personas tienen algún tipo de dificultad para acceder a los servicios de salud, así como para comprender la información que reciben. Los profesionales deben desarrollar habilidades de comunicación claras y fáciles de entender utilizando los principios de la AS, tanto en su propia atención médica como en el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD). **Objetivo:** Analizar las condiciones de alfabetización en salud del equipo multidisciplinario vinculado al SAD. **Método:** Estudio analítico transversal, realizado con profesionales vinculados al SAD de Goiânia / GO. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario sociodemográfico y la versión brasileña del Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br). Se realizó análisis descriptivo simple para las variables sociodemográficas, cálculo medio de las puntuaciones y fiabilidad del HLQ-Br, Mann Whitney; Kruskal-Wallis; d de Cohen y la correlación de Spearman. **Resultados:** Participaron del estudio 29 profesionales del SAD; mayoría femenina; edad media de $39,9 \pm 8,5$ años; predominio del equipo de enfermería; tiene otra relación laboral; trabaja aproximadamente 12 horas / día; los padres tienen educación en la escuela secundaria o superior; ingresos personales y familiares superiores a seis salarios mínimos; ha estado trabajando en SAD durante aproximadamente seis años. Las puntuaciones más bajas obtenidas fueron en la Escala 2 "Información suficiente para la atención de la salud", Escala 4 "Apoyo social para la atención de la salud" y Escala 3 "Atención activa de la salud" (Parte 1); aún en la Escala 7 "Navegando por el sistema de salud" y Escala 6 "Capacidad para interactuar activamente con los profesionales de la salud" (Parte 2). Los puntajes más altos obtenidos fueron: Escala 5 "Evaluación de la información de salud" (Parte 1) y Escala 9 "Comprender la información de salud y saber qué hacer" (Parte 2). **Conclusiones:** Este estudio es pionero en la evaluación del AS de profesionales vinculados al SAD en Brasil y puede colaborar para fortalecer este servicio a nivel nacional y contribuir indirectamente a la calidad de vida de los pacientes, en la propuesta de que es "Mejor en casa". Permite reflexionar sobre los supuestos de la alfabetización en salud con los profesionales del SAD y colaborará con la difusión del tema entre el grupo, como herramienta en la comunicación asertiva y en el cuidado de la propia salud. La difusión de estos resultados puede contribuir a la realización de intervenciones siguiendo los supuestos de la AS, así como incentivar la inclusión de la AS en los planes de estudio de salud de pregrado y posgrado.

Palabras clave: Alfabetización en Salud; Atención Domiciliaria; Profesionales de la Salud.

MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

A motivação para o desenvolvimento desta tese de doutorado decorre da minha experiência profissional junto ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Goiânia, Goiás. Em 2011, participei ativamente das atividades de planejamento e implantação deste serviço. Neste período, enquanto responsável pela organização e condução do serviço, estive em contato direto com todos os membros da equipe multiprofissional por meio de reuniões periódicas com as equipes, discutindo acerca do funcionamento do serviço, propostas de melhorias e as principais dificuldades enfrentadas.

Esta ação possibilitou que identificássemos as principais dificuldades enfrentadas pelas equipes multidisciplinares, entre essas destacou-se a dificuldade de compreensão dos cuidadores informais acerca dos cuidados a serem implementados no contexto domiciliar. Muitas vezes a equipe sinalizava problemas complexos relacionados à dificuldade para o seguimento das orientações e piora do quadro clínico dos pacientes, e registro de eventos adversos relacionados a contaminação de feridas, retirada acidental de sondas ou surgimento de lesões por pressão. Por vezes, esses aspectos resultavam na ocorrência de reinternações não planejadas evitáveis e que poderiam ter sido prevenidas.

Somada a essa inquietação, ao longo de minha trajetória acadêmica enquanto docente na Pontifícia universidade Católica de Goiás, membro do Núcleo de Estudos em Paradigmas Assistenciais e Qualidade de Vida - NEPAQ, da Universidade Federal de Goiás e da Rede Brasileira de Letramento em Saúde - REBRALS, fui instigada a aprofundar a compreensão do letramento em saúde no contexto da atenção domiciliar, ampliando o meu olhar para o contexto da responsividade do SAD, sobretudo em termos do nível de letramento em saúde de profissionais que atuam nessas equipes.

Compreendo que o letramento em saúde é resultante do investimento feito em atividades de educação em saúde, mas, sobretudo da formação continuada e preparo dos profissionais para compreender a importância deste desfecho em saúde.

As leituras convidavam a prestar mais atenção às práticas de letramento em saúde, sobretudo na competência dos profissionais de saúde para implementar ações

assertivas, com ênfase na promoção do acesso, compreensão e utilização das informações compartilhadas no processo de cuidar, adotando estratégias que permitam ter a confirmação de compreensão dos usuários do SAD.

Assim, partindo do princípio de que a competência para o letramento é construída no processo de formação continuada desses profissionais, o propósito desta tese de doutorado foi realizar o diagnóstico das condições de letramento em saúde de profissionais vinculados Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia.

Os resultados apresentarão as condições de letramento em saúde de profissionais da atenção domiciliar fornecendo indicadores para o aprimoramento da formação desses profissionais, com ênfase nas competências no letramento em saúde para melhor responsividade do SAD e conseqüentemente otimização da continuidade do cuidado em nível domiciliar.

Acredita-se que o fortalecimento do letramento em saúde dos profissionais impacta diretamente no emprego de estratégias eficientes que contribuam para melhorar indicadores, tais como redução dos casos de piora clínica e reinternações; melhora da gestão e otimização de leitos hospitalares; aprimoramento do seguimento e monitoramento do cuidado em nível domiciliar, bem como contribuir para fortalecimento das políticas públicas de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos tem se percebido mudanças que envolvem transição demográfica e epidemiológica, as quais têm afetado diretamente as necessidades de saúde da população. Em decorrência dessas mudanças, os sistemas de saúde começaram a buscar respostas mais efetivas para atender as necessidades da população sob seus cuidados (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

O envelhecimento populacional, aumento das doenças crônicas degenerativas, bem como sequelas provenientes de doenças ou acidentes, associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fizeram com que a Atenção Domiciliar (AD) se tornasse um movimento mundial envolvendo os sistemas de saúde (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

A AD é uma ferramenta essencial para a ampliação do acesso, o acolhimento, a equidade, a humanização e a integralidade do cuidado (DIAS *et al.*, 2015), bem como contribui na redução dos custos em saúde. Esse fato foi um dos grandes fatores que impulsionaram o crescimento do *Home Health Care* em nosso país e no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2020a; BRITO *et al.*, 2013).

Este nível de atenção à saúde possui como características ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e palição que ocorrem em domicílio, visando à continuidade de cuidados e integração às Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a; 2017).

A redução de custos alia-se à ausência de taxas, à possibilidade de usar o *Home Care* como ferramenta de *marketing*, à otimização do uso dos recursos, à satisfação dos clientes, além de afastar os gastos provenientes das infecções hospitalares, entre outros (TAVOLARI *et al.*, 2000).

No Brasil, o modelo de Atenção Domiciliar (AD) foi instituído em 2011 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); surgiu como alternativa à assistência hospitalar, promovendo a possibilidade de tornar o domicílio um espaço para produção de cuidado por meio de sua desinstitucionalização, bem como provocando

novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde, gerando grande potencial de inovação (MEHRY; FEUERWERKER, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a; 2017).

A AD é alternativa eficaz para redução da sobrecarga de atendimentos nos setores de urgência, permite ao usuário maior autonomia, com humanização do atendimento, qualidade e resolutividade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a). Este serviço tem expandido e permitido articular vários pontos da RAS, “pressupondo um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades” (BRITO *et al.*, 2013, p.1), contribuindo para a otimização da gestão de leitos e recursos hospitalares e ampliação de acesso aos serviços para usuários com restrição ao leito e domiciliados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

Nesse cenário, é papel da equipe de profissionais que atuam em equipes de atenção domiciliar identificar, orientar e capacitar os cuidadores desses pacientes e o núcleo familiar, envolvendo-o na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o como sujeito do processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O cuidado seguro no domicílio inclui comunicação uniforme entre profissionais quanto às orientações dos cuidados, considerando-se principalmente o letramento em saúde de pacientes e cuidadores. Além do foco em pacientes e/ou indivíduos que necessitam de algum tipo de assistência em saúde, é importante compreender que todas as pessoas possuem algum tipo de dificuldade no acesso aos serviços de saúde, bem como na compreensão das informações que recebem nesses serviços (BRACH; HARRIS, 2021).

Isso pressupõe que as equipes de atenção domiciliar estejam atentas para as condições de letramento em saúde e planejem estratégias para comunicar informações que de fato favoreçam o gerenciamento do cuidado no contexto domiciliar. O LS é um dos importantes indicadores a serem avaliados no cotidiano do cuidado, para garantir que pacientes, cuidadores e familiares estejam preparados para o retorno ao contexto domiciliar, que impõe o enfrentamento de demandas sociais e de cuidados contínuos, dependendo da enfermidade envolvida.

Conceitualmente, o letramento em saúde inclui as habilidades cognitivas, recursos pessoais e sociais necessários para que os indivíduos possam obter, compreender e utilizar as informações em saúde para o processo de tomada de decisões, para promover e manter a boa saúde (WHO, 1998; IOM, 2004). Auxilia na redução de agravos crônicos, além de aprimorar a capacidade de respostas dos

indivíduos frente aos problemas de saúde (WHO, 2015), pois é a ponte para o suporte adequado na tomada de decisão em saúde (KICKBUSCH *et al.*, 2013).

O primeiro estudo brasileiro que avaliou as condições de letramento em saúde de cuidadores vinculados à AD (SOARES *et al.*, 2021) identificou limitações relacionadas ao envolvimento ativo com o próprio cuidado em saúde, a terem informações suficientes para cuidarem de si e também a usarem o sistema de saúde para resolver suas necessidades de saúde. Os pesquisadores destacaram que possivelmente esses resultados mostravam possíveis interferências no bem cuidar da pessoa sob seus cuidados.

Outros estudos apontam que as limitações do LS do cuidador podem acarretar comprometimento e limitação de suas ações em diversos contextos. São exemplos a dificuldade de navegar nos sistemas de saúde (CARDEN *et al.*, 2016; MORRISON *et al.*, 2014; FIELDS *et al.*, 2018); compreensão sobre a patologia dos pacientes sob seus cuidados (CREARY *et al.*, 2017; CHEN *et al.*, 2017) e aumento do risco de negligências durante o cuidado (METIN *et al.*, 2019; TAY *et al.*, 2018; POREDDI *et al.*, 2015).

De modo geral, o LS inadequado está associado ao aumento da mortalidade e da taxa de hospitalização, da menor utilização de serviços de saúde preventivos, de maiores custos para o sistema, da baixa adesão medicamentosa, com erros graves associados ao uso de medicamentos, não seguimento do tratamento das doenças crônicas, com piores desfechos no autogerenciamento de agravos crônicos. Os indivíduos estão mais propensos a ter menos conhecimento sobre suas condições de saúde e possíveis tratamentos (WHO, 2013; PARKER; HERNANDEZ, 2012; HERNDON *et al.*, 2011; BERKMAN *et al.*, 2010; IOM, 2004).

Destaca-se, como consequências do inadequado LS, o impacto da tomada de decisões em saúde, dificuldade de comunicação entre profissionais da saúde e piora da qualidade de vida (PARKER; HERNANDEZ, 2012; WHO, 2013; ISHIKAWA; YANO, 2008; IOM, 2004). Essas informações confirmam que o LS é forte preditor do estado de saúde do indivíduo (WHO, 2013). Mas sabe-se que o LS vai além do indivíduo, sendo também dependente das competências dos profissionais responsáveis pelo cuidado domiciliar (IOM, 2004).

Se o LS é fator significativo para resultados em saúde, é importante que não haja exclusão de grupos de indivíduos ao mensurá-lo, mas que seja reforçada a importância de implementar programas de políticas em saúde que aumentem o grau

de LS da população em geral, sem priorizar grupos específicos. Sendo assim, faz-se importante que as organizações e instituições de saúde, bem como seus profissionais, removam as barreiras relacionadas a informações, acesso a serviços e cuidados em saúde (BITTLINGMAYER; SAHRAI, 2019).

É exemplo disso a proposta norteamericana de planejamento para melhora da saúde - *Healthy People 2030*, que ressalta a necessidade de que o LS deve incluir toda a população, e não apenas aqueles com LS inadequado (BRACH; HARRIS, 2021).

Para que um serviço seja estruturado de forma a proporcionar maior acesso e menor complexidade, alguns autores sugerem que ele seja responsivo ao letramento, por meio de uma cultura que promova equidade e inclusão; liderança e gestão efetivas; coleta e monitoramento de dados; adequado sistema/processo de comunicação efetiva e que possua forte compromisso com os profissionais, garantindo parcerias com sua comunidade e com outros serviços de saúde (WHO *et al.*, 2015; KRIPALANI *et al.*, 2014; BRACH *et al.*, 2012; PARKER; HERNANDEZ, 2012).

Sabe-se que o LS vai além do indivíduo, sendo também dependente das competências dos profissionais responsáveis pelo cuidado domiciliar (IOM, 2004). Se é componente essencial nos cuidados de saúde, facilitar a prestação de serviços também é habilidade importante para tomada de decisões do paciente, porém essa responsabilidade deve ser compartilhada com os profissionais de saúde (GUNER; EKMECKI; 2019).

Nos pressupostos do *Healthy People 2030* é reconhecido o papel essencial das instituições/organizações de saúde em fornecer informações e serviços que auxiliem na melhoria de LS da população em geral (BRACH; HARRIS, 2021).

É responsabilidade dos serviços avaliar cuidadosamente sua capacidade de atender às especificidades do letramento em saúde das pessoas, o que é denominado *Health Literacy Responsiveness* - responsividade ou capacidade de resposta em saúde. Este conceito tem relação com a forma como serviços comprometidos com o letramento em saúde tornam as informações, os recursos, o suporte e os ambientes de saúde disponíveis e acessíveis a pessoas diferentes (WHO, 2015).

As estratégias para fortalecimento do LS devem ir além do foco individual, sendo necessária a inclusão de estratégias que reduzam a responsabilidade sob

indivíduo, bem como facilitem seu acesso aos serviços e informações em saúde (TREZONA *et al.*, 2018).

Quando os serviços de saúde estão comprometidos com os princípios do LS, todos se beneficiam com a comunicação clara e de fácil entendimento, facilitando a navegação, compreensão e o uso das informações e serviços para cuidarem de sua saúde (BRACH *et al.*, 2012). Para isso, são indicados 10 atributos para que as instituições e serviços de saúde se tornem letrados (BRACH *et al.*, 2012), ou seja, sejam responsivos ao LS (TREZONA *et al.*, 2018).

Os dez atributos são: 1) Ter liderança que faça do LS a missão, estrutura e operacionalização; 2) Integrar o LS no planejamento, avaliação de medidas, segurança do paciente e melhoria da qualidade; 3) Preparar os profissionais para serem “letrados em saúde” e monitores do processo; 4) Incluir a população no planejamento, implementação e avaliação das informações e serviços de saúde; 5) Atender às necessidades das populações em seus variados níveis de LS, evitando estigmatização; 6) Usar estratégias de LS na comunicação interpessoal e confirmar a compreensão da mesma; 7) Ofertar fácil acesso às informações e navegação nos serviços de saúde; 8) Projetar e distribuir material impresso, audiovisual e mídias sociais de fácil compreensão e ação de LS; 9) Abordar LS em situações de alto risco, incluindo transições de cuidado e comunicação sobre medicamentos; 10) Comunicar, claramente, o que os planos de saúde cobrem e o que os indivíduos terão que pagar pelos serviços (BRACH *et al.*, 2012).

Recomendam que as organizações preparem profissionais de saúde letrados, e que sejam utilizadas estratégias de LS em todas as comunicações interpessoais com os pacientes, bem como haja confirmação da compreensão das informações repassadas (BRACH *et al.*, 2012; TORONTO, 2016). Considerando-se as competências requeridas para a atuação nos serviços de saúde, bem como aquelas profissionais esperadas para o LS, destaca-se que a ausência dessas competências específicas para o LS resulta em currículos ou programas educacionais desprovidos ou inconsistentes (COLEMAN, 2011).

Os estudos de Coleman *et al.* (2013), Toronto (2016) e César (2021) desenvolveram consensos de competências educacionais em LS para profissionais de saúde, distribuídos em conhecimento, habilidades e atitudes.

Os profissionais de saúde em todos os sistemas, devem ter competências para usar rotineiramente métodos de LS relevantes para fornecer a assistência

holística ao paciente. Destacam o LS comunicativo e crítico em saúde no atendimento ao paciente, bem como reforçam o uso do *Kit* de Precauções Universais (DEWALT *et al.*, 2003; 2010), para que não haja estigmatização pelos profissionais de saúde daqueles sob seus cuidados, partindo do pressuposto de que todos apresentam dificuldades de compreender informações e acessar aos serviços de saúde (DEWALT *et al.*, 2003; 2010; TORONTO, 2016).

Para além das competências em LS esperadas pelos profissionais de saúde, os profissionais responsáveis pela assistência domiciliar têm atividades pré-estabelecidas, tais como: promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores; trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS; utilizar linguagem acessível, considerando o contexto; identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo; pactuar fluxos para atestado de óbito, participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes e, articular, com os demais estabelecimentos da RAS os fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Embora existam evidências científicas sobre as competências em LS para os profissionais da saúde (COLEMAN *et al.*, 2013; TORONTO, 2016; CESAR, 2021), poucas pesquisas têm sido destinadas a abordar as condições de letramento em saúde desse grupo e a influência deste no seu desempenho (CAFIERO, 2013; LAMBERT *et al.*, 2014). A maioria dos estudos enfatiza aspectos relacionados aos pacientes em distintos contextos, com pouca ênfase nas competências dos profissionais de saúde (COLEMAN *et al.*, 2010; COLEMAN, 2011).

Por outro lado, estudos demonstram que profissionais de saúde superestimam o LS dos pacientes, fato esse que pode comprometer a comunicação com aqueles sob seus cuidados (VOIGT-BARBAROWICZ; BRUTT, 2020). Sendo assim, é responsabilidade do serviço ser estruturado de forma a reduzir da dificuldade de acesso e compreensão das informações (BROWN *et al.*, 2004), devendo ser foco da atenção de profissionais da área e gestores (BEAUCHAMP *et al.*, 2015; YIN *et al.*, 2015).

O letramento em saúde inadequado dos profissionais pode interferir na qualidade da assistência ofertada no domicílio. No Brasil, os estudos estão em fase de conhecer o LS de diferentes grupos populacionais, sendo etapa importante para o desenvolvimento de intervenções que venham a fortalecer o LS (SAMPAIO *et al.*, 2015), seja de pacientes ou profissionais da saúde.

Portanto, o LS deve ser visto como importante resultado sensível aos processos de educação (YIN *et al.*, 2015), sendo fundamental incluí-lo na formação dos profissionais da área (PASSAMAI *et al.*, 2012), porque apesar da sua importância para o sucesso das intervenções, o LS ainda permanece pouco conhecido ou discutido na formação e atuação profissional (MARQUES; LEMOS, 2018).

Neste contexto, frente à meta nacional de consolidação dos SAD no SUS para obter desfechos de qualidade, o presente estudo foi desenvolvido para responder à seguinte questão de pesquisa: quais as condições de letramento em saúde da equipe multiprofissional vinculada ao Serviço de Atenção Domiciliar no Centro-Oeste do Brasil?

Este diagnóstico possibilitará compreender os desafios e pontos fortes para cuidarem de si e ampliar suas habilidades para controlar sua própria saúde. A partir daí, acredita-se que possam reconhecer a necessidade de aperfeiçoamento para se comunicarem com os cuidadores domiciliares no cotidiano profissional.

Espera-se que, com o desenvolvimento desse estudo, além da divulgação e fortalecimento da temática relacionada ao LS, haja contribuição para qualificação da AD em nível nacional, uma vez que investir no fortalecimento do LS de profissionais do SAD permitirá melhora do processo de comunicação entre profissionais e aqueles pacientes sob seus cuidados, com fortalecimento das habilidades de comunicação, aumentando o atendimento e resolutividade das necessidades desses pacientes, permitindo melhor assistência em domicílio, pois afinal, é “Melhor em Casa”.

2. OBJETIVO

Analisar as condições de letramento em saúde da equipe multiprofissional vinculada ao Serviço de Atenção Domiciliar, de um município do Centro Oeste brasileiro.

3. REVISANDO A LITERATURA

3.1 - O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - história e conceitos

Desde tempos imemoriais, o misto de assistência hospitalar e domiciliar se faz presente na assistência à saúde. Como exemplo há o médico Imhotep, pertencente à terceira dinastia do antigo Egito (século XIII antes de Cristo). Na Grécia antiga, o lendário médico Asklépios realizava atendimento aos doentes *in loco*. Hipócrates escreveu o "Tratado sobre os ares, as águas e os lugares", no século V antes de Cristo, ressaltando a importância do atendimento médico em domicílio. Samuel Hanneman, fundador da Homeopatia, abandonou sua carreira hospitalar pois acreditava que "o médico bom é o homem que vai atrás dos enfermos (...)" (TAVOLARI *et al.*, 2000).

A assistência domiciliar, como forma organizada de cuidado, teve início no final do século XIX em Boston, onde um grupo de enfermeiras foi montado, especificamente, para desenvolver ações de saúde em domicílio (TAVOLARI *et al.*, 2000).

Como alternativa para reduzir os custos hospitalares e como forma de implementar ações de saúde mais humanizadas, preservando as relações familiares, a Europa e América do Norte investiram no crescimento da Atenção Domiciliar (AD), sendo uma modalidade viável e potente do ponto de vista sanitário, social e econômico (REHEM; TRAD, 2005; WHO, 2008; 2012). A atenção domiciliar propriamente dita, como extensão do hospital surgiu em 1947, em Nova York, para "descongestionar" os hospitais (REHEM; TRAD, 2005).

A partir da década de 1960 foram criados na Europa diversos tipos de AD, de acordo com a necessidade e demanda de cada local, sendo regulamentados conforme cada sistema nacional de saúde (COTTA *et al.*, 2001). A vinculação do serviço de AD é bastante variável na Europa, tanto na Atenção Primária, como junto aos serviços hospitalares (ALONSO; ESCUDERO, 2010; COTTA *et al.*, 2001).

Ao final do século XX, a partir de 1996, a Oficina Europeia da Organização Mundial de Saúde coordenou o programa *From Hospital to Home Health Care*,

visando promover, padronizar e registrar esta modalidade assistencial (WHO, 2012; COTTA *et al.*, 2001).

Em 2006 a Comissão Europeia elaborou o projeto *Mapping Professional Home Care in Europe* (EURHOMAP), com o objetivo de compreender o que a literatura científica, naquela década, havia publicado sobre a AD nos países europeus e, partir desses achados, facilitar a elaboração de políticas e tomada de decisões por parte dos gestores (WHO, 2012).

Já a Associação Canadense de *Home Care* lançou em 2012 um estudo intitulado “*Home Care Policy Lens*”, visando abordar sobre a AD no sistema nacional de saúde, bem como contribuir no desenvolvimento e avaliação de políticas que enfatizam o cuidado integral (CMAJ, 2012).

No Brasil, a primeira experiência organizada de AD ocorreu em 1949, no Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculada ao Ministério de Trabalho; com objetivo de desospitalizar doentes crônicos estáveis e favorecer a otimização de leitos (TAVOLARI *et al.*, 2000; MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1949). No entanto, sua implantação como atividade planejada se iniciou pelo setor público, com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), em 1963 (REHEM; TRAD, 2005).

Somente a partir da década de 1990 os serviços brasileiros que ofereciam AD apresentaram notável crescimento, principalmente nos grandes centros urbanos, tanto no SUS, como na iniciativa privada; foi exigida a regulamentação do seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no SUS (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

O quadro 1 apresenta, de maneira sintética, as principais legislações que dizem respeito à Atenção Domiciliar no Brasil, elaboradas no período de 2001 até 2016. Estas regulamentações favorecem a organização, tanto do setor público, como do privado. Em 28 de setembro de 2017 foi publicada pelo Ministério da Saúde as Portarias de Consolidação n. 1, 5 e 6, estabelecendo as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde; redefiniram a AD - Portaria n. 5, art. 531 a 564 e definiram o incentivo financeiro de custeio para manutenção do SAD - Portarias n.6, art. 305 a 312 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Quadro 1 - Principais portarias e leis que regulamentam a Atenção Domiciliar no Brasil, entre 1998 a 2016 (MS, 1998; 2001; 2002; 2006; 2011; 2012a; 2013; 2016).

Portaria / Lei	Ações e Regulamentações
Portaria 2416 / 1998	Estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.
Portaria 1531 / 2001	Forneceu para os pacientes portadores de distrofia muscular progressiva o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, financiadas pelo SUS.
Lei 10.424 / 2002	Adicionou artigo e capítulo na Lei nº 8.080/1990 e regulamenta a assistência domiciliar no SUS e adiciona condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.
Portaria 249 / 2002	Estipulou a assistência domiciliar como um modelo de assistência a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à saúde do idoso.
Portaria 2.529 / 2006	Trouxe discussão importante sobre a internação domiciliar, ampliando visões e discutindo verbas de repasse para custear as equipes. Instituiu no SUS a internação domiciliar como uma série de atividades feitas em domicílio a pessoas com necessidades maiores que modalidades ambulatoriais.
RDC nº 11 / 2006	Aprovou o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar
Portaria 2.029 / 2011	Revogou a Portaria nº 2.529 com o intuito de comunicar nova portaria que se assemelhasse mais às realidades e necessidades locais. Esta portaria estabeleceu a Atenção Domiciliar no SUS.
Portaria 2.527 / 2011	Redefiniu a AD propondo: 1 – construção da modalidade AD1 em atenção domiciliar, que é realizada pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); 2 – retirou o foco de internação domiciliar da Portaria 2.529/2006; 3 – organizou o SAD com base em populações adscritas de 100 mil pessoas; portanto, todo usuário beneficiado pela AD tem uma equipe de referência; 4 – aumentou a quantidade de municípios para a proposta e alterou o recorte populacional para os que possuem mais de 40 mil habitantes; 5 – reforçou o conceito de que a AD faz parte de uma Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a integralidade da atenção e continuidade do cuidado.
Portaria 1.533 / 2012	Alterou e acrescentou alguns dispositivos na Portaria nº 2.527/2011.
Portaria 963 / 2013	Revogou e substituiu as Portarias nº 2.527/2011 e nº 1.533/2012 e estabeleceu a possibilidade de os municípios aderirem ao Programa Melhor em Casa.
Portaria 825 / 2016	Reformulou a Portaria nº 963 de 2013, no intuito de qualificação da Atenção Domiciliar, bem como de adequação da normativa em função das mudanças no âmbito da gestão federal do programa. Atualmente, é a portaria que se encontra em vigência, priorizando ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, com uma continuidade da assistência, em domicílio. Atualiza as equipes habilitadas, bem como faz adequações nas normativas das mudanças feitas na instância federal

A atenção domiciliar proporciona

... o uso mais adequado dos recursos, pois o leito, ao ser desocupado devido à possibilidade de o paciente ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente necessita dessa modalidade de atenção. Em última análise, pode-se afirmar que, com a atenção domiciliar, se gasta menos para fazer o mesmo pelo paciente com certas características. Assim, trata-se de uma otimização dos recursos, e não de usar menos recursos, fato verdadeiro só se houvesse desativação de leitos hospitalares por uma redução da demanda, o que, hoje, não é uma realidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b, p. 13).

O SAD é indicado àqueles pacientes com quadros clínicos estáveis, mas que necessitam de atenção à saúde domiciliar. Isso se dá em consequência de restrição temporária ou definitiva ao leito, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é o melhor serviço para tratamento, bem como em cuidados paliativos, reabilitação e prevenção de agravos. Objetiva a autonomia do paciente, família e cuidador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

As equipes de saúde devem oferecer suporte aos cuidadores do SAD por meio da organização e desenvolvimento de ações de educação para a saúde que minimizem angústias, medos e dificuldades, uma vez que, ao longo do tempo os cuidadores sentem-se sobrecarregados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

É digno de nota destacar os enfrentamentos sofridos por parte do cuidador, que são o tempo dispensado para cuidar do outro; comprometimento das tarefas domésticas; despreparo para cuidar do paciente acamado; sobrecarga física, bem como a abdicação da própria vida pessoal (MENEQUINI; RIBEIRO; 2016). Todos esses argumentos podem comprometer sua participação em atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes do SAD.

No ano 2020, em especial, a atenção dispensada aos cuidadores foi alterada em decorrência da pandemia do coronavírus. As capacitações ficaram ainda mais comprometidas, uma vez que a maioria daqueles vinculados ao SAD do município de Goiânia-Goiás não dispunha de meios eletrônicos para acesso às propostas de educação em saúde, de modo remoto. Além disso, as visitas domiciliares foram afetadas, pois muitos cuidadores tinham receio de receber os profissionais em domicílio pelo risco de contaminação durante a visita.

Dentre as ações de cunho educacional que podem ocorrer no âmbito domiciliar e são realizadas pela equipe do SAD, destacam-se as orientações individuais aos cuidadores que incluem o preparo do cuidador para prevenção de

riscos em casos de emergências e a educação sobre recursos sociais (ANDRADE *et al.*, 2017).

Mas para sucesso do plano terapêutico é de extrema relevância que os cuidadores consigam entender as orientações fornecidas pelos profissionais e dar continuidade na assistência no âmbito domiciliar e, juntamente com a equipe, possam contribuir para a redução de reinternações frequentes por causas evitáveis, a exemplo das pneumonias por broncoaspiração e/ou infecção de feridas, principalmente, lesões por pressão. As reinternações aumentam os gastos (VINSON *et al.*, 1990) e não otimizam a gestão de leitos hospitalares (JESUS, 2017), uma vez que há sempre fila de espera para internação hospitalar na Central de Regulação dos leitos.

A importância da AD se revela no cenário de saúde ao propiciar novos modos de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da RAS e, sobretudo, ao transformar o domicílio em mais um espaço de cuidado. Assim, a AD participa da estruturação da RAS e proporciona novas modalidades de intervenção que podem contribuir para a superação do modelo de atenção à saúde, ainda hegemônico (BRITO *et al.*, 2013).

Embora não haja definição formal em relação à nomenclatura que envolve a assistência domiciliar no Brasil, Tavorari *et al.* (2000) diferenciam os seguintes conceitos:

- **Assistência Domiciliar** é um termo amplo e genérico, que envolve qualquer tipo de ação de saúde realizada no domicílio, independente do grau de complexidade.
- **Internação Domiciliar** refere-se ao cuidado intensivo e multiprofissional em casa, sendo envolvido por ações de saúde semelhantes aquelas realizadas no hospital, onde os pacientes possuem complexidade moderada ou alta, sendo bem definida como “hospital em casa”.
- **Atendimento Domiciliar** envolve ações menos complexas, multiprofissionais ou não, que podem ser comparadas a um “consultório em casa”.

Segundo Silva *et al.* (2005, p. 396) a internação domiciliar compreende as relações

cuidador/usuário, equipe/usuário, família/usuário, cuidador/família e são otimizadas pelo vínculo cotidiano que se estabelece e são vistas como positivas na implementação do cuidado e melhoria do usuário, reafirmando a importância das tecnologias leves na qualificação do cuidado.

Destaca-se ainda, o termo *Home Care*, que em tradução literal significa “cuidados no lar”, ou seja, todo serviço de assistência domiciliar à saúde (MENDES, 2001). De acordo com Leme (2017) trata-se de uma modalidade contínua de serviços de cuidados em saúde, extra-hospitalares, em continuidade ao tratamento hospitalar.

A **atenção domiciliar** é a modalidade de maior amplitude, podendo ser definida como termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Atenção Domiciliar encontra-se dividida em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD1); Atenção Domiciliar 2 (AD2); e Atenção Domiciliar 3 (AD3), estabelecidas de acordo com o grau de complexidade dos usuários assistidos. É indicada para indivíduos estáveis clinicamente e que necessitam de assistência no lar, com restrição ao leito, sendo indicada para tratamento, palição e reabilitação e prevenção de agravos, permitindo ampliação da autonomia do usuário, da família e também do cuidador responsável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; ROSSETTO, 2020).

A modalidade AD1 é designada para aqueles usuários que possuem necessidade de cuidados de menor complexidade e menor necessidade de intervenções multiprofissionais; que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A modalidade AD2 é destinada a usuários que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que precisem de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo com mais frequência, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Por fim, a AD3 alberga qualquer situação presente em AD2, porém que necessita de maior frequência de cuidados multiprofissionais; usa equipamentos ou dispense procedimentos de maior complexidade, como por exemplo ventilação mecânica, nutrição parenteral, transfusão sanguínea, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A parceria entre os municípios e o SAD permite que cada um deles possa ser agraciado com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). As EMADs são classificadas em tipo 1 e 2, sendo constituídas de enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos,

fisioterapeutas ou assistentes sociais. O que as diferencia em tipos é a carga horária dos profissionais enfermeiros e médicos (10 horas a mais para enfermeiros e 20 a mais para médicos). A EMAP, por outro lado, é acrescida de demais profissionais de nível superior, como por exemplo terapeutas ocupacionais, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Ressalta-se que além dos benefícios da AD para o paciente e seus familiares, para os médicos e financiadores da saúde, os hospitais também se beneficiam desse tipo de assistência, pois aumentam a rotatividade dos leitos, disponibilizando-os para doentes agudos, cirúrgicos e graves, que são os que proporcionam maior lucratividade (TAVOLARI *et al.*, 2000).

No Brasil os grupos mais experientes de AD possuem programas de cuidados seguros e avançados, como pouco similares no mundo, pois mantêm-se a excelência da técnica, a segurança e qualidade encontradas nos melhores hospitais (TAVOLARI *et al.*, 2000).

Vale ressaltar a importância da atuação do SAD durante a pandemia da COVID-19 quando foi vivenciada situação de colapso do sistema público e privado, associado à sobrecarga, superlotação, com instituições de saúde trabalhando em sua capacidade máxima e necessitando de leitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

Portanto, há que se considerar a potência deste cuidar em domicílio nessa situação de calamidade pela COVID-19, onde a AD se apresenta como opção eficaz para atender três objetivos estratégicos do SUS: A) para interromper a transmissão de humano para humano, ao manter pessoas em casa; B) identificar, isolar e cuidar dos pacientes infectados precocemente, inclusive fornecendo atendimento diferenciado; C) disponibilização de leitos hospitalares via desospitalização ágil de pacientes estabilizados, tanto COVID-19 quanto não COVID-19, com a continuidade deste cuidado no domicílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

Uma das maiores contribuições da AD nesse momento de potencial colapso da RAS é seu papel na liberação de leitos hospitalares de pacientes já estabilizados, sendo ou não portadores de COVID-19, para continuidade imediata do tratamento em domicílio. Vale destacar, que esta desospitalização também pode acontecer no ambiente pré-hospitalar, com a absorção de pacientes pela AD, que se encontram nas portas das unidades de urgência, aguardando leitos hospitalares, porém em condições clínicas que permitam acompanhamento domiciliar (SAVASSI *et al.*, 2020).

Assim, é de extrema relevância que as equipes de AD possam promover a desospitalização de forma responsável, avaliando-se o domicílio e os cuidadores, de forma a identificar suas potencialidades e vulnerabilidades. O paciente pode receber alta com a transferência de cuidados para família e cuidador responsável, com a transição do cuidado de forma ética e responsável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

3.2 - Abordagem do Letramento em saúde

3.2.1 - História e conceitos

Existe certa confusão no uso dos termos letramento e alfabetização, que têm diferente significado. Alfabetização corresponde à habilidade em identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar, redigir textos ou instruções verbais, além das habilidades com números em vários contextos (UNESCO, 2005); é competência essencial para ter sucesso na vida (PARNELL *et al.*, 2019), envolve o processo para domínio de um código e das habilidades utilizadas para ler e escrever (SOARES, 2009).

O letramento compõe habilidades mais complexas, que envolvem habilidades como capacidade de ler ou escrever, permitindo gerar informações, interação com outros e ampliação de conhecimentos (SOARES, 2009).

Em 1974, nos Estados Unidos, o termo letramento foi aplicado em saúde pela primeira vez (SIMONDS, 1974). Por volta dos anos 1980, após alguns debates relacionados ao uso do termo, o letramento começou a ser usado para a saúde e alguns estudos começaram a relacionar o letramento com os desfechos em saúde (PLEASANT, 2011).

Desde a década de 1990 o conceito tem recebido aumento da atenção, e também foram desenvolvidos os primeiros instrumentos de mensuração que avaliavam a escrita e o numeramento (KICKBUSCH *et al.*, 2006).

As primeiras discussões sobre a importância do letramento em saúde aconteceram após inquéritos nacionais nos Estados Unidos da América, em 1992 - *National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*; e no Canadá, em 1994 - *International Adult Literacy Survey (IALS)*, bem como em outras nações industrializadas, que indicaram grande número de indivíduos com dificuldade em compreender as

informações em saúde de forma adequada, a exemplo das informações disponibilizadas em materiais impressos (RUDD; NUTBEAM, 2012; IOM, 2004).

Heinrich (2012) referencia LS como o sexto sinal vital, em conjunto com temperatura, pressão arterial, pulso, frequência respiratória e dor, sendo eleito pela OMS como o principal fator para promoção da saúde neste século, contribuindo na redução das disparidades em saúde e com a melhora nos resultados em saúde, de forma generalizada.

A *Agency for Health Care Research & Quality* recomenda o uso do LS como precaução universal, de forma a simplificar o processo de comunicação, para que haja melhora do conhecimento e aplicação das informações em saúde, facilitando o processo de educação em saúde (AHRQ, 2010). Embora exista essa recomendação, Liang; Brach (2017) afirmam que o LS como precaução padrão ainda é realidade distante nos Estados Unidos, podendo resultar em custos elevados para a sociedade.

As abordagens que envolvem letramento em saúde possuem conceitos multidimensionais e isso propiciou o aparecimento de várias definições de LS (BATTERHAM *et al.*, 2016).

Sorensen *et al.* (2012) afirmam que a maioria dos conceitos de LS não considera apenas os principais componentes de LS, mas também avaliam os fatores que interferem na condição de LS dos indivíduos, assim como os resultados em saúde vinculados ao LS.

Na revisão sistemática realizada por Liu *et al.* (2020) foram listados os principais conceitos de LS utilizados na literatura (Quadro 2):

Quadro 2 - Conceitos de letramento em saúde identificados em revisão sistemática por Liu *et al.* (2020).

Autores	Conceitos de LS
IOM (2004)	LS corresponde às habilidades necessárias para as pessoas obterem, processarem e aplicarem as informações em saúde
Zarcadoolas <i>et al.</i> (2005)	LS envolve competências em ciência, tecnologia e cultura que contribuem na interpretação e uso das informações em saúde
Baker (2006)	Refinou, a partir do conceito do IOM (2004), o conteúdo sobre LS em materiais impressos e nas abordagens orais, na população em geral
Manganello (2008)	LS midiático corresponde à capacidade de avaliar, criticamente as mensagens de mídias

Freedman <i>et al.</i> (2009)	LS corresponde às habilidades e recursos necessários para abordar questões de saúde por meio do engajamento cívico em saúde pública
Jordan <i>et al.</i> (2010)	LS é composto por três dimensões - identificação do problema de saúde; habilidades de comunicação verbal, assertividade e habilidades de letramento; e capacidade de processar, obter e usar informações em saúde
Buchbinder <i>et al.</i> (2011)	LS corresponde a atitudes, atributos, relacionamentos, habilidades, ações e contextos relacionados a doenças e sistemas de saúde
Chinn (2011)	Letramento crítico em saúde corresponde a compreensão dos determinantes sociais de saúde e o engajamento em ações coletivas
Schulz; Nakamoto (2012)	LS envolve alfabetização básica, conhecimento declarativo, conhecimento processual e habilidades de julgamento. Em combinação, esses itens permitem a aquisição e uso de informações em saúde em vários contextos, bem como a gerência de competências de diferentes atividades
Paakkari; Paakkari (2012)	LS é definido como um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos e de pensamentos críticos
Yip (2012)	Falar, ler, escrever, ouvir e numeramento são, particularmente, importantes para pessoas com proficiência limitada em inglês
Squiers <i>et al.</i> (2012)	Acrescentaram habilidades de negociação ao LS, e destacam as habilidades em navegação como elemento importante no contexto da saúde
Sorensen <i>et al.</i> (2012)	LS corresponde às habilidades em acessar, compreender, avaliar e utilizar informações e conhecimentos em saúde
Shreffler-Grant <i>et al.</i> (2013)	LS está associado ao conhecimento sobre dosagem, efeito, segurança e a disponibilidade de medicamentos
Skyes <i>et al.</i> (2013)	Letramento crítico em saúde corresponde às habilidades avançadas em conhecimentos de saúde, interações eficazes entre prestadores de serviços e usuários, tomada de decisão e empoderamento, incluindo ações políticas
Harrington; Valério (2014)	Refinaram detalhes nas abordagens orais sobre informações em saúde, a partir do conceito do IOM (2004)
Rowlands <i>et al.</i> (2015)	LS é o reflexo da capacidade das pessoas em obter, compreender e avaliar conhecimentos para a saúde
Liao <i>et al.</i> (2017)	Abordaram o significado do modelo de LS de Nutbeam (2000) em crianças
Scoellner <i>et al.</i> (2017)	Propuseram a inclusão da autopercepção, abordagem proativa em saúde, autorregulação e autocontrole ao conceito de LS

Nessa revisão vários estudos enfatizaram alguns elementos específicos de determinada população, como por exemplo, consistência, distribuição e conteúdo das informações para a saúde sexual de gays (GILBERT *et al.*, 2014); habilidades de

autogestão e envolvimento ativo nas consultas de pacientes com doenças crônicas (EDWARDS *et al.*, 2012); sistemas de apoio para cuidadores de pacientes com câncer (YUEN *et al.*, 2016); e os direitos e responsabilidades para adolescentes (MASSEY *et al.*, 2012).

Baseados na complexidade que envolve o conceito de LS, Parnell *et al.* (2019, p.8) propõem novo conceito para definir LS:

(...) é uma proficiência dinâmica, colaborativa e, mutuamente benéfica que incorpora conhecimento e experiência prévios em saúde, características individuais, estado de saúde, p Apêndice culturais e linguísticas e, habilidades cognitivas que influenciam na capacidade de organizações, cuidadores e usuários dos serviços de saúde em acessar, compreender e utilizar informações e serviços de saúde para auxílio na tomada decisões e assim, melhorar os resultados de saúde.

Para Liu *et al.* (2020) LS corresponde à capacidade individual em obter e compreender conhecimentos e informações a fim de manter e melhorar sua saúde, de forma adequada aos contextos e sistemas em que o indivíduo está inserido. Esta definição destaca a diversidade de necessidades dos indivíduos, bem como a importância das interações entre indivíduos, profissionais e sistemas de saúde para manter a saúde.

Por sua vez, Sorensen (2015) alerta, que ainda que o aumento do interesse no LS permita qualificar os cuidados em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde de forma geral, para que haja impacto, é necessário que a temática seja prioridade por todas as partes envolvidas.

3.2.2 - Instrumentos para Mensuração

Desde a divulgação e uso do termo, a terminologia LS se tornou objeto de pesquisa para definição, mensuração e aplicação na pesquisa, política e prática assistencial (SORENSEN, 2015). Porém, apenas no ano 2000 que surgiram os primeiros estudos envolvendo instrumentos para mensuração do LS com maior rigor metodológico (OSBORNE, 2014).

Muitos instrumentos de mensuração foram desenvolvidos para mensurar o LS em contextos diversos (SORENSEN, 2015) com variadas dimensões de medida e níveis de rigor psicométrico.

De acordo com o repositório *Health Literacy Tool Shed* da Universidade de Boston e institutos independentes de pesquisas (*RTI International e Communicate*

Health) [Internet]), existem 216 instrumentos de medidas de LS, disponíveis até a setembro de 2021 (HEALTH LITERACY TOOL SHED [INTERNET, 2021).

No Brasil, o letramento no contexto saúde passou a ter olhares mais atentos e amplos pela comunidade acadêmico-científica após a validação do primeiro instrumento de mensuração em 2009, o S-TOFHLA (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009). Nos estudos de Marques; Lemos (2017) e Lima *et al.* (2019) foram identificados como instrumentos mais utilizados no Brasil o TOFHLA e o REALM, ambos utilizados em contextos ambulatoriais e hospitalares, com enfoque no letramento em saúde funcional.

No quadro 3 estão descritos os instrumentos para mensuração do LS, traduzidos, validados e disponíveis para uso no Brasil até setembro de 2021.

Quadro 3 - Instrumentos para mensuração de letramento em saúde disponíveis para uso no Brasil até setembro de 2021.

Autores	Instrumentos	Nome por extenso do instrumento
Carthery-Goulart <i>et al.</i> (2009)	S-TOFHLA	Short-Test of Functional Health Literacy in Adults
Apolinário <i>et al.</i> (2012)	SAHLPA-18	Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (18 item)
Apolinário <i>et al.</i> (2012)	SAHLPA-50	Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (50 item)
Rodrigues <i>et al.</i> (2017)	NVS	Newest Vital Sign
Junkes <i>et al.</i> (2015)	BREALD-30	Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry
Zanella (2015)	NLS	Nutritional Literacy Scale
Lima (2016)	HBP-HLS	High Blood Pressure - Focused Health Literacy Scale
Cruvinel <i>et al.</i> (2017)	REALMD-20	20-item Rapid Estimate Adult Literacy in Medicine and Dentistry
Bado <i>et al.</i> (2017)	OHLA	Oral Health Literacy Assessment
Silva (2017)	NLit-Br	Instrumento de Avaliação do Letramento em Nutrição para a população brasileira
Batista <i>et al.</i> (2020)	HLS-14	14-item Health Literacy Scale
Quemelo <i>et al.</i> (2017)	Teste do Letramento	Teste de Letramento em Saúde
Santos (2017)	TALES	Teste de Avaliação do Letramento em Saúde
Novais-Neto <i>et al.</i> (2018)	LAD-60	Literacy Assessment for Diabetes
Maschio; Silva (2019)	eHEALS	eHealth Literacy Scale
Maragno <i>et al.</i> (2019)	TLS	Teste de Letramento em Saúde
Simch <i>et al.</i> (2020)	PHLAT	Parental Health Literacy Activities Test
Moraes <i>et al.</i> (2021)	HLQ-Br	Health Literacy Questionnaire

Mialhe <i>et al.</i> (2021)	HLS-EU-Q6	European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form
-----------------------------	-----------	---

Os instrumentos para mensuração do LS caracterizam-se em uni e multidimensionais. Os unidimensionais enfocam apenas a dimensão individual cognitiva do fenômeno - habilidades de leitura e numeramento (IOM, 2013). Os instrumentos multidimensionais avaliam habilidade de leitura, numeramento e ainda abordam a multidimensionalidade correlacionada com conhecimentos, habilidades e atitudes, captando ampla gama de competências em saúde (WANG *et al.*, 2014).

Também podem ser caracterizados como de abordagem genérica e específica. Os instrumentos de abordagem geral são aqueles que avaliam compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e numeramento, e visam identificar dificuldades em compreender e utilizar informações em saúde; bem como mensuração das habilidades de compreensão, acesso, avaliação e uso das informações e serviços de saúde (KICKBUSCH *et al.*, 2013).

Já os instrumentos com abordagens específicas para mensurar o LS são elaborados com ênfase em condições de saúde que se pretende avaliar, tais como asma, diabetes e hipertensão, bem como para outras condições específicas de saúde (BAKER, 2006).

Berkman *et al.* (2011) alertam que distintas formas de mensurar o LS estavam sendo utilizadas em contextos não clínicos e clínicos, resultando em inconsistências. Recomendam o desenvolvimento de uma definição de LS, criação de um modelo conceitual que aborde o indivíduo ou grupo que valide instrumento de medida de LS, além do desenvolvimento de instrumentos de medida que vinculem definição e modelo conceitual.

As limitações quanto ao uso de instrumentos de medida de LS são reconhecidas, sendo exemplo a não identificação de elementos mais amplos que envolvem o LS, tais como comunicação, resolução de conflitos e avaliação crítica (SORENSEN *et al.*, 2012).

3.2.3 - Considerações acerca do *Health Literacy Questionnaire* - HLQ

Dentre os instrumentos multidimensionais está o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), que foi construído e validado na língua inglesa por Osborne *et al.* (2013) na Austrália. Sua elaboração baseou-se na definição de LS proposta pela

Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), e é muito utilizado mundialmente (DEAKIN UNIVERSITY, 2016).

Para sua construção os autores utilizaram o processo *validity-driven*, que inclui técnicas de abordagens qualitativas e quantitativas na avaliação e seleção dos itens de instrumentos de medidas de saúde; participaram dessa avaliação profissionais de saúde e pacientes provenientes dos serviços de saúde da Austrália (OSBORNE *et al.*, 2013).

Inicialmente foi desenvolvido um modelo abrangente de LS baseado em oficinas de mapeamento conceitual e entrevistas com pacientes, que deram origem a uma escala de gestão de letramento em saúde denominada *HeLMs (Health Literacy Management Scale)*. Esta escala possuía limitações, pois nem todos os seus componentes eram relevantes para os sistemas de saúde (OSBORNE *et al.*, 2013).

Posteriormente, foram realizados *workshops* em uma conferência internacional, focados na medição de resultados em reumatologia (*Outcome Measures in Rheumatology - OMERACT*). Um processo de grupo nominal envolveu 27 participantes da oficina, compreendendo um grupo de pacientes (n = 12) e um grupo de profissionais de saúde e pesquisadores (n = 15), confirmando que o LS engloba ampla gama de conceitos e habilidades que as escalas já existentes não mediam. Identificou-se a importância e relevância das habilidades e características dos pacientes, bem como fatores profissionais de saúde e fatores contextuais mais amplos (BUCHBINDER *et al.*, 2011).

Inicialmente foram gerados 91 itens em seis escalas com opções de resposta concordar / discordar e cinco escalas com dificuldade em realizar as opções de resposta das tarefas. O teste cognitivo revelou que a maioria dos itens foi bem compreendida e apenas algumas reformulações menores foram necessárias. O teste psicotécnico da amostra de calibração identificou 34 itens de desempenho insatisfatório ou conceitualmente redundantes e eles foram removidos resultando em 10 escalas. Estes foram então testados em amostra de replicação e refinados para produzir nove escalas finais, compreendendo 44 itens (OSBORNE *et al.*, 2013).

Os itens identificados foram: acesso à informação; capacidade cognitiva; doença; expressão / comunicação; finanças; profissionais de saúde; sistema de saúde; alfabetização / numeramento; habilidades gerenciais; medicação; abordagem paciente; lidar com problemas; características psicológicas; apoios sociais; e tempo (BUCHBINDER *et al.*, 2011).

Cada um deles foi dividido em subtemas de um ou mais dos seguintes: conhecimento, atitude, atributo, relacionamento, habilidade, ação ou contexto. Portanto, consultas estruturadas com especialistas e pacientes contribuíram para o desenvolvimento de 98 declarações e foram identificados 16 domínios de conteúdo importantes para o LS. Os conceitos detalhados em todos os temas forneceram visão nova e sistemática sobre o que precisa ser feito para melhorar o letramento em saúde e, conseqüentemente, reduzir as desigualdades em saúde (BUCHBINDER *et al.*, 2011).

Quando comparados os dados iniciais não publicados com os dados da *HeLMs* e do *Workshop OMERACT*, foi percebido que o *HeLMs* cobria menos da metade dos conceitos dos dados iniciais. Baseado nestas questões, os dados iniciais da consulta e os dados do *OMERACT* foram reanalisados para criar o novo modelo de letramento em saúde - o *Health Literacy Questionnaire - HLQ* (OSBORNE *et al.*, 2013; BUCHBINDER *et al.*, 2011).

As medidas do HLQ são divididas em nove domínios independentes, e que permitem mensurar compreensão, acesso e uso das informações e serviços de saúde. As informações obtidas pelo uso do HLQ refletem a qualidade dos serviços de saúde (HAWKINS *et al.*, 2017).

Elsworth *et al.* (2016) ressaltam que este questionário é altamente confiável, mesmo com apenas quatro a seis itens por escala, uma vez que fornece estimativas médias imparciais de diferenças de grupo entre os principais indicadores demográficos. As nove dimensões são claramente separadas e, portanto, fornecem dados refinados sobre a área multidimensional do LS. Essas análises fornecem aos pesquisadores, gerentes de programas e formuladores de políticas evidências robustas, através das quais eles podem fazer julgamentos sobre o uso apropriado do HLQ, a partir das necessidades da comunidade e serviço.

Osborne *et al.* (2013) sugerem que o HLQ é importante em inquéritos populacionais, estudos de intervenções, além de estudos que abordem as necessidades e capacidades dos indivíduos. Se destaca de outros que enfocam apenas a dimensão individual e cognitiva do fenômeno (habilidades de leitura e numeramento) (BATTERHAM *et al.*, 2014; OSBORNE *et al.*, 2013).

Os constructos e itens do HLQ já foram traduzidos e validados em países como a Austrália, Brasil, Dinamarca, Noruega, Alemanha, França, República Tcheca, Eslováquia, Portugal, até setembro de 2021 (HEALTH LITERACY TOOL SHED,

2021[Internet]). Com o conceito de letramento em saúde sendo amplamente adotado na maioria das regiões do mundo por meio da Organização Mundial de Saúde, as agências governamentais e pesquisadores começaram a usar o questionário para gerar evidências sólidas com relevância e robustez em diferentes contextos (ELSWORTH *et al.*, 2016).

O HLQ foi o primeiro instrumento multidimensional de avaliação do LS validado e adaptado para uso no Brasil, sendo validado em 794 adultos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em três regiões distintas do país no ano 2018 e denominado HLQ-Br (MORAES *et al.*, 2021).

Para validação do HLQ no Brasil foram selecionados portadores de agravos crônicos - hipertensão, câncer de próstata e de mama, diabetes e insuficiência renal crônica em tratamento pré-dialítico, nos centros colaboradores (Aparecida de Goiânia - GO; Belo Horizonte - MG, Goiânia - GO, Fortaleza - CE e Piracicaba - SP), bem como seus acompanhantes, presentes durante a consulta. Os mesmos foram também entrevistados quanto à caracterização sociodemográfica, forma de acesso e utilização dos serviços de saúde, e ainda a caracterização das condições de saúde dos entrevistados. Após esse processo a versão brasileira manteve os 44 itens e as nove escalas do questionário original (MORAES *et al.*, 2021).

Como o estudo de Soares *et al.* (2021) foi realizado avaliando o letramento do grupo de cuidadores domiciliares desse mesmo serviço, acredita-se que ao tomarem conhecimento das necessidades e potencialidades identificadas com os cuidadores, os profissionais do SAD terão subsídios para aprimoramento de cuidados na sua interação com os cuidadores.

Ou seja, os resultados obtidos na avaliação dos cuidadores podem auxiliar no plano, concepção e avaliação de intervenções direcionadas (HAWKINS *et al.*, 2017). Estratégias de intervenção poderão ser elaboradas de acordo com os princípios do LS e contribuir para a construção da autonomia e protagonismo do cuidador na produção do cuidado em saúde em domicílio.

Será uma forma de atender às demandas da população assistida, pois não apenas as habilidades individuais devem ser abordadas para melhorar o LS da população. O LS consiste do equilíbrio entre as habilidades / aptidões individuais e as demandas e complexidades do sistema de saúde (BRACH *et al.*, 2012). Será possível, então, trabalhar para a construção de um serviço responsivo às necessidades de letramento, ou seja, um serviço comprometido com o letramento em saúde.

De acordo com Batterham *et al.* (2014) o uso do HLQ permite desenvolvimento de intervenções. Os dados obtidos pelo HLQ devem gerar informações clínicas e contribuir para a tomada de decisão por parte dos profissionais da saúde (HAWKINS *et al.*, 2017).

3.2.4 - Considerações sobre instituições de saúde envolvidas com o letramento

Na 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Shangai no ano de 2016, coorganizada pela OMS, foram abordadas discussões sobre o desenvolvimento, implementação e monitoramento de estratégias para fortalecer o LS, de forma a aprimorar a consciência dos cidadãos sobre como viver de forma mais saudável, além de aumentar suas habilidades para controlar sua própria saúde; o LS foi considerado determinante crítico de saúde (WHO, 2016).

Os sistemas de saúde são complexos e as organizações de saúde estão estruturadas de forma que dificultam o acesso dos indivíduos às informações e cuidados em saúde (TREZONA *et al.*, 2017). Como exemplo, muitos serviços estão localizados em áreas de difícil acesso (LEVESQUE *et al.*, 2013) ou em ambientes hostis e intimidantes (TREZONA *et al.*, 2017). Além da parte estrutural, muitos profissionais de saúde fornecem informações com termos técnicos, além de não respeitarem idioma, aspectos sociais e culturais e habilidades cognitivas dos indivíduos sob seus cuidados (WYNIA; OSBORN, 2010).

A necessidade de reduzir a complexidade dos sistemas de saúde e melhorar a forma como as informações e serviços são disponibilizados pelas instituições de saúde aos pacientes foram as primeiras ações defendidas pelo *Institute of Medicine* (IOM) norteamericano em 2004, reportadas no livro *Health Literacy: a Prescription to End Confusion* (IOM, 2004). Desde essa época, esforços para melhorar o nível de LS dos pacientes têm crescido amplamente naquele país, e houve avanço com o lançamento do *Health Literacy Universal Precautions* (HL-UP), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (DEWALT *et al.*, 2010).

Faz-se importante que os profissionais da saúde e líderes organizacionais auxiliem no processo para tornar um serviço de saúde letrado, por meio de uma abordagem sistêmica para fortalecimento do LS (BRACH; HARRIS, 2021; BRACH *et al.*, 2012). De acordo com Brega *et al.* (2015) os líderes organizacionais de saúde

contribuem na implementação e divulgação dos modelos de cuidados de LS que integram as precauções universais.

O *Kit* de ferramentas de precauções universais o LS objetiva 1) simplificar a comunicação interpessoal, bem como garantir a compreensão das informações em saúde de todos os pacientes, de modo que o risco de falha de comunicação seja minimizado; 2) melhor navegação nos sistemas de saúde; 3) apoiar e garantir esforços para melhorar a saúde dos pacientes (DEWALT *et al.*, 2003; 2010).

Esse *Kit* de ferramentas contém recursos destinados a abordar o letramento em saúde no nível organizacional. Ele se concentra em quatro áreas principais: comunicação verbal, comunicação escrita, autocuidado / empoderamento e capacitação e sistemas de apoio (TREZONA *et al.*, 2017; DEWALT *et al.*, 2010).

O *Kit* de ferramentas visa contribuir na proatividade do atendimento às necessidades da comunidade pelos serviços de saúde, ou seja, colaborar na sua capacidade de resposta às necessidades de letramento em saúde (responsividade, do inglês *health literacy responsiveness*). Pode ser definido como prestação de serviços, desenvolvimento de programas e fornecimento de informações em saúde, que promovam equidade de acesso, bem como atendam às necessidades de indivíduos, famílias e comunidades por meio do LS, além de apoiar as tomadas de decisões em saúde e bem-estar social desses indivíduos (TREZONA *et al.*, 2017).

Para que um serviço de saúde seja responsivo ao letramento de saúde, ele pode adotar os 10 atributos do IOM por meio de práticas e ações concretas que reduzam a lacuna existente entre as competências de LS dos indivíduos e as exigências complexas dos serviços de saúde. Se as organizações de cuidados à saúde adotarem parte desses atributos, eles contribuirão no atendimento às necessidades dos indivíduos, em especial daqueles com LS limitado, e consequente melhoria da saúde da população (BRACH *et al.*, 2012).

Esses 10 atributos são relevantes para as organizações de saúde que prestam cuidados diretos às pessoas, tais como: ambulatórios, hospitais, atenção básica, farmácias e planos de saúde. As organizações de saúde que endossam e abordam estes atributos propiciam ambiente que promove o acesso e otimização da recepção e gestão dos cuidados de saúde e, por sua vez, pode apresentar melhores resultados na saúde (KRIPALANI *et al.*, 2014).

Os atributos do IOM envolvem a melhoria da comunicação, liderança, planejamento, avaliação e facilitação do acesso aos serviços de saúde, processo de

acreditação hospitalar, educação em saúde, além do melhor preparo dos profissionais para atendimento às necessidades da população (BRACH *et al.*, 2012; TREZONA *et al.*, 2018), e o cuidado à saúde dos profissionais (BRACH *et al.*, 2012).

A interação entre o LS do indivíduo e a complexidade dos sistemas de saúde são amplamente reconhecidos na atualidade. Embora esse reconhecimento esteja claro, assim como a necessidade de fortalecer o LS na população (BRACH *et al.*, 2012; WHO, 2013), ainda existem poucas ferramentas disponíveis de autoavaliação para apoiar as instituições e avaliar sua capacidade de resposta ao LS, bem como seu impacto. A maioria das ferramentas designadas para essa finalidade foram desenvolvidas a partir dos dez atributos de uma instituição/serviço letrado do IOM (BRACH *et al.*, 2012), apoiados por uma listagem de ações que podem melhorar a capacidade de resposta do serviço.

Cada atributo apresenta exemplos de como ele pode ser aplicado junto às organizações de saúde (Quadro 4):

Quadro 4 - Principais exemplos de como aplicar os 10 atributos do IOM nos serviços de saúde (KRIPALANI *et al.*, 2014; BRACH *et al.*, 2012).

Atributos de uma organização de saúde letrada	Exemplos
1 - Promove liderança	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve e implementa políticas e padrões; - Estabelece metas para melhoria da educação em saúde; - Estabelece responsabilidade e fornece incentivos; - Aloca recursos fiscais e humanos; - Redesenha sistemas e espaço físico;
2 - Integra o LS no planejamento, avaliação e programas de melhoria	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza avaliações organizacionais em letramento em saúde; - Avalia o impacto das políticas e programas sobre indivíduos com LS inadequado; - Envolve LS na segurança do paciente;
3 - Prepara a força de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Contrata profissionais com experiência em educação em saúde; - Estabelece metas para o treinamento de profissionais, em todos os níveis;
4 - Inclui a população na concepção, implementação e avaliação dos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Inclui indivíduos com limitado LS, educadores e especialistas em educação em saúde; - Obtém <i>feedback</i> sobre informações e serviços de saúde, através da opinião de pacientes;
5 - Conhece as necessidades de todos, evitando a estigmatização	<ul style="list-style-type: none"> - Adota precauções universais de LS; - Aloca recursos proporcionais à concentração de indivíduos com LS inadequado;
6 - Comunicação efetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Confirma o entendimento das informações em saúde por meio de métodos como <i>Show-Me; Teach me Back; Chunk-and-Check</i>; - Assegura assistência linguística; - Limita de duas a três mensagens por vez; - Usa símbolos de fácil compreensão na sinalização de localização;
7 - Garante fácil acesso	<ul style="list-style-type: none"> - Torna portais eletrônicos de pacientes centrados no usuário e oferece treinamento sobre como usá-los; - Facilita o agendamento de consultas com outros serviços;
8 - Distribui materiais de fácil compreensão	<ul style="list-style-type: none"> - Envolve diversidade de pessoas, incluindo aqueles com LS inadequado; - Usa um processo de tradução de qualidade para produzir materiais em outros idiomas além do inglês;
9 - Aborda sobre situações de alto risco, como: transição de cuidado e orientações sobre medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriza situações de alto risco (por exemplo, consentimento informado para cirurgia e outros procedimentos invasivos); - Enfatiza tópicos de alto risco (por exemplo, condições que exigem extensa autogestão);
10- Explica custos e coberturas	<ul style="list-style-type: none"> - Fornece descrições de saúde fáceis de entender nas apólices dos planos de saúde; - Comunica os custos, antes de oferecer o serviço de saúde.

As organizações de saúde letradas facilitam o envolvimento e a navegação de pessoas em seu sistema, com o objetivo de promover a compreensão e a utilização das informações e serviços para cuidar da saúde (BRACH *et al.*, 2012). Sendo assim, as organizações de saúde devem avaliar seu estado atual, para fins de responsabilização e condução de mudanças, bem como no acompanhamento de seu progresso (KRIPALANI *et al.*, 2014).

Como forma de apoiar e auxiliar no processo de avaliação dos serviços de saúde foi desenvolvido, a partir dos atributos do IOM, o *Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR)*, que é uma ferramenta de autoavaliação do LS (TREZONA *et al.*, 2018; TREZONA *et al.*, 2017). Promove a responsividade dos serviços de saúde na garantia de atendimento às necessidades do LS das pessoas / comunidades e fornece operacionalização refinada dos componentes gerais da responsividade do LS e dos atributos do IOM (TREZONA *et al.*, 2017).

O Org-HLR Framework possui sete domínios e 24 subdomínios, conforme apresentado na Figura 1. O tracejado externo do diagrama representa os serviços de saúde. Fez-se necessário incluir esse tracejado para reforçar que o Domínio 1 - Política Externa e Financiamentos ficam fora dos serviços de saúde, não sendo controle direto da organização. Esse domínio reconhece que políticas externas e financiamento são facilitadores da responsividade dos serviços. Os seis domínios situados dentro da linha externa tracejada descrevem as características, valores, práticas e habilidades que os serviços de saúde requerem para, efetivamente, atender às necessidades de educação em saúde dos indivíduos e comunidade. Esses domínios são apresentados como círculos conectados, para destacar a interconexão desses elementos (TREZONA *et al.*, 2018; 2017).

Os domínios do *Org-HLR* são descritos por Trezona *et al.* (2017; 2018) como: **Domínio 1- Política Externa e Financiamento:** está relacionado ao papel do governo e outros órgãos relevantes no fornecimento de financiamento adequado para programas, incentivos (por exemplo, por meio de credenciamento) e padrões/estruturas políticas específicas para o LS;

Domínio 2 - Liderança e Cultura: descreve a filosofia e os valores necessários para uma organização seja responsiva, que inclui: inclusão, equidade e ser centrado no indivíduo. Esse domínio também enfatiza o papel dos líderes organizacionais nas

tomadas de decisões para conduzir uma gestão financeira eficaz, planejamento de serviços, gestão de mudanças e melhoria contínua da qualidade.

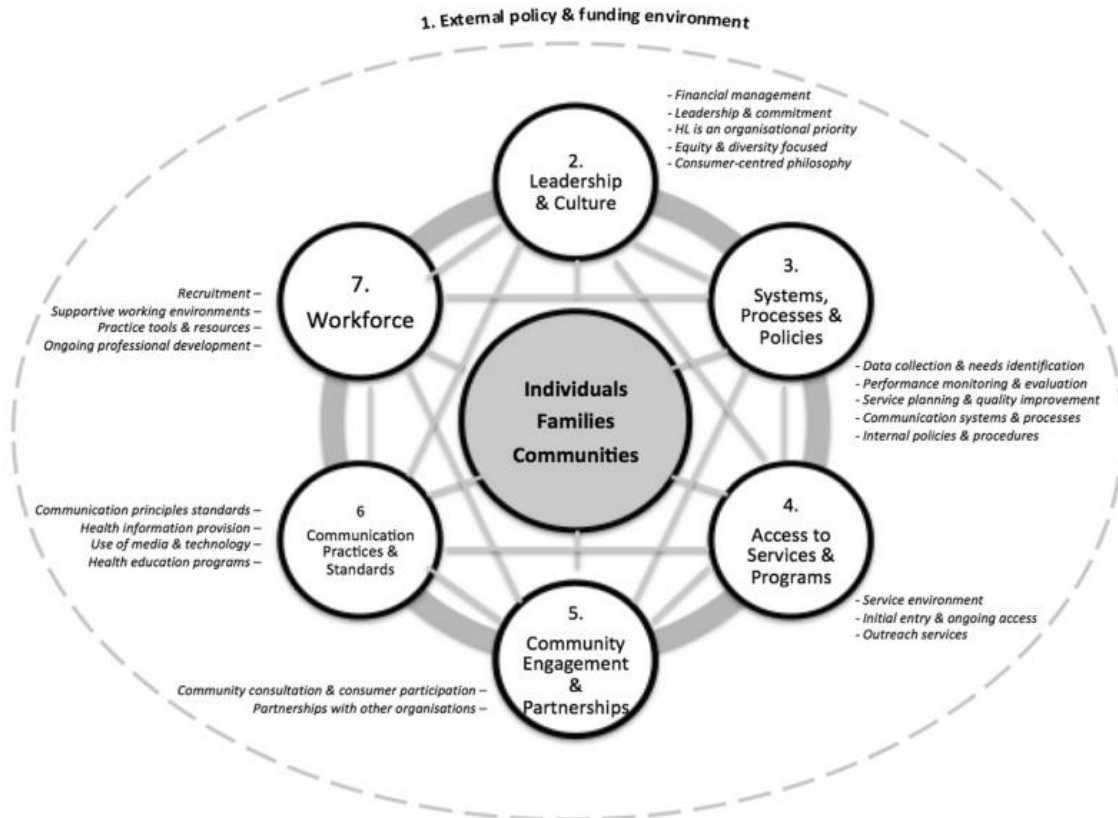


Figura 1 - The Organisation Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) framework (TREZONA et al., 2017).

Domínio 3 - Sistemas, processos e políticas: requisitos exigidos em uma organização para garantir um serviço eficaz por meio de planejamento, comunicação interna e externa eficazes, monitoramento de desempenho, avaliação e melhoria contínua da qualidade.

Domínio 4 - Acesso a serviços e programas: descreve a necessidade das organizações em garantir que os serviços sejam acessíveis a todas as pessoas (física, geográfica, financeira e culturalmente) e enfatiza a necessidade de implementar estratégias que apoiem as pessoas a navegar no sistema de saúde, bem como realizar uma divulgação eficaz.

Domínio 5 - Engajamento e parcerias com a comunidade: descreve a necessidade das organizações de realizar consultas significativas e envolver consumidores e comunidades em todos os aspectos do planejamento, oferta e avaliação de serviços. Também enfatiza a importância de envolver e desenvolver parcerias com diferentes

organizações de saúde especializadas e serviço social para melhorar a coordenação de serviços e fortalecer o planejamento e execução de programas.

Domínio 6 - Práticas e padrões de comunicação: descreve a variedade de estratégias e abordagens para a comunicação eficaz em todos os níveis da organização, incluindo atividades de educação em saúde e o uso eficaz de novas mídias e tecnologias. Também descreve os princípios e padrões para garantir que a comunicação escrita e oral seja acessível, inclusiva, respeitosa e adaptada às necessidades específicas de informação de saúde e estilos de aprendizagem de clientes e comunidades.

Domínio 7 - Força de trabalho: descreve a responsabilidade das organizações em garantir que mantenham uma força de trabalho competente, recrutando funcionários com as habilidades, conhecimentos e atitudes adequadas, além de fornecer ambiente de trabalho favorável, recursos práticos e oportunidades de desenvolvimento profissional.

O *Org-HLR* pode ser utilizado em distintos cenários; por exemplo, os formuladores de políticas públicas podem utilizá-lo no desenvolvimento e monitoramento de ações relacionadas à educação em saúde e à reforma do sistema de saúde, bem como aos padrões de acreditação de qualidade e segurança que regem os serviços de saúde, contribuindo para a sua responsividade e fortalecimento dos sistemas de saúde (TREZONA *et al.*, 2018; 2017).

Consiste de ferramenta e processo de autoavaliação que permite aos serviços de saúde a identificação de seus pontos fortes e limitações em relação à responsividade, e dessa forma auxilia na priorização e planejamento de atividades para melhorias no serviço, por meio dos pressupostos do LS, podendo ser utilizado em distintos contextos de saúde (TREZONA *et al.*, 2018).

Os serviços de saúde pública e serviço social existem para atender às necessidades de indivíduos, famílias e comunidades, portanto, as organizações devem envolvê-los e considerá-los em todos os aspectos do projeto, entrega e avaliação de serviços e programas. Portanto, os domínios do letramento em saúde responsivo estão conectados em torno de um nó central que representa “indivíduos, famílias, comunidades”, para destacar sua centralidade na conceituação da responsividade do LS (TREZONA *et al.*, 2017).

4. MÉTODO

4.1 Tipo e Local do Estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico, desenvolvido com profissionais vinculados ao SAD de um município da região metropolitana de Goiânia, Goiás, Brasil.

À época da coleta de dados essas equipes estavam assim estruturadas: EMAD/EMAP Chácara do Governador, situada no Centro de Atenção Integrada à Saúde Chácara do Governador; EMAD/EMAP Novo Horizonte no Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária Novo Horizonte; EMAD/EMAP Jardim Guanabara III no Centro de Atenção Integrada à Saúde Jardim Guanabara III; e EMAD/EMAP Noroeste na Unidade de Pronto-Atendimento Noroeste. No presente estudo foram denominadas Unidades 1, 2, 3, 4.

4.2 Caracterização da População

A população participante do estudo era vinculada à gestão da Secretaria de Saúde de Goiânia e distribuída em quatro Equipes Multiprofissionais de AD (EMAD's Tipo 1) compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e/ou assistentes sociais e técnicos de enfermagem; e ainda, duas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP's) compostas por fonoaudiólogos, psicólogos e nutricionistas.

As equipes funcionam em regime de plantão diurno (07:00-19:00h), garantindo assistência integral em todos os dias da semana, em escala 12 / 60 horas. As quatro EMAD's e duas EMAD's, na época da coleta de dados, eram compostas por 34 profissionais, assim distribuídos nas equipes (Quadro 5):

Quadro 5 - Distribuição dos 34 profissionais lotados no Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia - GO. Brasil, 2019.

EMAD/EMAP	Componentes da Equipe Multiprofissional
Unidade 1 (11 profissionais)	01 Médico 02 Enfermeiros 04 Técnicos de Enfermagem 01 Nutricionista 01 Fonoaudiólogo 01 Psicólogo 01 Fisioterapeuta
Unidade 2 (04 profissionais)	01 Assistente Social 01 Médica 02 Técnicos de Enfermagem
Unidade 3 (11 profissionais)	02 Assistentes Sociais 01 Médica 03 Enfermeiros 03 Técnicos de Enfermagem 01 Psicóloga 01 Nutricionista 01 Fonoaudióloga
Unidade 4 (08 profissionais)	01 Médico 02 Fisioterapeutas 01 Psicóloga 04 Técnicos de Enfermagem

Fonte: Secretaria de Saúde de Goiânia/GO, 2019.

4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo todos os profissionais vinculados às Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD's) e às Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP's), considerando-se os critérios de inclusão: 1) ser profissional vinculado ao SAD; 2) ter pelo menos três meses de atuação no serviço. Foram excluídos do estudo os profissionais afastados por licença médica ou férias, no período da coleta de dados.

4.4 Procedimentos para Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas com profissionais de saúde vinculados ao SAD. Essas entrevistas foram realizadas em ambiente privativo nas unidades de saúde às quais eram vinculados, antes ou após as visitas domiciliares, no período de abril e maio de 2019.

Foram utilizados instrumentos padronizados para coleta de informações sociodemográficas (Apêndice I): data de nascimento; sexo; categoria profissional; tempo de formação; tempo de atuação na SMS e no SAD; vínculos trabalhistas; carga horária semanal de trabalho, escolaridade dos pais. Para avaliação do letramento em saúde utilizou-se a Versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) (Anexo I). Os instrumentos foram autoaplicáveis.

O HLQ é um instrumento multidimensional que pode ser autoadministrado ou aplicado por meio de entrevistas (BATTERHAM *et al.*, 2014; HAWKINS *et al.*, 2017). Dispõe de 44 itens distribuídos em nove escalas, divididos em duas partes (OSBORNE *et al.*, 2013; MORAES *et al.*, 2021) (Figura 1).

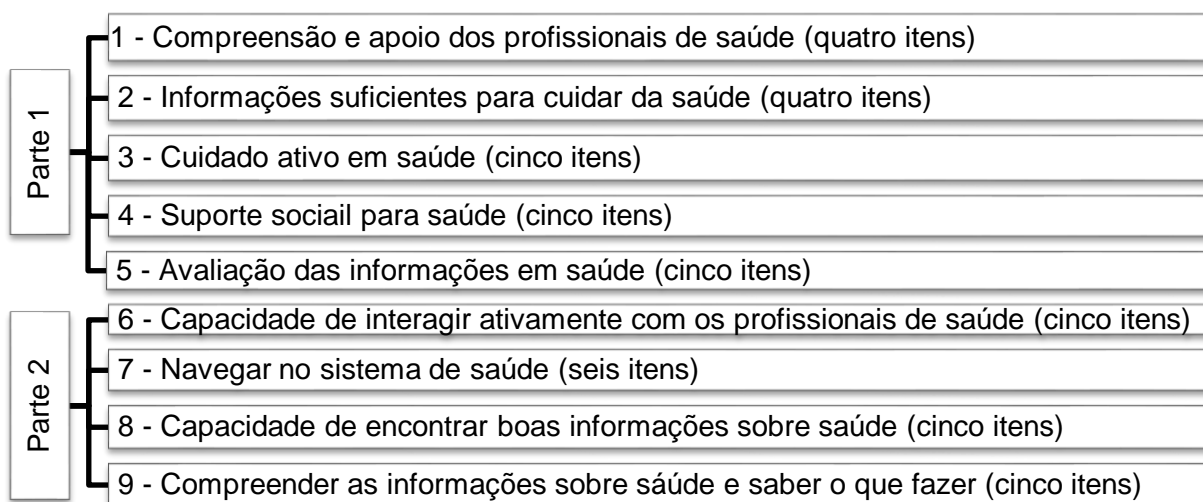


Figura 2. Escalas do *Health Literacy Questionnaire* - versão brasileira (MORAES *et al.*, 2021).

As respostas estão distribuídas em escala tipo *Likert* com quatro opções de respostas (“discordo totalmente” a “concordo totalmente”) e cinco opções de respostas (“não consigo fazer ou sempre difícil” e “sempre fácil”) (OSBORNE *et al.*, 2013; MORAES, 2018).

A versão brasileira obteve boas propriedades psicométricas no processo de validação: χ^2_{WLSMV} (866 df) = 1698,53, $p < 0,0001$; CFI = 0,978; TLI = 0,976 e RMSEA = 0,035 [0,032; 0,037, IC 90%] e Alfa de Cronbach de 0,76 em oito das nove escalas (MORAES, 2018).

O tempo de preenchimento do HLQ variou dependendo das habilidades do entrevistado - entre 7 e 30 minutos quando autoadministrado, ou 20 a 45 minutos

quando oralmente administrado (OSBORNE *et al.*, 2013). No presente estudo, o HLQ foi autoadministrado em todos os participantes do estudo.

4.5 Análise dos Dados

Para análise dos dados sociodemográficos foram realizadas frequências absolutas e relativas para análise descritiva das variáveis categóricas; e na descrição das variáveis numéricas foram utilizadas medidas de posição, tendência central e dispersão, utilizando procedimentos da estatística descritiva para frequência simples e medidas de tendência central. Os dados foram analisados utilizando o *software* R (versão 2.3.1).

Como o HLQ não fornece pontuação global para o questionário e sim o cálculo das médias dos escores das nove escalas separadamente. Osborne *et al.* (2013) alertam que não é possível estabelecer estratificações para condições de LS, pois isso significaria escolha arbitrária. Quanto maior o valor, melhor a situação. E assim, a pontuação indica os pontos fortes e as necessidades de cada profissional em relação ao seu letramento em saúde.

Devido à homogeneidade de todas as escalas, confirmadas pela análise fatorial confirmatória - modelo de Bayesian, é possível fazer a comparação dos escores (OSBORNE *et al.*, 2013).

O cálculo dessa pontuação indica a intencionalidade de cada constructo, ressaltando que os valores mais baixos, indicam a necessidades do grupo avaliado em relação ao seu letramento em saúde (Quadro 6).

Quadro 6. Escalas e intencionalidade dos constructos do *Health Literacy Questionnaire* (OSBORNE *et al.*, 2013; MORAES, 2018).

Escalas HLQ - Br e Itens	Intencionalidade de cada constructo das escalas do HLQ
<p>1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde Q. 2. <i>Eu tenho pelo menos um profissional de saúde ...</i> Q. 8. <i>Eu tenho pelo menos um profissional de saúde com quem</i> Q. 17. <i>Eu tenho os profissionais de saúde....</i> Q. 22. <i>Eu posso contar com pelo menos....</i></p>	<p>Alto: têm um relacionamento estabelecido com pelo menos um profissional de saúde que os conhece bem e que eles confiam para fornecer conselhos e informações úteis e ajudá-los a compreender as informações e tomar decisões sobre a sua saúde</p> <p>Baixo: as pessoas que apresentam escores baixo neste domínio são incapazes de se envolver com os médicos e outros profissionais de saúde. Elas não têm um provedor de saúde regular e / ou têm dificuldade em confiar nos provedores de saúde como uma fonte de informação e / ou de conselhos.</p>
<p>2. Informações suficientes para cuidar da saúde Q.1. <i>Na minha opinião, tenho boas informações....</i> Q.10. <i>Eu tenho informação suficiente me</i> Q.14. <i>Eu tenho certeza de que tenho toda informação que....</i> Q.23. <i>Eu tenho toda a informação que</i></p>	<p>Alto: são confiantes de que têm todas as informações de que precisam para viver e cuidar da sua condição e tomar decisões.</p> <p>Baixo: acham que há muitas lacunas no seu conhecimento e que eles não têm a informação de que precisam para viver e gerenciar suas preocupações com a saúde.</p>
<p>3. Cuidado ativo da saúde Q.6. <i>Eu gasto bastante tempo envolvido</i> Q.9. <i>Eu faço planos sobre o que</i> Q.13. <i>Apesar de outras coisas acontecendo em minha vida, eu encontro tempo</i> Q.18. <i>Eu decido meus próprios objetivos</i> Q.21. <i>Há coisas que eu faço regularmente</i></p>	<p>Alto: reconhecem a importância e são capazes de assumir a responsabilidade pela própria saúde. Eles empenham-se ativamente no seu próprio cuidado e tomam suas próprias decisões sobre saúde.</p> <p>Baixo: não veem sua saúde como sua responsabilidade, eles não estão envolvidos em seus cuidados de saúde e os consideram como algo que é feito para eles.</p>
<p>4. Suporte social para saúde Q.3. <i>Eu tenho acesso à várias pessoas...</i> Q.5. <i>Quando me sinto doente....</i> Q.11. <i>Se eu precisar de ajuda, eu tenho muitas pessoas</i> Q.15. <i>Eu tenho pelo menos uma pessoa....</i> Q.19. <i>Eu tenho forte apoio da família ou</i></p>	<p>Alto: as pessoas têm o sistema social que desejam e de que precisam.</p> <p>Baixo: completamente sozinho e sem apoio.</p>
<p>5. Avaliação das informações em saúde Q.4. <i>Eu comparo informações de saúde</i> Q.7. <i>Quando eu vejo novas informações sobre saúde,</i> Q.12. <i>Eu sempre comparo informações de saúde obtidas</i> Q.16. <i>Eu sei como descobrir se as informações de saúde</i> Q.20. <i>Eu pergunto aos profissionais saúde...</i></p>	<p>Alto: capazes de identificar boas e confiáveis fontes de informação. Eles são capazes de distinguir informações contraditórias por si ou com a ajuda de outros.</p> <p>Baixo: não importa o quanto eles tentem, eles não compreendem a maioria das informações sobre saúde e ficam confusos quando há informações conflitantes</p>
<p>6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde Q.2. <i>Ter certeza de que os profissionais de saúde entendem</i></p>	<p>Alto: são proativos sobre a sua saúde e se sentem no controle do relacionamento com os profissionais de saúde. São capazes de procurar aconselhamento adicional dos profissionais de</p>

(continua...)

Escala HLQ - Br e Itens	Intencionalidade de cada constructo das escalas do HLQ
<p>Q.4. Sentir-se capaz de conversar sobre Q.7. Ter boas conversas sobre sua saúde Q.15. Conversar com os profissionais de saúde até Q.20. Fazer perguntas aos profissionais de saúde para</p>	<p>saúde, quando necessário. Eles continuam indo até conseguir o que querem.</p> <p>Baixo: são passivos nas suas abordagens aos cuidados de saúde, inativo, ou seja, eles não procuram ou esclarecem informações e conselhos e / ou opções de serviço. Eles aceitam informações, sem questionar. Incapazes de fazer perguntas para obter informações ou para esclarecer o que eles não entendem. Eles aceitam o que é oferecido sem procurar garantir que suas necessidades sejam atendidas. Sentem-se incapazes de compartilhar preocupações.</p>
<p>7. Navegar no sistema de saúde Q.1. Encontrar o serviço de saúde Q.8. Conseguir consultar o profissional de saúde Q.11. Decidir qual profissional de saúde você Q.16. Descobrir quais serviços de saúde Q.19. Decidir qual é o melhor serviço</p>	<p>Alto: capazes de descobrir sobre os serviços e suporte de saúde para que tenham todas as suas necessidades atendidas. Capazes de navegar por conta própria no sistema de saúde.</p> <p>Baixo: não são capazes de navegar nos serviços de saúde por conta própria e incapazes de encontrar alguém que possa ajudá-los a usar o sistema de saúde para resolver as suas necessidades de saúde. Não enxergam para além dos recursos óbvios e têm uma compreensão limitada do que está disponível e do que têm direito.</p>
<p>8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde Q.3. Encontrar informação sobre problemas.... Q.6. Encontrar informações sobre saúde Q.10. Conseguir informação sobre saúde para que você fique Q.14. Conseguir informações sobre saúde.... Q.18. Conseguir informações sobre saúde</p>	<p>Alto: são "exploradores de informação". Usam ativamente diversificadas fontes para encontrar informações e é atualizado.</p> <p>Baixo: não conseguem acessar informações de saúde quando necessário. São dependentes dos outros para oferecer informações.</p>
<p>9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer Q.5. Preencher corretamente formulários com Q.9. Seguir exatamente as instruções dos profissionais de saúde Q.12. Ler e entender informações Q.17. Ler e entender todas as informações Q.21. Entender o que os profissionais de saúde</p>	<p>Alto: são capazes de compreender todas as informações escritas (incluindo informação numérica) em relação à sua saúde e capazes de escrever de forma adequada nos formulários sempre que necessário.</p> <p>Baixo: têm problemas em entender qualquer informação de saúde escrita ou instruções sobre os tratamentos ou medicamentos. Incapazes de ler ou escrever bem o suficiente para preencher formulários médicos.</p>

Para analisar a normalidade foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk (SHAPIRO; WILK, 1965) e para verificar a confiabilidade foram utilizados os indicadores alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta (CHIN *et al.*, 1998).

Para fazer as comparações dos escores com as variáveis categóricas com dois níveis utilizou-se teste de Mann Whitney; para as variáveis categóricas com três ou mais níveis foi utilizado o teste de Kruskal-Walis e nas comparações múltiplas foi utilizado o teste de Nemenyi (HOLLANDER; WOLFE, 1989).

Os tamanhos de efeito para diferenças padronizadas em médias entre grupos sociodemográficos foram calculados usando o *d* de Cohen, que representa a diferença, em desvios padrões, entre as médias dos dois grupos. Segundo Cohen (1988), *d* entre 0,20 e 0,50 representa tamanho de efeito pequeno; *d* entre 0,50 e 0,80 representa tamanho de efeito médio e *d* superior a 0,80 representa tamanho de efeito grande (COHEN, 1988). Para relacionar os escores com as variáveis numéricas foi utilizada a Correlação de Spearman (HOLLANDER; WOLFE, 1989).

Por não se tratar de proposta de estudo que incluiu todo o grupo do SAD do município, nenhum cálculo de tamanho de amostra foi realizado. Foram calculados intervalos de confiança de 95% e valor de $p < 0,05$ assumido para significância estatística.

4.6 Procedimentos Éticos e Legais

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com anuência da Secretaria de Saúde para realização do estudo (Anexo III), parecer favorável n. 3.173.548 e CAAE n. 06178519.0.0000.5078 (Anexo VI).

Foi solicitada a autorização de uso da versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) à Universidade de Deakin - Austrália e aos autores da versão brasileira, para uso do questionário de letramento em saúde (Anexo IV).

Os profissionais de saúde vinculados ao SAD foram convidados a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, registrando sua anuência em participar.

5. RESULTADOS

Inicialmente cabe destaque de que, no momento da coleta de dados o município de Goiânia possuía nove EMAD's e três EMAP's cadastradas no CNES, porém duas EMAD's eram vinculadas a um hospital de grande porte especializado em reabilitação; uma EMAD vinculada a um hospital referência em atendimento a pacientes oncológicos, e essa equipe de AD realizava, exclusivamente, cuidados paliativos domiciliares; e duas equipes prestavam assistência domiciliar de alta complexidade a pacientes em dependência de ventilação mecânica invasiva, estando vinculadas a empresas tercerizadas, que prestavam serviço para a Secretaria de Saúde. Uma das EMAP's também era vinculada ao hospital especializado em reabilitação.

Sendo assim, apenas as quatro EMAD's e duas EMAP's que estavam sob gestão direta da Secretaria de Saúde fizeram parte do presente estudo, uma vez que essas são as equipes que representam a proposta ministerial que engloba a AD, e permitirá que os resultados obtidos nesse estudo, possam ser comparados com estudos futuros de SAD vinculados a outros municípios.

No período da coleta de dados cada EMAD atendia em média 25 pacientes, classificados em sua maioria como AD-2. Os pacientes classificados como AD-3, principalmente aqueles em dependência de ventilação mecânica, eram assistidos por equipes de AD tercerizadas pela Secretaria de Saúde do município. Os pacientes AD-1 residindo em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), recebiam atendimento dessas equipes; aqueles que residiam em áreas sem cobertura da ESF recebiam atendimento em domicílio de dois médicos, destinados para essa finalidade.

Participaram do estudo 29 profissionais do SAD, do total de 34 profissionais lotados no serviço. Durante a coleta de dados na Unidade 4 do SAD Noroeste, duas Técnicas de Enfermagem recusaram em participar do estudo e uma Fisioterapeuta encontrava-se de licença maternidade. Na Unidade 1 do SAD houve recusa de uma Técnica de Enfermagem e uma Enfermeira encontrava-se de licença para tratamento médico.

A maioria dos entrevistados é do sexo feminino (93,10%); média de idade 39,9 ± 8,5 anos. A equipe de enfermagem é predominante (44,82%); possuem outro vínculo (53,57%) e trabalham aproximadamente 12 horas/dia (41,38%); seus pais têm escolaridade igual ou acima do ensino médio (55,18%). A renda pessoal mensal varia entre quatro a seis salários mínimos (41,67%) (R\$ 998,00) e a renda familiar mensal entre quatro a seis salários mínimos (41,18%), equivalendo a US\$ 998,00 e US\$ 1499,50 (valor do dólar = R\$ 4,01, em 2019), respectivamente. Verificou-se a média do tempo de formação de 15,86±7,88 anos; tempo de atuação na SMS de 9,97±5,05 anos e atuação no SAD de 6,21±3,69 anos.

O HLQ-Br autoadministrado utilizou tempo médio de sete minutos para conclusão. A confiabilidade verificada pelo Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta das partes 1 e 2 das nove escalas do instrumento variou entre 0,76 e 0,93.

A média dos escores obtidos nas escalas do HLQ-Br estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Média dos escores das escalas do HLQ-Br e dos itens indicando maiores potencialidades e necessidades em cada escala, de 29 profissionais vinculados ao Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia/GO, Brasil, 2019.

Escalas e Questões do HLQ-Br	Média (DP)
Parte 1 (Escore 1-4)	
1 - Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	3,01 (0,44)
Q02 - Eu tenho pelo menos um profissional de saúde que me conhece bem	3,27 (0,74)
Q17 - Eu tenho os profissionais de saúde que necessito para me ajudar a decidir o que eu preciso fazer	2,67 (0,92)
2 - Informações suficientes para cuidar da saúde	2,71 (0,52)
Q01 - Na minha opinião, tenho boas informações sobre saúde	3,27 (0,64)
Q14 - Eu tenho certeza de que tenho toda informação que preciso para cuidar bem da minha saúde	2,23 (0,77)
3 - Cuidado ativo da saúde	2,85 (0,38)
Q09 - Eu faço planos sobre o que eu preciso fazer para ser saudável	3,13 (0,51)
Q06 - Eu gasto bastante tempo envolvido com minha saúde	2,63 (0,67)
4 - Suporte social para saúde	2,83 (0,44)
Q03 - Eu tenho acesso a várias pessoas que me entendem e me apoiam	3,17 (0,59)
Q11 - Se eu precisar de ajuda, eu tenho muitas pessoas com quem posso contar	2,67 (0,80)
5 - Avaliação das informações em saúde	3,13 (0,37)
Q04 - Eu comparo informações de saúde obtidas de fontes diferentes	3,37 (0,56)
Q16 - Eu sei como descobrir se as informações de saúde que recebo estão certas ou não	2,79 (0,77)
Parte 2 (Escore 1-5)	
6 - Capacidade de interagir ativamente com profissionais de saúde	3,52 (0,67)
Q04 - Sentir-se capaz de conversar sobre suas preocupações com um profissional de saúde	3,63 (0,81)
Q02 - Ter certeza que os profissionais de saúde entendem os seus problemas corretamente	3,27 (0,83)
7 - Navegar no sistema de saúde	3,43 (0,57)
Q11 - Decidir qual profissional de saúde você precisa consultar	3,87 (0,68)
Q01 - Encontrar o serviço de saúde adequado	3,10 (0,84)
8 - Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	3,59 (0,58)
Q14 - Conseguir informações sobre saúde em linguagem que você entenda	4,00 (0,64)
Q03 - Encontrar informações sobre problemas de saúde	3,47 (0,82)
9 - Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,77 (0,56)
Q12 - Ler e entender informações escritas sobre saúde	4,10 (0,66)
Q09 - Seguir exatamente as instruções dos profissionais de saúde	3,37 (0,85)

Q: Questão; DP: Desvio padrão

As tabelas 2 e 3 mostram os padrões dos escores do HLQ-Br, de acordo com os dados sociodemográficos da Parte 1 e Parte 2, respectivamente. Estas descrições consideraram, especialmente, as diferenças observadas nas médias e respectivas escalas do HLQ-Br, observando-se o nível de significância estatística e o tamanho do efeito grande.

Houve significância estatística e tamanho de efeito grande apenas em “Outro vínculo” na escala 3 “Cuidado ativo em saúde”, onde pode-se destacar que os profissionais que possuíam mais de um vínculo empregatício cuidam menos da sua saúde.

Tabela 2 - Diferenças evidenciadas na associação entre os escores médios das escalas 1 a 5 do questionário HLQ-Br, com as variáveis categóricas sociodemográficas, de 29 profissionais vinculados ao Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia/GO, Brasil, 2019.

Variáveis (N)	Escala 1		Escala 2		Escala 3		Escala 4		Escala 5		
	Média (E.P.)	d ³	Média (E.P.)	d ³	Média (E.P.)	d ³	Média (E.P.)	d ³	Média (E.P.)	d ³	
Sexo	Feminino (27)	2,98 (0,09)	-	2,69 (0,10)	-	2,87 (0,07)	-	2,84 (0,09)	-	3,13 (0,07)	-
	Masculino (02)	3,38 (0,13)	0,88	2,75 (0,25)	0,10	2,60 (0,40)	0,69	2,60 (0,40)	0,52	3,20 (0,40)	0,18
p value		0,190 ¹		0,794 ¹		0,540 ¹		0,513 ¹		0,828 ¹	
Outro vínculo	Não (13)	3,08 (0,14)	-	2,71 (0,16)	-	3,05 (0,08)	-	2,86 (0,15)	-	3,09 (0,10)	-
	Sim (15)	2,95 (0,11)	0,27	2,68 (0,13)	0,05	2,68 (0,10)	1,03	2,80 (0,10)	0,13	3,15 (0,11)	0,16
p value		0,498 ¹		0,907 ¹		0,007¹		0,623 ¹		0,675 ¹	
Carga Horária/dia	6 horas (11)	2,84 (0,14)	-	2,52 (0,17)	-	2,96 (0,10)	-	2,73 (0,15)	-	2,94 (0,11)	-
	8 horas (06)	3,17 (0,19)	0,69	2,83 (0,30)	0,49	2,67 (0,18)	0,81	3,07 (0,22)	0,66	3,27 (0,14)	0,94
	12 horas (12)	3,08 (0,12)	0,55	2,79 (0,09)	0,59	2,83 (0,12)	0,35	2,78 (0,10)	0,13	3,25 (0,10)	0,88
p value		0,174 ²		0,233 ²		0,455 ²		0,356 ²		0,088 ²	
Renda familiar (SM)	4-6 (07)	2,96 (0,13)	-	2,68 (0,16)	-	2,83 (0,08)	-	2,89 (0,15)	-	3,30 (0,09)	-
	7-9 (02)	3,38 (0,38)	1,11	2,25 (0,25)	1,03	2,30 (0,30)	2,07	3,30 (0,30)	1,03	3,30 (0,30)	0,00
	≥10 (08)	3,09 (0,14)	0,35	3,03 (0,17)	0,76	2,73 (0,14)	0,32	2,90 (0,17)	0,03	3,20 (0,13)	0,33
p value		0,454 ²		0,103 ²		0,242 ²		0,483 ²		0,791 ²	
Renda pessoal (SM)	1-3 (06)	2,96 (0,15)	-	2,75 (0,17)	-	2,87 (0,08)	-	2,90 (0,18)	-	3,27 (0,10)	-
	4-6 (10)	3,18 (0,15)	0,48	2,70 (0,19)	0,09	2,86 (0,18)	0,01	2,90 (0,15)	0,00	3,21 (0,14)	0,15
	7-9 (02)	3,13 (0,38)	0,42	2,75 (0,50)	0,00	3,20 (0,00)	1,77	2,90 (0,70)	0,00	3,00 (0,20)	1,07
	≥10 (06)	3,00 (0,21)	0,09	2,79 (0,28)	0,07	2,70 (0,13)	0,61	2,70 (0,19)	0,44	3,17 (0,17)	0,29
p value		0,835 ²		0,978 ²		0,339 ²		0,826 ²		0,767 ²	
Escolaridade pais	Alfabetizado (03)	3,00 (0,43)	-	2,33 (0,33)	-	2,80 (0,46)	-	2,93 (0,41)	-	3,20 (0,20)	-
	Fundamental (10)	3,18 (0,14)	0,34	2,63 (0,16)	0,56	2,90 (0,13)	0,19	2,76 (0,14)	0,35	3,06 (0,13)	0,35
	Médio (08)	2,91 (0,14)	0,19	2,72 (0,15)	0,85	2,75 (0,11)	0,11	2,88 (0,16)	0,11	3,24 (0,12)	0,11
	Sup.incompleto(03)	2,75 (0,14)	0,45	2,42 (0,30)	0,15	3,00 (0,12)	0,34	2,53 (0,24)	0,69	2,93 (0,24)	0,70
	Sup. completo (05)	3,00 (0,22)	0,00	3,20 (0,23)	1,62	2,84 (0,13)	0,08	2,96 (0,19)	0,05	3,20 (0,20)	0,00
p value		0,610 ²		0,118 ²		0,816 ²		0,738 ²		0,722 ²	

¹Mann Whitney; ² Kruskal-Wallis; ³d de Cohen. **SM:** salário mínimo. **E.P:** Erro Padrão. **Negrito:** p value < 0,05 e tamanho de efeito grande.

Tabela 3 - Diferenças evidenciadas na associação entre os escores médios das escalas 6 a 9 do questionário HLQ-Br, com as variáveis categóricas sociodemográficas de profissionais vinculados ao Serviço de Atendimento Domiciliar de Goiânia/GO, Brasil, 2019.

Variáveis (N)	Escala 6		Escala 7		Escala 8		Escala 9		
	Média (E.P.)	d ³	Média (E.P.)	d ³	Média (E.P.)	d ³	Média (E.P.)	d ³	
Sexo	Feminino (27)	3,55 (0,12)	-	3,41 (0,11)	-	3,56 (0,11)	-	3,76 (0,11)	-
	Masculino (02)	2,70 (0,50)	1,33	3,42 (0,25)	0,02	3,50 (0,30)	0,11	3,90 (0,50)	0,25
p value		0,109 ¹		1,000 ¹		0,826 ¹		0,828 ¹	
Outro vínculo	Não (13)	3,72 (0,16)	-	3,63 (0,16)	-	3,75 (0,17)	-	3,86 (0,16)	-
	Sim (15)	3,35 (0,18)	0,59	3,27 (0,13)	0,67	3,44 (0,13)	0,57	3,73 (0,14)	0,23
p value		0,151 ¹		0,142 ¹		0,240 ¹		0,710 ¹	
Carga horária diária	6 horas (11)	3,51 (0,20)	-	3,39 (0,20)	-	3,47 (0,24)	-	3,58 (0,18)	-
	8 horas (06)	3,87 (0,24)	0,56	3,56 (0,20)	0,26	3,77 (0,15)	0,43	3,87 (0,23)	0,49
	12 horas (12)	3,28 (0,19)	0,34	3,35 (0,15)	0,08	3,53 (0,12)	0,10	3,88 (0,16)	0,53
p value		0,201 ²		0,716 ²		0,507 ²		0,409 ²	
Renda familiar (SM)	4-6 salários (07)	3,57 (0,23)	-	3,33 (0,20)	-	3,43 (0,13)	-	3,63 (0,24)	-
	7-9 salários (02)	3,80 (0,40)	0,38	3,33 (0,33)	0,00	3,50 (0,30)	0,20	3,80 (0,00)	0,30
	>=10 salários (08)	3,78 (0,26)	0,30	3,58 (0,21)	0,44	3,83 (0,15)	1,03	4,08 (0,18)	0,79
p value		0,776 ²		0,534 ²		0,208 ²		0,193 ²	
Renda pessoal (SM)	1-3 salários (06)	3,63 (0,27)	-	3,39 (0,22)	-	3,37 (0,13)	-	3,70 (0,27)	-
	4-6 salários (10)	3,46 (0,21)	0,26	3,37 (0,26)	0,03	3,70 (0,22)	0,56	3,72 (0,17)	0,03
	7-9 salários (02)	4,10 (0,70)	0,65	3,67 (0,33)	0,52	3,80 (0,60)	0,96	4,20 (0,60)	0,72
	>=10 salários (06)	3,40 (0,34)	0,31	3,59 (0,17)	0,23	3,77 (0,16)	1,12	4,00 (0,23)	0,50
p value		0,692 ²		0,895 ²		0,383 ²		0,612 ²	
Escolaridade dos pais	Alfabetizado (03)	3,67 (0,35)	-	3,33 (0,19)	-	3,80 (0,12)	-	3,73 (0,18)	-
	Fundamental (10)	3,36 (0,21)	0,46	3,43 (0,21)	0,16	3,48 (0,24)	0,47	3,62 (0,18)	0,21
	Médio (08)	3,35 (0,21)	0,53	3,23 (0,22)	0,18	3,55 (0,18)	0,54	3,68 (0,20)	0,11
	Superior incomp. (03)	3,20 (0,20)	0,94	3,33 (0,19)	0,00	3,13 (0,29)	1,74	3,60 (0,35)	0,28
	Superior completo (05)	4,04 (0,35)	0,51	3,73 (0,20)	0,96	3,84 (0,16)	0,13	4,32 (0,23)	1,27
p value		0,424 ²		0,571 ²		0,268 ²		0,246 ²	

¹Mann Whitney; ² Kruskal-Wallis; ³d de Cohen. **SM:** salário mínimo. **E.P:** Erro Padrão. **Negrito:** p value < 0,05 e tamanho de efeito grande.

A tabela 4 indica as diferenças evidenciadas na análise da associação entre os escores médios das escalas do HLQ-Br, com as variáveis sociodemográficas:

Tabela 4 - Diferenças evidenciadas na associação entre os escores médios das escalas do questionário HLQ-Br com variáveis sociodemográficas de 29 profissionais vinculados ao Serviço de Atendimento Domiciliar de Goiânia/GO, Brasil, 2019.

Variáveis (N)	Escala 2		Escala 3		Escala 5		Escala 9	
	r ¹	p-value	r ¹	p-value	r ¹	p-value	r ¹	p-value
Tempo de formação*	-0,27	0,153	0,41	0,028	-0,15	0,428	-0,19	0,315
Tempo de atuação SMS*	-0,54	0,003	0,18	0,351	-0,32	0,091	-0,41	0,028
Tempo atuação SAD*	-0,28	0,142	-0,05	0,813	-0,37	0,051	-0,04	0,843

¹Correlação de Spearman; SAD: Serviço de Atendimento Domiciliar; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; *tempo em anos. Negrito: p valor < 0,05.

Verificou-se que profissionais com maior tempo de formação, apresentaram correlação positiva com a escala 3 “*Cuidado ativo da saúde*”, significando que quanto maior o tempo de formação, mais eles reconhecem a importância e são capazes de assumir a responsabilidade pela própria saúde, empenhando-se ativamente no seu próprio cuidado e tomando suas próprias decisões sobre saúde (OSBORNE *et al.*, 2013; MORAES, 2018).

Profissionais com maior tempo de serviço na SMS, apresentaram correlação negativa com as escalas 2 “*Informações suficientes para cuidar da saúde*” e 9 “*Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer*”, significando que quanto maior o tempo de atuação na SMS, mais lacunas esses profissionais apresentam em seus conhecimentos, não tendo informações suficientes para viver e gerenciar suas preocupações com a saúde, e ainda têm dificuldade de compreender as informações de saúde escritas, assim como preencher formulários médicos (OSBORNE *et al.*, 2013; MORAES, 2018).

Profissionais com maior tempo de atuação no SAD, apresentaram correlação negativa com a escala 5 “*Avaliação das informações sobre saúde*”, significando que quanto maior o tempo de atuação no SAD, menos os profissionais identificam boas e confiáveis fontes de informação, apresentam dificuldade de compreender a maioria das informações sobre saúde e ficam confusos quando há informações conflitantes (OSBORNE *et al.*, 2013; MORAES, 2018).

6. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que analisou as condições de LS de profissionais vinculados ao SAD, utilizando instrumento multidimensional de avaliação. As escalas do HLQ refletem a qualidade da prestação de serviços sociais e de saúde, ou seja, os resultados obtidos na avaliação dos profissionais de saúde desse serviço reforçam esse contexto.

A exemplo de outros estudos nacionais com equipes da Atenção Domiciliar (OLIVEIRA *et al.*, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2018) a média de idade do grupo é jovem, o que favorece o investimento em educação continuada no desenvolvimento da equipe, se considerarmos o terceiro atributo das organizações letradas das ações que podem melhorar a capacidade de resposta do serviço melhorar a capacidade de resposta do serviço (BRACH *et al.*, 2012).

Verificou-se que as variáveis relacionadas ao tempo de formação, tempo de atuação profissional, incluindo atuação na atenção domiciliar, tiveram correlação respectivamente com as escalas *Cuidado ativo da saúde*; *“Informações suficientes para cuidar da saúde”* e *“Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer”*; e *Avaliação das informações sobre saúde*.

A média do tempo de formação, de atuação na SMS e, em destaque, o tempo de atuação dos profissionais junto ao SAD, indicam que são profissionais que conhecem bem o serviço e, conseqüentemente, os pacientes e respectivos cuidadores. Esse fato também se repetiu no estudo de Oliveira *et al.* (2020) - mais de cinco anos e no estudo de Araújo *et al.* (2018) - um a três anos. Esse é mais um fator que tende a facilitar qualquer proposta que se possa fazer para assessorar esse grupo a observar seu comportamento e atitude, em ser um profissional comprometido com o letramento em saúde.

Apesar do baixo escore identificado para a escala 3 “Cuidado ativo da saúde”, identificou-se que profissionais formados a mais tempo tem melhor capacidade para assumir a responsabilidade pela própria saúde, empenhando-se ativamente no seu próprio cuidado e tomando suas próprias decisões sobre saúde.

O maior tempo de formação dos profissionais do estudo parece influenciar o comportamento diferente com o próprio cuidado e tomada de decisões sobre sua saúde; indica que os mais antigos reconhecem a importância desse cuidado, assumindo a responsabilidade pela própria saúde.

Sendo o “cuidar” o instrumento de trabalho dos profissionais do SAD, e ao mesmo tempo podendo ser causador de danos à sua saúde, é essencial que aprendam a se cuidar, e consigam prestar cuidado mais adequado aos pacientes da AD. A compreensão sobre a necessidade do cuidar de si é necessária para haver equilíbrio ao cuidar do outro, evitando desgastes e propiciando o cuidado efetivo (GASPERI; RADUNZ, 2006).

Esse fato aponta a necessidade de promover no espaço de trabalho ações que favoreçam a conscientização para o autocuidado.

Em termos das informações em saúde, identificou-se a dificuldade dos profissionais para obter, compreender, saber o que fazer e avaliar as informações para cuidar da saúde. Mesmo com o acesso facilitado pelo ambiente profissional, as informações necessárias para viver e gerenciar suas preocupações com a saúde, quando o assunto se trata de cuidar da própria saúde, ainda não são satisfatórias (OSBORNE *et al.*, 2013; MOARES, 2018).

Os profissionais com maior tempo de serviço na SMS possuíam menos informações sobre como cuidar da saúde, e quando tinham acesso, manifestaram dificuldade em compreendê-las. Isso corresponde ao que Nutbeam (2000) classifica de LS básico / funcional, sobre ter as habilidades básicas de leitura e escrita, para o cotidiano, mas que não garante a correta compreensão para tomada de decisão em saúde.

É preciso destacar que profissionais de saúde precisam ser letrados em saúde para compreender os desafios que, assim como eles, as demais pessoas enfrentam ao tentar encontrar, compreender as informações em saúde e utilizar os serviços de saúde. As informações para cuidar da própria saúde são úteis tanto para si, quanto para aqueles sob seus cuidados. Mas isso precisa ser ensinado. A formação profissional deve garantir que eles sejam capazes de fornecer cuidados que atendam às necessidades das pessoas (ELSBORG *et al.*, 2017).

Pessoas com melhores níveis de LS possuem maior acesso à rede de apoio social para o cuidado, que compreende recursos interpessoais acessados e mobilizados para lidar com os desafios da vida (ZHONG *et al.*, 2020; 2021). Chamou

atenção no presente estudo o menor escore evidenciado na escala 4 “Suporte social para cuidar da saúde”, que pode estar relacionado com o sentimento dos profissionais em sentirem-se completamente sozinhos e sem apoio, pois acreditam que existem poucas pessoas com quem podem contar, mesmo tendo acesso a várias pessoas que os entendem e apoiam (OSBORNE *et al.*, 2013; MORAES, 2018), correspondendo ao LS comunicativo / interativo (NUTBEAM, 2000; OSBORNE *et al.*, 2013).

A rede de suporte abrange, amplamente, apoio emocional e material, com o compartilhamento de informações ou conhecimentos entre família, amigos e outras pessoas significativas (ZHANG *et al.*, 2015).

Esses resultados da escala 3 ilustram as duas classificações de LS de Nutbeam (2000) de LS comunicativo / interativo em saúde e LS crítico, que incluem análise crítica da informação; compreensão dos determinantes sociais da saúde; e engajamento na ação coletiva.

Os profissionais referiram ainda, serem capazes de escolher os profissionais para cuidar de sua saúde, mas o resultado de menor escore na escala 7 “Navegar no sistema de saúde” revelou sua dificuldade para encontrar o serviço de saúde adequado para a sua necessidade, e onde encontrar ajuda para obter acesso aos sistemas de saúde (OSBORNE *et al.*, 2013; MORAES, 2018). Essa informação reforça a necessidade de melhorar a formação para navegação na rede e, sobretudo em compreensão sobre acesso.

Resultados similares foram obtidos por Silva *et al.* (2020) que observaram limitações dos profissionais cursando Residência Multiprofissional em Saúde e também por Mullan *et al.* (2017) com estudantes universitários. Ambos os estudos sugeriram que abordagens sobre LS sejam incluídas nos currículos dos cursos de graduação, uma vez que isso influenciaria positivamente a capacidade dos alunos de cuidarem da própria saúde, além de potencialmente beneficiar a capacidade dos alunos em comunicar-se com os pacientes, contribuindo para melhora dos resultados de saúde.

No entanto, é preocupante que proporção considerável de futuros profissionais da saúde inicie sua vida de trabalho com lacunas na compreensão sobre o funcionamento dos sistemas de saúde. Mesmo sem experiências pessoais como usuários do sistema de saúde, os profissionais deveriam ser capazes de ajudar seus pacientes a fazê-lo. Esta é obviamente a área que precisa mais atenção (MULLAN *et*

al., 2017), uma vez que conhecer e compreender o sistema é obrigação e demanda formação continuada.

No estudo de Ishikawa *et al.* (2008) pontuações mais altas em escalas de LS crítico e comunicativo em saúde (escalas 6 e 7) foram associadas à melhor saúde entre os trabalhadores japoneses. Difere dos resultados do presente estudo, que indicou baixo escore na escala 6 “Capacidade de interagir ativamente com profissionais de saúde”.

Indica que, mesmo sendo profissionais da saúde eles não procuram ou buscam informações sobre serviços de saúde, e de alguma forma tem dificuldades em fazer perguntas para obter mais informações ou para esclarecer aquilo que não foi compreendido (OSBORNE *et al.*, 2013; MORAES, 2018). Podem considerar que possuem as informações em saúde que precisam, uma vez que são profissionais da área; ou ainda, por acharem que outros profissionais de saúde não irão compreender seus problemas, mesmo sendo capazes de conversar sobre suas preocupações de saúde com colegas de profissão.

A dificuldade para interagir com outros profissionais de saúde pode ser associada à comunicação ineficaz, sendo o inadequado LS barreira de comunicação e que interfere diretamente nos resultados em saúde. Um currículo escolar com foco na comunicação breve e clara usando pressupostos do LS melhorou o conhecimento e as atitudes entre médicos, residentes de medicina e enfermeiros, assim como melhorou o atendimento aos pacientes, gerando melhores resultados em saúde (ALLENBAUGH *et al.*, 2019).

Outros estudos internacionais também reforçam a necessidade de se investir na formação continuada dos profissionais de saúde em atuação, visto que não têm condições de LS adequadas para o que se espera de quem atua no setor da saúde (COLEMAN *et al.*, 2016; VAMOS *et al.*, 2016). Os estudos de Mackert; Ball; Lopez (2011) e Coleman; Fromer (2015) mostram que mesmo uma modesta intervenção educacional pode afetar positivamente o conhecimento, as habilidades e os comportamentos dos profissionais de saúde sobre letramento em saúde.

O estudo de Finlay *et al.* (2018) confirma os resultados positivos provenientes de intervenção educacional sobre LS com profissionais. Esses autores evidenciam mudanças sistemáticas no serviço, desenvolvimento de políticas e procedimentos em LS e a formulação de um módulo de treinamento para novos profissionais sobre LS, permitindo o aumento da sustentabilidade e a redução do risco de perda de

conhecimentos. Contribuiu assim, para melhora da capacidade de resposta da instituição de saúde.

Como atores importantes na capacitação e fornecimento de informações aos pacientes e seus familiares (SAUDERS *et al.*, 2019), devem ter confiança para identificar e melhor interagir com a população sob seus cuidados, independente do contexto de LS (SILVA *et al.*, 2020).

Era de se esperar que a escala 5 “Avaliação das informações em saúde” tivesse obtido melhor escore. Indica que os profissionais do SAD são capazes de identificar boas e confiáveis fontes de informação, porque comparam as informações de saúde obtidas de fontes diversas, mesmo que nem sempre saibam como descobrir se as informações de saúde que recebem estão certas ou não (OSBORNE *et al.*, 2013; MOARES, 2018). Mas, contrapondo-se a esse resultado, aqueles profissionais que possuíam maior tempo de atuação junto ao SAD, apresentaram mais dificuldades nesse processo de avaliação das informações em saúde recebidas.

A avaliação das informações de saúde é classificada como LS crítico (NUTBEAM, 2000; OSBORNE *et al.*, 2013) indicando até que ponto os indivíduos avaliam a confiabilidade, validade, credibilidade e aplicabilidade dessas informações (CHINN, 2011), bem como se devem ou não usá-la (CHEN *et al.*, 2018).

De acordo com Chen *et al.* (2018) o comportamento de busca de informações, incluindo as habilidades de encontrar e selecionar os itens mais relevantes e de qualidade para sua saúde, é considerado processo central, no qual o LS adequado interfere diretamente nos resultados de saúde.

O excesso de informações disponibilizadas pelo fácil acesso aos meios digitais, por vezes conflitantes, tem interferido na capacidade de julgamento das pessoas; esse fato foi destacado pelo *Stanford History Education Group (SHEG)* da Universidade de Stanford, em 2016, nos Estados Unidos, que avaliou a habilidade para julgar a credibilidade da informação que inunda os *smartphones*, *tablets* e computadores dos jovens, apresentando como resultado a dificuldade no julgamento da credibilidade de informações *on-line* (SHEG, 2016).

A maioria das pessoas faz uso e confia nas informações recebidas por profissionais de saúde. Porém, pessoas com LS inadequado são mais propensas a fazer uso e confiar nas informações disponíveis em mídias sociais, assim como, também, são menos propensas a usar e confiar nas informações de saúde

provenientes de profissionais da área, sendo isso um desafio para a saúde pública (CHEN *et al.*, 2018).

A qualificação em pós-graduação do grupo entrevistado pode ter influenciado no melhor escore da escala 9 “Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer”. Indica que são capazes de compreender as informações escritas em relação à sua saúde e de preencher de forma adequada os formulários (OSBORNE *et al.*, 2013; MOARES, 2018). Mas, isso também pode interferir em seguir as instruções dos profissionais de saúde, talvez por acreditarem que não precisam de maiores instruções sobre sua saúde, como evidenciado no estudo de Silva *et al.* (2020).

A maior escolaridade dos pais também é fator positivo, ainda que sem significância estatística no grupo entrevistado. Segue os resultados de estudos no Texas (VAMOS *et al.*, 2016), e na China (ZHANG *et al.*, 2016a; ZHANG *et al.*, 2016b), que incluíram estudantes universitários e demonstraram correlação positiva com a educação dos seus pais.

Os dados obtidos nesse estudo confirmam os estudos desenvolvidos com profissionais de saúde nos EUA e Europa, indicando que ter limitação na compreensão dos aspectos relacionados ao LS, pode ser preditor para prejuízo das habilidades em atender as necessidades daqueles sob cuidados (SORENSEN *et al.*, 2015; RASU *et al.*, 2015; MACABASCO-O’CONNELL; FRY-BOWERS, 2011).

Esse fato não é característica dos profissionais brasileiros. Os estudos de Guner; Ekmekci (2019) e Rajah *et al.* (2017) também confirmam que os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento acerca do LS. Guner; Ekmekci (2019) reforçam que o tema não é abordado durante a graduação, bem como não há treinamentos sobre a importância no LS no contexto saúde, ainda que a maioria dos profissionais demonstre interesse na aquisição de conhecimentos sobre LS, seja em forma de seminários ou conferências; materiais impressos e/ou treinamentos *on line*.

Reforça-se, assim, a necessidade de se investir na inclusão do LS em todos os contextos, independentemente do nível educacional e/ou cultural. Todas as pessoas, não apenas aquelas com baixas habilidades de letramento se beneficiarão com a melhoria do letramento em saúde dos indivíduos e profissionais de saúde (COLEMAN *et al.*, 2010).

Formar e capacitar profissionais de saúde responsivos ao LS vai ao encontro do que é preconizado pelos atributos do IOM, em destaque os atributos 3 e 6, que

visam melhor preparo dos profissionais para atender as necessidades de saúde da população e permitir comunicação efetiva (BRACH *et al.*, 2012; TREZONA *et al.*, 2018).

A formação de profissionais responsivos ao LS reforça o Domínio 7 do Org-HLR “Força de Trabalho”, que responsabiliza as organizações em garantir uma força de trabalho competente, recrutando funcionários com competências em LS, além de fornecer ambiente de trabalho favorável ao desenvolvimento profissional (TREZONA *et al.*, 2017; 2018).

Reformular os currículos de graduação e pós-graduação dos cursos da área da saúde com a inserção do LS em suas matrizes curriculares, bem como realizar educação continuada em serviço para os profissionais que já estão em atuação na assistência ou gestão, permitirão que esses profissionais sejam mais responsivos ao LS.

Limitações do Estudo

A discussão dos resultados obtidos por meio da aplicação do HLQ-Br aos profissionais do SAD foi limitada tanto pelo caráter descritivo do presente estudo, pelo número de participantes, quanto pela ausência de artigos que avaliem a condição de LS do grupo selecionado, não sendo possível análise mais profunda e comparação de resultados entre os aspectos que mais influenciam no LS desses profissionais.

Novos estudos devem ser realizados de modo a sanar a lacuna de informações sobre o letramento de profissionais no país, e especialmente com serviços de AD.

7. CONCLUSÕES

Este estudo é pioneiro em avaliar o letramento em saúde de profissionais vinculados ao Serviço de Atenção Domiciliar no Brasil.

Foi particularmente importante traçar o perfil da equipe do SAD, evidenciando um grupo jovem, de maioria feminina, com predomínio da equipe de enfermagem e mais de um vínculo empregatício. Tíham carga horária de trabalho alta, seus pais têm escolaridade igual ou acima do nível médio, renda pessoal e familiar maior que seis salários-mínimos e trabalham há aproximadamente seis anos no SAD.

As principais potencialidades identificadas foram relacionadas a serem capazes de encontrar boas informações sobre saúde, de avaliar e compreender as informações sobre saúde e saberem o que fazer, e porque conseguem identificar fontes confiáveis de informação e distinguem informações contraditórias.

As limitações evidenciadas têm especialmente relação com o fato de não terem as informações que precisam para gerenciar suas preocupações com a saúde, principalmente aqueles formados há mais tempo. Quem trabalha mais, cuida menos da própria saúde. Referem ainda, não ter suporte social para cuidar da saúde e não serem ativos nesse cuidado. Navegar no sistema de saúde e de interagir ativamente com profissionais de saúde também foi ponto frágil desse grupo.

Os profissionais com maior tempo de formação estavam mais ativos em seu próprio cuidado e tomavam decisões sobre sua saúde. Contraditoriamente, aqueles com maior tempo de serviço na SMS possuíam menos informações sobre como cuidar da saúde e apresentavam mais dificuldades em compreender essas informações. E ainda, os profissionais que possuíam maior tempo de atuação junto ao SAD, apresentaram mais dificuldades nesse processo de avaliação das informações em saúde recebidas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mensurar o LS de profissionais do SAD foi de extrema relevância pois, o que diferencia esses profissionais dos demais vinculados a outros pontos da RAS é o compartilhamento da assistência/cuidado com o cuidador e/ou familiares de pacientes em atendimento domiciliar. De certa maneira, amplia e diversifica a responsabilidade do serviço para o desfecho em saúde eficaz e esperado.

Esse estudo vem a colaborar para o fortalecimento desse serviço em nível nacional e, indiretamente, contribuir com a qualidade de vida dos pacientes sob os cuidados profissionais, na proposta de que é “Melhor em Casa”. Segue, assim, a recomendação de que o letramento em saúde seja prioridade de todas as partes envolvidas, bem como, permite reflexão sobre o uso dos princípios do LS junto aos profissionais que atuam no SAD e colaborará com divulgação da temática do letramento em saúde entre o grupo, como ferramenta na comunicação assertiva e no cuidado com a própria saúde.

Os resultados desse estudo permitem comparação com outros municípios, bem como com profissionais alocados em outros pontos da RAS. Eles fornecem subsídios para que gestores responsáveis pelo SAD, a nível municipal, estadual e federal proponham intervenções educativas em serviço, de forma a melhorar a qualidade assistencial, na medida em que houver preocupação com a formação de profissionais responsivos.

Afinal, profissionais responsivos ao LS possuem linguagem mais clara e assertiva e conseguem fornecer informações em saúde aos pacientes e cuidadores do SAD, de modo a permitir maior compreensão e seguimento no plano assistencial com qualidade e segurança para o paciente em domicílio.

O desenvolvimento de habilidades no LS é progressivo. É preciso não superestimar o letramento em saúde das pessoas, independente se trabalham ou não na área da saúde, pois todos, em algum momento, podem ter dificuldades de acessar, compreender informações e navegar nos serviços de saúde, para assim exercer maior controle sobre elas.

A divulgação desses resultados para os próprios profissionais e para a equipe gestora do SAD pode chamar atenção para os pontos frágeis passíveis de intervenção e melhoria. Pode ainda contribuir para alertar os profissionais para o fato de que as condições de letramento daqueles pelos quais são responsáveis no SAD, também requerem maior atenção para as demandas de intervenção. Vale o alerta de que as dificuldades dos cuidadores e pacientes podem ser maiores que as deles próprios!!

Em virtude da rotatividade de profissionais junto ao SAD, sugere-se que haja um gestor responsável por capacitar novos profissionais, e assim garantir a continuidade da assistência, seguindo os pressupostos do LS.

A percepção de que o letramento em saúde é mutável ao longo da vida e que as pessoas desenvolvem habilidades trazem clareza para o fato de que é algo a ser investido para toda a população, pois não é nato. E mais que isso, os serviços devem dirigir olhar diferenciado para sua responsabilidade e das instituições formadoras, tanto de investir no desenvolvimento de competências profissionais, como no envolvimento da população nos desfechos em saúde.

Outra proposta para os gestores do SAD é a elaboração de estratégias e políticas públicas para influenciar no LS de profissionais vinculados à AD, e assim contribuir na melhoria assistencial e da qualidade de vida do paciente. Ainda que o LS seja resultado da capacidade pessoal, também é influenciado pela capacidade de resposta dos sistemas de saúde.

Sugere-se que, além da formação de profissionais responsivos pelo processo de educação continuada, que os Cursos de Graduação e Pós-graduação em saúde insiram em seus projetos pedagógicos os princípios do LS. Esta é uma ferramenta para identificar os níveis do letramento em saúde e melhorar a comunicação entre profissional, pacientes e sistemas de saúde, envolvendo desde o processo hospitalar até a transição de cuidados para o domicílio. Quão melhor for a formação desses futuros profissionais, maior a chance de sucesso nos desfechos em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Allenbaugh J, Spagnoletti CL, Rack L *et al.* Health literacy and clear bedside communication: a curricular intervention for internal medicine physicians and medicine nurses. *MedEdPORTAL*. 2019;15: 10795.
2. Alonso G, Escudero JM. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *Anales Sis San*. 2010; 33: 97-106. Suppl 1.
3. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1): 210-19.
4. Apolinário D, Braga RCOP, Magaldi RM, Busse AL *et al.* Short Assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4): 702-11.
5. Araújo RCG, Paula CR, Macedo CA, Paranaíba JFFS *et al.* Programa Melhor em Casa: o processo de trabalho da equipe multiprofissional. *Rev Eletr Enferm*. 2018;14(4): 1-23.
6. Bado FMR, Ferreira FM, Barbosa T de S, Mialhe FL. Translation and cross-cultural adaptation of the Oral Health Literacy Assessment-Spanish to Brazilian portuguese. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2017,17(1): e3435
7. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8): 878-83.
8. Batista MJ, Marques AC de P, Silva Júnior MF, Alencar GP *et al.* Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item Health Literacy Scale. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(7): 2847-57.
9. Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR, Osborne RH. The Optimising Health Literacy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health*. 2014;(14): 1-10.
10. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016;(30): 1-10.
11. Beauchamp A *et al.* Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Question-naire (HLQ). *BMC public health*. 2015;15: 678-91.
12. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *J Health Commun*. 2010;15(9): 9-19.

13. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2): 97-107.
14. Bittlingmayer UV, Sahrai D. Health literacy for all? Inclusion as a serious challenge for health literacy: The case of disability. In: Okan O *et al.* International handbook of health literacy: research, practice, and policy across the lifespan. Chicago: Policy Press, 2019. p. 689-703. Disponível em: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
15. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B *et al.* Ten attributes of health literate health care organisations: discussion paper. Washington: Institute of Medicine; 2012.
16. Brach C, Harris LM. Health people 2030. Health literacy definition tells organization: make information and services easy to find, understand and use. *J Germ Intern Med.* 2021;36(4): 1084-85.
17. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C *et al.* AHRQ - Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition. AHRQ publication no. 15-0023-EF. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015.
18. Brito MJM *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc Anna Nery.* 2013;17(4): 603-10.
19. Brown DR, Ludwig R, Buck GA, Durham D, Shumard T, Graham SS. Health literacy: universal precautions needed. *J Allied Health.* 2004;33(2): 150-55.
20. Buchbinder R, Batterham R, Ciciriello S, Newman S, Horgan B, Ueffing E *et al.* Health literacy: what is it and why is it important to measure? *J Rheumatol.* 2011;38(8): 1791-97.
21. Cafiero M. Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. *J Health Commun.* 2013;18(sup1): 70-81.
22. Cardoso ACM. Organização e intensificação do tempo de trabalho. *Rev Soc Est.* 2013;28(2): 351-74.
23. Carden MA, Newlin J, Smith W, Sisler I. Health literacy and disease-specific knowledge of caregivers for children with sickle cell disease. *Pediatric Hematology and Oncology.* 2016;33(2):121-33.
24. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A *et al.* Performance of a Brazilian population on the Test of Functional Health Literacy in adults. *Rev Saude Publica.* 2009;(43): 631-38.
25. Cesar, FCR. Competências profissionais para a prática de letramento em saúde no Brasil. [thesis]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2021. 268 p.
26. Chen S, Wu Q, Qi C, Deng H, Wang X, He H *et al.* Mental health literacy about schizophrenia and depression: a survey among Chinese caregivers of patients with mental disorder. *BMC Psychiatry.* 2017;17(89): 1-8.
27. Chen X, Hay JL, Waters EA *et al.* Health literacy and use and trust in health information. *J Health Commun.* 2018;23(8): 724-34.

28. Chinn D. Critical health literacy: a review and critical analysis. *Soc Sci Med.* 2011; 73:60-67.
29. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. London: Academic Press; 1988.
30. Coleman C, Kurtz- Rossi S, McKinney J, Pleasant A, Rootman I, Shohet L. *The Calgary charter on health literacy: rationale and core principles for the development of health literacy curricula.* The Center for Literacy of Quebec, 2010.
31. Coleman C. Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature. *Nur Outlook.* 2011;59(2): 70-78.
32. Coleman C, Hudson S, Maine L. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *J Health Commun.* 2013;18: 82-102.
33. Coleman CA, Fromer A.A. A health literacy training intervention for physicians and other health professionals. *Family Medicine.* 2015;47(5): 388-92.
34. Coleman CA, Min SJ, Chomiak A, Kramer AM. Post hospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health Serv Res.* 2004a;39(5): 1449-65.
35. Coleman CA, Peterson-Perry S, Bumsted T. Long-term effects of a health literacy curriculum for medical students. *Fam Med.* 2016;48(1): 49-53.
36. Cotta RMM *et al.* La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Públ.* 2001;10(1): 45-55.
37. Creary S, Adan I, Stanek J, O'Brien SH, Chisolm DJ, Jeffries T *et al.* Sickle cell trait knowledge and health literacy in caregivers who receive in-person sickle cell trait education. *Molecular Genetics & Genomic Medicine.* [Internet]. 2017;5(6):692-99.
38. Cruvinel AFP, Méndez DAC, Oliveira JG, Gutierrez E *et al.* The Brazilian version of the 20-item rapid estimate of adult literacy in medicine and dentistry. *PeerJ.* 2017; 5: e3744.
39. DeWalt D, Callahan L, Hawk V, Broucksou KA, Hink A, Rudd R *et al.* *Health literacy universal precautions toolkit.* Rockville: Quality AfHRa; 2010.
40. DeWalt DA, Callahan LF, Hawk VH, Broucksou KA, Hink A, Rudd R, Brach C. (2003). *AHRQ health literacy universal precautions toolkit.* Retrieved from Agency for Healthcare Research and Quality website: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>
41. Dias MB, Savassi LCM, Nunes MRMT, Zachi MLR. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios, e a valorização necessária da Atenção Primária a Saúde. *J Manag Prim Health Care.* 2015;6(1): 1-7.
42. Edwards M, Wood F, Davies M *et al.* The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health.* 2012; 12:130.

43. Elsworth GR, Beauchamp A, Osborne RH. Measuring health literacy in community agencies: a Bayesian study of the factor structure and measurement invariance of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1): 1-14.
44. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3): 180-88.
45. Fields B, Rodakowsk J, James AE, Beach S. Caregiver health literacy predicting healthcare communication and system navigation difficulty. *Families, Systems, & Health*. 2018;36(4): 482-92.
46. Finlay S, Meggeto E, Robinson A *et al*. Health literacy education for rural professionals: shifting perspectives. *Aust Health Rev*. 2018; 43(14).
47. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Walton KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5): 446-51.
48. Gasperi P de, Radunz V. Cuidade de si: essencial para enfermeiros. *REME - Rev Min Enferm*. 2006;10(1): 82-87.
49. Gilbert M, Dulai J, Wexel D, et al. Health literacy, sexual health and gay men: current perspectives. Vancouver, Canada: Self Published, 2014.
50. Guner MD, Ekmekci PE. A survey study evaluating and comparing the Health Literacy knowledge and communication skills used by nurses and physicians. *Inquiry-J Health Car*. 2019;56: 1-10.
51. Harrington KF, Valerio MA. A conceptual model of verbal exchange health literacy. *Patient Educ Couns*. 2014; 94: 403-10.
52. Hawkins M, Gill SD, Batterham R, Elsworth GR, Osborne RH. The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1): 1-15.
53. Health Literacy Tool Shed [Internet]. Boston [updated 2021 Set 20; cited Set 20]. A database of health literacy measures.
54. Heinrich C. Health literacy: the sixth vital sign. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2012; 24: 218-23.
55. Herndon JB, Chaney M, Carden D. Health literacy and emergency department out-comes: a systematic review. *Ann Emerg Med*. 2011;57(4): 3340-45.
56. Hollander ME, Wolfe DA. *Nonparametric statistical methods*. New York: John Wiley & Sons, 1999.
57. IOM - Institute of Medicine. *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington (DC): The National Academics Press; 2004.
58. IOM - Institute of Medicine. *Health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary*. Washington (DC): The National Academies Press; 2013. 235p.
59. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health - care process. *Health Expect*. 2008;11(2): 113-22.

60. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5): 874-79.
61. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Educ Couns*. 2010;79: 36-42.
62. Jesus GMA. Desospitalização no âmbito público: análise da desospitalização no hospital Pronto Socorro João XXIII [monography]. Belo Horizonte: Curso de Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental/Fundação João Pinheiro; 2017.
63. Junkes MC, Fraiz FC, Sardenberg F, Lee JY, Paiva SM, Ferreira FM. Validity and reliability of the Brazilian version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry - BREALD-30. *PLoS ONE*. 10(7): e0131600.
64. Karuranga S, Sorensen K, Coleman C *et al*. Health Literacy competencies for European health care personnel. *Health Lit Res Pract*. 2017;1(4): e-247-56.
65. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy, the solid facts. Regional Office for Europe: World Health Organization; 2013.
66. Kickbusch I, Wait S, Maag D, Banks I. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre. Navigating health: the role of health literacy.UK; 2006.
67. Kripalani S, Wallston K, Cavanaugh K, Osborn CY, Mulvaney S, McDougald S, *et al*. Measures to assess a health-literate organization. Washington: Vanderbilt Center for Effective Health Communication; 2014.
68. Lambert M, Luke J, Downey B, Crengle S, Kelaher M, Reid S *et al*. Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1): 614.
69. Leme EO. Portal Home Care. 2017. Disponível em: <https://portalhomecare.wordpress.com/2020/07/05/historia-do-home-care-2/>
70. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Health Equity in Health*. 2013;12(18).
71. Liang L, Brach C. Health literacy universal precautions are still a distant dream: analysis of U.S. data on health literate practices. *Health Lit Res Pract*. 2017;1(4): e216–e230.
72. Liao L-L, Liu C-H, Cheng C-C *et al*. Defining Taiwanese children's health literacy abilities from a health promotion perspective. *Glob Health Promot*. 2017;24: 69-80.
73. Lima DB da S. Tradução, adaptação transcultural e validação da High Blood Pressure - focused health literacy scale com base na Teoria da Resposta ao Item [thesis]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2016. 256 p.
74. Lima MFG, Vasconcelos EMR, Borba AKOT. Instrumentos utilizados para avaliar o letramento funcional em saúde de idosos com doença renal crônica: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3): e180198.
75. Liu C, Wang D, Liu C *et al*. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Com Health*. 2020; 8: e000351.

76. Lohn L. Reflexos das jornadas relacionadas ao duplo vínculo de trabalho na qualidade de vida: a percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital escola no sul do Brasil. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018. 164 p.
77. Macabasco-O'Connell, A.; Fry-Bowers, EK. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *J. Health Commun.* 2011;16(Suppl. 3): 295–307.
78. Mackert M, Ball J, Lopez N. Health literacy awareness training for health care workers: improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Educ Coun.* 2011; 85: e225-e228.
79. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res.* 2008; 23: 840-47.
80. Maragni CAD, Menque SS, Moraes CG, Rebelo VD *et al.* Teste de letramento em saúde em português para adultos. *Rev bras epidemiol.* 2019; 22: E190025.
81. Marques SRL; Lemos S.M.A. Instrumentos de avaliação de letramento em saúde: revisão da literatura. *Audiol Commun Res.* 2017;22: e1757.
82. Marques SRL, Lemos SMA. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. *Trab Educ Saúde.* 2018; 16(2): 535-59.
83. Maschio KF, Silva KK da. The Ehealth Literacy Scale (EHEALS) – tradução e validação da versão brasileira de uma escala de alfabetização em saúde eletrônica. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Chapecó: Universidade Federal da Fronteira do Sul; 2019. 29 p.
84. Massey PM, Prelip M, Calimlim BM *et al.* Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Educ Res.* 2012;27: 961-74.
85. Mendes W. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2001.
86. Meneguini S, Ribeiro R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto- enferm.* 2016;25(1).
87. Merhy EE; Feuerwerker LCM. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: Seminário Nacional de Divulgação dos resultados da pesquisa: implantação de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes. 2008, Rio de Janeiro.
88. Metin S, Demirci H, Metin AT. Effect of health literacy of caregivers on survival rates of patients under palliative care. *Scand J Caring Sci.* 2019:1-8.
89. Mialhe FL, Moraes KL, Bado FMR, Brasil VV, Sampaio HAC, Rebutini F. Psychometric properties of the adapted instrument European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form. *Rev Latino-Am Enferm.* 2021;29: e3436.
90. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.416/1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1998.
91. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.531/2001. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a pacientes

- portadores de distrofia muscular progressiva. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.
92. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.424/2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.
 93. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 11/2006 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
 94. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527/2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.
 95. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.533/2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria Nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012a.
 96. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Melhor em Casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012b.
 97. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. Portaria Nº 963/2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013.
 98. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825/2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2016.
 99. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 05/2017. Dispõe sobre consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2017.
 100. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2020a.
 101. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 9/2020 – CGAHD/DAHU/SAES/MS. Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa na pandemia do coronavírus (COVID-19). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2020b.
 102. Ministério do Trabalho. Decreto Nº 27.664/1949. Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério do Trabalho; 1949.

103. Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL *et al.* Validação do Health Literacy Questionnaire para o português brasileiro. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02171.
104. Moraes KL. Adaptação transcultural e validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro [thesis]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2018. 112 p.
105. Morrison AK, Chanmugathas R, Schapira MM, Gorelick MH, Hoffmann RG, Brousseau DC. Caregiver low health literacy and non-urgent use of the pediatric emergency department for febrile illness. *Acad Pediatr.* 2014;14(5): 505-09.
106. Novais Neto E, Oliveira CS, Oliveira IA, Pereira VBV *et al.* Adaptação transcultural e avaliação de propriedades psicométricas do Literacy Assessment for Diabetes - LAD-60. *REAS.* 2018;10(2): 1683-92.
107. Nutbeam D: Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3): 259-67.
108. Oliveira PC, Santos OP, Villela EFM, Barros OS. Cultura de segurança do paciente no serviço de atenção domiciliar. *Revista Escrevendo Enfermagem USP.* 2020; 54:1-8.
109. Osborne R, Batterham HRW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMJ Public Health.* 2013;(13): 1-17.
110. Osborne R. Transforming health services: does health literacy provide the key? In: 18th The Health Foundation '[Internet]'; London. 2014.
111. Paakkari L, Paakkari O. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Educ.* 2012; 112:133-52.
112. Parker RM, Hernandez LM. What makes an organization health literate? *J Health Commun.* 2012;17(5):624–7.
113. Parnell TA; Stichler JF, Barton AJ *et al.* A concept analysis of health literacy: *Nursing Forum.* 2019;54(3): 315-27.
114. Passamai MPB *et al.* Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistemas de saúde. *Interface.* 2012;16(41): 301-14.
115. Pleasant A. Health literacy: an opportunity to improve individual, community, and global health. *Adult education for health and wellness.* 2011;130(Summer 2011): 43–54.
116. Poreddi V, Blrudu R, Thimmaiah R, Math SB. Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: a descriptive survey. *J Neurosci Rural Pract.* 2015; 6(3): 355-60.
117. Quemelo PRV, Milani D, Bento VF, Vieira ER, Zaia JE. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(2): 1-15.
118. Rajah R, Hassali MA, Lim CJ. Health literacy-related knowledge, attitude, and perceived barriers: a cross-sectional study among physicians, pharmacists, and

- nurses in public hospitals of Penang, Malasya. *Front Publica Health*. 2017; 5:281.
119. Rehem TCMS, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10: 231-42.
120. Rodrigues R, De Andrade S, González A, Birolim M, Mesas A. Cross-cultural adaptation, and validation of the Newest Vital Sign (NVS) health literacy instrument in general population and highly educated samples of Brazilian adults. *Public Health Nutrition*. 2017; 20(11): 1907-13.
121. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM. Organizational flow chart of home care for children with special health care needs. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 4): e20190310.
122. Rowlands G, Shaw A, Jaswal S *et al*. Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health Promot Int*. 2015: dav093.
123. Rudd RE, Nutbeam D. Health literacy and definition of terms. Nova Science Publishers, Inc. 2012.
124. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R *et al*. Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(11): 747-55.
125. Sampaio HAC *et al*. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Cien Saude Colet*. 2015;20(3): 865-74.
126. Santos LTM. Validação do Teste de Avaliação do Letramento em Saúde (TALES), um questionário brasileiro de avaliação de letramento em saúde. [thesis]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017. 155 p.
127. Savassi LCM, Reis GVL, Dias MB *et al*. Recomendações para a atenção domiciliar em período de pandemia por COVID-19: recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42): 2611.
128. Schulz PJ, Nakamoto K. The concept of health literacy. *Science / environment / health: towards a renewed pedagogy for science education*. 2012; 69-84.
129. SHEG (Stanford History Education Group). Evaluating information: the cornerstone of civic online reasoning, 2016. Disponível em: <https://stacks.stanford.edu/file/druid:fv751yt5934/SHEG%20Evaluating%20Information%20Online.pdf>. Acesso em 23 de ago. 2021.
130. Shreffler-Grant J, Nichols E, Weinert C *et al*. The Montana State University conceptual model of complementary and alternative medicine health literacy. *J Health Commun*. 2013;18: 1193–200.
131. Silva KL, Roseni S, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3): 391-97.
132. Silva LB. Instrumento de avaliação do letramento em nutrição para a população brasileira: adaptação transcultural [dissertation]. Juiz de Fora Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017.123 p.

133. Silva VM, Brasil VV, Moraes KL, Magalhaes JPR. Letramento em saúde dos profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. *Rev. Eletr. Enferm.* 2020; 22:62315, 1-9.
134. Simch FB de L, Vieira CS, Santos MB dos, Toso BRG de O. Transcultural adaptation and validation of the instrument Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Saúde Debate.* 2020;44(127): 989-1004.
135. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Education Monographs.* 1974;2(Supplement 1):1-10.
136. Soares M. Letramento um tema em três gêneros. 3ª ed Belo Horizonte: Autêntica; 2009. 128p.
137. Soares TA, Brasil VV, Moraes KM, Santos LT *et al.* Letramento em saúde de cuidadores domiciliares de uma capital brasileira. *Acta Paul Enferm.* 2021(prelo).
138. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12(1): 1-13.
139. Sorensen K. Health Literacy. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*, 2nd edition, v. 10. 2015.
140. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F *et al.* Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6): 1053-58.
141. Tavolari CEL; Lodovici CE; Fernandes F; Medina P. O desenvolvimento do "home health care" no Brasil. *Revista de Administração em Saúde.* 2000;3(9): 15-18.
142. Tay JL, Tay YF, Klainin-Yobas P. Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2018;32(5): 757-63.
143. Toronto CE. Health literacy competencies for registered nurses: an E-Delphi study [dissertation]. Massachusetts: University of Massachusetts Dartmouth; 2016. 194 p.
144. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1): 513.
145. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1): 694.
146. Vamos S, Yeung P, Bruckermann T *et al.* Exploring health literacy profiles of Texas University students. *Health Behav Policy Rev.* 2016;3: 209-25.
147. Vinson JM, Rich MW, Sperry JC, Shah AS, McNamara T. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38(12): 1290-95.
148. Voigt-Barbarowick M, Brutt AL. The Agreement between patients' and healthcare professionals' assessment of patients' health literacy-a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17: 2372.

149. Wang J, Thombs BD, Schmid MR. The Swiss Health Literacy Survey: development and psychometric properties of a multidimensional instrument to assess competencies for health. *Health Expect*. 2014;17(3): 396-417.
150. WHO - World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit. *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization; 1998.
151. WHO - World Health Organization. *Home care in Europe: the solid facts*. Copenhagen, CPH; 2008.
152. WHO - World Health Organization. *Home care across Europe*. Copenhagen, CPH; 2012.
153. WHO - World Health Organization. Regional Office for Europe. *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen, CPH; 2013.
154. WHO - World Health Organization. Regional office for South-East Asia. *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*. WHO Regional Office for South-East Asia; 2015.
155. WHO - World Health Organization. *Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 agenda for sustainable development*. 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai; Geneva: World Health Organization; 2016.
156. Shapiro SS, Wilk MB. An analysis of variance test for normality (Complete Samples). *Biometrika*. 1965;42(3/4): 591-611.
157. Wynia MK, Osborn CY. Health literacy and communication quality in healthcare organizations. *J Health Commun*. 2010;2(15): 102-15.
158. Yin SH *et al*. Health literacy: an educationally sensitive patient outcome. *J Gen Intern Med*. 2015;30(9): 1363-68.
159. Yip M-P. A health literacy model for limited English-speaking populations: sources, context, process, and outcomes. *Contemp Nurse*. 2012; 40:160-68.
160. Yuen EYN, Dodson S, Batterham RW *et al*. Development of a conceptual model of cancer caregiver health literacy. *Eur J Cancer Care*. 2016; 25:294-306.
161. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D. *Advancing health literacy: a framework for understanding and action*. San Francisco (CA): Jossey - Bass; 2005. 368p.
162. Zhang Y, Zhang F, Hu P *et al*. Exploring health literacy in medical university students of Chongqing, China: a cross-sectional study. *PlosOne*. 2016a;11: e0152547.
163. Zhang Y, Zhang F, Hu P *et al*. Exploring health literacy in nursing students of Chongqing, China: a cross-sectional study. *Lancet*. 2016b; 388 (Suppl): S99.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumento de Coleta de Dados

Instrumento de Coleta de Dados	
Nº _____	
Iniciais do nome:	Data da coleta / /
Data de nascimento: / /	Sexo: F() M()
Categoria Profissional:	
Tempo de formação na área de atuação: _____ anos	
Tempo de atuação na SMS: _____ anos	
Tempo de atuação no SAD: _____ anos	
Possui outro vínculo trabalhista? () Sim () Não	
Qual a sua carga horária de trabalho / dia? _____ horas	
Escolaridade dos pais: ()alfabetizado ()fundamental ()médio ()superior ()completo ()incompleto	

Apêndice 2

Universidade Federal de Goiás
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você/Sr./Sra. está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “Influência do Letramento em Saúde na qualidade da assistência realizada pelo cuidador vinculado ao Serviço de Atenção Domiciliar”. Meu nome é Virginia Visconde Brasil, sou enfermeira, professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e a pesquisadora responsável por esse estudo. Também participam da equipe de pesquisa os enfermeiros Laidilce Teles Zatta e Thales Antônio Martins Soares. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence ao (à) pesquisador (a) responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pelos pesquisadores responsáveis, via e-mail (visconde@ufg.br ou laidteles@hotmail.com ou enf.thalesams@gmail.com). Também pode realizar contato telefônico sob forma de ligação a cobrar pelos números (62) 999755850 ou (62) 984054144 ou (62) 982421220. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1215.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

Título: “Influência do Letramento em Saúde na qualidade da assistência realizada pelo cuidador vinculado ao Serviço de Atenção Domiciliar.” **Informações sobre quem está aplicando o TCLE:** Laidilce Teles Zatta, enfermeira, aluna de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; e Thales Antônio Martins Soares, enfermeiro, aluno de mestrado o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. **Objetivo da pesquisa:** “Identificar a condição de letramento em saúde dos cuidadores e dos profissionais de saúde vinculados ao Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia/GO”. O letramento em saúde corresponde às habilidades cognitivas e recursos sociais que são necessários para que os indivíduos possam obter acesso, compreender e utilizar as informações em saúde para tomada de decisões. O letramento em saúde inadequado está associado ao aumento da mortalidade e da taxa de hospitalização, da menor utilização de serviços de saúde preventivos, de maiores custos para o sistema, da baixa adesão medicamentosa e piores desfechos no autogerenciamento de agravos crônicos. Pesquisadores e profissionais da saúde têm buscado, constantemente, avaliar o letramento em saúde dos pacientes, devido ao rápido acúmulo de evidências associando letramento com desfechos inadequados em saúde. O letramento tem estreita relação com a comunicação, que permite melhora no acesso às informações em saúde e a capacidade do indivíduo em usá-las. Mas, o letramento em saúde vai além do indivíduo e, depende das habilidades, preferências e expectativas dos prestadores de saúde. Assim sendo, o pressuposto deste estudo é que o letramento inadequado tanto do cuidador, quanto dos profissionais, pode interferir na qualidade da assistência ofertada no domicílio.

O estudo busca compreender a influência do letramento em saúde na qualidade da assistência prestada pelo cuidador de pacientes do SAD, bem como por você, membro da equipe do SAD. Serão identificadas fragilidades e potencialidades da comunicação entre o cuidador e o profissional, o que possibilitará adequar a forma de orientação dos cuidados que você compartilha durante a visita domiciliar, de modo a contribuir para melhora da assistência ofertada pela equipe e pelo cuidador. A pesquisa se justifica em razão do quanto as informações em saúde podem contribuir para qualificar a assistência e melhorar a qualidade

de vida dos pacientes admitidos no SAD, e ainda, diminuir reinternações, otimizar leitos e reduzir gastos.

Procedimentos do estudo:

O estudo será desenvolvido junto aos profissionais vinculados ao SAD do município Goiânia - GO. Para responder às questões propostas na presente pesquisa, você será entrevistado em seu ambiente de trabalho, em local privativo. Deverá responder um formulário contendo questões relacionadas a aspectos sociodemográficos (idade; sexo; escolaridade; tipo de escola frequentada; escolaridade dos pais; hábito de leitura; renda pessoal e familiar) e um questionário que avalia letramento em saúde denominado *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br). A entrevista será breve.

Sua participação é voluntária e em qualquer momento você pode se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, sem ser penalizado de qualquer forma.

Os riscos que esta pesquisa pode oferecer a você são o desconforto e/ou constrangimentos ao responder alguma questão, bem como o tempo despendido com as respostas dos formulários. Para evitar essa situação, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta e, se desejar, a entrevista será imediatamente suspensa. Em caso de danos decorrentes da sua participação na pesquisa, será garantida sua assistência imediata, integral e gratuita; além disso, você tem direito à indenização em caso de danos decorrentes do estudo.

Com relação aos benefícios, a pesquisa poderá contribuir com a melhora da qualidade da assistência prestada pelo Serviço de Atenção Domiciliar, com a redução de reinternações por causas evitáveis, redução de gastos e disponibilização de leitos hospitalares. Esclarecemos que não está prevista recompensa ou benefício financeiro pela participação na pesquisa.

As informações obtidas no preenchimento dos questionários serão utilizadas, exclusivamente, para a pesquisa e ficarão armazenadas por um período de até cinco anos e depois disso serão destruídas.

Declaramos que os resultados do estudo se tornarão públicos, sejam favoráveis ou não. Os resultados serão apresentados no relatório de tese de doutorado de Laidilce Teles Zatta e relatório de dissertação de mestrado de Thales Antônio Martins Soares, bem como em artigos a serem publicados em periódicos científicos e trabalhos a serem enviados para eventos. Em todas as publicações serão garantidos o sigilo de sua participação e seu anonimato. Após a defesa da tese, a versão final, no formato eletrônico será enviada aos participantes do estudo. Garantimos que seu nome não será divulgado e as informações obtidas ficarão em sigilo durante a pesquisa.

Consentimento da Participação na Pesquisa:

Eu,, inscrito(a) sob o RG/ CPF....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado "Influência do Letramento em Saúde na qualidade da assistência realizada pelo cuidador vinculado ao Serviço de Atenção Domiciliar". Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) responsável sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

ANEXOS

Anexo 1- Versão Brasileira do HLQ (HLQ-Br) - MORAES (2018)



Portuguese (Brazil)

Identificação do Participante _____

Questionário sobre Compreensão da Saúde e Cuidados de Saúde

Obrigado por dedicar seu tempo para preencher este questionário. Esperamos que os resultados nos ajudem a melhorar a forma como prestamos assistência à nossa comunidade.

Nós queremos saber como você encontra, entende e utiliza informações sobre saúde, e como você gerencia sua saúde e interage com médicos e outros profissionais de saúde.

Neste questionário, o termo **profissionais de saúde** se refere a médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e qualquer outro trabalhador da área da saúde a quem você recorre em busca de conselho ou tratamento.

(Cont) Versão brasileira do HLQ (HLQ-Br) p.2

Informações sobre este questionário e como preenchê-lo.

Esse questionário contém duas partes.

Na **Parte 1** você é solicitado a indicar o quanto **discorda** ou **concorda** com um grupo de afirmações.

Na **Parte 2** você é solicitado a indicar o quanto você considera **difícil** ou **fácil** fazer uma série de atividades.

Para cada afirmação ou atividade, marque o quadro que **melhor descreve** você neste momento.

Por favor, confira se você marcou **um quadro** para **todas** as afirmações ou atividades.

Um exemplo:

	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
1. A terra é plana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A Sra. Maria Silva respondeu que **discorda totalmente** dessa afirmação.

A Parte 1 do questionário começa aqui.

Por favor, indique o quanto você **discorda** ou **concorda** com cada uma das afirmações a seguir.

Lembre-se de marcar apenas **um** quadro para cada afirmação.

Marque o quadro fazendo um X dessa forma:



	<i>Discordo Totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo Totalmente</i>
1 Na minha opinião.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Eu tenho pelo menos um profissional de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Eu tenho acesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Eu comparo informações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Quando me sinto doente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Eu gasto bastante tempo envolvido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Quando eu vejo novas informações sobre saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Cont) Versão brasileira do HLQ (HLQ-Br) p.3

Continuação da **Parte 1**
 Por favor, indique o quanto você **discorda** ou **concorda** com cada uma das afirmações a seguir. Lembre-se de marcar apenas **um** quadro para cada afirmação.


		Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
8	Eu tenho pelo menos um profissional de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Eu faço planos sobre o que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Eu tenho informação suficiente para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Se eu precisar de ajuda, eu tenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Eu sempre comparo informações de saúde obtidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Apesar de outras coisas acontecendo em minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Eu tenho certeza de que tenho toda informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Eu tenho pelo menos uma pessoa que pode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Eu sei como descobrir se as informações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Eu tenho os profissionais de saúde que necessito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Eu decido meus próprios objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Eu tenho forte apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Eu pergunto aos profissionais de saúde sobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Há coisas que eu faço regularmente para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Eu posso contar com	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Eu tenho toda a informação que preciso para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, continue na próxima página.

(Cont) Versão brasileira do HLQ (HLQ-Br) p.4

A Parte 2 do questionário começa aqui.

Por favor, indique o quanto **difíceis** ou **fáceis** são as seguintes atividades para você **neste momento**. Lembre-se de marcar apenas **um** quadro para cada afirmação

Marque o quadro fazendo um X dessa forma: 

		Não consigo fazer ou sempre difícil	Geralmente difícil	Às vezes difícil	Geralmente fácil	Sempre fácil
1	Encontrar o serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ter certeza de que os profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Encontrar informação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sentir-se capaz de conversar sobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Preencher corretamente formulários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Encontrar informações sobre saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ter boas conversas sobre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Conseguir consultar o profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Seguir exatamente as instruções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Conseguir informação sobre saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Decidir qual profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ler e entender informações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ter certeza de encontrar o lugar correto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, continue na próxima página.

(Cont) Versão brasileira do HLQ (HLQ-Br) p.5

Continuação da **Parte 2**


Por favor, indique o quanto **difíceis** ou **fáceis** são as seguintes atividades para você neste momento. Lembre-se de marcar apenas **um** quadro para cada afirmação

	<i>Não consigo fazer ou sempre difícil</i>	<i>Geralmente difícil</i>	<i>Às vezes difícil</i>	<i>Geralmente fácil</i>	<i>Sempre fácil</i>
14 Conseguir informações sobre saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Conversar com os profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Descobrir quais serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ler e entender todas as informações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Conseguir informações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Decidir qual é o melhor serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Fazer perguntas aos profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Entender o que os profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado por completar esse questionário.


Anexo 2

Termo de Anuência da Secretaria de Saúde

 PREFEITURA DE GOIÂNIA		Secretaria Municipal de Saúde Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas Escola Municipal de Saúde Pública	
		DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA	
Da: Escola Municipal de Saúde Pública			
Ao: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA			
Protocolo: EMSP/SMS 28/2018			
Título da pesquisa:	Influência do letramento em saúde na qualidade da assistência realizada pelo cuidador vinculado ao serviço de atenção domiciliar		
Objetivo geral:	Analisar a influência do letramento em saúde na qualidade da assistência realizada pelo cuidador vinculado ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Goiânia/GO.		
Pesquisador responsável:	Dr ^a Laidilce Teles Zatta Santos		
Orientador(a)	Dr ^a Virginia Visconde Brasil		
Período de coleta:	Março/2019 a Julho/2020		
Instituição:	UFG	Curso:	Doutorado em Enfermagem
Natureza:	Doutorado		

Após análise do projeto de pesquisa acima citado, a Secretaria Municipal de Saúde informa a viabilidade de execução do mesmo junto às unidades de saúde. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades no presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela inseridos, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Entretanto, a execução deste projeto dependerá da aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa, mediante apresentação do parecer ético consubstanciado junto à Escola Municipal de Saúde Pública. Ressaltamos que os princípios ético-legais devem ser seguidos, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Goiânia, 17 de janeiro de 2019.




Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
Portaria Nº027/2019

www.goiânia.go.gov.br
www.goiânia.go.gov.br

Escola Municipal de Saúde Pública
6ª Avenida, área 58, Setor Leste Vila Nova – Goiânia – GO – CEP 74.645-080. Contato: 35241552
E-mail: ensinoepesquisa.sms@gmail.com / nucleoepesquisa.emsp@gmail.com

Anexo 3

Termo de Encaminhamento de Coleta de Dados

 **PREFEITURA DE GOIÂNIA**

Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Administração e Gestão de Pessoas
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Escola Municipal de Saúde Pública

ENCAMINHAMENTO DE COLETA DE DADOS

Da: Escola Municipal de Saúde Pública			
Às: Unidades de saúde que possuem Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)			
Protocolo: EMSP/SMS		26/2018	
Título da pesquisa	Influência do letramento em saúde na qualidade da assistência realizada pelo cuidador vinculado ao serviço de atenção domiciliar		
Objetivo geral	Analisar a influência do letramento em saúde na qualidade da assistência realizada pelo cuidador vinculado ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Goiânia/GO.		
Pesquisador(a) responsável	Laidilce Teles Zatta Santos		
Orientador(a)	Virginia Visconde Brasil		
Período de coleta	Março a Junho/2019		
Instituição	UFG	Curso	Enfermagem
Natureza	Doutorado		


Senhor(a) Gestor(a),

Tendo em vista a autorização dos gestores e aprovação do projeto de pesquisa acima mencionado pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável, encaminhamos o(a) pesquisador(a) responsável para proceder a coleta de dados junto a esta Unidade de Saúde de Goiânia.

Informamos que é necessário o contato e agendamento prévio com o Distrito Sanitário e/ou unidades de saúde, sendo que a permanência do pesquisador na Unidade será permitida somente durante o período de coleta de dados.

Certos de contarmos com a vossa colaboração agradecemos antecipadamente.

Goiânia, 25 de março de 2019.



 Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
 Decreto 656/2019

www.goiania.go.gov.br

Escola Municipal de Saúde Pública
Avenida T 10, q. 107, l. 09, n. 1.030, Setor Bueno – Goiânia – GO – CEP 74.223-060. Fone: (62) 3524-8268.
E-mail: des@sms.goiania.go.gov.br / emspgoiania@gmail.com / ensinoepesquisa.sms@gmail.com / nucleopesquisa.emsp@gmail.com

1200619-1\2018\INTEGR-1\PESQUI-1\PROJET-1\PRF09F-1\Autorização para coleta de dados e termo de compromisso emu03.en

Anexo 4

E-mail com resposta para autorização do uso do HLQ-BR

----- Forwarded message -----

From: Richard Osborne <richard.osborne@deakin.edu.au>

Date: qua, 12 de set de 2018 às 21:49

Subject: Re: HLQ use

To: Virginia Visconde Brasil <viscondebrasil@gmail.com>, HEALTH HLQ Information <hlq-info@deakin.edu.au>

Cc: Katarinne Lima Moraes <katarinnemoraes@gmail.com>

Dear Virginia,

Great to hear from you. Currently there is no fee to access the HLQ once translated, however this will change in the future. The institution who translates the HLQ will have access to free licenses for some time, as described in Licence Agreement.

Please complete the registration form.

There are many studies of students (including health science students) and people with diseases with the HLQ. The assessment of health professionals is less frequent, so you will definitely be doing ground breaking research.

Congratulations on your initiatives.

May I suggest that you also take leadership for Brazil in new innovative areas:

1. eHLQ <https://www.jmir.org/2018/2/e36/> - this is a rapidly developing area, an important research investment. no costs, also involves collaboration with Copenhagen University.
2. [Organisational health literacy responsiveness](#) – be part of an emerging global partnership. We are developing a standard protocol for countries to adapt the Org-HLR to their own setting. Also an important research investment.
3. Assessment of HL with minority and tribal groups with the ISHAQ (this would have translation costs) – this may supersede the HLQ in coming years.
4. [Application of the Conversational Health Literacy Responsiveness](#) tool – this is clinical tool and potentially very powerful for student learning and practice development.
5. Also, I encourage you and your faculty, and the Brasil network to be part of a WHO Community of Practice – by joining you will get access to the most up to date health literacy practices across the world from our library. We only have 3 members from Brazil, including Katarinne.

Anexo 5

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DO LETRAMENTO EM SAÚDE NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA REALIZADA PELO CUIDADOR VINCULADO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO

Pesquisador: Virginia Visconde Brasil

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08178519.0.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.173.548

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de intervenção, do tipo antes e depois, com pesquisas transversais nele aninhadas, do tipo prospectivo. O estudo será desenvolvido com cuidadores de pacientes e profissionais vinculados ao SAD do município Goiânia - GO. Os cuidadores de pacientes do SAD serão entrevistados enquanto aguardam o atendimento da equipe, num ambiente privativo no domicílio. Os profissionais de saúde vinculados ao SAD.

serão entrevistados nas unidades de saúde as quais são vinculados, antes ou após as visitas domiciliares. Para coleta de dados serão utilizados quatro instrumentos:

1. Formulário contendo questões relacionadas a aspectos sociodemográficos (idade; sexo; escolaridade; tipo de escola frequentada; escolaridade dos pais; hábito de leitura; renda pessoal e familiar). Essas variáveis foram identificadas em estudos de avaliação do nível de letramento funcional (CARTHERY-GOULART et al., 2009; OSBORNE, BATTERHAM, ELSWORTH et al., 2013), e também foram utilizadas na validação do Health

Literacy Questionnaire (HLQ-Br) para o português brasileiro;

2. Versão brasileira do Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br). O HLQ-Br pode ser autoaplicado ou aplicado por meio de entrevista, a fim de garantir

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Lesle Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephufg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.173.548

a participação de indivíduos que não consigam ler ou tenham dificuldades com autoadministração (BATTERHAM et al., 2014; HAWKINS et al., 2017). Contém 44 itens distribuídos em nove domínios: compreensão e apoio dos profissionais de saúde (quatro itens), informações suficientes para cuidar da saúde (quatro itens), cuidado ativo da saúde (cinco itens), suporte social para saúde (cinco itens), avaliação das informações em saúde (cinco itens), capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde (cinco itens), navegar no sistema de saúde (8 itens), capacidade de encontrar boas informações sobre saúde (cinco itens) e compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer (cinco itens) (OSBORNE et al., 2013; MORAES, 2018). A versão brasileira do HLQ obteve boas propriedades psicométricas no processo de validação: 2WLSMV (868 df) = 1698,53, $p < 0,0001$; CFI = 0,978; TLI = 0,976 e RMSEA = 0,035 [0,032; 0,037, IC 90%] e Alfa de Cronbach de 0,78 em oito das nove escalas (MORAES, 2018).

3. Lista de indicadores clínicos - identificados a partir da experiência e observação dos profissionais e pesquisadores, bem como pelos registros nos prontuários - queda, retirada acidental de SNG e SVD, número de lesões por pressão, estágio das lesões por pressão, broncoaspiração, erros na administração de medicamentos.

4. Lista dos 17 Indicadores de Acompanhamento e Avaliação da Qualidade da Assistência do SAD estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2016a), cuja recomendação estabelece que devem ser avaliadas em intervalo de tempo trimestral, semestral ou anual. Os dados serão coletados em quatro fases, a saber: FASE I - aplicação do questionário sociodemográfico e mensuração dos indicadores de acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência do SAD e indicadores clínicos obtidos a partir dos prontuários nos últimos três meses;

FASE II - aplicação do HLQ-Br aos cuidadores e profissionais da equipe multidisciplinar; FASE III - apresentação para cada equipe multiprofissional

os resultados obtidos a partir da identificação do letramento em saúde dos profissionais e dos cuidadores; FASE IV - mensuração dos indicadores clínicos e dos indicadores de acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência do SAD, após a intervenção educativa, seguindo intervalo de tempo mensal, trimestral ou semestral ou anual, dependendo de qual variável está sendo avaliada naquele período de tempo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
 Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cepcutg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.173.548

Analisar a influência do letramento em saúde na qualidade da assistência realizada pelo cuidador vinculado ao Serviço de Atenção Domiciliar.

Objetivo Secundário:

1. Mensurar os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde de acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência prestada pelo

Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia/GO, antes e após intervenção educativa;

2. Identificar o nível de letramento em saúde dos cuidadores de pacientes vinculados ao SAD de Goiânia/GO antes e após intervenção educativa;

3. Identificar o nível de letramento em saúde dos profissionais vinculados ao Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia/GO;

4. Testar o efeito de uma proposta educativa com a equipe multidisciplinar vinculada ao Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia/GO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que esta pesquisa pode oferecer são o desconforto e/ou constrangimentos para os entrevistados ao responderem as questões. Para evitar essa situação, a entrevista será breve e de maneira discreta, e caso o entrevistado deseje, será imediatamente suspensa.

Benefícios:

Com relação aos benefícios, a pesquisa poderá contribuir com a melhora da qualidade da assistência prestada ao seu familiar pelo Serviço de Atenção Domiciliar, com a redução de reinternações por causas evitáveis, redução de gastos e gestão de leitos hospitalares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto objetiva investigar a proposta do Ministério da Saúde. De acordo com o Ministério, O SAD é indicado àqueles pacientes com quadros clínicos estáveis, mas que necessitam de atenção à saúde domiciliar; isso se dá em consequência de restrição temporária ou definitiva ao leito, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é o melhor serviço para tratamento, bem como cuidados paliativos, reabilitação e prevenção de agravos. Objetiva a autonomia do paciente, família e cuidador. Sendo assim, é papel da equipe de profissionais identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) desses pacientes, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo de recuperação. A pesquisa objetiva identificar a objetividade na eficiência da comunicação (Influência do Letramento) entre Cuidador, família e paciente -

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
 Bairro: St. Leste Universitario CEP: 74.605-020
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cepcutg@yahoo.com.br

**UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS**



Continuação do Parecer: 3.173.548

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Consta de acordo com a Resolução 466/2012 - o TCLE é bem objetivo e de fácil compreensão e dá as garantias aos participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem nenhum óbice ético e sugiro a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1280172.pdf	23/01/2019 18:41:24		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso.pdf	23/01/2019 18:33:10	Virginia Visconde Brasil	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_cuidador.doc	23/01/2019 17:38:37	Virginia Visconde Brasil	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	23/01/2019 17:34:09	Virginia Visconde Brasil	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_anuencia.pdf	23/01/2019 17:27:07	Virginia Visconde Brasil	Aceito
Outros	ata_conselho_diretor.pdf	15/01/2019 13:04:17	Virginia Visconde Brasil	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	15/01/2019 12:57:30	Virginia Visconde Brasil	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
 Bairro: St. Leste Universitario CEP: 74.605-020
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcutg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.173.548

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/01/2019 12:50:43	Virginia Visconde Brasil	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoCuidador.pdf	15/01/2019 12:36:43	Virginia Visconde Brasil	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 27 de Fevereiro de 2019

Assinado por:

JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador(a))

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
 Bairro: St. Leste Universitario CEP: 74.605-020
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cepcufg@yahoo.com.br