



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

EUNI DE OLIVEIRA CAVALCANTI

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO AUDIOVISUAL COM
BASE NAS BOAS PRÁTICAS DE LETRAMENTO EM SAÚDE PARA USUÁRIOS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

BRASÍLIA
2025

EUNI DE OLIVEIRA CAVALCANTI

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO AUDIOVISUAL COM
BASE NAS BOAS PRÁTICAS DE LETRAMENTO EM SAÚDE PARA USUÁRIOS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tese apresentada como requisito para a
obtenção do Título de Doutor em Enfermagem
pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília.

Linha de Pesquisa: Gestão dos Sistemas e de
Serviços em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thatianny Tanferri de
Brito Paranaguá

Grupo de pesquisa: Laboratório de Estudos em
Gestão dos Serviços de Saúde
(LABGEST/UnB)

BRASÍLIA
2025

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cc Cavalcanti, Euni de Oliveira
Construção e Validação de Material Educativo Audiovisual
com base nas boas práticas de Letramento em Saúde para
usuários da Atenção Primária / Euni de Oliveira Cavalcanti;
orientador Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá. Brasília,
2025.
225 p.

Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de Brasília,
2025.

1. Letramento em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Segurança do paciente. 4. Cuidados de Enfermagem. 5.
Materiais educativos e Divulgação. I. Paranaguá, Thatianny
Tanferri de Brito, orient. II. Título.

EUNI DE OLIVEIRA CAVALCANTI

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO AUDIOVISUAL COM
BASE NAS BOAS PRÁTICAS DE LETRAMENTO EM SAÚDE PARA USUÁRIOS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá
Presidente da Banca
Universidade de Brasília - UnB

Prof.^a Dr.^a Katarinne Lima Moraes
Membro Interno
Universidade de Brasília - UnB

Prof.^a Dr.^a Carla de Paula Bernardes
Membro Externo
Força Aérea Brasileira – FAB

Prof.^a Dr.^a Dayse Djanira Furtado de Galiza
Membro Externo
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a Dr.^a Graziani Izidoro Ferreira
Membro Suplente
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

AGRADECIMENTOS

A jornada de construção desta tese foi marcada por desafios, aprendizado e crescimento, e sou imensamente grata a todos que, de alguma forma, contribuíram para sua realização.

À minha orientadora, Dr.^a Thatianny, expresso minha profunda gratidão pelo apoio, incentivo e dedicação ao longo de todo o processo, que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Sei que ele reflete não apenas o meu esforço, mas também a qualidade do seu compromisso com o ensino e a pesquisa. Sua orientação foi além do aspecto acadêmico, ensinando-me a ser mais resiliente, a refletir criticamente e a aprimorar minha busca constante pelo conhecimento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, agradeço pela oportunidade e pela estrutura oferecida para a realização deste estudo.

À Unidade Básica de Saúde onde a coleta de dados foi realizada, assim como a todos os profissionais e usuários que participaram e tornaram possível a concretização deste estudo, registro meu sincero agradecimento.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão à Professora Dr.^a Katarinne, que me apresentou o tema do letramento em saúde e, com carinho e generosidade, sempre me ofereceu orientações valiosas ao longo da minha trajetória acadêmica.

Agradeço também à Professora Dr.^a Carla por sua contribuição na banca de qualificação e defesa, cuja análise e sugestões foram fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.

Minha sincera gratidão à Professora Dr.^a Dayse, que participou da banca de defesa, trazendo contribuições importantes para esta pesquisa.

Aos meus familiares, pelo amor e apoio incondicional. À minha mãe Joana, por ser minha fortaleza e exemplo de dedicação. Ao meu marido Alex e à minha filha Isadora, que, com paciência e carinho, estiveram ao meu lado em cada etapa, compartilhando esse sonho comigo. Ao meu pai, que, mesmo ausente fisicamente, permanece vivo em minhas lembranças e no meu coração, inspirando-me a seguir sempre em frente.

À minha amiga Graziani, que esteve comigo em todas as etapas desse sonho, compartilhando desafios, conquistas e me oferecendo apoio inestimável ao longo dessa caminhada. A minha amiga querida, Lorena, pela amizade sincera e suporte nos momentos mais difíceis, e à minha amiga e colega de jornada Moara, pelo companheirismo e incentivo mútuo ao longo dessa caminhada.

Às minhas alunas da graduação em enfermagem, que participaram ativamente do período de coleta e da construção desta tese, em especial Joana, Elaine, Fernanda, Geovanna e Pedro, pelo empenho, dedicação e contribuição fundamental para a concretização deste estudo.

E, acima de tudo, a Deus, por me conceder essa oportunidade única, por me fortalecer nos momentos de dificuldade e por me guiar em cada passo desta trajetória. Sem Ele, nada disso teria sido possível.

Meu profundo e sincero agradecimento a todos!

CAVALCANTI, E. O. Construção e validação de material educativo audiovisual com base nas boas práticas de letramento em saúde para usuários da atenção primária. 2025. 225 folhas. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2025.

RESUMO

Introdução: O Letramento em Saúde (LS) refere-se ao conhecimento e às competências acumuladas por meio de atividades cotidianas, interações sociais e transmissão entre gerações, mediado por estruturas organizacionais e recursos que permitem o acesso, compreensão, avaliação e uso de informações e serviços de saúde, promovendo o bem-estar coletivo (WHO, 2022). Na Atenção Primária à Saúde, estudos sobre LS capacitam os usuários a tomar decisões informadas, promover comportamentos saudáveis e tornar a assistência mais eficaz. O desenvolvimento de materiais educativos é essencial para promover o LS, estimular o engajamento e fortalecer a segurança assistencial. **Objetivo geral:** Construir e validar material educativo audiovisual com base nas boas práticas de letramento em saúde para usuários da atenção primária. **Objetivos específicos:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes adultos atendidos em uma unidade de saúde da atenção primária; Identificar as condições de letramento em saúde da população atendida pela unidade de saúde; Comparar as condições de letramento em saúde segundo as variáveis sociodemográficas e nível de satisfação com o serviço da população atendida na unidade de saúde; Desenvolver material educativo em formato de vídeo para a melhoria do letramento em saúde para adultos da atenção primária; Validar material educativo quanto à validade de conteúdo e aparência. **Método:** O estudo foi realizado em duas etapas. A primeira consistiu em um estudo transversal com pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de Santa Maria (DF), entre maio e agosto de 2022. Foram coletados dados sociodemográficos, de saúde e os resultados do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), validado no Brasil. A segunda etapa foi um estudo metodológico para construção e validação de materiais educativos, seguindo as diretrizes de Vasconcelos (2015) e da *Agency for Healthcare Research and Quality* (2020). Fluxogramas baseados no *Protocolo de Acesso na APS* (DF, 2018) e cinco vídeos educativos que foram produzidos usando Canva Pro e Animaker. Os storyboards foram validados por 30 juízes heterogêneos, utilizando o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), desenvolvido por Leite et al. (2018). Após a produção dos vídeos, a validação final incluiu 14 profissionais de saúde e 9 pacientes, com os instrumentos IVCES e Tecnologia Assistiva (Guimarães et al., 2014). A validação ocorreu entre outubro e dezembro de 2024. A análise de dados foi realizada com estatística descritiva e inferencial. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 54245221.0.0000.0030), conforme a Resolução 466/2012. **Resultados:** Participaram 386 pacientes na primeira etapa, sendo 76% mulheres, 65% com companheiro fixo, 56% com ensino médio e 86% sem plano de saúde. Enquanto 38% avaliaram sua saúde como boa, 74% apresentaram doenças crônicas, sendo 26% com hipertensão arterial. Baixos níveis de LS foram observados nas escalas: “Compreensão e apoio dos profissionais de

saúde” (média: 2,36), “Informações suficientes para cuidar da saúde” (média: 2,52), “Cuidado ativo” (média: 2,67) e “Navegar no sistema de saúde” (média: 2,98). Os vídeos educativos obtiveram Índice de Validade de Conteúdo (IVC) acima de 80%. A validação final mostrou alta concordância, com IVC superior a 80% e legibilidade classificada como fácil (valores entre 58,0 e 80,5). **Conclusão:** O estudo contribuiu para o desenvolvimento de materiais educativos validados e adaptados às necessidades de LS da população atendida na APS, promovendo maior autonomia no cuidado e segurança assistencial.

Descritores: Letramento em Saúde, Materiais educativos e Divulgação, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem, Segurança do paciente, Atenção Primária à Saúde.

CAVALCANTI, E. O. Development and Validation of Audiovisual Educational Material Based on Best Practices of Health Literacy for Primary Health Care Users. 2025. 225 pages. Doctoral Thesis – Graduate Program in Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, 2025.

ABSTRACT

Introduction: Health Literacy (HL) refers to the knowledge and skills accumulated through everyday activities, social interactions, and intergenerational transmission, mediated by organizational structures and resources that allow access, understanding, assessment, and use of health information and services, promoting collective well-being (WHO, 2022). In Primary Health Care, studies on HL empower users to make informed decisions, promote healthy behaviors, and make care more effective. The development of educational materials is essential to promote HL, stimulate engagement, and strengthen patient safety.

General Objective: To build and validate audiovisual educational material based on best practices of health literacy for users of primary health care. **Specific Objectives:** To characterize the sociodemographic and clinical profile of adult patients attended at a primary health care unit; To identify the health literacy conditions of the population served by the health unit; To compare health literacy conditions according to sociodemographic variables and satisfaction level with the service provided by the population in the health unit; To develop educational material in video format to improve health literacy for adults in primary health care; To validate educational material regarding content validity and appearance. **Method:** The study was conducted in two phases. The first phase was a cross-sectional study with patients attended at a Basic Health Unit in Santa Maria (DF), between May and August 2022. Sociodemographic and health data were collected, as well as the results from the Health Literacy Questionnaire (HLQ), validated in Brazil. The second phase was a methodological study for the construction and validation of educational materials, following the guidelines of Vasconcelos (2015) and the Agency for Healthcare Research and Quality (2020). Flowcharts based on the Access Protocol in Primary Health Care (DF, 2018) and five educational videos were produced using Canva Pro and Animaker. The storyboards were validated by 30 heterogeneous judges using the Educational Health Content Validation Instrument (IVCES), developed by Leite et al. (2018). After the production of the videos, the final validation involved 14 healthcare professionals and 9 patients, using the IVCES and Assistive Technology instruments (Guimarães et al., 2014). The validation took place between October and December 2024. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics. The project was approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 54245221.0.0000.0030), in accordance with Resolution 466/2012. **Results:** A total of 386 patients participated in the first phase, of whom 76% were women, 65% had a stable partner, 56% had completed high school, and 86% had no private health insurance. While 38% rated their health as good, 74% had chronic diseases, with 26% having hypertension. The lowest HL levels were observed in the scales “Understanding and support from healthcare professionals” (mean: 2.36), “Sufficient information to manage health” (mean: 2.52), “Active

engagement in care” (mean: 2.67), and “Navigating the healthcare system” (mean: 2.98). The educational videos achieved a Content Validity Index (CVI) above 80%. Final validation showed high agreement, with CVI exceeding 80%, and readability classified as easy (scores between 58.0 and 80.5).

Conclusion: The study contributed to the development of validated educational materials tailored to the HL needs of the population served in PHC, promoting greater autonomy in care and enhancing safety in assistance.

Descriptors: Health Literacy, Educational Materials, Dissemination, Nursing Care, Nursing, Patient Safety, Primary Health Care.

CAVALCANTI, E. O. Construcción y validación de material educativo audiovisual basado en las mejores prácticas de alfabetización en salud para usuarios de la atención primaria. 2025. 225 páginas. Tesis doctoral – Programa de Posgrado en Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasília, 2025.

RESUMEN

Introducción: El Alfabetismo en Salud (AS) se refiere al conocimiento y las habilidades acumuladas a través de actividades cotidianas, interacciones sociales y la transmisión intergeneracional, mediado por estructuras organizacionales y recursos que permiten el acceso, comprensión, evaluación y uso de la información y los servicios de salud, promoviendo el bienestar colectivo (WHO, 2022). En la Atención Primaria de Salud, los estudios sobre AS capacitan a los usuarios para tomar decisiones informadas, promover comportamientos saludables y hacer que la atención sea más eficaz. El desarrollo de materiales educativos es esencial para promover el AS, estimular el compromiso y fortalecer la seguridad asistencial. **Objetivo general:** Construir y validar material educativo audiovisual basado en las buenas prácticas de alfabetización en salud para los usuarios de atención primaria. **Objetivos específicos:** Caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes adultos atendidos en una unidad de salud de atención primaria; Identificar las condiciones de alfabetización en salud de la población atendida por la unidad de salud; Comparar las condiciones de alfabetización en salud según las variables sociodemográficas y el nivel de satisfacción con el servicio de la población atendida en la unidad de salud; Desarrollar material educativo en formato de video para mejorar el alfabetismo en salud de los adultos en atención primaria; Validar el material educativo en cuanto a la validez de contenido y apariencia. **Método:** El estudio se llevó a cabo en dos etapas. La primera consistió en un estudio transversal con pacientes atendidos en una Unidad Básica de Salud de Santa María (DF), entre mayo y agosto de 2022. Se recopilaron datos sociodemográficos, de salud y los resultados del *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), validado en Brasil. La segunda etapa fue un estudio metodológico para la construcción y validación de materiales educativos, siguiendo las directrices de Vasconcelos (2015) y de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (2020). Se crearon flujogramas basados en el Protocolo de Acceso en la APS (DF, 2018) y cinco videos educativos que se produjeron usando Canva Pro y Animaker. Los storyboards fueron validados por 30 jueces heterogéneos, utilizando el *Instrumento de Validación de Contenido Educativo en Salud* (IVCES), desarrollado por Leite et al. (2018). Después de la producción de los videos, la validación final incluyó 14 profesionales de salud y 9 pacientes, con los instrumentos IVCES y Tecnología Asistiva (Guimarães et al., 2014). La validación se llevó a cabo entre octubre y diciembre de 2024. El análisis de los datos se realizó con estadística descriptiva e inferencial. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CAAE: 54245221.0.0000.0030), de acuerdo con la Resolución 466/2012. **Resultados:** Participaron 386 pacientes en la primera etapa, de los cuales 76% eran mujeres, 65% tenían pareja fija, 56% tenían educación secundaria y 86% no tenían seguro de salud. Mientras que el 38% evaluaron su salud como

buena, el 74% presentaron enfermedades crónicas, siendo el 26% con hipertensión arterial. Se observaron bajos niveles de LS en las escalas: "Comprensión y apoyo de los profesionales de salud" (media: 2,36), "Información suficiente para cuidar de la salud" (media: 2,52), "Cuidado activo" (media: 2,67) y "Navegar por el sistema de salud" (media: 2,98). Los videos educativos obtuvieron un Índice de Validez de Contenido (IVC) superior al 80%. La validación final mostró una alta concordancia, con un IVC superior al 80% y una legibilidad clasificada como fácil (valores entre 58,0 y 80,5). **Conclusión:** El estudio contribuyó al desarrollo de materiales educativos validados y adaptados a las necesidades de LS de la población atendida en APS, promoviendo una mayor autonomía en el cuidado y seguridad asistencial.

Descriptor: Literacia en Salud, Materiales educativos y Divulgación, Cuidados de Enfermería, Enfermería, Seguridad del paciente, Atención Primaria de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. As cinco áreas de ação para o desenvolvimento do letramento em saúde e capacidade de resposta.	45
Figura 2. Diretrizes propostas para categoria conteúdo	65
Figura 3. Diretrizes propostas para categoria linguagem - leiturabilidade.....	66
Figura 4. Diretrizes propostas para categoria ilustrações	66
Figura 5. Diretrizes propostas para categoria layout, tipografia e apresentação	67
Figura 6. Diretrizes propostas para estimulação e motivação à aprendizagem	67
Figura 7. Diretrizes propostas para categoria adequação cultural.....	67
Figura 8. Ferramentas para melhorar a comunicação escrita 1.....	69
Figura 9. Ferramentas para melhorar a comunicação escrita 2.	70
Figura 10. Ferramentas para melhorar a comunicação escrita 3.	70
Figura 11. Estratégias para organização do material educativo	71
Figura 12. Fluxograma do atendimento ao usuário na UBS.	74
Figura 13. Descrição dos serviços de Livre demanda atendidos na UBS.	75
Figura 14. Descrição do atendimento com acolhimento.....	75
Figura 15. Organização da classificação de risco na UBS.....	75
Figura 16. Descrição dos Tipos de atendimentos realizados na UBS	76
Figura 17. Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES)	81
Figura 18. Instrumento de Tecnologia Assistiva	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Definições da evolução do Letramento em Saúde. Brasília. 2025.....	31
Quadro 2. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde, identificados nas bases de dados PUBMED e BVS entre 2012 à 2022.	36
Quadro 3. Número de profissionais atuantes na UBS. N=122, Ano: 2022.....	56
Quadro 4. Escalas e interpretação dos constructos do Health Literacy Questionnaire	60
Quadro 5. Interpretação do resultado do índice Flesch de Facilidade de Leitura.	77
Quadro 6. Sistema de pontuação de peritos adaptado do modelo de Fehring (1987). Brasília, 2021. .	79
Quadro 7. Artigos apresentados nos resultados. Brasília: 2025.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais estudos e conclusões encontrados no contexto do letramento em saúde e atenção primária à saúde no Brasil, de 2022 a abril de 2023.	23
Tabela 2. Princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia Aplicados ao Design de Vídeos Educativos. 2024.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

AMEELS-BR - Instrumento de Avaliação de Materiais Educativos Impressos com foco no Letramento em Saúde para o Brasil

APS - Atenção Primária à Saúde

B- TOFHLA - *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*

BREALD-30 - *Brazilian Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*

BVS - Biblioteca Virtual em saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COVID-19 - *Corona Virus Disease*

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

eNASF-AB - Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

HBP-HLS - *High Blood Pressure - Focused Health Literacy Scale*

HLQ - *Health Literacy Questionnaire*

HLS-14 - *Health Literacy Scale*

INDEX - Índice de Letramento em Saúde

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

IVECS - Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde

LAD-60 - *Literacy Assessment for Diabetes*

LS - Letramento em Saúde

MSFHL - *Multidimensional Screener of Functional Health Literacy*

NLit - Letramento nutricional

NLS - *Nutritional Literacy Scale*

NVS - *Newest Vittal Sign*

OHLA-B - *Oral Health Literacy Assessment-Brazilian*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIS - Práticas Integrativas em Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

RAS - Rede de Atenção à Saúde

REALMD-20 - *Rapid Estimate Adult Literacy in Medicine and Dentistry*

SAHLPA - *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults*

SAM - *Suitability Assessment of Materials*

STOFHLA - *Short Test of Functional. Health Literacy in Adults*

STROBE - *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	22
2.OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo Geral.....	29
2.2 Objetivos Específicos	29
3.REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.1 Letramento em saúde: aspectos conceituais e instrumentos de mensuração	30
3.2 Letramento em saúde e seu impacto no envolvimento do paciente na segurança do cuidado.....	43
3.3 Estratégias educativas para promoção do letramento em saúde na Atenção Primária em saúde	47
4.MÉTODO.....	55
4.1 Tipo de Estudo	55
4.1.2 Tipo de Estudo Transversal (primeira etapa).....	55
4.2.2 Cenário do Estudo.....	55
4.2.3 População e amostra	57
4.2.4 Variáveis do Estudo	58
4.2.5 Instrumentos de Pesquisa.....	58
4.2.6 Procedimentos para coleta de dados	63
4.2.7 Análise dos Dados	63
4.2.8 Aspectos Éticos.....	64
4. 3.1 Tipo de Estudo metodológico (segunda etapa)	64
4.3.2 Etapa de Pré-produção	72
4.3.3 Etapa de produção dos <i>storyboards</i>	77
4.3.4 Etapa de validação dos <i>storyboards</i>	79
4.3.5 Etapa de produção dos materiais audiovisuais.....	81
4.3.6 Etapa de validação dos materiais audiovisuais pelos juízes especialistas	82
4.3.7 Etapa de validação dos materiais audiovisuais pelo público-alvo	82
4.3.8 Análise dos Dados	84
4.3.9 Aspectos Éticos.....	85
5. RESULTADOS	86
Letramento em saúde para a segurança do paciente na atenção primária: protocolo de <i>scoping review</i>	87

Contribuições do letramento em saúde para a segurança do paciente na atenção primária: <i>scoping review</i>	96
<i>Health Literacy Questionnaire</i> : relato de experiência de pesquisadores na atenção primária	121
Visão multidimensional do nível de letramento em saúde de pacientes adultos na atenção primária à saúde.	129
Condições de Letramento em Saúde: comparação entre variáveis sociodemográficas e níveis de satisfação dos usuários na atenção primária em saúde.....	145
Promoção do Letramento em Saúde: Construção e Validação de Vídeos Educativos para Usuários da Atenção Primária	160
6. CONCLUSÃO.....	183
7. REFERÊNCIAS	186
APÊNDICE I. Instrumento sociodemográfico, Condição de saúde e Satisfação no atendimento.....	198
APÊNDICE II. Instrumento de caracterização dos pacientes	199
APÊNDICE III. Instrumento de caracterização dos peritos.....	200
APÊNDICE IV. <i>Storyboards</i>: Navegando na Unidade Básica de Saúde (UBS) com os princípios do Letramento em saúde.....	201
APÊNDICE V. Correções realizadas após sugestões dos juízes especialistas.....	202
APÊNDICE VI. Vídeos educativos: Navegando na Unidade Básica de Saúde (UBS) com os princípios do Letramento em saúde.	209
ANEXO A. Versão Brasileira do HLQ (HLQ-Br)	210
ANEXO B. Parecer Aprovação Comitê De Ética	212
ANEXO C. Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES).....	223
ANEXO D. Instrumento de avaliação – Tecnologia Assistiva.....	224
ANEXO E. Autorização para o uso do instrumento HLQ-Br.....	225

APRESENTAÇÃO

O ponto de partida desta apresentação é uma reflexão de Florence Nightingale: “O primeiro requisito de um hospital é que ele jamais deveria fazer mal ao doente”. Esse princípio tem orientado minha trajetória profissional desde os 17 anos, quando iniciei minha atuação na enfermagem como técnica na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Cristópolis, Bahia. Desde o princípio, compreendi que o cuidado ao paciente transcende a aplicação de técnicas e procedimentos padronizados, abrangendo também o papel das interações entre o paciente, sua família e o ambiente que o circunda. Para garantir um cuidado seguro e efetivo, é fundamental que tanto a estrutura física quanto a equipe multiprofissional sejam organizadas de forma a oferecer acolhimento e segurança, em consonância com os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS).

A segurança do paciente e a promoção da saúde, nesse contexto, devem ser compreendidas como dimensões complementares e indissociáveis no atendimento oferecido pela APS. A partir da minha experiência profissional e acadêmica, compreendi a importância de integrar essas áreas para garantir um atendimento de qualidade. Durante meu doutorado, participei de diversos eventos científicos, bem como de apresentações em instituições públicas e privadas, com foco na discussão do letramento em saúde, uma temática que considero central para a promoção da autonomia e o empoderamento dos pacientes.

Como docente no curso de Enfermagem em uma instituição privada no Distrito Federal, integrei o conceito de letramento em saúde aos conteúdos programáticos das disciplinas sob minha responsabilidade. Além disso, orientei trabalhos de conclusão de curso e projetos de iniciação científica com foco nessa temática, visando fomentar a pesquisa e a reflexão crítica entre os alunos sobre a importância do letramento em saúde na promoção de cuidados mais efetivos e seguros. Essa abordagem permitiu aos estudantes compreenderem como o letramento em saúde pode ser uma ferramenta estratégica na prática da enfermagem e na promoção da autonomia dos pacientes.

Em 2020, por meio de um curso oferecido pela Universidade de Brasília, em parceria com a Universidade do Canadá, tive a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos sobre o letramento em saúde, um tema ainda incipiente no Brasil, mas de extrema relevância para a ampliação das práticas de promoção da saúde. O letramento em saúde, ao fornecer aos indivíduos as ferramentas necessárias para compreender e agir sobre suas condições de saúde, emerge como um importante aliado na transformação de comportamentos e na adesão ao

cuidado proposto. A experiência de cinco anos atuando como preceptora de estágio na Estratégia de Saúde da Família (ESF) permitiu-me observar de forma prática o impacto dessa temática no empoderamento dos pacientes, ao torná-los mais ativos e corresponsáveis pelo cuidado em saúde, aumentando sua capacidade de gerir sua própria saúde e promover mudanças comportamentais duradouras.

Ainda que a relação entre letramento em saúde e segurança do paciente seja pouco explorada nos contextos da Atenção Primária à Saúde, sua interconexão é evidente. O aumento dos níveis de letramento em saúde eleva a capacidade dos pacientes de compreenderem e seguirem seus planos terapêuticos, o que, por sua vez, contribui diretamente para a segurança do cuidado prestado. A continuidade do cuidado, um aspecto fundamental da segurança do paciente, é potencializada quando os pacientes estão bem-informados e aptos a adotar práticas seguras de maneira consistente. Diante dessa lacuna na literatura e na prática, surgiu o meu interesse em contribuir para o avanço do conhecimento nessa área, com vistas a beneficiar tanto o desenvolvimento acadêmico quanto a qualidade do cuidado oferecido nas instituições de saúde.

Assim, o presente trabalho visa não apenas produzir novos conhecimentos sobre letramento em saúde e segurança do paciente, mas também gerar impacto direto na prática dos profissionais e na vida dos pacientes da instituição onde a pesquisa será realizada. Ao explorar essa relação, espero contribuir para a implementação de práticas mais seguras e eficazes, promovendo mudanças estruturais e comportamentais que possam transformar o cenário da atenção à saúde na Atenção Primária.

1.INTRODUÇÃO

O sistema de saúde está em constante evolução - mudando de um "modelo paternalista", onde os profissionais de saúde tomam decisões pelos pacientes, para um "modelo centrado no paciente", onde os pacientes têm o poder de tomar decisões ativamente sobre sua saúde e cuidados de saúde a fim de obter a melhor qualidade possível na assistência à saúde. Neste contexto, há uma necessidade crescente de que os indivíduos tenham adequado nível de letramento em saúde, para navegar nos sistemas complexos e compreender as informações de saúde intrincadas a esse processo (Tannous *et al.*, 2021).

Letramento em saúde é um termo usado para descrever habilidade de se envolver com as informações e serviços de saúde. Refere-se às características pessoais e recursos sociais necessários para que indivíduos e comunidades acessem, compreendam, avaliem e usem informações e serviços para tomar decisões sobre saúde. Inclui a capacidade de se comunicar, afirmar e agir sobre tais decisões (Dodson, *et al.*; 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere no plano de desenvolvimento para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a construção do letramento em saúde comunitária, com base em conhecimentos, recursos e habilidades que são os ativos do letramento em saúde, que incluem, conhecimento detido pelas pessoas da comunidade; até que ponto o conhecimento é confiável, circulado e adaptado livremente em uma comunidade; costumes de promoção da saúde incorporados em crenças e normas culturais e em práticas tradicionais ou emergentes da vida diária; relacionamentos entre a comunidade e fontes externas de informação (Who, 2022).

O letramento em saúde tem atuação forte na atenção primária à saúde (APS), que teve nova regulamentação através da Portaria N°2.436/2017, no qual discorre que APS engloba (Brasil, 2017, p. 03):

“conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

A APS, dentro do contexto da assistência à saúde, é a porta de entrada e o centro das comunicações da Rede de Atenção à Saúde (RAS), função de coordenação do cuidado e

ordenação das ações e serviços referentes a rede, pautados nos determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 2017).

A APS estruturada através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), quando executada adequadamente, traz benefícios a população atendida, como a redução da morbimortalidade infantil e adulta, expansão do acesso para controle de tratamento de doenças infecciosas, redução das desigualdades, eficiência no SUS, reduzindo internações hospitalares e reabilitação decorrentes de DCNT (Macinko; Mendonça, 2018).

Essa realidade aponta para a importância de se investigar o Letramento em Saúde da população atendida no contexto da atenção primária. É possível otimizar a contribuição do Letramento em Saúde na mediação das causas e efeitos dos determinantes sociais da saúde estabelecidos. As intervenções existentes demonstram a viabilidade de melhorar a educação em saúde entre as populações de alto risco (Nutbeam e Lloyd, 2021).

Neste contexto, foi realizada uma busca por meio dos descritores “Letramento em saúde e Atenção Primária à saúde”, no *Google Scholar* e Biblioteca Virtual em saúde (BVS), no qual foram identificadas, aproximadamente, 661 citações, utilizando como filtro o período de janeiro de 2022 a abril de 2023, sendo triados alguns estudos no Brasil referente ao contexto do letramento em saúde e APS, conforme observa-se na tabela 1.

Tabela 1. Principais estudos e conclusões encontrados no contexto do letramento em saúde e atenção primária à saúde no Brasil, de 2022 a abril de 2023.

Autores/ Estado	Título	Tipo de estudo	Principais conclusões
(Luz., 2023)/ Pernambuco	Intervenção educativa com profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil: articulação com o referencial do letramento em saúde	Estudo de intervenção	A intervenção educativa alcançou resultados positivos na formação dos profissionais de saúde, a partir de mudanças nos conhecimentos, habilidades e atitudes na prática assistencial à pais/mães/cuidadores e crianças com foco no desenvolvimento infantil e pautada nos pressupostos do letramento em saúde, como demonstrações práticas, uso de materiais escritos e uma comunicação mais empática.
(Servulo <i>et al.</i> , 2023)/ Amazonas	Letramento em saúde: avaliação de gestantes sobre o autocuidado à pré-eclâmpsia com base na teoria de Dorothea Orem.	Estudo transversal	O estudo aponta que saber o nível de letramento em saúde é uma prática que proporciona conhecer a real compreensão das gestantes sobre o autocuidado, podendo prevenir assim o surgimento da pré-eclâmpsia, pois para Dorothea Orem, atuar no autocuidado é reconhecer a responsabilidade na manutenção da própria saúde.

(Silva <i>et al.</i> , 2023)/ São Paulo	Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências	Revisão rápida de evidências	O baixo letramento digital, o acesso limitado à internet, processos de trabalho e formação incipiente foram barreiras para os profissionais. Foram facilitadores o nível educacional e de letramento em saúde dos usuários, a acessibilidade aos serviços de saúde e o bom relacionamento com os profissionais.
(Chaves <i>et al.</i> , 2023)/ Maranhão	Impactos do letramento funcional em saúde de idosos com a adesão medicamentosa: revisão integrativa	Revisão integrativa	O Letramento Funcional em Saúde inadequado exercer uma contribuição significativa a não adesão medicamentosa, todavia há estratégias e intervenções que podem ser utilizadas para que aconteça a adaptação de cuidados conforme a necessidade e recursos de cada indivíduo e reverter assim essa relação.
(Bernardes <i>et al.</i> , 2023)/ Brasil e Portugal	Literacia em saúde na prevenção da hipertensão arterial em jovens adultos	E-book	Em termos práticos, a escolha dos vídeos constitui um dado relevante para a elaboração de uma futura estratégia conjunta de letramento em saúde dirigida à faixa etária dos <i>millennials</i> e vem reforçar a importância da aposta nos meios digitais para a disseminação de informação sobre saúde, neste caso sobre prevenção de hipertensão arterial.
(Serbim; Santos; Paskulin, 2022)/ Rio Grande do Sul	Efeitos da intervenção Alfa-Saúde em Letramento em saúde do idoso na atenção primária à saúde	Método quase-experimental	A implementação de programas de alfabetização em saúde com grupos de idosos poderá estimular o desenvolvimento de habilidades necessárias para a autonomia, o manejo de condições crônicas e o conhecimento dos idosos. Intervenções desse tipo contribuem para o vínculo dos idosos com os enfermeiros, bem como torna-se importante fonte de informação em saúde voltada à qualificação do cuidado do enfermeiro na APS.
(Lima <i>et al.</i> , 2022)/ Pará	Letramento funcional em saúde de usuários da atenção primária de Altamira, Pará	Estudo transversal	A população da área urbana de Altamira apresentou alta prevalência de Letramento funcional em saúde insatisfatório. Sendo assim, no intuito de aumentar os resultados satisfatórios em saúde, os profissionais da região devem adequar as suas formas de comunicação e linguagem às necessidades dos usuários das estratégias de saúde da família, observando que a adequação da equipe pode trazer melhorias para o entendimento das informações e oportunizar melhores condições de recuperação e autocuidado em saúde
(Moura Borges <i>et al.</i> , 2022)/ Piauí	Relação entre letramento em saúde e qualidade	Estudo transversal	Não houve associação estatística entre o letramento e a qualidade de vida, porém, o letramento é cada vez mais reconhecido

	de vida em indivíduos com hipertensão arterial.			como um fator importante que afeta os resultados da saúde e um componente importante para melhorar a qualidade dos cuidados e eliminar as heterogeneidades na saúde.
(Paes <i>et al.</i> , 2022)/ Paraná	Efeitos de intervenção educativa no letramento em saúde e conhecimento sobre diabetes: estudo quase-experimental	de	Método quase-experimental	A utilização de instrumentos para mensurar o letramento em saúde e o conhecimento sobre diabetes possibilitou a construção de estratégias educativas voltadas para as lacunas existentes, promovendo aumento do conhecimento, o qual favorece o desenvolvimento das habilidades para a autogestão.
(Louise Kuchler <i>et al.</i> , 2022)/ Paraná	Intervenções educativas remotas para o letramento de adultos com hipertensão arterial na atenção primária		Estudo transversal	As intervenções educativas remotas possibilitaram mudanças no letramento em saúde e no conhecimento da doença, aumentando a quantidade de acertos nos instrumentos utilizados, principalmente nas questões relativas à adesão medicamentosa, dietética e mudanças no estilo de vida. Desse modo, tais intervenções configuram-se como uma opção de acompanhamento e de promoção à saúde por meio do telemonitoramento, contribuindo, assim, com a enfermagem no que tange à criação de vínculo e no alcance dos cuidados à população da área de abrangência.

Fonte: autoria própria.

A avaliação do letramento em saúde permite que pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas avaliem a capacidade atual dos membros da comunidade de compreender as informações disponíveis sobre suas necessidades de saúde e de aplicar essas informações para tomar decisões de saúde informadas que afetam os resultados positivos. Constata-se que o letramento em saúde é o fator que mais influencia a saúde - mais do que outros determinantes sociais, como educação, emprego, status socioeconômico e outros fatores de estilo de vida. Ele medeia a relação entre fatores sociodemográficos e socioeconômicos, afetando o estado geral de saúde de um indivíduo, a qualidade de vida relacionada à saúde, os comportamentos de saúde e o uso de serviços preventivos (Tannous *et al.*, 2021).

A abordagem do letramento em saúde e a tomada de decisão compartilhada são consideradas importantes ferramentas que aumentam a segurança do paciente e melhoram a comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes (Bittner-Fagan, *et al.*, 2017), o que pode favorecer maior participação e autonomia do paciente no cuidado. Nesse sentido, o letramento em saúde pode melhorar o processo de comunicação que é fundamental para o

desenvolvimento de um relacionamento de parceria. Os serviços de saúde com uma cultura de segurança centrada no cuidado ao paciente e família devem garantir em todos os níveis de atenção, a qualidade da comunicação como parte integrante da assistência à saúde (Brasil, 2017).

Revisão sistemática identificou 23 estudos de intervenção para melhoria do letramento em saúde na Europa. As intervenções descritas nesses estudos visavam melhorar aspectos de letramento em saúde, ou eram intervenções gerais que visavam melhorar os resultados de saúde, que descreviam os efeitos específicos para pacientes com diferentes níveis de letramento ou numeramento em saúde (Visscher *et al.*, 2018).

Estudo de revisão sistemática identificou a eficácia de materiais educativos sobre o rastreamento do câncer colorretal que se destinavam a pessoas com baixo letramento em saúde em uma clínica de cuidados primários, a intervenção foi realizada com 22 pacientes, que foram designados para uma de duas intervenções (uma fita de vídeo ou um folheto de fácil leitura escrito no nível de quinta a sexta série de acordo com os preceitos do letramento em saúde) ou para um grupo de controle de cuidados usuais. Os pacientes que receberam a intervenção tiveram maiores escores de letramento em saúde após o contato com os materiais educativos em comparação com o grupo controle (26% para o vídeo, 23% para o folheto, 3% para os controles) (Pignone *et al.*, 2005).

Outra intervenção identificada foi a disponibilização de material escrito em formato de cartão, cujo conteúdo é personalizado de acordo com o estado de saúde do participante e com informações relevantes conforme a necessidade do paciente, dos profissionais e das instituições (Fernandez-Gonzalez; Bravo-Valenzuela, 2019).

A fim de guiar essas intervenções a partir de um diagnóstico situacional real, incentiva-se o uso de instrumentos para medir o letramento em saúde e avaliar o quanto os indivíduos compreendem bem as informações em saúde (Dodson, *et al.*, 2015).

A partir desse diagnóstico situacional, a implantação de instrumentos educativos torna-se uma ferramenta importante como método para divulgação do conhecimento, além de uma forma de melhorar o letramento em saúde da população. Materiais impressos podem ser facilitadores para ampliação do conhecimento da população, dando suporte aos profissionais no âmbito do cuidado seguro e promoção da saúde (Echer, 2005).

A utilização de materiais educativos no âmbito da saúde é crescente, no entanto não exclui a necessidade do processo comunicativo. Assim o usuário tem um papel importante na

construção do conhecimento, bem como a relação de vários contextos que influenciam nas respostas de saúde e ideação gerada pela informação ofertada (Reberte e Hoga, 2008).

Para Echer (2005, p. 755) “a construção de manuais de orientação ao cuidado traz contribuições importantes para o pesquisador, para os acadêmicos, para a equipe de profissionais e para os pacientes e seus familiares”. Estudo realizado com 63 pacientes em Goiânia - Goiás, identificou em seus resultados que o processo de avaliação e validação de materiais educativos em conjunto com a identificação do nível de letramento em saúde da população alvo nos serviços de saúde, contribuiu para mudanças no comportamento em saúde e aumento da qualidade de vida (Santos *et al.*, 2017).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) publica ferramentas destinadas a apoiar a criação e divulgação de materiais educativos impressos, formulários e plataformas online. Um exemplo é o *Health Literacy Universal Precautions Toolkit: Practical Ideas for Primary Care Practices*, desenvolvido para líderes de equipe em letramento em saúde, facilitadores de prática e líderes de melhoria da qualidade da assistência à saúde. Este guia complementa o conjunto de ferramentas com lições aprendidas durante a implementação de práticas de cuidados primários baseadas em experiências variadas (Ahrq; 2020).

Algumas estratégias, como comunicação e educação, podem ser empregadas para melhorar as práticas na atenção primária e no cuidado de doenças crônicas, com ênfase na prevenção e promoção da saúde. O uso de materiais educativos escritos ou audiovisuais pode ser uma estratégia eficaz para disseminar informações de saúde. Contudo, para ser efetivo, é crucial que esses materiais estejam alinhados com o nível de letramento em saúde da população brasileira (Vasconcelos, 2015).

Um estudo realizado na Turquia envolvendo 1.055 pacientes atendidos na atenção primária revelou que 7 em cada 10 pacientes apresentavam níveis inadequados ou problemáticos de letramento em saúde ao procurarem a instituição de saúde primária. Constatou-se também que à medida que o letramento em saúde dos participantes aumentava, sua satisfação com os serviços de saúde também aumentava (Orsal *et al.*, 2019).

Ressalta-se que pesquisas que envolvem estudos sobre a relação entre habilidades de letramento em saúde e resultados relatados pelo paciente, como satisfação com a prestação de cuidados de saúde, são escassos no Brasil. O objetivo de pesquisas sobre letramento em saúde e segurança do paciente é auxiliar na transformação das organizações de saúde, em organizações responsivas ao letramento em saúde, redesenhando suas estruturas e processos

para apoiar pacientes com baixo nível de letramento em saúde para navegar, compreender e usar informações e serviços para cuidar da saúde deles.

No entanto, há uma necessidade crescente de compreender melhor os efeitos das experiências de cuidados pessoais (por exemplo, atendimento centrado no paciente) e fatores específicos do paciente (por exemplo, status socioeconômico, crenças de saúde, letramento em saúde) nos resultados relatados pelo paciente sobre a qualidade da prestação de cuidados de saúde (por exemplo satisfação com o atendimento). Melhores percepções nessas inter-relações permitiriam o desenvolvimento de medidas para iniciar a mudança organizacional em direção a um ambiente mais centrado no paciente e mais favorável ao letramento em saúde.

Frente ao exposto, com a finalidade de aprofundar e construir evidências acerca da relação entre letramento em saúde, e a utilização de meios para melhorar o letramento na atenção primária em saúde, reforçando os aspectos de segurança do paciente, propõe-se o presente estudo intervencionista, a partir do questionamento: É possível construir e validar material educativo para difundir o letramento em saúde, partindo de evidências do nível de letramento em saúde da população atendida na atenção primária?

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir e validar material educativo audiovisual com base nas boas práticas de letramento em saúde para usuários da atenção primária.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes adultos atendidos em uma unidade de saúde da atenção primária;
- Identificar as condições de letramento em saúde da população atendida pela unidade de saúde;
- Comparar as condições de letramento em saúde segundo as variáveis sociodemográficas e nível de satisfação com o serviço da população atendida na unidade de saúde;
- Desenvolver material educativo em formato de vídeo para a melhoria do letramento em saúde para adultos da atenção primária;
- Validar material educativo quanto à validade de conteúdo e aparência.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Letramento em saúde: aspectos conceituais e instrumentos de mensuração

Em uma busca pela literatura no Brasil encontram-se os termos letramento, literacia e alfabetização em saúde. São traduções que ocorreram a partir do termo em inglês *health literacy*. O termo foi citado pela primeira vez em 1974 por Simonds referindo à educação em saúde nas escolas (Simonds, 1974). No entanto, academicamente, o primeiro artigo científico foi publicado na década de 1980, o segundo no início da década de 1990 e a partir de 2006 a quantidade de publicações referente ao tema aumentou (Okan *et al.*, 2019).

No Brasil, um estudo descreveu a produção acadêmica nacional com os termos letramento, literacia e alfabetização em saúde. O conceito de alfabetização em saúde como forma de tradução do *health literacy*, foi observado em pesquisas científicas entre os anos de 2005 e 2016, com o foco na dimensão funcional como a leitura, escrita e numeracia, além do enfoque no autocuidado. Já o termo letramento em saúde é descrito a nível nacional a partir de 2017, como a mais utilizada dentre as traduções, com o enfoque também associado aos estudos internacionais (Peres, 2022). O termo letramento em saúde é registrado no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) como descritor, inserido em 2009 e revisado em 2015.

O letramento em saúde também é categorizado como letramento funcional, interativo e crítico em saúde. Tal classificação tem a vantagem de sinalizar o impacto que as diferenças de nível de habilidade podem ter nas decisões e ações relacionadas à saúde (Nutbeam; Lloyd, 2021; Okan *et al.*, 2019)

O letramento funcional em saúde descreve habilidades de nível básico que são suficientes para que os indivíduos obtenham informações relevantes sobre saúde (por exemplo, sobre riscos à saúde e como usar o sistema de saúde) e apliquem esse conhecimento a uma série de atividades prescritas. Indivíduos com essas habilidades básicas de letramento em saúde geralmente são capazes de responder bem à educação e comunicação direcionadas a objetivos claramente definidos e contextos específicos, como adesão à medicação, participação em atividades de prevenção e alguma mudança de comportamento (Nutbeam; Lloyd, 2021).

O letramento interativo em saúde descreve habilidades de letramento mais avançadas que permitem aos indivíduos extrair informações de saúde e derivar significado de diferentes formas de comunicação; aplicar novas informações às circunstâncias em mudança; e envolver-

se em interações com outros para ampliar as informações disponíveis e tomar decisões. Indivíduos com essas habilidades de nível superior são mais capazes de discriminar entre diferentes fontes de informação e responder a comunicação e educação em saúde que são mais interativas e acessíveis por meio de canais de comunicação estruturados (por exemplo, educação em saúde escolar, aplicativos móveis, sites interativos) (Nutbeam; Lloyd, 2021; Okan *et al.*, 2019)

O letramento crítico em saúde descreve as habilidades de letramento mais avançadas que podem ser aplicadas para analisar criticamente informações de uma ampla variedade de fontes e informações relacionadas a uma maior variedade de determinantes de saúde. Indivíduos com essas habilidades mais avançadas podem obter e usar informações para exercer maior controle sobre eventos e situações da vida que têm impacto na saúde. A aplicação dessas habilidades pode incluir a avaliação de informações sobre riscos à saúde pessoal; compreensão dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde; e organização e ação coletiva (Nutbeam; Lloyd, 2021).

Conforme observamos no quadro 1, temos uma evolução das definições letramento saúde ao longo dos anos.

Quadro 1. Definições da evolução do Letramento em Saúde. Brasília. 2025.

Nº	Autores/Ano	Definição
1	Joint Committee on National Health Education Standards (1995)	“Letramento em saúde é a capacidade dos indivíduos de obter, interpretar e compreender informações básicas de saúde e serviços e a competência para usar tais informações e serviços de forma a melhorar a saúde”.
2	Nutbeam (1998)	“As habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para obter acesso a compreender e usar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde”.
3	American medical Association (1999)	“A constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar leitura básica e tarefas numéricas necessárias para funcionar no ambiente de saúde”.
4	Nutbeam (2000)	“As habilidades pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos de obter acesso, entender e usar informações para promover e manter a boa saúde”.
5	Fok and Wong (2002)	“Compreender e agir sobre as condições físicas e psicossociais atividades com padrões adequados, podendo interagir com as pessoas e lidar com as mudanças necessárias e; demandas autonomia razoável, de modo a atingir a integridade física, bem-estar mental e social.”
6	Nielsen-Bohlman <i>et al.</i> , (2004)	“A capacidade dos indivíduos de obter, processar e compreender informações básicas de saúde e serviços necessários para decisões de saúde apropriadas”.

7	Kickbusch <i>et al.</i> , (2005)	“A capacidade de tomar decisões de saúde sólidas no contexto de vida cotidiana - em casa, na comunidade, no local de trabalho, o sistema de saúde, o mercado e a política arena. É uma estratégia crítica de empoderamento para aumentar controle das pessoas sobre sua saúde, sua capacidade de procurar informações e sua capacidade de assumir responsabilidade”.
8	European Commission (2007)	“A capacidade de ler, filtrar e entender informações de saúde para formar julgamentos sólidos”.
9	ABS (2008)	“O conhecimento e as habilidades necessárias para entender e usar informações relacionadas a questões de saúde, como drogas e álcool, prevenção e tratamento de doenças, segurança e prevenção de acidentes, primeiros socorros, emergências e saudável.”
10	Freedman <i>et al.</i> , (2009)	“O grau em que indivíduos e grupos podem obter, processar, entender, avaliar e agir de acordo com as informações necessários para tomar decisões de saúde pública que beneficiem comunidade.”
11	Sørensen <i>et al.</i> , (2012)	“O Letramento em saúde está ligado à alfabetização e envolve o conhecimento, motivação e competências para acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações para tornar julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana sobre saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde manter e melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida”.
12	Dodson <i>et al.</i> , (2015)	“As características pessoais e os recursos sociais necessários para indivíduos e comunidades acessem, compreendam, avaliem e usar informações e serviços para tomar decisões sobre saúde. O letramento em saúde inclui a capacidade de comunicar, afirmar e promulgar essas decisões.”
13	Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021)	Letramento em saúde representa o conhecimento e as competências pessoais que se acumulam por meio de atividades diárias, interações sociais e entre gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem que as pessoas acessem, compreendam, avaliem e usem informações e serviços de forma a promover e manter a boa saúde e o bem-estar para si e para aqueles ao seu redor.

Adaptado: (Okan *et al.*, 2019)

No presente estudo a definição utilizada para o letramento em saúde se ancora com a definição da Organização Mundial de Saúde, onde o letramento em saúde, representa o conhecimento e as competências pessoais que se acumulam através das atividades diárias, interações sociais e por meio das gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que permitem às pessoas acessar, entender, avaliar e usar informações e serviços de maneira a promover e manter boa saúde e bem-estar para si e para os que estão ao seu redor (Who, 2022).

Letramento em saúde significa mais do que ser capaz de acessar sites, ler panfletos e seguir comportamentos prescritos de busca de saúde. Inclui a capacidade de exercer um

juízo crítico de informações e recursos de saúde, bem como a capacidade de interagir e expressar necessidades pessoais e sociais para a promoção da saúde. Ao melhorar o acesso das pessoas a informações de saúde compreensíveis e confiáveis e sua capacidade de usá-las de forma eficaz, o letramento em saúde é fundamental tanto para capacitar as pessoas a tomar decisões sobre saúde pessoal, quanto para permitir seu envolvimento em ações coletivas de promoção da saúde (Okan *et al.*, 2019).

As condições que influenciam a saúde são múltiplas e interativas. Alguns determinantes da saúde não são modificáveis (por exemplo, idade, local de nascimento e atributos herdados ou genéticos). A promoção da saúde está fundamentalmente preocupada com a ação para abordar toda a gama de determinantes potencialmente modificáveis da saúde – não apenas aqueles que estão relacionados às ações dos indivíduos, mas também aqueles fatores que estão amplamente fora do controle de indivíduos e grupos. Estes incluem, por exemplo, renda e acesso a recursos, educação, emprego e condições de trabalho (frequentemente chamados de determinantes sociais da saúde), acesso a serviços de saúde adequados e os determinantes ambientais da saúde (Who, 2021a).

A promoção da saúde aborda essa ampla gama de determinantes por meio de uma combinação de estratégias, incluindo a promoção da saúde em todas as políticas, e criando ambientes de apoio à saúde; e reforçando o letramento em saúde e as competências para a saúde. A ação para abordar os determinantes da saúde está intrinsecamente ligada à equidade em saúde e está fundamentalmente preocupada com a distribuição de poder e recursos nas populações (Nutbeam; Lloyd, 2021; Okan *et al.*, 2019; Who, 2021a).

Na Declaração de Xangai 2020/2030 temos três pilares para promoção da saúde, que são a boa governança, cidades saudáveis e o letramento em saúde. O letramento em saúde foi amplamente discutido na Conferência de Xangai, sobre a importância de melhorar o letramento em saúde, por meio do acesso à informação, permitindo assim que as pessoas tomem decisões mais informadas sobre sua saúde e a saúde de suas famílias, e as capacita a defender com mais eficácia seus líderes políticos e formuladores de políticas (Who, 2016).

O letramento em saúde capacita os cidadãos individualmente e permite o seu envolvimento em ações coletivas de promoção da saúde. Um adequado letramento em saúde entre os tomadores de decisão e investidores apoia seu compromisso com o impacto na saúde, co-benefícios e ação efetiva sobre os determinantes da saúde. O letramento em saúde baseia-se no acesso inclusivo e equitativo à educação de qualidade e à aprendizagem ao longo da vida.

Deve ser parte integrante das habilidades e competências desenvolvidas ao longo da vida, principalmente através do currículo escolar (Who, 2016).

Estudo realizado na Polônia em 20 escolas, observaram que estudantes do ensino médio com inadequado letramento em saúde apresentaram menor frequência de comportamentos promotores de saúde, incluindo atividade física. O papel do letramento em saúde na formação de comportamentos de saúde dos jovens tornou-se particularmente importante durante a pandemia de COVID-19, quando muitos jovens permaneceram em suas casas por períodos prolongados. Parece que manter um nível moderado de atividade física e hábitos nutricionais pode ter um efeito preventivo contra a prevalência de sintomas de insônia, depressão e ansiedade em adolescentes durante a pandemia de COVID-19 (Duplaga; Grysztar, 2021).

A saúde é criada nas configurações da vida cotidiana – nos bairros e comunidades onde as pessoas vivem, amam, trabalham, fazem compras e se divertem. A saúde é um dos marcadores mais eficazes do desenvolvimento sustentável bem-sucedido de qualquer cidade e contribui para tornar as cidades inclusivas, seguras e resilientes para toda a população (Who, 2016).

O Plano de Ação Global para a segurança do paciente 2021 a 2030 da OMS, reforça a importância de uma estrutura de serviços de saúde, que tenha integração, e que sejam centrados no paciente. A finalidade do plano é a mudança das organizações de saúde, com o foco numa saúde universal. “A OMS recomenda cinco estratégias relacionadas que precisam ser implementadas: engajar e capacitar as pessoas e a comunidade, fortalecer a governança e responsabilização, reorganizar o modelo de atenção, coordenar os serviços dentro e entre os setores; criar um ambiente favorável” (Who, p. 51; 2021b).

A Declaração de Xangai enfatiza alguns compromissos globais referente ao letramento em saúde como: reconhecer o letramento em saúde como um determinante crítico da saúde e investir no seu desenvolvimento; desenvolver, implementar e monitorar estratégias nacionais e locais intersetoriais para fortalecer o letramento em saúde em todas as populações e em todos os ambientes educacionais; garantir que os ambientes do consumidor suportem escolhas saudáveis por meio de políticas de preços, informações transparentes; aumentar o controle dos cidadãos sobre sua própria saúde e seus determinantes, aproveitando o potencial de tecnologia digital (Nutbeam; Muscat, 2021; Who, 2016).

Neste contexto a identificação do perfil da população em saúde quanto ao seu nível de letramento em saúde, contribui para evidências científicas e a construção de estratégias para o envolvimento da população e melhoria da promoção em saúde. Os instrumentos validados de letramento em saúde auxiliam, como ferramenta para identificação do nível de letramento em saúde da população atendida.

Para identificar quais os principais instrumentos que são utilizados na atenção primária em saúde, referente ao letramento em saúde, foi realizada uma ampla pesquisa nas bases de dados da PUBMED e Biblioteca Virtual em Saúde, com a seguinte estratégia de busca: ("*health literacy*" OR "letramento em saúde") AND "*Surveys and Questionnaires*" AND "*primary health care*", critérios de inclusão, artigos publicados nos últimos 10 anos, período de coleta setembro de 2022. Após seleção foram encontrados no total 177 artigos, dos quais 42 abordavam os instrumentos utilizados para identificar o letramento em saúde, no contexto da atenção primária em saúde. O Quadro 2 lista a seleção dos artigos encontrados, autores, país, título, instrumento aplicado e metodologia do estudo.

Quadro 2. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde, identificados nas bases de dados PUBMED e BVS entre 2012 à 2022.

	Autores/Ano	País	Título	Instrumento	Delimitação
1	(Taylor <i>et al.</i> , 2017)	Reino Unido	A Systematic Review of the Prevalence and Associations of Limited Health Literacy in CKD.	REALM; REALM-T; STOFHLA; SILS; TILS; BHLS; NVS.	Revisão Sistemática
2	(Sørensen <i>et al.</i> , 2013)	Europa	Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)	HLS-EU-Q	Validação
3	(Chinn; Mccarthy, 2013)	Inglaterra	All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings	AAHLS	Metodológico
4	(Bíró <i>et al.</i> , 2021)	Afganistão	Health Literacy and Health Behavior Among Women in Ghazni, Afghanistan	HLS-EU-Q16	Transversal
5	(Liu Kai <i>et al.</i> , 2021)	China	[Relationship between health literacy and health-related behaviors of enterprise employees]	National Resident Health Literacy Monitoring Questionnaire	Transversal
6	(Van der Gaag <i>et al.</i> , 2017)	Holanda	Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands	Health Literacy Questionnaire (HLQ)	Transversal
7	(Salim <i>et al.</i> , 2021)	Malásia	Health literacy levels and its determinants among people with asthma in Malaysian primary healthcare settings: a cross-sectional study	Health Literacy Scale (HLS)	Transversal
8	(Rojana sumapong <i>et al.</i> , 2021)	Tailândia	Internet Use, Electronic Health Literacy, and Hypertension Control among the Elderly at an Urban Primary Care Center in Thailand: A Cross-Sectional Study	eHealth Literacy Scale (eHEALS)	Transversal
9	(Gautam <i>et al.</i> , 2021)	Índia	Health literacy, preventive COVID 19 behaviour and adherence to chronic disease treatment during lockdown among patients registered at primary health facility in urban Jodhpur, Rajasthan	HLS-EU-Q47	Transversal
10	(Wong; Cheung, 2019)	China	Online Health Information Seeking and eHealth Literacy Among Patients Attending a Primary Care Clinic in Hong Kong: A Cross-Sectional Survey	eHealth Literacy Scale (eHEALS)	Transversal
11	(Kamberi <i>et al.</i> , 2013)	Europa	Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo	TOFHLA	Transversal
12	(Campbell <i>et al.</i> , 2019)	EUA	Can patients with low health literacy be identified from routine primary care health records? A cross-sectional and prospective analysis	Single Item Literacy Screener (SILS)	Transversal

13	(Šulinskaitė; Zagurskienė; Blaževičienė, 2022)	Lituânia	Patients' health literacy and health behaviour assessment in primary health care: evidence from a cross-sectional survey	Health Literacy Survey European Questionnaire (HLS-EU-Q47)	Transversal
14	(Jansen <i>et al.</i> , 2018)	Holanda	The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study	HLQ	Transversal
15	(Jović-Vranes Aleksandra <i>et al.</i> , 2013)	Sérvia	Evaluation of a health literacy screening tool in primary care patients: evidence from Serbia	TOFHLS, STOFHLS	Metodológico
16	(Örsal <i>et al.</i> , 2019)	Turquia	Analysis of the relationship among health awareness and health literacy, patient satisfaction levels with primary care in patients admitting to primary care health centers	Turkish Health Literacy Scale	Transversal
17	(Altin; Stock, 2015)	Alemanha	Impact of health literacy, accessibility and coordination of care on patient's satisfaction with primary care in Germany	Brief Health Literacy Screen (BHLS)	Transversal
18	(Viktorsson <i>et al.</i> , 2019)	Suécia	Healthcare utilisation and health literacy among young adults seeking care in Sweden: findings from a cross-sectional and retrospective study with questionnaire and registry-based data	HLS-EU-Q16 SE	Retrospectivo e Transversal
19	(Altin; Lorrek; Stock, 2015)	Alemanha	Development and validation of a brief screener to measure the Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices (HLPC)	Health Literate Primary Care Practice (HLPC)	Metodológico (validação)
20	(Santesmases-Masana <i>et al.</i> , 2019)	Espanha	Self-Care Practices of Primary Health Care Patients Diagnosed with Chronic Heart Failure: A Cross-Sectional Survey	European Heart Failure Self-Care Behavior Scale	Transversal
21	(Bonaccorsi <i>et al.</i> , 2022)	Canadá	Measuring Health Literacy in Primary Healthcare: Adaptation and Validation of a French-Language Version of the Brief Health Literacy Screening among Patients with Chronic Conditions Seen in Primary Care	BHLS-FCv	Validação
22	(Narayan Yadav <i>et al.</i> , 2020b)	Nepal	Levels and determinants of health literacy and patient activation among multi-morbid COPD people in rural Nepal: Findings from a cross-sectional study	HLQ	Transversal
23	(Narayan Yadav <i>et al.</i> , 2020a)	Nepal	Self-management practice, associated factors and its relationship with health literacy and patient activation among multi-morbid COPD patients from rural Nepal	HLQ	Transversal
24	(Xiang Yang <i>et al.</i> , 2021a)	China	Relationship between eHealth literacy and psychological status during COVID-19 pandemic: A survey of Chinese residents	eHealth Literacy Questionnaire (EHLQ)	Transversal

25	(Todorovic <i>et al.</i> , 2019)	República de Srpska, Bósnia e Herzegovina.	Assessment of health literacy in the adult population registered to family medicine physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina	(S-TOFHLA)	Transversal
26	(Reid; Nel; Van Rensburg-Bonthuyzen, 2019)	África do Sul	Development of a Sesotho health literacy test in a South African context	Sesotho Health Literacy Test (SHLT)	Validação
27	(Mafutha; Mogotlane; Swardt, 2017)	África do Sul	Development of a Hypertension Health Literacy Assessment Tool for use in primary healthcare clinics in South Africa, Gauteng	Hypertension Health Literacy Assessment Tool (HHLAT)	Validação
28	(Nakayama <i>et al.</i> , 2015)	Japão	Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy	HLS-EU-Q47	Transversal
29	(Nga <i>et al.</i> , 2021)	China	Knowledge and practice of home blood pressure monitoring 6 months after the risk and assessment management programme: does health literacy matter?	Chinese Health Literacy Scale for Chronic Care	Ensaio Clínico randomizado em cluster
30	(Stagliano; Wallace, 2013)	EUA	Brief health literacy screening items predict newest vital sign scores	LH e NVS	Transversal
31	(Jovic-Vranes; Bjegovic-Mikanovic, 2012)	Sérvia	Which women patients have better health literacy in Serbia?	STOFHLA	Transversal
32	(Schwartz <i>et al.</i> , 2013)	EUA	Estimating health literacy in family medicine clinics in metropolitan Detroit: a MetroNet study	S-TOFHLA	Transversal
33	(Spooner <i>et al.</i> , 2018)	Austrália	Predictors of weight stigma experienced by middle-older aged, general-practice patients with obesity in disadvantaged areas of Australia: a cross-sectional study	HLQ	Transversal
34	(Park <i>et al.</i> , 2022)	Coréia	Cultural and linguistic adaption and testing of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) among healthy people in Korea.	HLQ	Validação
35	(Bessing <i>et al.</i> , 2022)	Austrália	Measurement Properties of the Health Literacy Questionnaire in the Understanding Multiple Sclerosis Massive Open Online Course Cohort: A Rasch Analysis	HLQ	Transversal
36	(Leslie <i>et al.</i> , 2022)	EUA	Health Literacy Profiles of Early Intervention Providers: Use of the Health Literacy Questionnaire	HLQ	Transversal
37	(Nascimento <i>et al.</i> , 2022)	Portugal	Cultural Adaptation and Validity Testing of the Portuguese Version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)	HLQ	Validação

38	(Xie <i>et al.</i> , 2022)	China	Multidimensional health literacy profiles and health-related behaviors in the elderly: A cross-sectional survey	HLQ	Transversal
39	(Chen Id <i>et al.</i> , 2022)	Austrália	Cognition, educational attainment and diabetes distress predict poor health literacy in diabetes: A cross-sectional analysis of the SHELLED study	HLQ	Transversal
40	(Jacinto <i>et al.</i> , 2021)	Brasil	Test-retest reliability of the Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) in Brazilian carers of older people	HLQ	Validação
41	(Soares <i>et al.</i> , 2021)	Brasil	Letramento em saúde de cuidadores domiciliares de uma capital brasileira	HLQ	Transversal
42	(Moraes <i>et al.</i> , 2021)	Brasil	Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro	HLQ	Validação

STOFHLA, Short Test of Functional Health Literacy in Adults; REALM, Rapid Evaluation of Adult Literacy in Medicine; REALM-T, transplant-specific version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine; BHLS, Brief Health Literacy Screener; NVS, Newest Vital Sign; SILS, Single-Item Literacy Screener; TILS, Two-Item Literacy Screener

A maioria das pesquisas sobre letramento em saúde já o considerou como unidimensional, conceito focado principalmente na capacidade de leitura ou letramento funcional em saúde. No entanto, com a evolução do campo de letramento em saúde, ficou evidente que letramento em saúde abrange múltiplas dimensões, e que é bastante complexo e com construção heterogênea. Embora reconheça que a gama de definições é em grande parte sobreposta, cada definição particular também destaca aspectos específicos do letramento em saúde que ajudam para ampliar a compreensão (Okan *et al.*, 2019).

O letramento em saúde é uma habilidade baseada em processos que os indivíduos podem usar para identificar e transformar informações em conhecimento e ação. Portanto, não é apenas sobre o conhecimento que as pessoas adquirem, mas muito mais importante, como o conhecimento permite que eles ajam para manter e promover sua saúde e a saúde dos outros, e tornar-se consciente do papel das comunidades e da sociedade em geral. De fato, discussões recentes têm destacado a importância de ir além de um foco individual, e de considerar o letramento em saúde como uma interação entre as demandas de saúde, dos sistemas e habilidades dos indivíduos (Sørensen *et al.*, 2013).

Neste contexto, a aplicação de um instrumento multidimensional, para identificar o nível de letramento em saúde, amplia a visão dos possíveis problemas, auxiliando na construção de ferramentas para apoiar o paciente e profissionais na autogestão em saúde, bem como reforçando os aspectos provenientes da promoção da saúde e seus determinantes de saúde.

O HLQ é um instrumento multidimensional e possui excelentes propriedades psicométricas, foi adaptado culturalmente e/ou validado em diferentes populações, contextos e idiomas. Nos últimos anos, o HLQ tornou-se um dos instrumentos de letramento em saúde mais utilizados na pesquisa em saúde pública e serviços de saúde. O HLQ compreende nove escalas que capturam o letramento geral em saúde de indivíduos e grupos e foi traduzido para mais de 30 idiomas, incluindo: Holanda (Rademakers *et al.*, 2020), Austrália (Bessing *et al.*, 2022) Dinamarca (Maindal *et al.*, 2016), Alemanha (Nolte *et al.*, 2017), França (Debussche *et al.*, 2018), Eslováquia (Kolarcik *et al.*, 2017), Portugal (Nascimento *et al.*, 2022), Brasil (Jacinto *et al.*, 2021) (Moraes *et al.*, 2021) África (Boateng *et al.*, 2020; Mbada *et al.*, 2022) e Coreia (Park *et al.*, 2022).

Na Holanda estudo com 2.116 participantes, no centro de cuidados primários, aplicou o HLQ, com o objetivo de conhecer o nível de letramento em saúde das minorias étnicas na Holanda e examinar se a relação entre etnia e uso de cuidados de saúde é (parcialmente)

explicada pelo letramento em saúde. No estudo foi possível identificar que pacientes com nível inadequado de letramento em saúde, observado na escala “capacidade de navegar no sistema de saúde”, escala “capacidade de encontrar informações de saúde” escala “capacidade de ler e entender as informações” do HLQ, realizavam consultas em excesso na APS (Van Der Gaag *et al.*, 2017).

Outra pesquisa holandesa com 1.811 pessoas, com doenças crônicas atendidas na APS, aplicou o HLQ com o objetivo de entender o papel do letramento em saúde na explicação da associação entre o nível educacional e o uso de serviços de atenção primária fora do horário de expediente em pessoas com doenças crônicas. Foi observado que os indivíduos com nível elevado de letramento em saúde usavam o atendimento da APS com menos frequência, outro dado da presente pesquisa, revelou que quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível de letramento em saúde (Jansen *et al.*, 2018).

Outro estudo com aplicação do HLQ, foi realizado na China com 440 participantes, em um centro de saúde, teve o objetivo de investigar os perfis de letramento em saúde usando uma ferramenta multidimensional em idosos, analisar os fatores relacionados ao letramento em saúde e explorar as relações entre letramento em saúde e comportamentos relacionados à saúde. Observou-se pontuações baixas na escala “avaliação de informações de saúde” e a escala “gerenciar ativamente minha saúde”, indica uma incapacidade de compreender as informações de saúde e identificar informações confiáveis por si mesmos. Teve pontuação mais baixa também na parte dois do HLQ, na escala “navegar no sistema de saúde”, refletindo que os indivíduos têm problemas para encontrar serviços e informações essenciais de saúde de forma independente e ativa e usando o sistema associado (Xie *et al.*, 2022).

No Nepal estudo com 238 participantes de dois municípios rurais que atuam na área de saúde, objetivou examinar o nível de práticas de autogestão e a relação com fatores sociodemográficos, letramento em saúde (através do HLQ) entre pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Observa-se como resultado, que pacientes não alfabetizados e com nível inadequado de letramento em saúde, são mais propensos a ter uma compreensão deficiente das habilidades de autogerenciamento, incluindo gerenciamento de informações, sintomas, estilo de vida diário, emocional e autoeficácia (Narayan Yadav *et al.*, 2020a).

Os autores durante o desenvolvimento psicométrico e validação inicial do HQL, teve o objetivo de desenvolver uma ferramenta que fosse capaz de detectar uma ampla gama de necessidades de letramento em saúde das pessoas da comunidade e que pudesse ser usada para

diversos propósitos, desde descrever o letramento em saúde da população em pesquisas de saúde, até medir resultados de saúde pública e intervenções clínicas destinadas a melhorar o letramento em saúde (Osborne *et al.*, 2013).

Revisão sistemática realizada com o objetivo de revisar todas as publicações completas em revistas biomédicas entre 1993 e 2021, referentes aos instrumentos utilizados para avaliação do nível de letramento em saúde, descreve que o HLQ foi bem desenvolvido, evitou o uso de teorias predominantes até o processo de desenvolvimento posterior, teve cuidado para compreender plenamente as experiências e vidas de pessoas e profissionais de saúde. Foi classificado como um dos instrumentos mais frequentemente traduzidos ou validados, sendo utilizado, pelo menos em mais de 10 países (Tavousi *et al.*, 2022).

Segundo Soares e Brasil (2020), no Brasil os instrumentos validados e que estão disponíveis para mensurar o Letramento em saúde, até o presente momento são: B- TOFHLA (*Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*), NVS (*Newest Vittal Sign*), BREALD-30 (*Brazilian Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*), REALMD-20 (*Rapid Estimate Adult Literacy in Medicine and Dentistry*), OHLA-B (*Oral Health Literacy Assessment-Brazilian*), Teste do Letramento, MSFHL (*Multidimensional Screener of Functional Health Literacy*), NLS (*Nutritional Literacy Scale*), HBP-HLS (*High Blood Pressure - Focused Health Literacy Scale*), HLQ-Br (*Health Literacy Questionnaire*), STOFHLA (*Short Test of Functional. Health Literacy in Adults*), SAHLPA (*Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults*), HLS-14 (*Health Literacy Scale*), LAD-60 (*Literacy Assessment for Diabetes*) e NLit (Letramento nutricional).

A evolução do conceito de letramento em saúde, de uma abordagem unidimensional para uma visão mais ampla e multidimensional, reflete sua complexidade e relevância na promoção da saúde e no fortalecimento do cuidado. A utilização de instrumentos como o HLQ permite uma avaliação mais precisa das necessidades de diferentes populações, auxiliando no desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

Estudos internacionais demonstram a influência do letramento em saúde no uso dos serviços de saúde, na autogestão de doenças crônicas e na equidade no acesso à informação. No Brasil, a validação de diversos instrumentos reforça a importância de mensurar e compreender o letramento em saúde como um fator essencial para aprimorar a comunicação, a adesão aos tratamentos e os desfechos clínicos, contribuindo para a construção de políticas públicas mais inclusivas e eficientes.

3.2 Letramento em saúde e seu impacto no envolvimento do paciente na segurança do cuidado

Estudos têm apontado o impacto do nível adequado de letramento em saúde em diversos contextos e seguimentos da saúde do indivíduo, sendo importante destacar sua relação com o envolvimento do paciente no cuidado.

O Plano de ação Global para a segurança do paciente 2021-2030, discute uma mudança referente à segurança do paciente, que o descreve como um direito fundamental e atesta que o envolvimento do paciente deve ser pensado como uma prioridade, para traçar estratégias na segurança do paciente. Dessa forma fortalecer o envolvimento, inclui implantar programas como “Programa Pacientes pela Segurança do Paciente”, “incorporar a família nos princípios e práticas de segurança, aumentar a conscientização e educação sobre a segurança do paciente; e amplificar as vozes dos pacientes como uma força para a melhoria da segurança do paciente” (Who, 2021b, p.51).

Estudo realizado em sete hospitais nos EUA apontou que os eventos adversos evitáveis diminuíram 38% após a implementação de uma intervenção estruturada de comunicação verbal e escrita que enfatizavam o letramento em saúde, o envolvimento da família e a comunicação bidirecional. Além disso, a intervenção foi associada a melhorias nos principais comportamentos de comunicação, envolvimento da família e da enfermeira nas rondas e várias medidas de experiência familiar (Khan *et al.*, 2018).

Algumas barreiras são identificadas e têm impacto negativo no envolvimento do paciente na prestação de cuidados mais seguros, que incluem, barreiras relacionadas ao paciente, como baixos níveis de letramento em saúde, educação ineficaz, falta de vontade do paciente e barreiras culturais; barreiras relacionadas à equipe, como a existência de atitudes negativas em relação ao envolvimento dos pacientes em questões relacionadas à segurança do paciente, comunicação ineficaz, alta carga de trabalho e relutância por parte dos médicos em se envolver com os pacientes (Chegini *et al.*, 2020).

A segurança dos processos clínicos e o envolvimento do paciente e família também têm sido estimulados no contexto da atenção primária no Plano de Ação Global pela Segurança do Paciente da OMS, onde deve-se reforçar a aprendizagem a partir da experiência do paciente para melhoria da segurança; bem como a informação e educação para pacientes e familiares (WHO, 2021b), aspectos que têm sido abordados no letramento em saúde.

Neste sentido, achados sugerem que são necessários esforços para apoiar pacientes com inadequado letramento em saúde, para facilitar a participação do paciente. A participação ativa em comportamentos relacionados à segurança pode contribuir para melhorar a segurança do paciente (Hwang; Kim; Chin, 2019).

Neste contexto, o envolvimento do paciente através dos processos de autogestão pode ser observado de duas maneiras. A primeira como um portfólio de técnicas e ferramentas ajudam os pacientes a escolher comportamentos saudáveis; e, a segunda, permite uma transformação fundamental da relação paciente-profissional em uma parceria colaborativa (Dineen-Griffin *et al.*, 2019).

O letramento em saúde e a ativação do paciente são fundamentos necessários para envolver os pacientes na intervenção de autogestão. Cada conceito desempenha um papel único na melhoria do acesso ao autogerenciamento eficaz de doenças crônicas (Narayan Yadav *et al.*, 2020a).

Revisão sistemática da literatura com estudos de ensaios clínicos randomizados, descreve que as intervenções que visam a autogestão dos doentes com condição crônica, engloba a necessidade da participação ativa do paciente. Isso inclui a aquisição de conhecimento e uma combinação entre: estimulação do monitoramento independente de sinais e/ou sintomas; gerenciamento de medicamentos; melhorar as habilidades de resolução de problemas e tomada de decisões para tratamento ou gerenciamento de doenças; ou mudança de atividade física, hábitos alimentares e/ou tabagismo” (Dineen-Griffin *et al.*, 2019).

A capacidade do paciente de realizar o autogerenciamento pode ser comprometida se ele não for capaz de compreender completamente seu diagnóstico e tratamento. Níveis inadequados de letramento em saúde, representam uma preocupação de saúde considerável e podem influenciar negativamente nas condições crônicas, bem como as interações com profissionais de saúde (Larsen *et al.*, 2021).

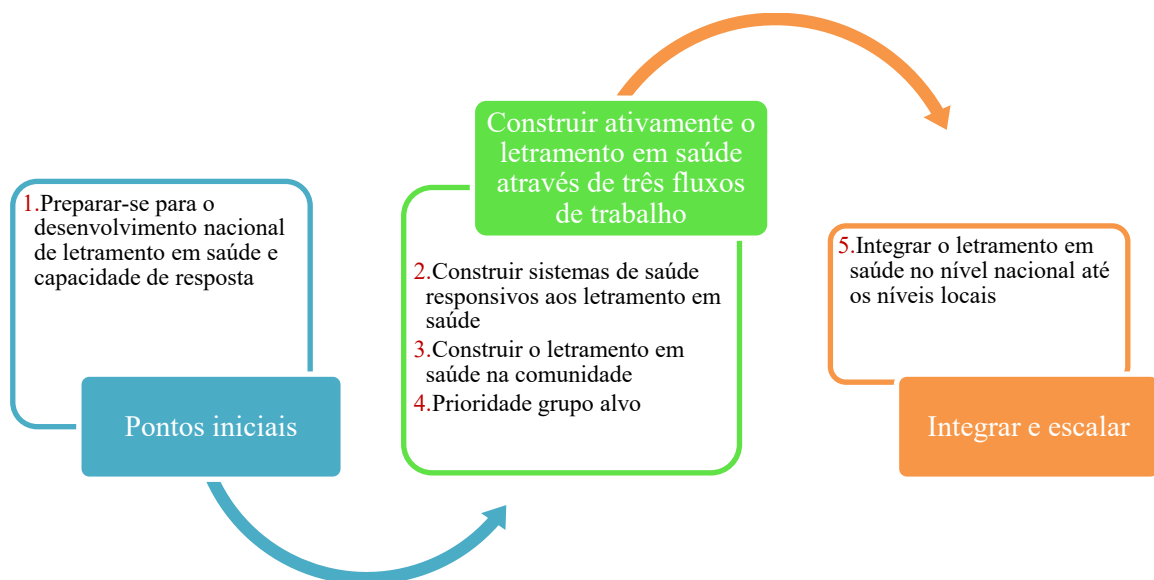
Os profissionais de saúde que atuam na atenção primária podem contribuir para apoiar a autogestão do paciente de forma estruturada e baseada em evidências. Existe a necessidade de entender melhor os componentes ativos necessários para um suporte de autogestão eficaz, como eles podem ser fornecidos na atenção primária e o treinamento e as mudanças no sistema que seriam necessárias posteriormente (Dineen-Griffin *et al.*, 2019).

O modelo de Cuidados Crônicos de Wagner, aborda elementos-chave que são projetados para otimizar a coordenação do cuidado e o tratamento, informação e motivação de pacientes com comorbidades. Os aspectos fundamentais são a organização dos cuidados de saúde, o desenho do sistema de prestação de serviços, os sistemas de informação, o apoio à decisão, o apoio à autogestão e os recursos comunitários (Brettel *et al.*, 2021).

Os profissionais da atenção primária em saúde devem incentivar em seus pacientes um senso de propriedade sobre sua própria saúde. Muitos pacientes estão familiarizados com as várias atividades de educação em saúde realizadas por unidades de atenção primária em todo o país para informar e corrigir equívocos sobre doenças crônicas, influenciando assim as práticas. O empoderamento também pode vir na forma de encorajar práticas conscientes de saúde, como o controle da pressão arterial e automonitoramento de glicose (Xuan Ng *et al.*, 2021).

O relatório da OMS para o desenvolvimento do letramento em saúde para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis (DCNT), reforça ações em cinco áreas prioritárias (figura 1), para obtenção de um sistema de saúde mais responsivo, no qual o letramento em saúde é necessário para melhorar a prevenção e o controle de DCNT e problemas de saúde mental (Who, 2022).

Figura 1. As cinco áreas de ação para o desenvolvimento do letramento em saúde e capacidade de resposta.



Fonte: (Who, 2022)

O letramento em saúde é um dos principais impulsionadores dos comportamentos de autogestão e refere-se às habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a

capacidade das pessoas para obter acesso, compreender e usar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde (Dahal; Hosseinzadeh, 2019).

Ao cultivar o conhecimento, as atitudes e as práticas de autogestão, pacientes e profissionais podem trabalhar sinergicamente para otimizar o atendimento. Para isso, a autogestão pode ser melhorada com programas estruturados de apoio que combina ferramentas de avaliação para identificar os potenciais problemas, desenvolver um plano de intervenção individualizado para melhorar a condição e, portanto, os resultados de saúde (Xuan Ng *et al.*, 2021)

Ressalta-se, no contexto de segurança do paciente, as metas que estão relacionadas à medicação segura, onde é possível destacar que o nível inadequado de letramento medicamentoso pode levar a eventos adversos decorrentes da administração inadequada e da não adesão medicamentosa, o que afeta negativamente a saúde dos pacientes. O letramento medicamentoso pode ser considerado a aplicação do letramento em saúde no processo de uso de medicamentos. Está conceitualmente relacionado, mas envolve habilidades específicas que não estão totalmente incluídas no letramento em saúde, como entender as instruções de dosagem ou informações sobre o uso de um medicamento (Neiva Pantuzza *et al.*, 2022).

Neste contexto, estudo realizado na China, com 307 pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico internados no setor de neurologia, observou que o letramento medicamentoso contribui para a segurança da medicação e um prognóstico mais positivo da doença. Por meio de métodos científicos e eficazes de gerenciamento e treinamento, os departamentos de administração de saúde podem melhorar o nível dos serviços de saúde e a educação em saúde dos profissionais e melhorar efetivamente o nível de conhecimento sobre medicamentos dos pacientes (Chang *et al.*, 2023).

Frente ao exposto, infere-se a forte relação existente entre letramento em saúde e segurança do paciente. Acredita-se, portanto, que qualquer intervenção que vise ampliar o letramento em saúde da população, contribuirá para a qualificação da segurança do paciente, centrada no paciente, especialmente em serviços de atenção primária, trazendo importantes perspectivas para o cuidado.

3.3 Estratégias educativas para promoção do letramento em saúde na Atenção Primária em saúde

O letramento em saúde permite que as pessoas construam seus conhecimentos, habilidades e potencial para fazer mudanças positivas de comportamento. Melhorar o letramento em saúde tem maior probabilidade de levar a uma mudança de comportamento sustentada, uma vez que níveis inadequados de letramento em saúde estão associados a piores resultados de saúde. O uso de estratégias educativas de intervenções em grupo e individuais de intensidade variável, na atenção primária à saúde quanto nos ambientes comunitários, podem ser úteis no apoio a mudanças nos fatores de risco comportamental, sustentadas no letramento em saúde (Taggart *et al.*, 2012).

Neste contexto pesquisas diversas vêm se ampliando frente à utilização de materiais educativos para incorporação e melhora do letramento em saúde. Estudo randomizado e controlado com 240 pacientes hipertensos e 17 médicos da família no Irã, relata que a abordagem da comunicação efetiva baseada no letramento em saúde inclui o uso de materiais educativos como uma ferramenta que oferece vários benefícios, incluindo melhora no letramento em saúde do paciente, resultados médicos, adesão à medicação e autoeficácia. O achado mostrou que médicos com altas habilidades de comunicação com seus pacientes foram associados a melhores habilidades de letramento em saúde para melhorar os cuidados com os pacientes. Portanto, o treinamento de habilidades de comunicação do médico parece ser uma maneira eficiente de esclarecer as necessidades de pacientes com limitado letramento em saúde e melhorar os desafios de comunicação entre pacientes e seus médicos (Tavakoly Sany *et al.*, 2020).

Neste sentido, a comunicação verbal e individual e o uso de materiais escritos foram mais eficazes em alcançar impactos sobre a cessação do tabagismo em comparação com a educação em grupo. Todos os tipos de intervenção foram igualmente eficazes para a atividade física, enquanto os materiais escritos e as intervenções múltiplas foram os mais eficazes na mudança positiva da nutrição (Taggart *et al.*, 2012).

Assim, a utilização de materiais educativos aborda a comunicação escrita e, para ser efetiva, deve ser pautada nos seguintes itens: uso de desenho como ferramenta de fácil leitura; usar os sinais de educação para a saúde de forma eficaz, criar uma atmosfera acolhedora com materiais escritos; simplificar o uso e identificar materiais para facilitar a leitura; avaliar os

materiais educacionais e formulários em uso com o paciente quanto à sua legibilidade (Tavakoly Sany *et al.*, 2020).

Uma estratégia para verificar a legibilidade e conformidade de materiais educativos é o *Health Literacy INDEX* (Índice de Letramento em Saúde - HLI), desenvolvido em 2011 pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças, para avaliar a conformidade de materiais educacionais com o foco no letramento em saúde. De fato, esse índice ajuda a desenvolver materiais educativos que atendem aos pacientes com limitado letramento em saúde atendidos na atenção primária a saúde (Kaphingst *et al.*, 2012).

O INDEX é composto por 63 indicadores organizados em 10 critérios: linguagem simples, propósito claro, gráficos de apoio, envolvimento do usuário, aprendizado baseado em habilidades, adequação do público, instrução do usuário, detalhes de desenvolvimento, métodos de avaliação e força das evidências. Em uma amostra de 100 materiais, a concordância entre codificadores foi alta: 90% ou melhor para 52% dos indicadores e acima de 80% para quase todos os outros. As pontuações gerais geradas pelo INDEX foram altamente correlacionadas com as classificações médias de 12 especialistas em letramento em saúde ($r = 0,89$, $p < 0,0001$) (Delavar; Pashaeypoor; Negarandeh, 2020; Kaphingst *et al.*, 2012).

O *Health Literacy INDEX* é uma ferramenta abrangente com evidências de confiabilidade e validade que pode ser usada para avaliar as demandas de letramento em saúde de materiais de informação em saúde. Embora a melhoria nos materiais de informação sobre saúde seja apenas um aspecto da mitigação dos efeitos do letramento em saúde limitada sobre os resultados da saúde, é um passo essencial para aumentar o letramento em saúde (Kaphingst *et al.*, 2012).

Ensaio clínico randomizado controlado, com 353 idosos no Irã, atendidos na atenção primária em saúde, realizou a intervenção com o uso de materiais educativos, baseado no INDEX, com os seguintes itens: à definição de hipertensão e seus fatores de risco, complicações, medicamentos, efeitos colaterais de medicamentos, gerenciamento de efeitos colaterais de medicamentos, importância da adesão à medicação e importância de visitas médicas regulares para monitoramento da pressão arterial. O estudo trouxe evidências que o material educativo baseado no INDEX, pode promover significativamente a adesão à medicação e diminuir a média da pressão arterial sistólica e diastólica em pacientes idosos com hipertensão primária não controlada e melhorar o letramento em saúde inadequado (Delavar; Pashaeypoor; Negarandeh, 2020).

Já a revisão sistemática, identificou que o aconselhamento individual e materiais escritos podem ser uma maneira eficaz de melhorar o letramento em saúde para redução do consumo de tabaco, enquanto intervenções múltiplas e materiais escritos podem ser mais eficazes para melhorar o letramento em saúde para nutrição. Mudar a nutrição pode exigir um adequado letramento em saúde em comparação com o tabagismo, pois requer conhecimento e habilidades sobre como melhorar a dieta. Isso pode ser um desafio maior do que saber por que não se deve fumar e como parar de fumar (Taggart *et al.*, 2012).

No ensaio clínico randomizado com 68 idosos, com o foco no autocuidado e promoção da saúde, o desenvolvimento de conteúdos educativos baseados no INDEX foi um método eficaz e baseado em evidências para manter e promover o estado de saúde e melhorar o desempenho dos idosos em todos os níveis de autocuidado na família e na comunidade, além de reforçar o aumento do letramento em saúde na população idosa (Ghalenow *et al.*, 2022). Entretanto, o INDEX ainda não foi validado no Brasil.

No Brasil, temos alguns instrumentos que podem ser utilizados para avaliar os materiais educativos, conforme abordagem do letramento em saúde. O AMEELS-BR, Instrumento de Avaliação de Materiais Educativos Impressos com foco no Letramento em Saúde para o Brasil (AMEELS-BR). O instrumento foi validado quanto a reprodutibilidade e conteúdo, e é composto 56 itens, divididos em seis domínios (conteúdo; linguagem; ilustrações; layout, tipografia e apresentação; estímulo/motivação do aprendizado; adequação cultural) (Abreu *et al.*, 2021).

O AMEELS-BR é um instrumento que foi produzido por meio dos aspectos pautados no letramento em saúde, “com base em diretrizes propostas para avaliação de material educativo no Brasil, que permite a avaliação e elaboração desses materiais em acordo as características do público-alvo, tornando mais eficiente a comunicação com os leitores”(Abreu *et al.*, 2021, p.10).

O SAM (*Suitability Assessment of Materials*) é um instrumento que tem por objetivo avaliar o material educativo produzido, no contexto de utilização para o paciente. Foi traduzido e adaptado para o uso no Brasil, composto por 30 itens, divididos em seis domínios (conteúdo, exigência de alfabetização, ilustrações, layout e apresentação, estimulação/motivação do aprendizado, adequação cultural) (Sousa *et al.*, 2015), no qual é amplamente utilizado em estudos internacionais, para validação de material educativo (Vasconcelos, 2015)

Estudo realizado em Picos (Piauí- Brasil), com o objetivo de construir e validar material educativo para prevenção em jovens a Síndrome Metabólica, desencadeada por obesidade, e que é classificada por fator de risco para o desenvolvimento da Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, aplicou o instrumento SAM para validar o conteúdo, presente na cartilha (Moura *et al.*, 2017). Já uma revisão integrativa da literatura, identificou a utilização do SAM em dezoito estudos no Brasil, incluindo artigos, dissertações e tese de doutorado (Alvarez; Ribeiro; Damiance, 2020).

Outro instrumento validado disponível no Brasil, para avaliação de conteúdo de material educativo em vários formatos (vídeos, álbuns, cartilhas, jogos, websites e softwares), é o IVCES (Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde) é composto por 18 itens, que engloba objetivos (propósito, metas, finalidade) e avaliação estrutura/apresentação (organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência). É uma “ferramenta inovadora a ser empregada para validar conteúdos educativos, servindo de apoio nas atividades de educação em saúde, tendo em vista que não especifica informações sobre tema, público-alvo e circunstâncias de aplicação” (Leite *et al.*, 2018; p. 3).

Estudo realizado em Maceió (Alagoas) com o objetivo de construir e validar um aplicativo móvel sobre orientações para a prevenção de Tromboembolismo venoso, destinado a pacientes hospitalizados durante a internação e após alta hospitalar, realizaram a validação com o IVCES para validação de conteúdo e o SAM para avaliação dos pacientes (Toledo *et al.*, 2022).

No Brasil, foi desenvolvido e validado um instrumento de tecnologia assistiva composto por 14 itens, organizados em quatro atributos principais: interatividade, objetivos, relevância, eficácia e clareza. Cada item é avaliado pelos participantes utilizando uma escala de pontuação que varia de 0 a 2, sendo 0 para “inadequado”, 1 para “parcialmente adequado” e 2 para “adequado” (Guimarães; Carvalho; Pagliuca, 2015).

O instrumento de tecnologia assistiva fundamenta-se no contexto da acessibilidade, que deve ser garantida a todos os indivíduos, com ou sem deficiência. Esse direito envolve o acesso à rede de informações, a eliminação de barreiras arquitetônicas, a disponibilidade de meios de comunicação, o acesso físico a equipamentos e programas apropriados, bem como a apresentação das informações em formatos alternativos. Esses elementos visam assegurar a utilização segura e autônoma, seja de forma independente ou assistida (Naiara Garcia; Dudeque Pianovski Vieira, 2018).

Neste contexto, a tecnologia assistiva desempenha um papel fundamental no aprimoramento do letramento em saúde, facilitando o acesso à informação e promovendo a inclusão de indivíduos com deficiência. Ao eliminar barreiras comunicacionais e arquitetônicas, esses recursos permitem que informações de saúde sejam compreendidas e utilizadas de forma eficaz, contribuindo para a autonomia e a participação ativa desses indivíduos na gestão de sua saúde (Guimarães; Carvalho; Pagliuca, 2015).

A integração de vídeos educativos focados no letramento em saúde e no uso de tecnologias assistivas tem se mostrado eficaz em diversos contextos. Por exemplo, Araújo e Santos (2023), por meio do Programa LISA Down, desenvolveram e validaram vídeos educativos destinados a adolescentes com Síndrome de Down, visando aprimorar o letramento em saúde desse grupo específico. Além disso, Oliveira *et al.*, (2022) criaram vídeos educativos sobre alimentação saudável para usuários da atenção primária à saúde com excesso de peso, com o objetivo de promover hábitos alimentares mais saudáveis.

Outro estudo, realizado por Silva e Almeida (2023), desenvolveu vídeos educativos voltados para idosos, com foco em oficinas da memória, fundamentados no letramento em saúde, visando melhorar a qualidade de vida e a saúde mental dessa população. Essas iniciativas demonstram a relevância de utilizar recursos audiovisuais acessíveis para promover o letramento em saúde, especialmente quando combinados com tecnologias assistivas que garantem a inclusão de indivíduos com diferentes necessidades.

Dessa forma, a promoção do letramento em saúde requer a transmissão de informações em linguagem clara, acessível e adequada ao público-alvo, de modo a facilitar sua compreensão e adesão. É imprescindível que as informações em saúde sejam acessíveis, compreensíveis e acionáveis para indivíduos com diferentes níveis de letramento em saúde. O engajamento efetivo dos grupos-alvo depende da entrega de informações precisas, no momento oportuno e por meio de canais de comunicação adequados. Para alcançar tais objetivos, torna-se essencial o desenvolvimento de conteúdos eficientes e cientificamente embasados. A elaboração de materiais que sejam ao mesmo tempo atrativos e impactantes demanda a identificação das mensagens centrais, a análise detalhada das características do público-alvo e a adaptação às suas preferências de comunicação (Maher *et al.*, 2023).

Portanto, o material educativo, além de fornecer informações confiáveis, é uma ferramenta para mudanças de comportamento e atitude para melhoria da saúde do paciente. O desafio do profissional é traçar estratégias para ampliar a utilização dessa ferramenta,

fornecendo ao paciente a capacidade de realizar julgamentos e tomar decisões cabíveis para melhoria do processo saúde e doença (Cruz; Faria; Reis, 2020).

Assim, o material educativo em saúde deve combinar estratégias e ferramentas para capacitar os pacientes com inadequado letramento em saúde, a se tornarem sujeitos ativos no manejo de sua doença e tratamento, no manejo sobre quais medicamentos tomar, na reivindicação de seus direitos e na atuação para prevenir desfechos que podem piorar seu quadro clínico (Santos; Bastos, 2017).

Na perspectiva de aumentar o nível de letramento em saúde da população e impactar o seu envolvimento no cuidado e na segurança do processo assistencial, várias intervenções têm sido implementadas, especialmente em países desenvolvidos, tais como, Alemanha (Schaeffer; Gille; Hurrelmann, 2020), Europa (Rowlands *et al.*, 2018) Estados Unidos (Baur, 2010), Escócia (Government, 2015) Portugal (Telo De Arriaga *et al.*, 2019); e Austrália (Batterham *et al.*, 2014).

Nos países desenvolvidos, uma das estratégias para a melhoria do letramento em saúde são os planos de ação. Como exemplo, destaca-se o plano de ação da Alemanha, que inclui medidas para organizar o sistema de saúde considerando a evolução das doenças crônicas; incorporar o letramento em saúde na vida cotidiana das pessoas com condições crônicas e facilitar sua participação no cuidado; fornecer a informação certa no momento adequado; e apoiar essas pessoas por meio de uma gestão sistemática da saúde ao longo de toda a trajetória da doença, compreendendo a aquisição de informação e conhecimento como um processo contínuo de aprendizagem (Schaeffer; Gille; Hurrelmann, 2020).

Na Escócia o plano de ação destaca que o problema oculto do baixo letramento em saúde afeta a capacidade de acessar, entender e se envolver com o sistema de saúde, assistência social e leva a resultados de saúde ruins. Desse modo, todos os envolvidos na saúde e na assistência social devem ver a melhoria do letramento em saúde como uma forma de reduzir as desigualdades em saúde. Assim, o plano de ação incentiva ação conjunta, em que o governo escocês e seus parceiros podem ajudar a força de trabalho integrada de saúde e assistência, a realizar essa ambição (Government, 2015).

O plano de ação de Portugal reforça a necessidade de disponibilização de instrumentos e ferramentas para profissionais de saúde para promoverem o letramento em saúde; realizar campanhas e intervenções temáticas promovendo o letramento em saúde para a população; aumentar a rede de parceiros para potencializar tal ação, aumentando assim, o impacto das

intervenções nas diferentes áreas; constituir comissão de acompanhamento com o propósito de apoiar a priorização de ações e medidas, e como recurso de excelência para o desenvolvimento de informação estratégica (Telo De Arriaga *et al.*, 2019).

Na Austrália a estratégia identificada foi o projeto Ophelia que enfatiza a segurança do paciente e as instituições letradas, por meio, de iniciativas de duas universidades, oito organizações de serviços e o governo Australiano. Com base nos problemas identificados, desenvolveu e testou intervenções de letramento em saúde em oito serviços de saúde diferentes, para informar a criação de uma estrutura de resposta de letramento em saúde para melhorar os resultados de saúde e reduzir as desigualdades em saúde (Batterham *et al.*, 2014).

Este projeto tem como objetivo melhorar os resultados de saúde e bem-estar; aumentar a equidade nos resultados de saúde e no acesso aos serviços para pessoas com diversas necessidades de letramento em saúde; priorizar a sabedoria, a cultura e os sistemas locais; responder às necessidades localmente identificadas de letramento em saúde; responder às necessidades variadas e modificadas de letramento em saúde dos indivíduos e comunidades; engajar todos os apoiadores relevantes na co-criação e implementação de soluções; focar na melhora nos níveis e através de todos os níveis de sistemas de saúde; focar na obtenção de melhorias sustentadas por meio de mudanças nos ambientes, na prática, na cultura e na política (Dodson; Good; Osborne, 2015).

O projeto Ophelia demonstrou ser uma abordagem viável pela qual as organizações podem desenvolver respostas personalizadas para as necessidades de letramento em saúde de seus participantes/usuários, com resultados positivos, como mudanças no letramento em saúde, comportamento, conhecimento e gerenciamento de fatores de risco de doenças (Dias *et al.*, 2021).

Outra intervenção utilizada para melhorar o letramento em saúde da população é o uso de materiais educativos. Em estudo realizado com 167 mulheres imigrantes nos EUA, demonstrou em seus resultados que as mulheres que obtiveram informações de saúde apresentadas em texto escrito foram associadas a quase três vezes a probabilidade de melhor letramento em saúde (OR = 2,96, $p < .01$). Os participantes com adequado letramento em saúde mencionaram que muitas vezes tinham informações apresentadas a eles em forma escrita (ou seja, panfletos, jornais, revistas), enquanto os participantes com baixo letramento em saúde identificaram a baixa proficiência em inglês como uma barreira para a eficácia profissional-paciente e sugeriu que as informações de saúde fossem apresentadas usando recursos visuais (ou seja, fotos, vídeos) (Adegboyega; Hatcher, 2016).

Desse modo, atesta-se que os materiais educativos têm sido promissores na proposta de auxiliar o desenvolvimento da autonomia do paciente, a partir da perspectiva do letramento em saúde, trazendo reflexos importantes para os desfechos assistenciais.

4.MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo multimétodo. A primeira etapa consistiu em um estudo transversal, no qual foram analisadas as condições de letramento em saúde de usuários da atenção primária. A segunda etapa consistiu em um estudo metodológico para a construção e validação de materiais educativos audiovisuais, elaborados conforme o diagnóstico situacional levantado na primeira etapa e alinhados às boas práticas do letramento em saúde. Esta etapa também foi subsidiada pelas evidências extraídas da revisão de escopo intitulada “Contribuições do letramento em saúde para a segurança do paciente na atenção primária: *scoping review*”, cujo objetivo foi mapear evidências sobre o impacto do letramento em saúde na segurança do cuidado de pacientes adultos na atenção primária.

4.1.2 Tipo de Estudo Transversal (primeira etapa)

A primeira etapa consistiu em um estudo transversal, de cunho prospectivo, realizado segundo a abordagem quantitativa. O método quantitativo possibilita ao pesquisador averiguar hipóteses para implantação do conhecimento, abordando mecanismos de investigação baseadas em experimentos, levantamentos e coletas de dados, bem como instrumentos que trazem dados estatísticos (Creswell, 2010).

Marconi e Lakatos (2009) ressaltam ainda que, o método quantitativo- descritivo tem como função primordial, a exata descrição de certas características quantitativas de população como um todo, oferecendo a facilidade do uso de entrevistas, questionários ou formulários.

O relatório do estudo transversal foi guiado pelo STROBE- *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (2021) de acordo com as normativas internacionais sobre estudos observacionais.

4.2.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Região Administrativa de Santa Maria, situada na Regional Sul de Saúde do Distrito Federal. Essa região acolhe nove Unidades Básicas de Saúde que são classificadas através da Portaria nº 37/2021, como Estratégia de Saúde da Família (ESF) com atendimento da eNASF-AB - Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (Brasil, 2021), atendem as seguintes demandas: realização de curativos; atendimentos

na área de saúde da mulher, idoso, criança, imunização, educação em saúde, assistência as doenças crônicas não transmissíveis, vigilância epidemiológica, prevenção, acolhimento e tratamento as doenças sexualmente transmissíveis, unidade sentinela, com atendimento de 07:00 até as 22:00, de segunda-feira a sexta-feira (Distrito Federal, 2017; Brasil, 2021).

O cenário do estudo foi a Unidade Básica de Saúde (UBS), composta por 11 equipes de saúde da família, constituídas da equipe mínima com um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um Agente Comunitário de Saúde de acordo com a Portaria nº 37/2021 (Brasil, 2021). Atualmente a unidade apresenta três equipes com falta de médico, duas equipes com falta de enfermeiro, quatro equipes com ausência de técnicos de enfermagem e uma equipe com ausência de ACS.

Um total de 122 profissionais trabalham na unidade. A distribuição desses profissionais, conforme categoria, de acordo com a Consulta de Estabelecimento - Módulo Profissional - Profissionais por Estabelecimento, na CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas), está apresentada no Quadro 3.

Quadro 3. Número de profissionais atuantes na UBS. N=122, Ano: 2022.

Profissional	Nº
Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	20
Técnico de Enfermagem	7
Farmacêutico	1
Assistente Administrativo	10
Técnico em Radiologia e Imagenologia	2
Agente Comunitário de Saúde	14
Auxiliar Técnico em Patologia Clínica	3
Fonoaudiólogo Residente	1
Cirurgião dentista da Estratégia de Saúde da Família	6
Supervisor Administrativo	1
Terapeuta Ocupacional	1
Médico da Estratégia de Saúde da Família	10
Enfermeiro	21
Fisioterapeuta Geral	3
Atendente de Enfermagem	1
Nutricionista	2
Gerente de Serviços de Saúde	1
Técnico em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	6

Fonte: BRASIL, 2021.

A escolha desta UBS na região administrativa de Santa Maria para o desenvolvimento da pesquisa foi motivada pelo contato direto da pesquisadora com os profissionais e a gestão da unidade. Esse vínculo fortalece a possibilidade de incorporar o produto desenvolvido no processo de trabalho dos profissionais de saúde, ampliando, assim, a capacidade de translação do conhecimento.

4.2.3 População e amostra

A população do estudo compreendeu os pacientes da área adstrita à unidade, caracterizando um estudo transversal. A Região Administrativa que abriga a UBS, cenário da pesquisa, está localizada no Distrito Federal e, em 2018, tinha uma população estimada em 128.882 habitantes, com idade média de 31,1 anos, sendo 51,8% do sexo feminino. Entre as pessoas com 25 anos ou mais, 35,2% declararam ter o ensino médio completo (Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2018).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) “cada equipe de Saúde da Família é responsável por 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica” (Brasil, 2017, p. 1).

Foram incluídos pacientes adultos, com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados no mapa de saúde da Unidade Básica de Saúde. Como critério de exclusão foram considerados pacientes cadastrados no mapa de saúde, mas que não utilizam o serviço da unidade básica de saúde em estudo, bem como pacientes analfabetos, uma vez que a compreensão de materiais informativos ou formulários poderia ser comprometida, impactando a participação no estudo.

A amostra foi calculada utilizando a plataforma OpenEpi, considerando 30.000 usuários, Intervalo de Confiança de 95%, prevalência do fenômeno encontrada na literatura internacional de 47% (Lloyd, *et al.*, 2018), precisão de 5,0 e efeito de desenho de 1,0, totalizando 378 pacientes. A totalidade de usuários elegíveis para participação no estudo foi calculado considerando o número de pessoas atendidas por equipe, de acordo com a PNAB (2017), o número de equipes no cenário de estudo (11) e a proporção de usuários adultos na região de Santa Maria (80%).

A seleção da amostra foi realizada por conveniência (não-aleatórias). Todos os pacientes que estavam presentes na unidade, foram contactados para participar da pesquisa (de acordo

com os critérios de inclusão e exclusão). Nessa etapa foram coletados dados de 500 pacientes, entre os meses de maio a agosto de 2022. Após análise dos formulários preenchidos e que estavam com dados completos, obtivemos 386 instrumentos válidos. Os demais instrumentos, que não foram preenchidos corretamente pela equipe de coleta, foram considerados perdidos.

4.2.4 Variáveis do Estudo

Variáveis de exposição:

- Dados demográficos: idade, sexo, nível de escolaridade (fundamental, médio e superior), tem plano de saúde.
- Autoavaliação do estado de saúde

Variáveis de desfecho:

- Condições de Letramento em Saúde.
- Satisfação com a assistência em saúde prestada (autorrelato).

4.2.5 Instrumentos de Pesquisa

Nesta primeira etapa foram utilizados três instrumentos. O instrumento *Pesquisa dos dados sociodemográficos e de saúde dos pacientes* (Apêndice I) construído para fins desta pesquisa foi composto por questões para o levantamento da idade, sexo, nível de escolaridade (fundamental, médio e superior), contrato de plano de saúde, condição de saúde, autoavaliação do estado de saúde, presença de doença crônica e satisfação do paciente

Para identificar as potencialidades e as limitações específicas em letramento em saúde das pessoas e comunidades foi utilizado o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) (autorização nº L22040IS, Anexo A). A escolha desse instrumento se deu em decorrência da sua avaliação multidimensional, identificando o nível de letramento em saúde em vários aspectos que inclui a relação direta com os profissionais de saúde, reforça o cuidado ativo, apoio social, a capacidade do paciente utilizar as tecnologias em saúde e buscar informações seguras para o seu cuidado.

O HLQ foi validado para utilização no Brasil em 2018 e obteve boas propriedades psicométricas: 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 (Hawkins, *et al.*, 2017; Moraes *et al.*, 2021).

O HLQ examina nove áreas do LS e oferece o potencial para profissionais, organizações e governos identificarem e entenderem os perfis de LS dos indivíduos e/ou população como base para o desenvolvimento de uma intervenção. É adequado para o uso em espectro de diversas culturas e está disponível em vários idiomas (Hawkins, *et al.*, 2017; Moraes, *et al.*, 2021). É composto por 44 itens distribuídos em nove escalas igual ao original (Osborne *et al.*, 2013; Moraes, *et al.*, 2021), conforme apresentado no quadro 4.

Quadro 4. Escalas e interpretação dos constructos do Health Literacy Questionnaire

Escalas HLQ	Interpretação de cada constructo das escalas do HLQ
<p>1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde Part 1- Q. 2. Eu tenho pelo menos um profissional de saúde... Part 1- Q. 8. Eu tenho pelo menos um profissional de saúde... Part 1- Q. 17. Eu tenho os profissionais de saúde... Part 1- Q. 22. Eu posso contar...</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. 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 Part 1- Q.1. Na minha opinião, tenho boas informações... Part 1- Q.10. Eu tenho informação suficiente... Part 1- Q.14. Eu tenho certeza de que tenho toda informação... Part 1- Q.23. Eu tenho toda a informação...</p>	<p>Alto: são confiantes de que têm todas as informações de que precisam para viver e cuidar da sua condição e tomar decisões. 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 Part 1- Q.6. Eu gasto bastante tempo envolvido... Part 1- Q.9. Eu faço planos sobre... Part 1- Q.13. Apesar de outras coisas acontecendo em minha vida... Part 1- Q.18. Eu decido meus próprios objetivos... Part 1- Q.21. Há coisas que eu faço regularmente...</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. 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 Part 1- Q.3. Eu tenho acesso... Part 1- Q.5. Quando me sinto doente, as pessoas ao meu redor... Part 1- Q.11. Se eu precisar de ajuda... Part1- Q.15. Eu tenho pelo menos... Part1- Q.19. Eu tenho forte apoio da...</p>	<p>Alto: as pessoas têm o sistema social que desejam e de que precisam. Baixo: completamente sozinho e sem apoio.</p>
<p>5. Avaliação das informações em saúde Part 1- Q.4. Eu comparo informações de saúde... Part 1- Q.7. Quando eu vejo novas informações sobre saúde... Part 1- Q.12. Eu sempre comparo informações de saúde...</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>Part 1- Q.16. Eu sei como descobrir se as informações de saúde...</p> <p>Part 1- Q.20. Eu pergunto aos profissionais de saúde...</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</p> <p>Part 2- Q.2. Ter certeza de que os profissionais de saúde...</p> <p>Part 2- Q.4. Sentir-se capaz de conversar sobre suas...</p> <p>Part 2- Q.7. Ter boas conversas...</p> <p>Part 2- Q.15. Conversar com os profissionais de saúde...</p> <p>Part 2- Q.20. Fazer perguntas aos profissionais de saúde...</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 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</p> <p>Part 2- Q.1. Encontrar o serviço de saúde...</p> <p>Part 2- Q.8. Conseguir consultar o profissional de saúde ...</p> <p>Part 2- Q.11. Decidir qual profissional de saúde...</p> <p>Part 2- Q.13. Conseguir encontrar o lugar certo para obter os cuidados de saúde...</p> <p>Part 2- Q.16. Descobrir quais serviços de saúde...</p> <p>Part 2- Q.19. Decidir qual é o melhor serviço de saúde...</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</p> <p>Part 2- Q.3. Encontrar informação sobre...</p> <p>Part 2- Q.6. Encontrar informações sobre saúde...</p> <p>Part 2- Q.10. Conseguir informação sobre saúde...</p> <p>Part 2- Q.14. Conseguir informações sobre saúde em linguagem...</p> <p>Part 2- 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</p> <p>Part 2- Q.5. Preencher corretamente formulários...</p> <p>Part 2- Q.9. Seguir exatamente as instruções dos...</p> <p>Part 2- Q.12. Ler e entender informações...</p> <p>Part 2- Q.17. Ler e entender todas as informações...</p> <p>Part 2- 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>

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.

Fonte: (Osborne *et al.*, 2013; Moraes, *et al.*, 2021)

O HLQ é dividido em duas partes. A primeira parte inclui cinco escalas e solicita ao participante que indique o quanto discorda ou concorda com cada uma das afirmações. As respostas estão distribuídas em escala tipo *Likert* e pontuadas de 1 a 4: discordo totalmente = 1, discordo = 2, concordo = 3, concordo totalmente = 4. A segunda parte consta de quatro escalas e solicita ao participante que indique o quanto é fácil ou difícil realizar as atividades propostas. As respostas estão distribuídas em escala tipo *Likert*, pontuadas de 1 a 5: não consigo fazer ou sempre difícil = 1, geralmente difícil = 2, às vezes difícil = 3, geralmente fácil = 4, sempre fácil = 5 (Osborne *et al.*, 2013).

Para fins de diagnóstico situacional, foi utilizado um instrumento de satisfação do usuário com o atendimento, que foi construído por Furlanetto *et al.*, (2020), composto por questão única: Qual é o seu nível geral de satisfação com o atendimento que recebeu na Unidade Básica de Saúde nos últimos 12 meses? A resposta será avaliada através da escala *Likert*: 1-Muito satisfeito, 2-satisfeito, 3- Nem satisfeito e nem insatisfeito, 4-insatisfeito e 5-Muito insatisfeito (Apêndice I).

4.2.6 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados da etapa 1 foi realizada entre maio e agosto de 2022, utilizando a técnica de entrevista estruturada, conduzida por uma equipe de pesquisa composta por sete graduandos do curso de Enfermagem, vinculados a uma instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação. Após treinamento sobre as técnicas de coleta de dados e com familiarização com o tema da pesquisa, os graduandos foram capacitados para realizar o procedimento.

A coleta ocorreu nos corredores da UBS, durante a espera pelo atendimento. Os pacientes foram convidados a participar do estudo e, nesse momento, foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, as formas de participação e os benefícios e riscos, sendo também oferecida a oportunidade de leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante a coleta de dados, os pacientes respondiam ou preenchiam o questionário, sentados em contato com outros pacientes que também aguardavam atendimento. O tempo estimado para o preenchimento do instrumento HLQ variou entre 7 e 30 minutos, dependendo das habilidades do entrevistado.

4.2.7 Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva. Foram apresentados média e desvio padrão para variáveis categóricas, frequência absoluta e relativa para variáveis contínuas. Os fatores associados ao nível de letramento foram calculados por meio de análise com o teste de *Mann-*

whitney e teste de *Kruskal-Wallis* como medida de associação, intervalo de 95% de confiança e considerados valores significativos as associações com $p < 0,05$.

Para análise de confiabilidade do HQL foi realizado o *Alpha de Cronbach*, obtendo os valores de 0,88 e 0,89, respectivamente para as partes 1 e 2 do instrumento. As escalas de 1 a 9 obtiveram valores de *Alpha de Cronbach* entre 0,82 e 0,79, denotando boa confiabilidade.

O HLQ-Br é um instrumento multidimensional, portanto não fornece pontuação global para o questionário, sendo avaliado os escores para cada uma das nove escalas de forma separada. Não há a possibilidade de obter estratificações para condições de letramento em saúde. Dessa forma, é observado, através da pontuação, os pontos fortes e as limitações de cada pessoa em relação ao seu letramento em saúde, conforme sejam maiores ou menores os valores, respectivamente (Osborne *et al.*, 2013). O cálculo dos escores foi realizado pela soma de cada item das escalas e esse valor foi dividido pelo número de itens da escala, sendo o valor apresentado como a média de pontuação.

4.2.8 Aspectos Éticos

A realização do estudo ocorreu somente após o atendimento dos requisitos éticos e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Lei nº 14.874/2024, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O parecer do Comitê foi número 5.214.953 e o CAAE foi 54245221.0.0000.0030 (Anexo II).

Todos os participantes foram orientados quanto aos objetivos do trabalho, possíveis riscos e benefícios do estudo e somente foram incluídos aqueles que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O uso do HQL se deu após autorização da *Swinburne University Of Technology*, mediante contato por e-mail (Anexo E e-mail com autorização).

4.3.1 Tipo de Estudo metodológico (segunda etapa)

Na segunda etapa, foi realizado um estudo metodológico para a construção e validação de materiais audiovisuais, fundamentado nos resultados obtidos na primeira etapa. Esses resultados foram evidenciados por meio da aplicação do instrumento multidimensional *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), que permitiu a identificação do nível de letramento em saúde da população estudada.

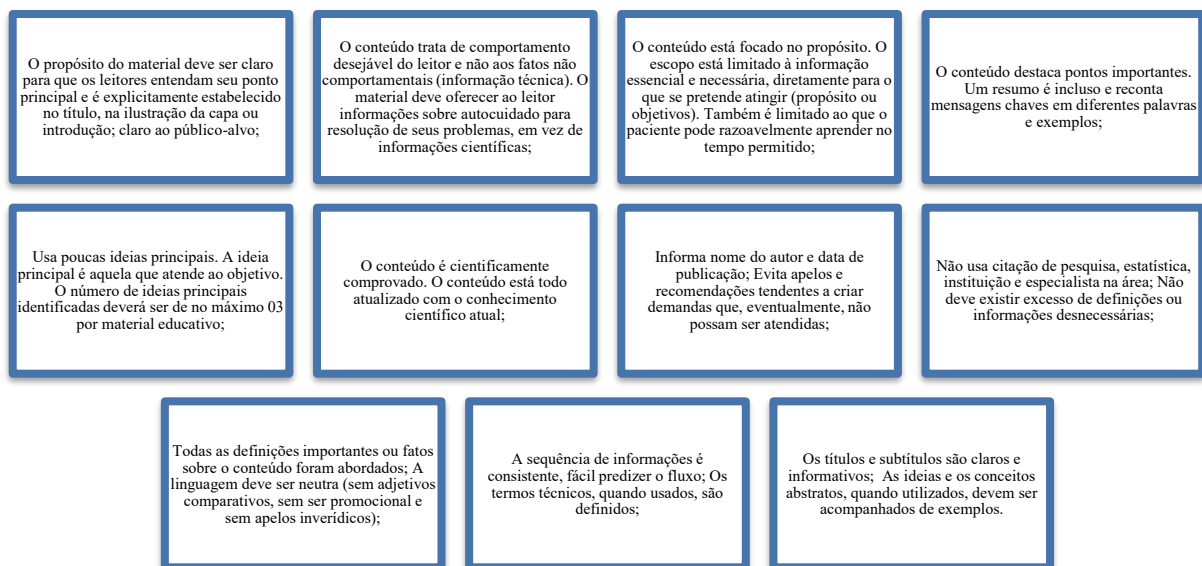
A escala referente à capacidade de navegação no sistema de saúde, presente na Parte 2 do instrumento, apresentou média de 2,54 na questão 1, intitulada “Encontrar o serviço de saúde

adequado”. Esse resultado sugere que os pacientes não possuem o suporte estrutural e o conhecimento necessários para acessar os serviços de saúde de maneira eficaz, conforme preconizado nas políticas públicas relacionadas às redes de atenção à saúde, que orientam sobre as portas de entrada e o acompanhamento no sistema de saúde.

Diante desse contexto, adotaram-se como referenciais teóricos para o desenvolvimento dos materiais audiovisuais as diretrizes de Vasconcelos (2015), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Health Literacy Program, 2024) e a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia de Mayer (2002), visando à promoção da melhoria do letramento em saúde da população-alvo do estudo.

Vasconcelos (2015), propõe 06 categorias para elaboração e avaliação dos materiais educativos, a luz do letramento em saúde, que inclui: Diretrizes propostas para categoria conteúdo (Figura 2); Diretrizes propostas para categoria linguagem (Figura 3); Diretrizes propostas para categoria ilustrações (Figura 4); Diretrizes propostas para categoria layout, tipografia e apresentação (Figura 5); Diretrizes propostas para estimulação e motivação à aprendizagem (Figura 6); Diretrizes propostas para categoria adequação cultural (Figura 7).

Figura 2. Diretrizes propostas para categoria conteúdo



Fonte: Vasconcelos (2015, p 170-171).

Figura 3. Diretrizes propostas para categoria linguagem - leiturabilidade

<p>O nível de leitura (<i>Flesch Reading Ease</i> port) deve ser ótimo (75 a 100), muito fácil, ensino fundamental (1ª ao 5º ano), 06 a 10 anos de escolaridade; Usa escrita no estilo conversação e voz ativa. Ambos os fatores: (1) Estilo conversação e voz ativa na maioria. (2) Sentenças simples são utilizadas extensivamente. Poucas sentenças contêm informações incorporadas;</p>	<p>Usa vocabulário com palavras comuns no texto (por exemplo, doutor x físico). A instrução usa pouca ou nenhuma palavra que expressam termos gerais como categoria (exemplo, legume x feijão), conceitos (ex., faixa normal x 15 à 70) e juízo de valor (ex., dor excessiva x dor nos últimos 5 min.). Não usa eufemismo. Todos os três fatores: (1) Palavras comuns são utilizadas aproximadamente todo o tempo. (2) Palavras com juízo de valor técnico, conceitos, categorias são explanadas por exemplos. (3) Palavras em forma de imagens são usadas com propriedade por conteúdo;</p>	<p>O contexto vem antes de novas informações. Consistentemente fornece o contexto antes de apresentar nova informação; O conteúdo é dividido por tópicos (informa o que está por vir). Aproximadamente todos os tópicos são precedidos por um organizador avançado (uma informação que conta o que está por vir);</p>
<p>Evita linguagem paternalista ou de julgamento. A linguagem paternalista é prejudicial, pois normalmente dá ordens e é unilateral, gerando subordinação. É uma prática fundada na autoridade. Conduz o indivíduo nas suas escolhas em vez de informá-lo. Situa o problema na pessoa e não na inacessibilidade do serviço ou da infraestrutura. O material deverá levar o indivíduo ao exercício de julgamento, opinião e tomada de decisões compatível com a resolução de conflitos e a potencialização de atividades nas diversas esferas;</p>	<p>Usa parágrafos curtos (3 a 5 sentenças). Usa sentenças curtas, devendo ter de 7 a 11 palavras, ou no máximo 15, com um total de 20 a 60 caracteres; Usa palavras curtas (1 a 2 sílabas); Coloca informações mais importantes no início; Diz o que deve fazer e evita dizer o que não deve; A linguagem deve ser compreensível, explicativa e adequada à população. Em relação à adequação à população, pode ser usada gírias e expressões de subculturas marcantes;</p>	<p>Não deve existir ideia preconceituosa; Os conceitos e ideias devem ser claros e concisos; Não devem ser usadas palavras ou sentenças com sentido dúbio; Deve evitar abreviaturas.</p>

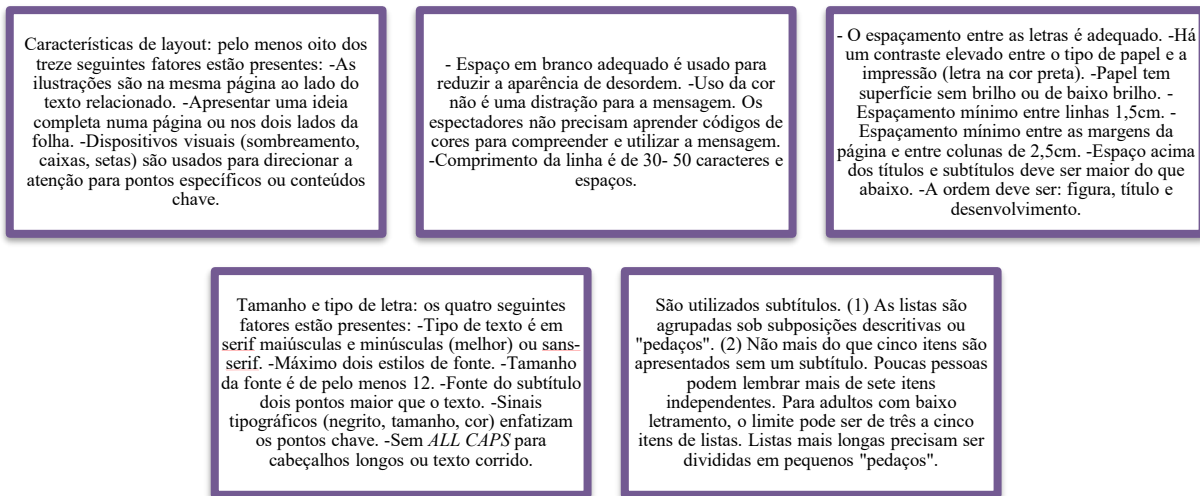
Fonte: Vasconcelos (2015, p 171-173).

Figura 4. Diretrizes propostas para categoria ilustrações

<p>O propósito da capa referente ao texto está claro. A imagem da capa é (1) amigável, (2) atrai a atenção, (3) retrata claramente o propósito do material para o público-alvo; O propósito das demais ilustrações referente ao texto está claro. As ilustrações devem servir para explicar o texto. Não devem ser usadas para "enfeitar" o material;</p>	<p>As ilustrações são: (1) Simples, apropriadas para adulto, desenhos ou esboços são usados. (2) Ilustrações parecem ser familiares para os expectadores. Expectadores podem não reconhecer o significado de desenhos de livros médicos didáticos (como corpo humano em corte) ou artes abstratas/ símbolos. Não é recomendado figuração de objetos e animais com traços e comportamentos humanos;</p>	<p>As figuras/ilustrações são relevantes, pois apresentam mensagens chave visualmente, de modo que o leitor possa compreender as ideias chave sozinho. Detalhes não essenciais como papel de parede, bordas elaboradas e cores desnecessárias podem distrair o leitor. Os olhos do leitor podem ser capturados por esses detalhes. As ilustrações deveriam mostrar pontos chave visualmente;</p>
<p>As listas, tabelas, quadros, quando usados, devem ser autoexplicativa. Direções de passo-a-passo com exemplos são fornecidos, o que irá melhorar compreensão e autoeficácia. Muitos leitores não entendem a proposta do autor por listas e gráficos; - As ilustrações têm legendas explicativas em todas ou quase todas as ilustrações e gráficos. As legendas podem rapidamente dizer ao leitor o que a ilustração representa, qual o foco da mesma. Uma ilustração sem legenda é geralmente uma instrução inferior e representa uma perda de aprendizagem;</p>	<p>Cada ilustração corresponde a 01 mensagem; O número de ilustrações não é excessivo. Não mais do que 02 ilustrações são usadas no material de pequenas dimensões e 03 a 04 em materiais de dimensões maiores; As ilustrações devem ser de boa qualidade (alta resolução); As ilustrações, quando corresponde à sequência, estão numeradas, sendo fácil para seguir e entender; Evita ilustrações que suscitem polêmica, quando não é o objetivo; Evita imagens "fortes", de apelo negativo.</p>	

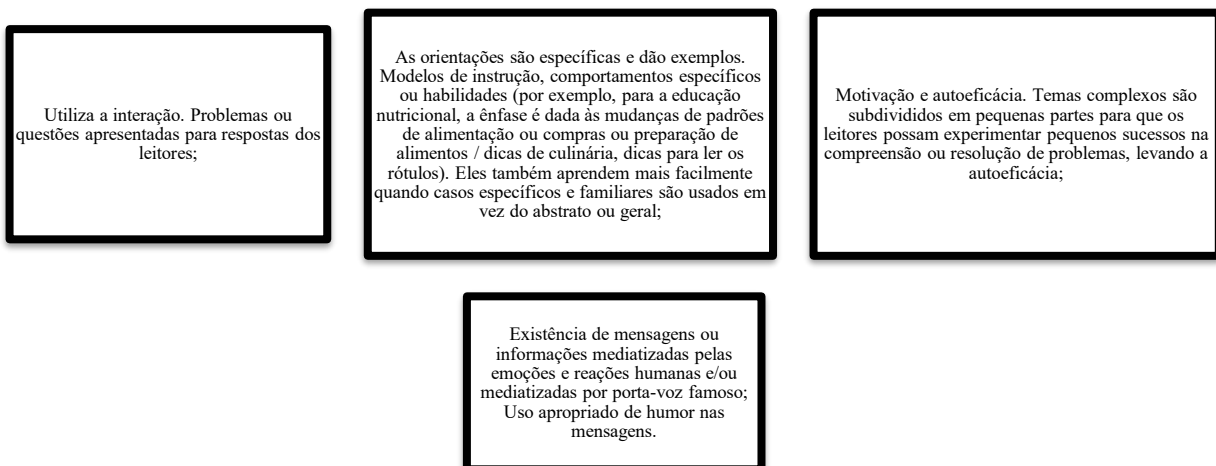
Fonte: Vasconcelos (2015, p 173-174).

Figura 5. Diretrizes propostas para categoria layout, tipografia e apresentação



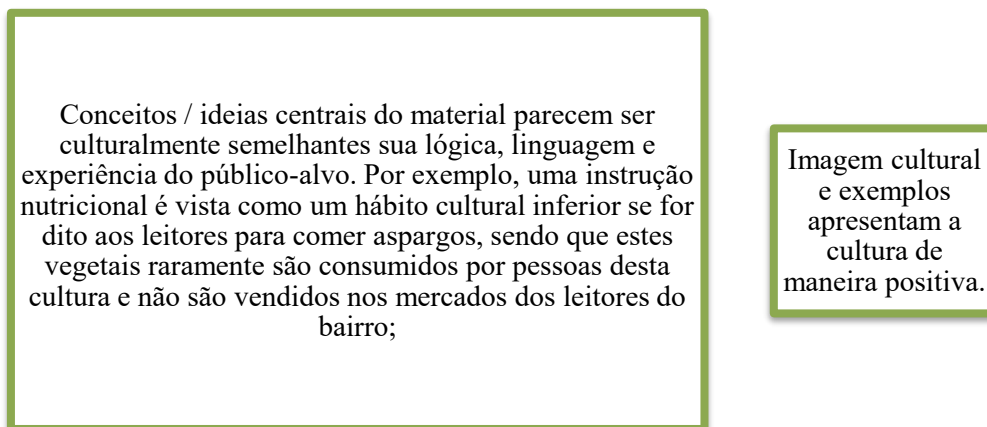
Fonte: Vasconcelos (2015, p 174-175).

Figura 6. Diretrizes propostas para estimulação e motivação à aprendizagem



Fonte: Vasconcelos (2015, p 175-176).

Figura 7. Diretrizes propostas para categoria adequação cultural



Fonte: Vasconcelos (2015, p176).

A AHRQ (2024) disponibiliza o *Toolkit* (ferramenta 11), conforme ilustrado nas figuras 8, 9 e 10, que apresentam estratégias para a construção e avaliação de materiais educativos com foco no letramento em saúde na prática de cuidados na atenção primária. O *Toolkit* aborda os seguintes itens:

Fórmulas de legibilidade:

- ✓ As fórmulas de legibilidade concentram-se no comprimento das palavras e frases em um documento e fornecem uma estimativa da dificuldade de leitura do texto. Existem diversos sites disponíveis que realizam avaliações de legibilidade utilizando fórmulas amplamente reconhecidas, como *Fry*, *SMOG* e *Flesch Reading Ease*. Recomenda-se a busca online por "fórmulas de legibilidade" para localizar recursos gratuitos.
- ✓ Esses sites geralmente indicam o nível educacional necessário para que um paciente compreenda o material. O adulto médio lê em um nível correspondente à 8ª ou 9ª série, e aproximadamente 20% dos adultos leem em um nível equivalente à 5ª série ou inferior. Assim, para assegurar um entendimento amplo, recomenda-se que os materiais sejam redigidos em um nível de leitura correspondente à 5ª ou 6ª série.
 - Avaliações de compreensibilidade: Diversos métodos estão disponíveis para examinar as características dos materiais destinados aos pacientes que, além da legibilidade, influenciam a compreensão. Esses métodos consideram fatores como a escolha das palavras, a organização da informação e a formatação dos documentos.
- ✓ Avaliação e a adequação dos materiais de informação em saúde, incluindo a eficácia com que os materiais estimulam a aprendizagem e sua adequação cultural.
 - Solicite aos pacientes que avaliem seus formulários e outros materiais escritos distribuídos ou disponíveis no portal do paciente. Isso deve incluir tanto os materiais desenvolvidos internamente quanto aqueles obtidos de fontes externas.
- ✓ Atenção aos números. Certifique-se de que seus materiais sigam as recomendações para aprimorar a comunicação de dados numéricos relacionados à saúde.
 - Selecione ou desenvolva materiais de fácil compreensão.
- ✓ Considere alternativas aos materiais escritos. Dado que aproximadamente 20% dos adultos possuem habilidades de leitura abaixo do nível da 5ª série, não é recomendável depender exclusivamente de textos escritos. Recursos em formato de áudio e vídeo, assim como a comunicação em linguagem simples, podem ser mais eficazes para muitos pacientes. Vídeos, em particular, são extremamente úteis para demonstrar práticas de autocuidado, como a administração de insulina, o uso de inaladores ou a execução de exercícios.

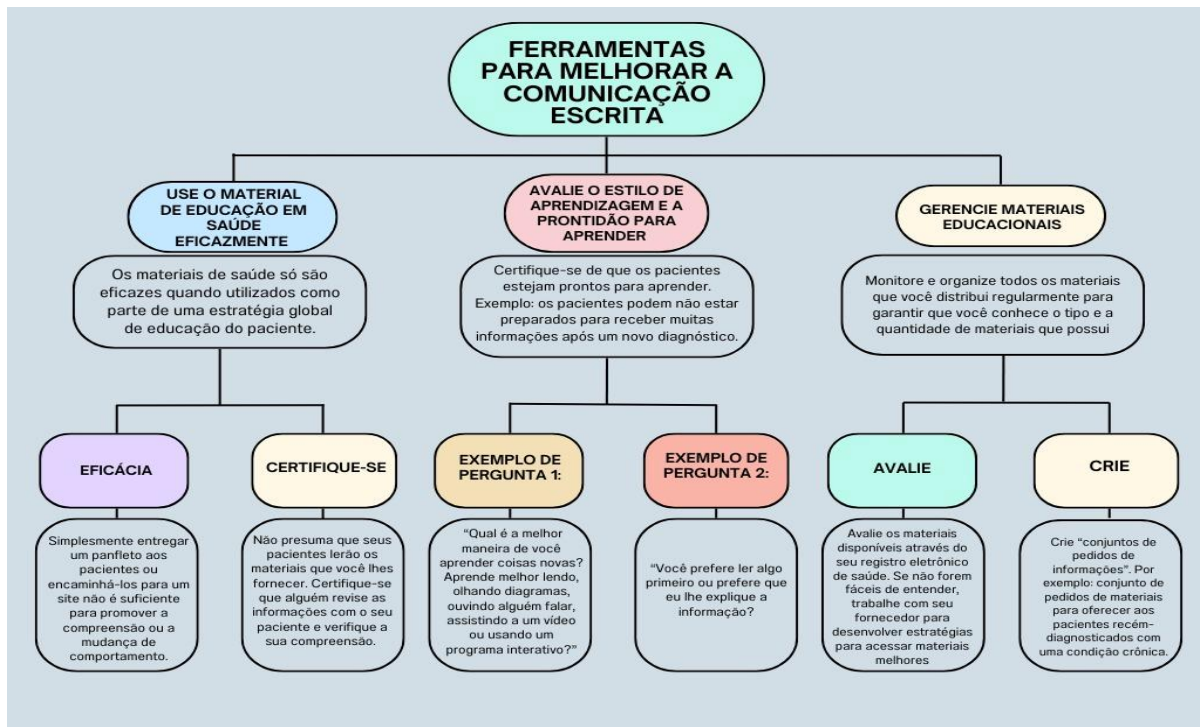
- ✓ Utilizar a internet. Há uma vasta gama de recursos educacionais gratuitos sobre saúde disponíveis online. Ao direcionar os pacientes para um site, assegure-se de que a navegação seja intuitiva e que o conteúdo seja fácil de ler e compreender.
- ✓ Envolver os pacientes. Convide os pacientes a participar no desenvolvimento de novos materiais educacionais. Eles possuem conhecimento prático sobre quais informações são mais relevantes para eles e sobre como essas informações podem ser apresentadas de maneira compreensível.

Figura 8. Ferramentas para melhorar a comunicação escrita 1.



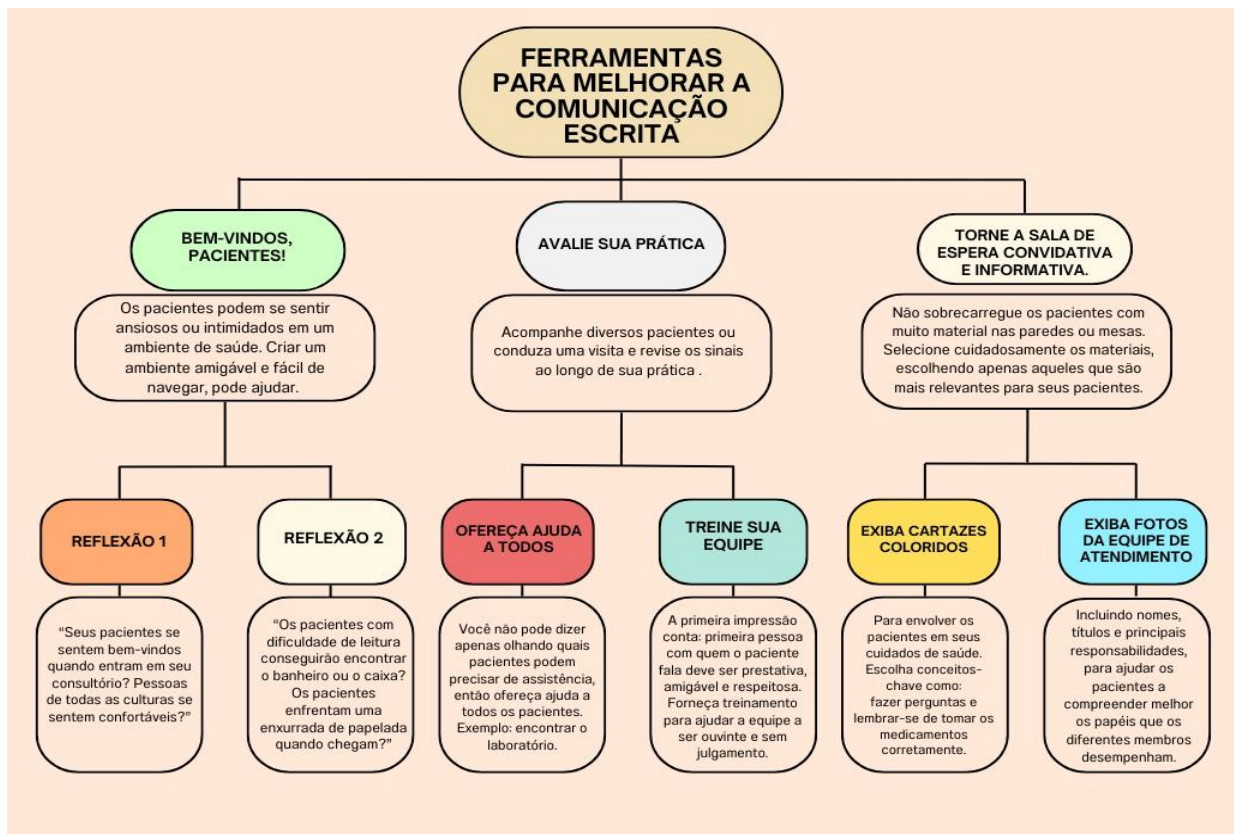
Fonte: baseado AHRQ (2024).

Figura 9. Ferramentas para melhorar a comunicação escrita 2.



Fonte: baseado AHRQ (2024).

Figura 10. Ferramentas para melhorar a comunicação escrita 3.



Fonte: baseado AHRQ (2024).

Os princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia estabelecem 12 itens que devem ser incorporados na produção de vídeos educativos, conforme indicado na Tabela 2:

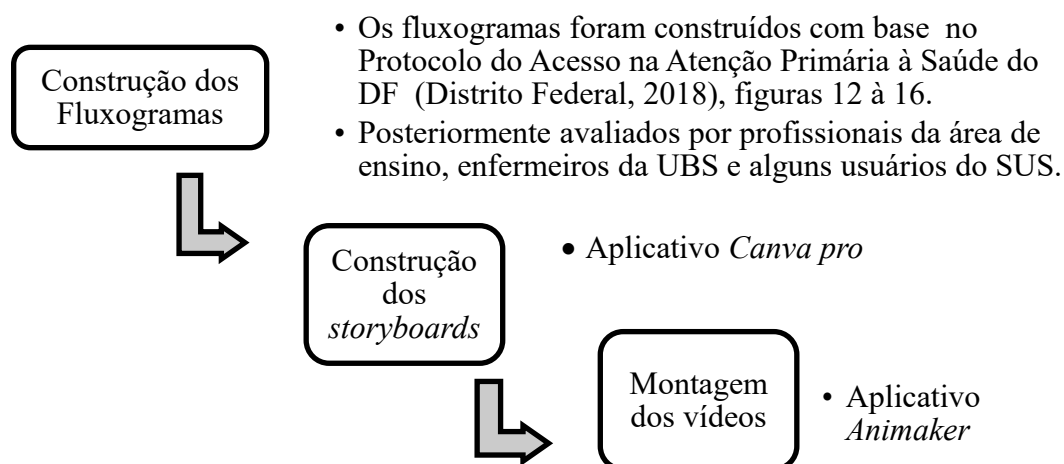
Tabela 2. Princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia Aplicados ao Design de Vídeos Educativos. 2024.

Princípio de Instrução	O que isso caracteriza?
Princípio da coerência	Exclusão de palavras, símbolos, imagens e sons desnecessários
Princípio de sinalização	Destacando elementos-chave do conteúdo abordado
Princípio da redundância	Uso de animação e narração em vez de animação, narração e texto na tela
Princípio da Contiguidade Espacial	Uso de pictogramas e textos espacialmente próximos
Princípio da Contiguidade Temporal	Pictogramas e narração são apresentados simultaneamente
Princípio de segmentação	Conteúdo apresentado em segmentos
Princípio de pré-treinamento	Apresentação geral do conteúdo, antes de detalhá-lo
Princípio da Modalidade	Uso de pictogramas e narração em vez de pictogramas e texto
Princípio da multimídia	Uso de palavras e imagens em vez de apenas palavras
Princípio de personalização	Uso de palavras de estilo coloquial em vez de estilo formal
Princípio da voz	Uso da narração de voz humana
Princípio da imagem	A imagem do narrador é dispensável

Fonte: (Mayer, 2002)

Assim, foram elencadas as seguintes estratégias de organização para a construção dos materiais audiovisuais, conforme a Figura 11:

Figura 11. Estratégias para organização do material educativo



Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

4.3.2 Etapa de Pré-produção

Na primeira fase de pré-produção, foram construídos os fluxogramas de atendimento na UBS, com base no Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (Distrito Federal, 2018) e na pesquisa realizada por Miranda (2021). Essa pesquisa aborda a implantação do referido protocolo e apresenta dados que evidenciam desafios na acessibilidade e organização dos serviços de saúde.

Os resultados indicam que apenas 66% dos serviços ofertados pela UBS estão em locais de fácil acesso e que somente 62% dos ambientes possuem divulgação dos fluxos internos dos serviços de saúde para a população (Miranda, 2021).

No que se refere ao bloco "Fluxo dos Serviços", observou-se que os critérios "divulgação dos fluxos internos" e "serviços ofertados em quantidade suficiente para os usuários" foram avaliados de forma insatisfatória pelos médicos (45% e 47%, respectivamente). Para este último critério, os profissionais de outras categorias apresentaram avaliações mais favoráveis, considerando o grau de implantação como razoável (enfermeiros: 58%, técnicos: 56% e agentes comunitários de saúde: 68%) (Miranda, 2021).

Outro aspecto relevante é a percepção dos profissionais de saúde quanto à baixa participação da comunidade no processo de construção do projeto de saúde. A participação popular é essencial para evitar decisões unilaterais e promover maior alinhamento entre as necessidades da população e as ações implementadas (Miranda, 2021).

Ainda em relação ao bloco "Fluxo dos Serviços", os critérios que avaliam a divulgação dos serviços para os usuários e a suficiência da quantidade de serviços ofertados apresentaram índices baixos, demonstrando margem para melhorias. A insuficiência na oferta de serviços pode gerar diversos problemas, como insatisfação dos usuários, descontinuidade do cuidado e a necessidade de uso de senhas que limitam o acesso aos serviços (Miranda, 2021).

Nesse contexto, os fluxogramas foram elaborados por meio do aplicativo *Canva Pro* e abordaram:

Figura 12. Fluxograma do atendimento ao usuário na UBS;

Figura 13. Descrição dos serviços de Livre demanda atendidos na UBS;

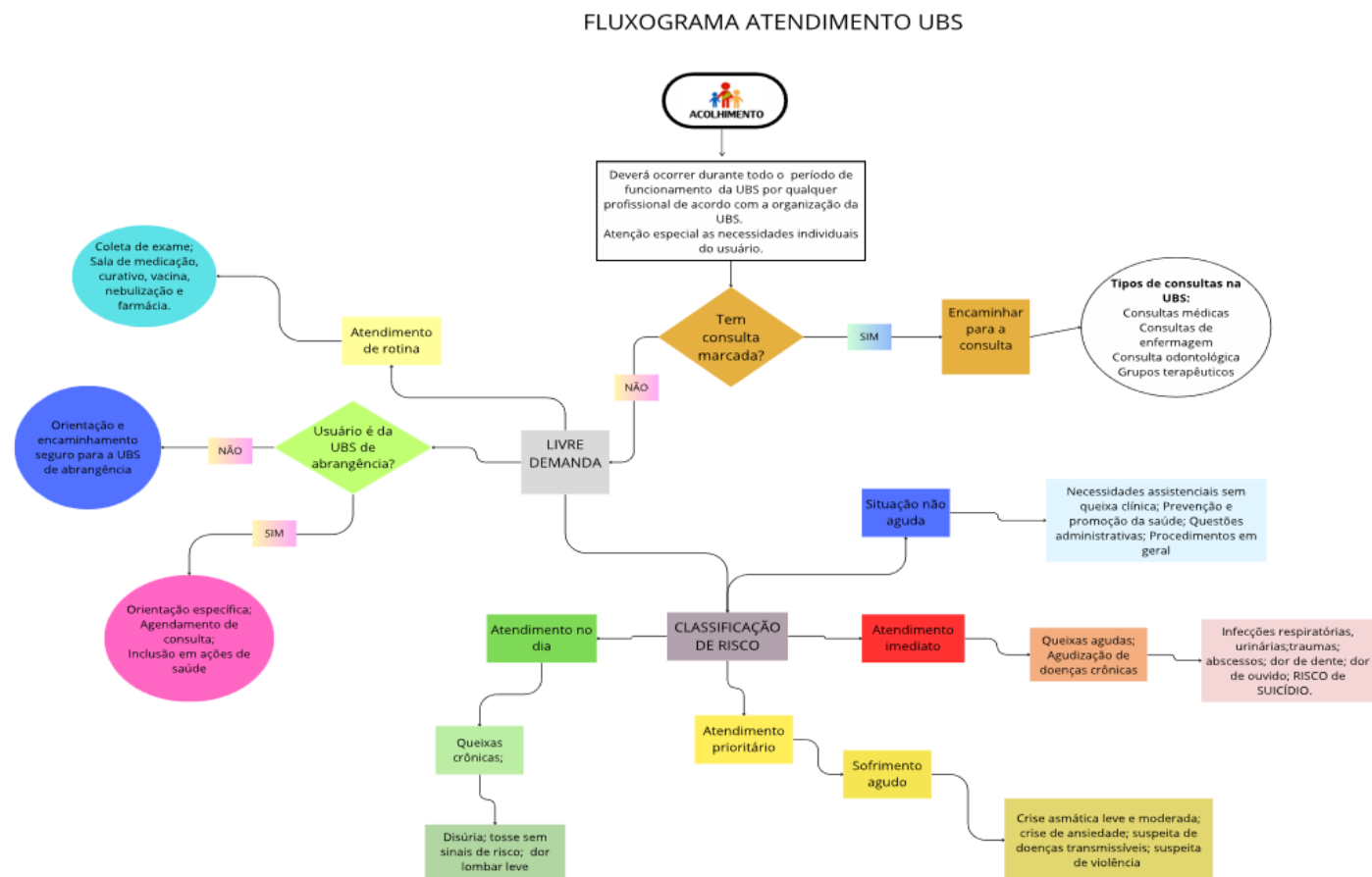
Figura 14. Descrição do atendimento com acolhimento;

Figura 15. Organização da classificação de risco na UBS;

Figura 16. Descrição dos Tipos de atendimentos realizados na UBS.

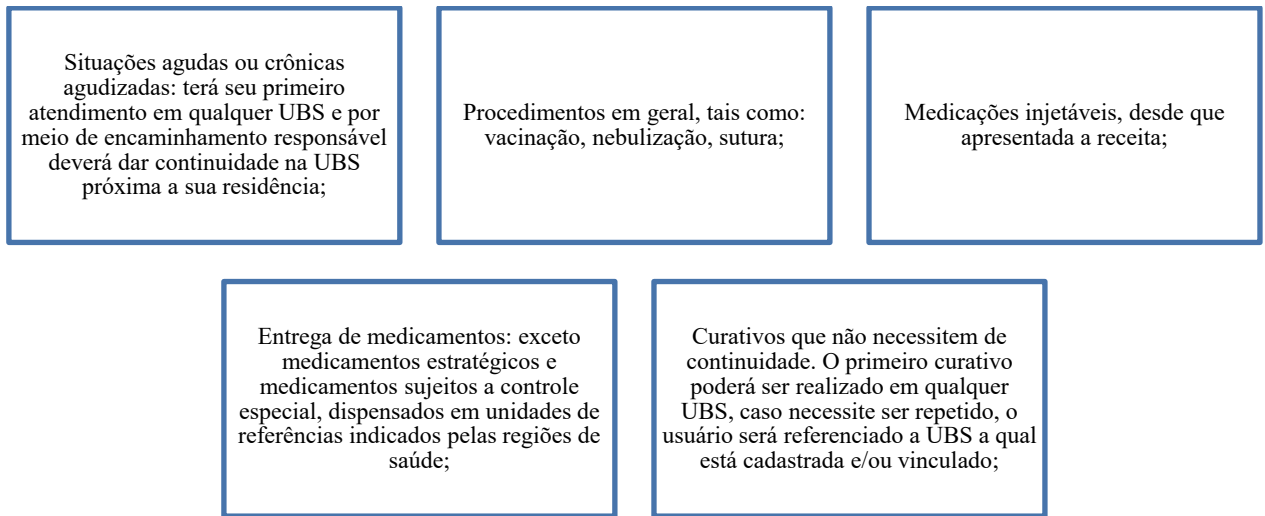
Após a construção, os fluxogramas foram avaliados por um docente do curso de enfermagem com experiência na área de Estratégia de Saúde da Família (ESF), um profissional de enfermagem que atua na UBS e dois usuários da UBS.

Figura 12. Fluxograma do atendimento ao usuário na UBS.



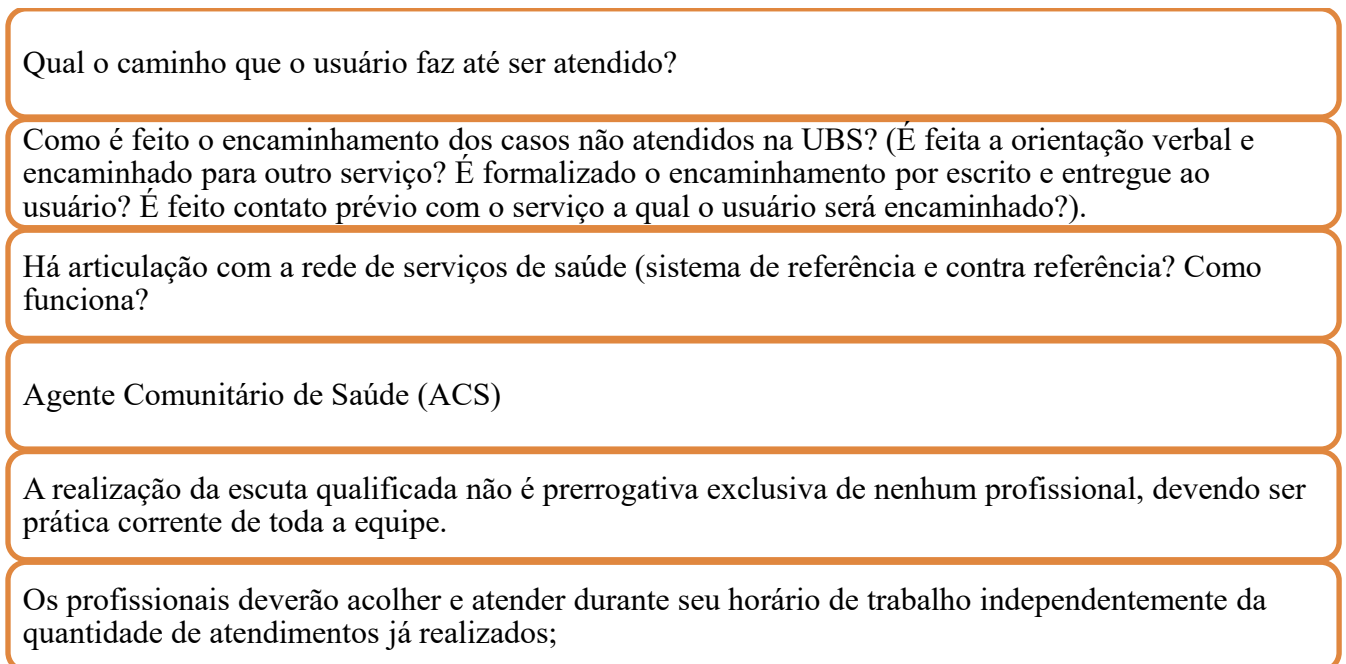
Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Figura 13. Descrição dos serviços de Livre demanda atendidos na UBS.



Fonte: baseado Distrito Federal, (2018).

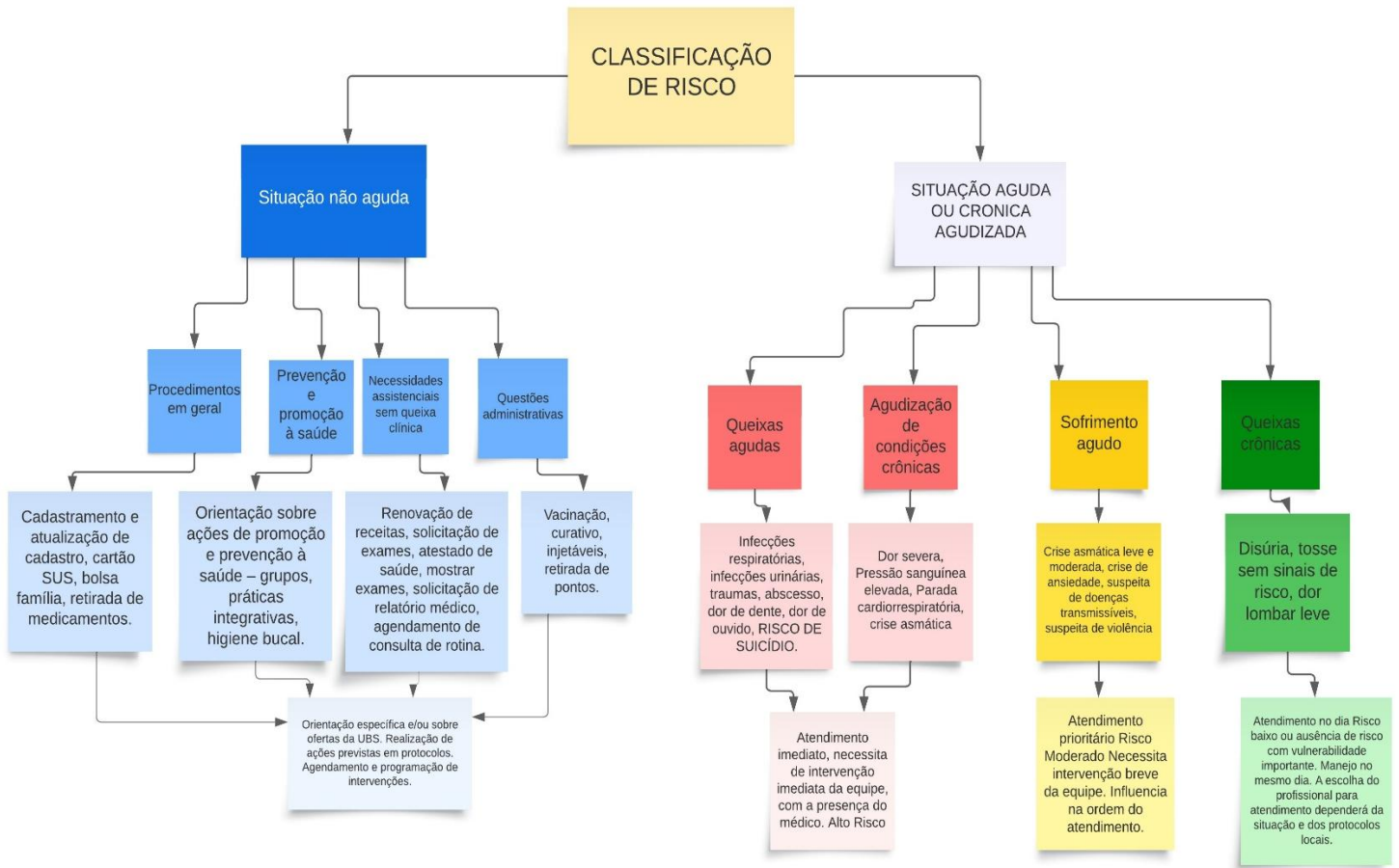
Figura 14. Descrição do atendimento com acolhimento.



Fonte: baseado Distrito Federal, (2018).

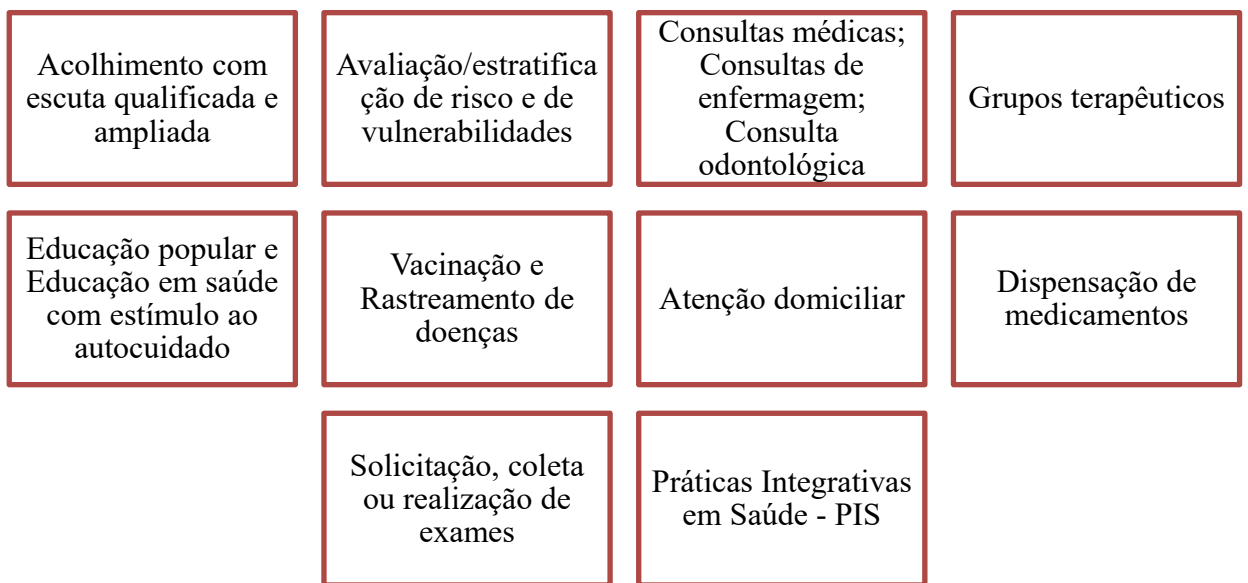
Figura 15. Organização da classificação de risco na UBS.

- Atendimento imediato
- Atendimento prioritário
- Atendimento no dia
- Situação não aguda:



Fonte: baseado Distrito Federal, (2018).

Figura 16. Descrição dos Tipos de atendimentos realizados na UBS



Fonte: baseado Distrito Federal, (2018).

4.3.3 Etapa de produção dos *storyboards*

A partir dos fluxogramas construídos, foram elaborados os roteiros que serviram de base para o desenvolvimento dos *storyboards*. Nessa etapa, foram aplicadas as boas práticas do letramento em saúde conforme Vasconcelos (2015), que estabelece seis categorias para a elaboração e avaliação de materiais educativos à luz do letramento em saúde:

- Diretrizes propostas para a categoria conteúdo;
- Diretrizes propostas para a categoria linguagem;
- Diretrizes propostas para a categoria ilustrações;
- Diretrizes propostas para a categoria layout, tipografia e apresentação;
- Diretrizes propostas para a categoria estimulação e motivação à aprendizagem;
- Diretrizes propostas para a categoria adequação cultural.

Além disso, foram seguidos os princípios do *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Health Literacy Program, 2024).

O texto foi avaliado pelo Índice de *Flesch* de leitura, que verifica o grau de leitura de um texto por meio da relação entre o tamanho da frase e da palavra, fatores que influenciam a facilidade de leitura. A fórmula utilizada é: $\lfloor 206,835 - [1,015 \times (\text{total de palavras} \div \text{total de frases})] - [84,6 \times (\text{total de sílabas} \div \text{total de palavras})] \rfloor$. O resultado varia entre 0 e 100, sendo que valores mais altos indicam maior facilidade de leitura, conforme quadro 5 (Finatto e Paraguassu, 2022). O cálculo foi realizado por meio da [Calculadora de Leiturabilidade]

(<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ACTGPodJqbnQUjgqOBb15990unpfpwzEWZHeJXv86OE/edit?gid=0#gid=0>).

Quadro 5. Interpretação do resultado do índice Flesch de Facilidade de Leitura.

Resultado	Leiturabilidade
100-90	Muito fácil
90-80	Fácil
80-70	Um pouco fácil
70-60	Padrão – Linguagem Simples
60-50	Um pouco difícil

50-30	Difícil
30-00	Muito difícil

Fonte: Finatto e Paraguassu (2022, p. 50).

Os cinco *storyboards* foram elaborados utilizando o aplicativo *Canva Pro*®, que permitiu a aplicação de diversos modelos gráficos e elementos visuais para enriquecer a produção. Além disso, foram analisados quanto à legibilidade, apresentando os seguintes resultados:

1. Conhecendo o Acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS)

- 13 cenas abordando o processo de acolhimento, com foco na escuta ativa e no atendimento respeitoso aos pacientes.
- Análise de legibilidade: 63,23 (Fácil) – 6º ao 9º ano.

2. Tipos de Consulta e atendimentos na UBS

- 18 cenas explicando os diferentes tipos de consultas e atendimentos na UBS, como consultas médicas, de enfermagem, odontológicas e grupos terapêuticos.
- Análise de legibilidade: 56,60 (Fácil) – 6º ao 9º ano.

3. Atendimentos de Livre Demanda na UBS

- 16 cenas explicando os atendimentos de livre demanda, destinados a casos sem consulta agendada.
- Análise de legibilidade: 58,42 (Fácil) – 6º ao 9º ano.

4. Classificação de Risco na UBS

- 17 cenas abordando o sistema de classificação de risco na UBS, que organiza os atendimentos conforme a gravidade: Vermelho (atendimento imediato, alto risco); Amarelo (atendimento prioritário, risco moderado); Verde (atendimento no mesmo dia, baixo risco); Azul (situação não aguda, atendimento agendado).
- Análise de legibilidade: 39,40 (Difícil) – Ensino Médio.

5. Letramento em Saúde para a População

- 15 cenas explicando o conceito de letramento em saúde, capacitando os indivíduos a entender e gerenciar melhor sua própria saúde.

- Análise de leiturabilidade: 80,57 (Muito fácil) – 1º ao 5º ano.

4.3.4 Etapa de validação dos *storyboards*

Após a construção, os materiais foram submetidos à validação de conteúdo e aparência por 30 juízes heterogêneos, incluindo especialistas em letramento em saúde e atenção primária à saúde, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Não há consenso na literatura sobre a quantidade ideal de juízes, com recomendações variando entre 6 e 50 membros (Bertoncello, 2004; Pasquali, 1997; Fehring, 1987).

A seleção dos juízes foi realizada por meio de consulta ao currículo Lattes no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela técnica bola de neve. A pontuação foi atribuída com base em qualificações e experiências específicas:

- 3 pontos: Doutorado ou mestrado, especialização em Enfermagem em Saúde Pública ou áreas afins, atuação como técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde, e uso do letramento em saúde em pesquisas.
- 2 pontos: Experiência mínima de um ano na atenção primária e publicações sobre letramento em saúde.
- 1 ponto: Resumos publicados e participação em cursos ou congressos com carga horária mínima de 4 horas.

Somente os juízes que alcançaram pelo menos 5 pontos foram selecionados para o estudo, seguindo Fehring (1987), conforme apresentado no Quadro 6.

Quadro 6. Sistema de pontuação de peritos adaptado do modelo de Fehring (1987). Brasília, 2021.

Critérios	Pontuação
Ser doutor ou mestre	3
Título de especialista em Enfermagem saúde pública ou áreas afins	3
Especialistas práticos (técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde)	3
Utilização do letramento em saúde em pesquisas	3
Prática clínica atual mínima de um ano com pacientes da atenção primária	2

Pesquisa ou artigos publicados em letramento em saúde	2
Resumos publicados sobre letramento em saúde	1
Participação em cursos ou congressos, referentes a Letramento em saúde, com carga mínima de 4 horas.	1

Fonte: adaptação Silva e Gorini, 2012

A técnica de coleta de dados bola de neve foi introduzida por Goodman (1961) e é amplamente utilizada em pesquisas qualitativas para identificar participantes por meio de indicações dos próprios entrevistados. Nesse método, os primeiros participantes são selecionados com base em critérios específicos e, durante as entrevistas, são convidados a indicar outros indivíduos com experiência relevante para o estudo. Esse processo se repete, expandindo progressivamente a amostra. A técnica é especialmente útil para alcançar populações de difícil acesso ou quando há necessidade de ampliar o número de participantes de forma contínua e orgânica.

Os juízes selecionados foram contatados por e-mail e aplicativos de mensagens, recebendo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Link com os *storyboards* (Apêndice IV) para análise, Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVECS), e a opção de sugestão para correções, todos disponibilizados por meio de um formulário eletrônico.

O IVECS é composto por 18 itens, conforme figura 17, distribuídos nos seguintes critérios: Objetivos: propósito, metas e finalidade; Estrutura/Apresentação: organização, estratégia, coerência e suficiência do material; Relevância/Significância/Impacto/Motivação/Interesse. Cada item foi avaliado utilizando uma escala de concordância: 0 – Discordo; 1 – Concordo parcialmente; 2 – Concordo totalmente. A validação do instrumento obteve confiabilidade com ICC>0,8, e valor p <0,05 (Leite *et al.*, 2018).

Figura 17. Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES)

Objetivos: propósito, metas, finalidade

- 1. Contempla tema proposto
- 2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem
- 3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado
- 4. Proporciona reflexão sobre o tema
- 5. Incentiva mudança de comportamento

ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência

- 6. Linguagem adequada ao público-alvo
- 7. Linguagem apropriada ao material educativo
- 8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo
- 9. Informações corretas
- 10. Informações objetivas
- 11. Informações esclarecedoras
- 12. Informações necessárias
- 13. Sequência lógica das ideias
- 14. Tema atual
- 15. Tamanho do texto adequado

Relevância/ Significância/ Impacto/ Motivação/ Interesse

- 16. Estimula o aprendizado
- 17. Contribui para o conhecimento na área
- 18. Desperta interesse pelo tema

Fonte: Leite *et al.*, (2018).

4.3.5 Etapa de produção dos materiais audiovisuais

Após a análise e aprovação dos *storyboards*, bem como as correções sugeridas pelos juízes (Apêndice V) deu-se início à etapa de produção dos materiais audiovisuais, fundamentada na Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (Mayer, 2002) e nos referenciais de Wright (Wright Jean, 2005). Para esse fim, foram empregadas as ferramentas Canva Pro e *Animaker* (versão paga). A produção dos vídeos foi realizada por meio do software Animaker®, que viabiliza a criação de vídeos animados e outros conteúdos audiovisuais, oferecendo uma interface intuitiva que facilita a edição e a personalização dos materiais.

A escolha das imagens seguiu as boas práticas de letramento em saúde, conforme as orientações de Vasconcelos e da AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*),

garantindo que os materiais fossem acessíveis e compreensíveis para o público-alvo. A gravação do áudio foi realizada pela pesquisadora, em domicílio, utilizando o aplicativo *Zoom*®, assegurando a clareza e qualidade do som. A combinação dessas ferramentas permitiu a criação de vídeos dinâmicos e visualmente atraentes de forma prática e eficiente.

Cada vídeo apresentou os seguintes tempos de duração: Vídeo 1: 1 minuto e 40 segundos; Vídeo 2: 2 minutos e 43 segundos; Vídeo 3: 3 minutos e 19 segundos; Vídeo 4: 3 minutos e 50 segundos; Vídeo 5: 2 minutos e 43 segundos.

4.3.6 Etapa de validação dos materiais audiovisuais pelos juízes especialistas

Após a elaboração dos materiais audiovisuais, estes foram submetidos à validação de conteúdo e aparência por 14 juízes heterogêneos. A seleção dos juízes foi realizada por meio de consulta ao currículo Lattes, disponível no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e pela técnica de bola de neve. Após a seleção, os juízes foram contatados por e-mail e aplicativos de mensagens, recebendo os seguintes documentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), link para acesso ao material audiovisual (Apêndice VI), Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVECS), e a opção de sugestão para correções, todos disponibilizados por meio de um formulário eletrônico.

4.3.7 Etapa de validação dos materiais audiovisuais pelo público-alvo

Após a validação pelos juízes especialistas e as correções sugeridas (Apêndice V), deu-se início à etapa de validação com o público-alvo

Nessa etapa o estudo foi realizado em Unidade Básica de Saúde localizada em uma Região Administrativa do Distrito Federal, Brasil. Essa unidade possui 11 equipes de saúde da família, constituídas pela equipe mínima, contendo um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um agente comunitário de saúde de acordo com a Portaria nº 2.436/2017 (Brasil, 2017). O período de condução do estudo foi entre março de 2023 a dezembro de 2024.

Alguns autores recomendam a inclusão de seis a 20 usuários nessa etapa de validação final (Alexandre & Coluci, 2011; Lopes, Lopes & Barros, 2024; Rosa, 2016). Para este estudo, foram contatados nove participantes, adotando-se como critérios de inclusão: ser alfabetizado e ter disponibilidade para participar do processo de validação.

Os pacientes foram convidados a participar de um encontro na UBS, mediado pelos agentes comunitários de saúde, com data e horário previamente definidos. Além disso, os pacientes presentes na sala de espera no dia do encontro também foram convidados a participar. Em ambas as situações, foi enfatizado que a atividade não estava vinculada ao atendimento da UBS, não acarretando prejuízos ou benefícios aos participantes em relação aos serviços de saúde prestados.

Foi realizado apenas um encontro, no mês de dezembro/2024, com duração aproximada de 10 minutos. A apresentação dos vídeos foi realizada por meio de um datashow e uma caixa de som de alta qualidade, no auditório da UBS, com a participação de quatro integrantes da pesquisa, que orientavam os pacientes sobre o preenchimento do instrumento de coleta e esclareciam os objetivos da pesquisa. Imediatamente após a apresentação de cada vídeo, os pacientes foram convidados a preencher o formulário correspondente ao vídeo que acabaram de assistir.

Os vídeos foram apresentados na seguinte ordem: Conhecendo o Acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) (vídeo 1), Tipos de Consulta e atendimentos na UBS (vídeo 2), atendimentos de livre demanda na UBS (vídeo 3), Classificação de Risco na UBS (vídeo 4), Letramento em Saúde para a População (vídeo 5).

Para a validação dos vídeos pelo público-alvo, foi utilizado o Instrumento de Tecnologia Assistiva (14), composto por 14 itens distribuídos em quatro atributos: interatividade, objetivos, relevância, eficácia e clareza. Cada item foi avaliado pelos participantes com notas de 0 (inadequado), 1 (parcialmente adequado) ou 2 (adequado). Conforme figura 18.

O instrumento Tecnologia assistiva foi elaborado e validado para avaliar tecnologias assistivas educativas, focado em promover autonomia e inclusão de idosos e pessoas com deficiência visual. O estudo metodológico envolveu especialistas e pessoas com deficiência visual, utilizando um critério de 80% de concordância para validar os itens. O instrumento final, com um *alpha de Cronbach* de 0,822. O estudo destaca a importância de instrumentos confiáveis para avaliar a adequação das tecnologias assistivas educativas, contribuindo para a autonomia e qualidade de vida dos usuários (Guimarães; Carvalho; Pagliuca, 2015)

Figura 18. Instrumento de Tecnologia Assistiva



Fonte: (Guimarães; Carvalho; Pagliuca, 2015)

4.3.8 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada utilizando os *softwares Microsoft Excel 365 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26.0 para Windows*. Os dados temporais foram apresentados como média e desvio padrão, enquanto os dados descritivos serão expressos em termos de frequência relativa e absoluta. As respostas em escala *Likert* adaptada foram analisadas por meio de média, mediana, desvio padrão e intervalos interquartis. O teste qui-quadrado (X^2) será empregado para verificar diferenças significativas nas frequências das respostas, enquanto o teste *Kruskal-Wallis* será utilizado para analisar as diferenças estatísticas entre os grupos de profissionais de saúde e usuários do SUS. O nível de significância adotado será de $p \leq 0,05$.

A validação do material educativo pelos juízes e pela população-alvo foi realizada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que "mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo" (Alexandre e Coluci, 2011, p. 3065). Após avaliação da coerência entre as respostas pelo IVC, o item permanece no instrumento caso tenha concordância de 80% entre os juízes/população-alvo. Caso contrário, o item é reformulado com base nas sugestões dos peritos, conferidas frente

à literatura e evidências científicas recomendadas, e submetido a uma nova avaliação até atingir um IVC igual ou superior a 80%.

4.3.9 Aspectos Éticos

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos para estudos envolvendo seres humanos. A realização do estudo ocorreu apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com a Lei nº 14.874/2024, que regulamenta pesquisas com seres humanos, e com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O parecer do Comitê foi de número 5.214.953, e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) foi 54245221.0.0000.0030 (Anexo II).

Os juízes foram contatados por e-mail e aplicativo de mensagens, recebendo um convite explicativo sobre a finalidade do estudo. Esse convite foi acompanhado de um link para o formulário do *Google Forms*, por meio do qual os participantes poderiam confirmar sua intenção de participar da pesquisa. Após a aceitação, os juízes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que detalhava os objetivos da pesquisa, a metodologia, os possíveis riscos e benefícios, além dos direitos e deveres dos participantes.

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, potenciais riscos e benefícios, assegurando-se de que a participação fosse voluntária e baseada no consentimento livre e esclarecido. Apenas aqueles que concordaram e assinaram o TCLE foram incluídos na pesquisa.

5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em formato de artigos, e seguiu a formatação exigida em cada uma das revistas para as quais foram submetidos. O quadro 7 apresenta a lista dos artigos publicados e aguardando submissão.

Quadro 7. Artigos apresentados nos resultados. Brasília: 2025.

Artigos	Títulos	Qualis	Status
1	CAVALCANTI, E. O.; FERREIRA, G. I.; MOREIRA, M. A. J.; PARANAGUÁ, T. T. B. Health literacy for the safety of patients in primary care: scoping review protocol. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 22, supl. 1, e20236638, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236638 .	B1	Publicado
2	DE OLIVEIRA CAVALCANTI, Euni et al. Contribuições do letramento em saúde para a segurança do paciente na atenção primária: scoping review. Aquichan, Bogotá, v. 24, n. 1, e2414, mar. 2024. Disponível em: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972024000100005&lng=en&nrm=iso >. Epub 29 jan. 2024. https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.1.4 .	A4	Publicado
3	CAVALCANTI, E. de O. et al. Health Literacy Questionnaire: relato de experiência de pesquisadores na atenção primária. Cogitare Enfermagem, v. 29, p. e91447, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.91447 .	B1	Publicado
4	CAVALCANTI, E. O.; MARIANO, E. A.; MACHADO, M. E. P.; SANTOS, G. H. S.; MENDES, H. C.; SILVA, I. O.; DIAS, M. S.; PARANAGUÁ, T. T. B. Visão multidimensional do nível de letramento em saúde de pacientes adultos na atenção primária à saúde. Texto Contexto Enferm, v. 33, e20240082, 2024. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2024-0082pt.	A3	Publicado
5	Condições de Letramento em Saúde: comparação entre variáveis sociodemográficas e níveis de satisfação dos usuários na atenção primária em saúde.	A3	Aguardando submissão
6	Promoção do Letramento em Saúde: Construção e Validação de Vídeos Educativos para Usuários da Atenção Primária	A1	Aguardando submissão

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Artigo 1: publicado em Brazilian Journal of Nursing

Letramento em saúde para a segurança do paciente na atenção primária: protocolo de *scoping review*

Resumo

Objetivo: Mapear evidências sobre o impacto do letramento em saúde na segurança do cuidado de usuários da atenção primária à saúde. **Método:** Protocolo de revisão do escopo de acordo com o método do Instituto Joanna Briggs (JBI). Serão utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos que relatem a aplicação dos princípios de letramento em saúde (conceito) em pacientes atendidos na atenção primária à saúde (população) no contexto de segurança do paciente (contexto). As fontes de dados serão: PUBMED, Scopus, CINAHL, BVS, incluindo MEDLINE, LILACS e BDENF, SciELO, *Web of Science* e Google Scholar. Dois revisores realizarão a triagem por título e resumos, lerão os textos completos e extrairão dados dos artigos selecionados. Os dados serão organizados e expressos em categorias, de acordo com seu conteúdo. Os resultados serão divulgados aos serviços de saúde vinculados à atenção primária, comunidade acadêmica, formuladores de políticas públicas para o desenvolvimento da segurança e promoção em saúde.

Descritores: Letramento em Saúde; Segurança do Paciente; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Letramento em Saúde (LS) ou Literacia em saúde é o termo usado para descrever a habilidade de se envolver com informações nos serviços de saúde. Refere-se aos atributos individuais e recursos sociais que são utilizados para que o indivíduo e coletividade tenham meios de acesso e capacidade de compreensão, avaliação e utilização das informações e serviços de saúde, para uma tomada de decisão sobre os aspectos de sua saúde. Inclui a capacidade de se comunicar, afirmar e agir sobre tais decisões⁽¹⁾.

A comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes é um elemento crítico na segurança do paciente. Habilidades de comunicação eficazes podem ser ensinadas e aprimoradas por meio de treinamento e conscientização. Existem muitas barreiras à comunicação eficaz, incluindo fatores do paciente, clínicos e fatores do sistema, mas existem ferramentas e estratégias para abordar essas barreiras, melhorar a comunicação e envolver os pacientes em seus cuidados. A abordagem do LS e a tomada de decisão compartilhada são

ferramentas baseadas em evidências que melhoram a comunicação e aumentam a segurança do paciente⁽²⁾.

Na Holanda, estudo randomizado comparou a utilização de diversos materiais educativos para ampliação do letramento em saúde, com a utilização de diversas ferramentas, que evidenciaram que a segurança do paciente é um tópico importante para os cidadãos que querem ser informados e envolvidos⁽³⁾. Embora as melhorias na produção e na legibilidade dos folhetos possam ser vantajosas, deve-se enfatizar a qualidade dos relacionamentos paciente - profissional de saúde para permitir uma educação personalizada para o paciente, que pode melhorar a sua capacidade de engajamento e autogestão no contexto de promoção, prevenção e tratamento⁽⁴⁾.

As intervenções para o letramento de saúde têm sido implementadas na maioria dos países de renda alta. Existem muitos instrumentos que têm sido usados para medir o LS e avaliar o quanto os indivíduos compreendem bem as informações em saúde. O cuidado de saúde adequado e baseado nas comunidades pode diminuir os custos operacionais, aumentar a disponibilidade da equipe e empoderar a comunidade local⁽¹⁾.

Estudo investigou a percepção e experiências do paciente, no contexto de segurança do paciente, no atendimento de atenção primária em saúde, e identificaram, a partir dos pesquisados, alguns aspectos que podem contribuir para a segurança do paciente como: o paciente ser mais ativo e envolvido no processo do cuidado e ter nível de letramento de saúde adequado; o contato entre paciente e profissional com foco na comunicação efetiva e na empatia; solucionar os problemas inerentes ao sistema de saúde, que envolve a sobrecarga de trabalho, falta de organização do sistema e assistência, dificuldade de acesso, anotações referentes ao paciente incompletos ou errados⁽⁵⁾.

No contexto de segurança do paciente, a “comunicação é a base para o desenvolvimento de um relacionamento de parceria. Os serviços de saúde com uma cultura de segurança centrado no cuidado ao paciente e família devem garantir em todos os níveis de atenção, a qualidade da comunicação como parte integrante da assistência à saúde”⁽²⁾.

Dessa forma, a segurança do paciente abrange também “o cuidado centrado no paciente e sua família. O paciente não deve ser somente um participante ativo de seu próprio cuidado, mas também o elo entre a instituição de saúde e a comunidade”⁽²⁾. Algumas estratégias para a implantação do letramento em saúde, na atenção primária, podem ser usados para melhor

adequar a prestação de cuidados de saúde às necessidades de pacientes com baixos níveis de alfabetização em saúde, por exemplo, fortalecendo as habilidades dos profissionais de saúde para se comunicar com esses pacientes, ou adaptando a organização e desenho dos serviços de saúde⁽³⁾.

Estudo desenvolvido na Coreia, como parte do Plano Abrangente de Segurança do paciente (2018-2022), analisou a eficácia da utilização de materiais educativos sobre segurança do paciente e melhoria do letramento em saúde; identificou que pacientes com baixo nível de letramento em saúde não estão cientes da importância da detecção precoce e tratamento de doenças; portanto, menos propensos a usarem serviços relacionados à prevenção de doenças, que são acompanhados na atenção primária⁽²⁾.

Nesse contexto, utilizando a sigla PCC (população, conceito e contexto) para elaborar a questão de pesquisa, levantou-se a seguinte questão: como o letramento em saúde pode contribuir com a segurança dos usuários/pacientes da Atenção Primária em Saúde?

Com base nessa questão, o objetivo da revisão é mapear evidências sobre o impacto do letramento em saúde na segurança do cuidado de usuários da atenção primária à saúde.

Observa-se na literatura muitos estudos que abordam questões de letramento em saúde em âmbito nacional e internacional, no entanto, realizando uma pesquisa com os descritores: "letramento em saúde", "segurança do paciente" e "atenção primária", nas sínteses das bases de dados JBI, *Cochrane Library* e Pubmed, não foram encontradas revisões sistemáticas, revisões integrativas, narrativas ou de escopo que englobam a temática.

Método

Design de estudo

Para alcançar o objetivo proposto, com base na questão de pesquisa, foi utilizada a metodologia de scoping review, que é um tipo de revisão sistematizada, mapeando conceitos e achados relacionados ao tema de interesse, disponíveis nas principais fontes de dados, usando abordagem de síntese de conhecimento⁽⁶⁾.

Protocolo e registro

A elaboração do protocolo base para o desenvolvimento da *scoping review* está de acordo com as orientações e arcabouço metodológico contidos no manual de metodologia publicado pelo Joanna Briggs Institute (JBI) *for scoping reviews e Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*^(7,8). O tempo e duração previsto para o desenvolvimento da revisão são de 6 meses. O protocolo foi registrado prospectivamente no *Open Science Framework (OSF)* (https://osf.io/8xjb9/?view_only=8d67d5618bf34ffa013d7f407a9cbfb).

Antecedente a elaboração do protocolo, foi realizada uma busca por artigos de revisão já publicados sobre o tema a ser estudado, através do tipo de estudos buscados: *systematic review, overview e scoping review*; ano de publicação e a estratégia de busca que será elaborada a partir de descritores levantados no Descritores em Ciência da Saúde (DECs) e no *Medical Subject Headings (MESH)*, conforme descrito abaixo (Tabela 1).

Tabela 1 - Artigos de revisão identificados nas bases de dados. Brasília, DF, Brasil, 2022

	JBI Synthesis	PubMed	Cochrane	Web of Science	Health Systems Evidence	Google Scholar	Constatações	Excluídos	Atendeu aos critérios de inclusão
Health Literacy AND Patient Safety	41	173	15	159	622	200	1.210	1.210	0 0
Health Literacy AND Primary Health Care	115	531	66	202	921	200	2.035	2.035	0 0
Health Literacy OR Information Literacy OR Alfabetización en Salud AND Primary Health Care AND (Patient Safety OR Risk Management)	0	0	0	0	0	0	0	0	0 0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Questão de pesquisa

P (população): usuários da Atenção Primária à Saúde

C (conceito): letramento em saúde

C (contexto): segurança do paciente

Como o letramento em saúde pode contribuir com a segurança dos usuários/pacientes da Atenção Primária em Saúde?

Estratégia de pesquisa

Tipo de estudos procurados: revisão sistemática, visão geral e *scoping review*.

Descritores: “Letramento em saúde” AND “Atenção primária em saúde” AND “Segurança em saúde” OR “Gerenciamento de risco”.

Filtros: ano de publicação (últimos 10 anos); tipo de estudo.

Critério de inclusão

Participantes: Serão incluídos estudos cujos participantes sejam usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde, de qualquer idade, que receberam cuidados em saúde. Serão excluídos os estudos, nos quais os participantes receberam cuidados domiciliares.

Conceito: O conceito central dos estudos deve abordar cuidados, técnicas, protocolos, ou métodos de letramento em saúde utilizados para melhoria da assistência à saúde.

Contexto: O contexto a ser observado deve ser a segurança do paciente. A segurança do paciente engloba não submeter o usuário a riscos evitáveis oriundos do cuidado ou assistência prestada, além de prevenir qualquer complicação⁽⁸⁾. Assim, todos os estudos que abordarem esse contexto, em conjunto com o conceito e participantes descritos, serão inclusos na busca.

Período: Serão elegíveis estudos publicados nos últimos dez anos, desenvolvidos em qualquer ano e duração.

Língua: Considerados para inclusão artigos completos publicados nos idiomas: inglês, português e espanhol.

Fontes de informação e estratégia de pesquisa

1ª Etapa

Uma pesquisa inicial nos bancos de dados eletrônicos, MEDLINE (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Após essa busca inicial foram analisadas palavras contidas no título, resumo e palavras-chave dos artigos encontrados. Os descritores encontrados foram comparados aos descritores cadastrados nas bases de descritores (Figura 1), MeSH para buscas no PubMed e DeCS para buscas a serem realizadas na BVS.

DeCS			MeSH
Português	Inglês	Espanhol	
Letramento em saúde	<i>Health literacy</i>	Alfabetización en Salud	<i>Health literacy</i>
Atenção Primária à Saúde	<i>Primary Health Care</i>	Atención Primaria de Salud	<i>Primary Health Care</i>
Segurança do paciente	<i>Patient Safety</i>	Seguridad del Paciente	<i>Patient Safety</i>
Gestão da Segurança	<i>Safety Management</i>	Administración de la Seguridad	<i>Risk Management</i>

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Figura 1 - Descritores selecionados para estratégia de pesquisa. Brasília, DF, Brasil, 2022

2ª Etapa

Será realizada uma pesquisa utilizando as palavras-chave e descritores nas seguintes bases de dados: PubMed, BVS, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), *Web of Science*, SCOPUS e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) seguindo a estratégia de busca elaborada (Figura 2).

Bases de dados	Estratégia
PubMed	((("health literacy"[MeSH Terms] OR "health literacy"[All Fields]) AND "Primary Health Care"[MeSH Terms]) OR "Primary Health Care"[All Fields]) AND "Patient Safety"[All Fields]) OR "Risk Management"[MeSH Terms]

Web of Science	("health literacy" OR "Information Literacy") AND "Primary Health Care" AND ("Patient Safety" OR "Risk Management")
SCiELO	("health literacy" OR "Information Literacy") AND "Primary Health Care" AND ("Patient Safety" OR "Risk Management")
BVS	"Letramento em saúde" AND "Atenção primária à saúde" AND ("Segurança do paciente" OR "Gestão da Segurança")
SCOPUS	("health literacy" OR "Information Literacy") AND "Primary Health Care" AND ("Patient Safety" OR "Risk Management")
CINHAL	("health literacy" OR "Information Literacy") AND "Primary Health Care" AND ("Patient Safety" OR "Risk Management")
Google Acadêmico	"Letramento em saúde" AND "Atenção primária à saúde" AND ("Segurança do paciente" OR "Gestão da Segurança")

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Figura 2- Estratégia de busca. Brasília, DF, Brasil, 2022

3ª Etapa

Uma terceira pesquisa, agora na literatura cinzenta, por meio do Google Acadêmico, completando, assim, a busca em sete diferentes bases de busca. Se necessário, será levantada a lista de referências utilizadas em todos os artigos selecionados a partir do texto completo e incluídos na revisão e/ou feito contato com autores de estudos primários ou revisões para obter mais informações sobre os estudos publicados.

Todas essas etapas e cuidados serão realizados para maximizar a abrangência da busca e o alcance dos estudos importantes a serem considerados na revisão.

Seleção de estudos

O processo de seleção dos estudos será realizado por dois pesquisadores independentes e em caso de divergências, um terceiro pesquisador auxiliará na decisão final de incluir ou não o estudo.

Assim, a triagem dos artigos durante o processo de seleção ocorrerá:

1º) Triagem por ano de publicação;

- 2º) Triagem por título;
- 3º) Triagem por resumo;
- 4º) Triagem por texto completo.

Extração de dados

As informações importantes que serão mapeadas se encontram na Figura 3 abaixo:

Título do artigo	Ano de publicação	Objetivo do estudo	População/ amostra	Design de estudo	Principais conclusões	Principais descobertas relacionadas às perguntas da revisão do escopo
------------------	-------------------	--------------------	--------------------	------------------	-----------------------	---

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Figura 3 - Extração de dados. Brasília, DF, Brasil, 2022.

Os dados serão extraídos seguindo a orientação do manual, segundo: título do artigo, ano de publicação, objetivo do estudo, população, design do estudo, conclusões principais e os achados que respondem à pergunta e objetivo desta *scoping review*. Os dados a serem extraídos serão observados para certificação de que todos os resultados relevantes serão extraídos.

Resumo dos resultados

Os resultados serão expressos por meio de síntese narrativa, tabelas e gráficos. Quando encontradas, serão apontadas lacunas de pesquisa e possíveis limitações da revisão.

Implicações

As conclusões desta *scoping review* serão base para definição das técnicas e abordagens do letramento em saúde, que serão aplicadas como intervenção no atendimento seguro ao paciente da atenção primária. A síntese de evidências geradas, também poderá servir como direcionamento para práticas que propiciem maior segurança para o paciente durante a assistência na Atenção Primária à Saúde.

Disseminação

O resumo dos resultados será divulgado através da publicação de artigos científicos em bases de dados de acesso livre, por meio da tradução do conhecimento aos profissionais de saúde, além da apresentação em congressos e eventos científicos.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. World Health Organization. Health Promotion Glossary of Terms 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado 2023 Jan 24]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
2. Kim YS, Kim HA, Kim MS, Kim HS, Kwak MJ, Chun J, et al. How to Improve Patient Safety Literacy?. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):36(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph17197308>.
3. Jansen CJM, Van't Jagt RK, Reijneveld SA, van Leeuwen E, de Winter AF, Hoeks JCJ. Improving health literacy responsiveness: A randomized study on the uptake of brochures on doctor-patient communication in primary health care waiting rooms. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May;18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18095025>.
4. Durrant LA, Taylor J, Thompson H, Usher K, Jackson D. Health literacy in pressure injury: Findings from a mixed-methods study of community-based patients and carers. *Nurs Health Sci*. 2019;21(1):37–43. <https://doi.org/10.1111/nhs.12429>
5. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: A systematic review of self management support strategies in primary health care practice. *PLoS ONE*. 2019;14(8):e0220116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>
6. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [citado 2022 Maio 10]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
7. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
8. Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [citado 2023 Jan 24]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global/>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Artigo 2: publicado em Aquichan

Contribuições do letramento em saúde para a segurança do paciente na atenção primária: *scoping review*

Resumo

Introdução: este estudo traz evidências científicas inéditas para a ampliação do letramento em saúde, como uma ferramenta capaz de aumentar a segurança do paciente através da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e seus pacientes, em especial nos cuidados primários em saúde. **Objetivo:** mapear evidências sobre o impacto do letramento em saúde na segurança do cuidado de pacientes adultos da atenção primária à saúde. **Materiais e método:** revisão de escopo de acordo com o método do Instituto Joanna Briggs, em que foram contemplados cuidados, técnicas, protocolos ou métodos de letramento em saúde utilizados para melhorar a assistência primária à saúde. Utilizaram-se as bases Medline (PubMed), Web of Science, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus, Cinahl e Google Acadêmico na literatura cinzenta. Foram incluídos estudos originais disponíveis na íntegra, publicados até janeiro de 2023, em todos os idiomas que englobassem a temática. Dois revisores realizaram a triagem por título e resumo, e três revisores leram os textos completos e extraíram dados dos artigos selecionados, sendo apresentados através de fluxo, tabela e narrativa descritiva. **Resultados:** foram encontrados 3749 estudos, dos quais 23 foram selecionados. Destes, surgiram as seguintes categorias: “impacto do letramento em saúde no engajamento e desfechos de saúde de usuários da atenção primária à saúde”; “intervenções que contribuem para o letramento em saúde na atenção primária à saúde” e “avaliação das perspectivas de usuários e profissionais quanto ao letramento em saúde”. **Conclusões:** intervenções para o letramento em saúde com foco nos cuidados primários devem ser estimuladas dentro dos serviços de saúde a fim de promover o cuidado, prevenir agravos e inspirar o processo de transformação da população, impactando diretamente na segurança do paciente.

Palavras-chave: Letramento em saúde; segurança do paciente; Atenção Primária à Saúde; enfermagem; assistência centrada no paciente.

Introdução

“Letramento em saúde” ou “literacia em saúde” é a expressão usada para descrever a habilidade de se envolver com informações nos serviços de saúde. Refere-se às características pessoais e aos recursos sociais necessários para que indivíduos e comunidades acessem,

compreendam, avaliem e usem informações e serviços para tomar decisões sobre saúde. Inclui a capacidade de se comunicar, afirmar e agir sobre tais decisões (1-4).

A abordagem do letramento em saúde e a tomada de decisão compartilhada são consideradas importantes ferramentas que aumentam a segurança do paciente e melhoram a comunicação entre os profissionais de saúde e seus pacientes(5, 6), o que pode favorecer maior participação e autonomia do paciente no seu processo de cuidado. Nesse sentido, o manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária reforça a junção do letramento em saúde e segurança do paciente por melhorar o processo de comunicação, e enfatiza que esta é fundamental para o desenvolvimento de um relacionamento de parceria. Os serviços de saúde com uma cultura de segurança centrada no cuidado ao paciente e na família devem garantir em todos os níveis de atenção a qualidade da comunicação como parte integrante da assistência à saúde(7, 8).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do paciente ao Sistema Único de Saúde (mais conhecido por sua sigla, SUS), onde é feito o primeiro contato e realizado o atendimento básico aos serviços assistenciais de saúde em que a população associada reside ou trabalha(1, 9, 10). Mesmo estando em um mesmo território, a APS pode se deparar com um público variado e em diversos níveis, que, para serem acolhidos de forma integral e qualificada, necessita ter uma abordagem a partir do letramento em saúde para que a comunicação seja eficaz(11, 12).

Na Declaração de Xangai 2020/2030, foram estabelecidos três pilares para promover a saúde: boa governança, cidades saudáveis e letramento em saúde. O letramento em saúde foi amplamente discutido nessa conferência, que ocorreu em 2016. Desde então, busca-se aprimorá-lo por meio de um melhor acesso à informação, com o intuito de permitir que as pessoas tomem decisões mais informadas sobre sua saúde e a de seus familiares, a partir das quais seja possível defender com mais eficácia suas visões políticas e formular políticas públicas adequadas (3, 13-15).

A promoção da saúde aborda essa ampla gama de determinantes por meio de uma combinação de estratégias, incluindo a promoção da saúde em todas as políticas e a criação de ambientes de apoio à saúde; além disso, reforça a literacia pessoal em saúde e as competências para a saúde. A ação para abordar os determinantes da saúde está intrinsecamente ligada à equidade em saúde e está fundamentalmente preocupada com a distribuição de poder e recursos nas populações (14, 16-19).

O objetivo de pesquisas sobre letramento em saúde e segurança do paciente é auxiliar na transformação das organizações de saúde, em organizações responsáveis ao letramento em saúde, redesenhando suas estruturas e processos para apoiar pacientes com baixo nível de

letramento em saúde para compreender e usar informações e serviços a fim de cuidar da sua saúde (20-22).

No entanto, há uma necessidade crescente de compreender melhor os efeitos das experiências de cuidados pessoais (por exemplo, atendimento centrado no paciente) e dos fatores específicos do paciente (por exemplo, condição socioeconômica, crenças de saúde, nível de letramento em saúde) nos resultados relatados pelo paciente sobre a qualidade da prestação de cuidados de saúde (por exemplo, satisfação com o atendimento). Melhores percepções nessas inter-relações permitiriam o desenvolvimento de medidas para iniciar a mudança organizacional em direção a um ambiente mais centrado no paciente e mais favorável ao letramento em saúde.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa preliminar com os seguintes descritores: “letramento em saúde”, “segurança do paciente” e “atenção primária” no PubMed, no Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas e na Síntese de Evidências do Instituto Joanna Briggs (JBI), e não foram encontradas revisões sistemáticas, revisões integrativas, narrativas ou de escopo que englobassem a temática.

Nesse contexto, levantou-se a seguinte questão de pesquisa, com base na estratégia PCC (população, conceito e contexto), tratada mais adiante: como o letramento em saúde pode contribuir para a segurança dos pacientes da APS? Com base nisso, o objetivo da revisão foi mapear as evidências sobre o impacto do letramento em saúde na segurança do cuidado de pacientes adultos da APS.

Materiais e método

O presente estudo foi conduzido de acordo com a metodologia JBI para revisões de escopo (PETERS et al., 2022). O protocolo foi registrado prospectivamente no Open Science Framework (https://osf.io/8xjb9/?view_only=8d67d5618bf34fffa013d7f407a9cbfb).

A presente revisão de escopo considerou projetos de estudos experimentais e quase experimentais, incluindo ensaios clínicos randomizados, ensaios controlados não randomizados, estudos antes e depois, e estudos de séries temporais interrompidos. Estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos transversais analíticos também foram considerados. Estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos, relatos de casos individuais e estudos transversais descritivos foram incluídos. Estudos qualitativos foram considerados com foco em dados qualitativos, incluindo, mas não limitando a projetos como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa, pesquisa-ação e pesquisa feminista. Além

destes, textos e artigos de opinião, revisões sistemáticas que atendessem aos critérios de inclusão também foram incluídas, dependendo da questão de pesquisa.

A busca dos artigos teve como base os descritores indexados no Medical Subject Headings (MeSH)/Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “*health literacy*”, “*primary health care*”, “*patient safety*” e “*risk management*”, com a utilização dos operadores booleanos AND e OR, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Descritores e palavras-chave utilizados na busca. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2023

PCC	MESH	Palavras-chave
População	<i>Primary health care</i>	
	AND	
Conceito	<i>Health literacy</i>	<i>Information literacy</i>
	OR	
	AND	
Contexto	<i>Patient safety</i>	<i>Safety management</i>
	OR	

Fonte: dados da pesquisa.

Estratégia de busca

A estratégia de busca teve como objetivo localizar estudos publicados e não publicados, além de ter sido realizada em três etapas. Na primeira busca, que ocorreu em dezembro de 2022, uma pesquisa inicial nos bancos de dados eletrônicos “Medline (PubMed)” e “Biblioteca Virtual em Saúde”. Em seguida, foram analisadas palavras contidas no título, no resumo e nas palavras-chave dos artigos encontrados. Os descritores encontrados foram comparados aos descritores cadastrados no MeSH para buscas no PubMed e no DeCS para buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na segunda etapa, que aconteceu em fevereiro de 2023, a estratégia de busca, incluindo todas as palavras-chave e os termos de indexação identificados, foi adaptada para cada base de dados e/ou fonte de informação incluída. A estratégia de busca foi testada por dois avaliadores. Foram incluídas as seguintes bases de dados: Medline (PubMed), Web of Science, Scientific Electronic Library Online (SciELO), BVS, Scopus, Cinahl e Google Acadêmico na literatura cinzenta, conforme a Tabela 2. A lista de referência de todas as fontes de evidência incluídas foi examinada para estudos adicionais em abril de 2023. A terceira etapa foi realizada entre março e maio de 2023, com a extração e a análise dos dados de todos os estudos selecionados.

Tabela 2. Estratégia de busca. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2023

Bases de dados	Estratégia
PubMed	(((((“health literacy” [MeSH Terms] OR “health literacy” [All Fields]) AND “Primary Health Care”[MeSH Terms]) OR “Primary Health

	Care” [All Fields]) AND “Patient Safety”[All Fields]) OR “Risk Management” [MeSH Terms]
Web of Science	(“health literacy” OR “Information Literacy”) AND “Primary Health Care” AND (“Patient Safety” OR “Risk Management”)
SciELO	(“health literacy” OR “Information Literacy”) AND “Primary Health Care” AND (“Patient Safety” OR “Risk Management”)
BVS	“Letramento em saúde” AND “Atenção primária à saúde” AND (“Segurança do paciente” OR “Gestão da Segurança”)
Scopus	(“health literacy” OR “Information Literacy”) AND “Primary Health Care” AND (“Patient Safety” OR “Risk Management”)
Cinhal	(“health literacy” OR “Information Literacy”) AND “Primary Health Care” AND (“Patient Safety” OR “Risk Management”)
Google Acadêmico	“Letramento em saúde” AND “Atenção primária à saúde” AND (“Segurança do paciente” OR “Gestão da Segurança”)

Fonte: dados da pesquisa.

Crítérios de inclusão

Para elaborar a questão de pesquisa, foi utilizada a estratégia PCC, em que: *população* são estudos nos quais os participantes eram usuários dos serviços de APS, nesse caso, adultos que receberam cuidados em saúde (excluídos os estudos nos quais os participantes receberam cuidados domiciliares); *conceito*, estudos que abordassem cuidados, técnicas, protocolos ou métodos de letramento em saúde utilizados para melhorar a assistência à saúde; *contexto*, estudos referentes à segurança do paciente, ao engajamento deste e/ou à autogestão na APS. A segurança do paciente engloba não submeter o usuário a riscos evitáveis oriundos do cuidado ou da assistência prestada, além de prevenir qualquer complicação (BRASIL, 2017). Assim, todos os estudos que abordaram esse contexto em conjunto com o conceito e os participantes descritos foram inclusos na busca.

Foram inclusos também estudos originais disponíveis na íntegra, classificados de acordo com JBI Sumari e seu potencial metodológico, além da literatura cinzenta. Os estudos inclusos foram publicados até fevereiro de 2023, em todos os idiomas, que englobassem a temática da revisão. Foram excluídas publicações de sites, editoriais e capítulos de livros.

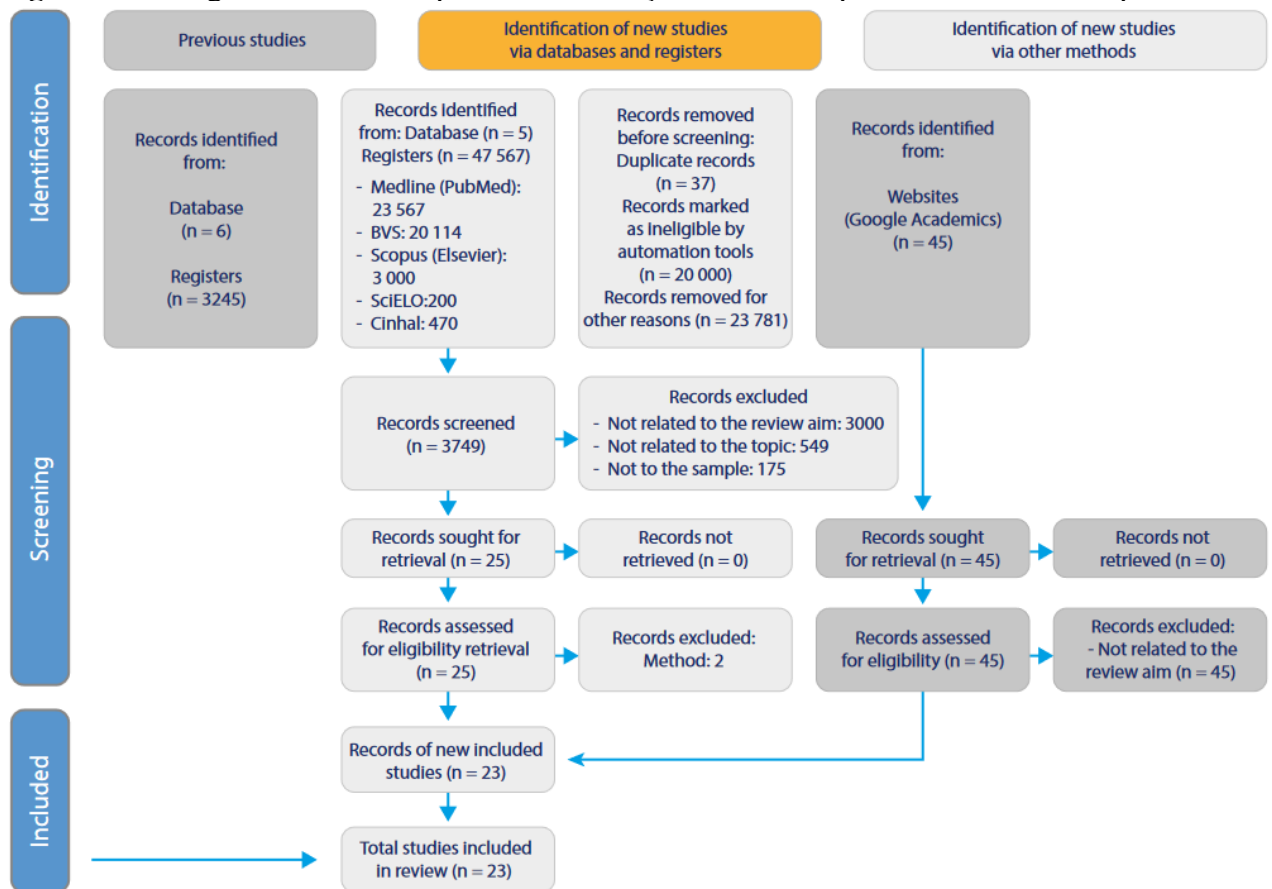
Seleção de estudo e fonte de evidência

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram agrupadas e carregadas no software bibliográfico Mendeley V.1.19.4 e as duplicatas, removidas. Após um teste-piloto, os

títulos e os resumos foram então selecionados por três revisores independentes para a avaliação dos critérios de inclusão para a revisão. Fontes potencialmente relevantes foram recuperadas na íntegra e seus detalhes de citação, importados para o Sistema JBI para gerenciamento, avaliação e revisão unificados de informações (JBI Sumari [24]).

O texto completo das citações selecionadas foi avaliado detalhadamente com relação aos critérios de inclusão por três revisores independentes. Os motivos de exclusão de fontes de evidência no texto completo que não atenderam aos critérios de inclusão foram registrados e relatados. Quaisquer desacordos que surgiram entre os revisores em cada etapa do processo de seleção foram resolvidos por meio de discussão ou com um, ou mais revisores adicionais. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo foram relatados na íntegra na revisão de escopo final e apresentados em um diagrama de fluxo (Figura 1) de itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e metanálises para a revisão de escopo — Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (Prisma-ScR [25]).

Figura 1. Fluxograma de busca e processo de seleção de estudos para a revisão de escopo



Fonte: baseada no Prisma-ScR (25).

Extração de dados

Os dois revisores utilizaram a ferramenta da JBI Sumari para extrair os dados dos estudos que foram incluídos nesta revisão. Após essa etapa, os dados foram descritos numa tabela, com as seguintes informações: título do artigo, ano de publicação, país, objetivo do estudo, população/amostra, design de estudo, principais conclusões, descobertas relacionadas à pergunta desta revisão de escopo e níveis de evidência. Para a classificação do nível de evidência dos materiais selecionados nesta revisão, utilizou-se a recomendação de Melnyk e Fineout-Overholt (26), como se observa na Tabela 3. Discordâncias entre os revisores, quando identificadas, foram sanadas pelo terceiro revisor.

Tabela 3. Classificação dos níveis de evidência

Nível de evidência	Classificação
Nível I	Evidências de uma revisão sistemática ou metanálise
Nível II	Evidência obtida por meio de pesquisas rigorosas bem elaboradas
Nível III	Evidências de ensaios controlados bem desenhados sem randomização
Nível IV	Evidências de estudos de caso-controle e coorte bem desenhados
Nível V	Evidências de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos
Nível VI	Evidências de estudos descritivos ou qualitativos únicos
Nível VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas

Fonte: adaptado de Melnyk e Fineout-Overholt (26).

Análise e apresentação de dados

Os resultados foram expressos por meio de síntese narrativa, tabelas e gráficos, expressando as características relevantes encontradas no objetivo mapeado na revisão de escopo.

Resultados

Inclusão de estudo

Dos 23 estudos selecionados, 6 foram publicados em 2020; 3, em 2022; seguido por 4 estudos, em 2016; 3 estudos, em 2014 e 2017; 2 estudos; em 2022; e apenas 1 estudo publicado em cada ano de 2013, 2015, 2018, 2019 e 2021, conforme o gráfico da Figura 2.

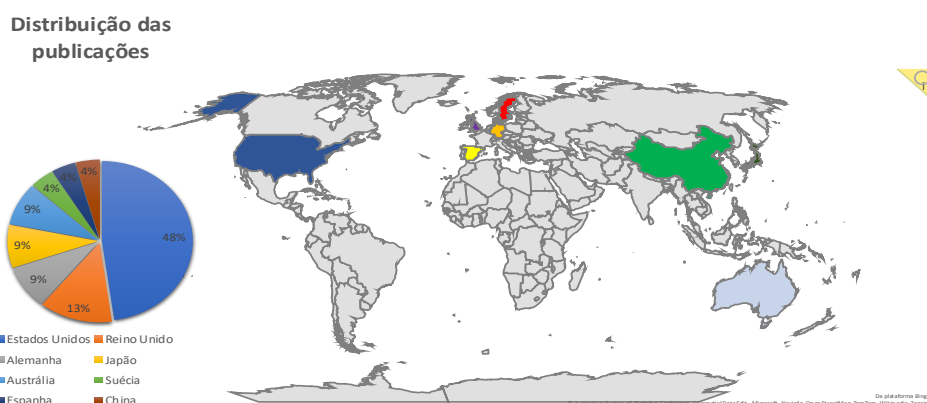
Figura 2. Distribuição dos períodos de publicação por ano (N = 23). Brasília, Distrito Federal, 2023



Fonte: dados da pesquisa.

No que se refere ao país de realização, a grande maioria (11 estudos) foi desenvolvida nos Estados Unidos; 3 estudos, no Reino Unido; 2 estudos, na Alemanha, no Japão e na Austrália; e apenas 1 estudo, na Suécia, na Espanha e na China, conforme o gráfico da Figura 3.

Figura 3. Distribuição de publicação por país (N = 23). Brasília, Distrito Federal, 2023



Fonte: dados da pesquisa.

A seguir, dispomos os dados extraídos dos artigos na Tabela 4, para melhor visualização das informações relacionadas aos objetivos e aos questionamentos gerados neste estudo.

Tabela 4. Extração de dados. Brasília, Distrito Federal, 2023

Título	Ano/nível de evidência	País	Objetivo do estudo	Design de estudo	Principais descobertas/contribuições do letramento em saúde para a segurança do paciente
<i>Quality and availability of information in primary healthcare: The patient perspective</i> (ABELSSON et al., 2020)	2020/VI	Suécia	Explorar experiências vividas de pacientes se comunicando e recebendo informações da APS.	Estudo qualitativo	Aumentariam a segurança do paciente, a eficiência financeira e liberariam recursos da APS: preocupação sobre a qualidade e a atenção na continuidade do acompanhamento com outro profissional de saúde; segurança no que se refere ao conteúdo das informações recebidas; fácil acesso à APS e aos profissionais de saúde; introdução de estratégias com o uso do letramento em saúde. Ressalta-se que o letramento em saúde favorece o envolvimento do paciente e a continuidade do cuidado com os profissionais na APS, refletindo na melhoria da segurança do cuidado.
<i>The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension</i> (ABOUMATAR et al., 2013)	2013/II	Estados Unidos	Elucidar como o letramento em saúde influencia o interesse dos pacientes em participar de cuidados de saúde, comunicação de visitas médicas e resultados de visitas relatados pelo paciente.	Estudo transversal	Nessa população específica — pacientes hipertensos —, tanto os pacientes com letramento em saúde baixo quanto adequado mostraram desejo semelhante de participar da tomada de decisões médicas; os pacientes com baixo letramento fizeram menos perguntas a seus médicos sobre questões médicas (medo de serem julgados como tendo capacidade limitada de entender informações). O desafio real que um nível baixo de letramento em saúde representa no que diz respeito a ter uma conversa clara e significativa sobre opções e alternativas de tratamento. Assim, ao se proporcionarem estratégias que facilitam o letramento em saúde, a segurança do paciente será promovida.

<p><i>The impact of health literacy, patient centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices</i> (ALTIN; STOCK, 2016)</p>	2016 / VI	Alemanha	<p>Explorar até que ponto as habilidades subjetivas de letramento em saúde e a percepção da aplicação da comunicação centrada no paciente e da tomada de decisão compartilhada estão associadas à satisfação do paciente com os cuidados recebidos por seu clínico geral.</p>	Inquérito transversal	<p>O papel da gestão ante as lideranças e a educação permanente dos profissionais de saúde é fundamental para melhorar a segurança do cuidado prestado. Importância de implementação de intervenções para iniciar o processo de mudança para um cuidado em saúde letrado na organização. Não apenas implementar certas intervenções, mas também levar em conta medidas para mudar a cultura organizacional com vistas a uma compreensão do cuidado mais centrado no paciente.</p>
<p><i>Association between health literacy and patient experience of primary care attributes: A cross-sectional study in Japan</i> (AOKI; INOUE, 2017)</p>	2017/VI	Japão	<p>Examinar a associação entre letramento em saúde e experiência do paciente de atributos de atenção primária.</p>	Estudo transversal	<p>A população do estudo pode ter influenciado no resultado, uma vez que a taxa de letramento básica é estimada em 99 %. A importância do letramento em saúde, para a comunicação eficaz entre paciente e médico, aumentou a segurança do cuidado. Os pacientes que apresentam letramento em saúde baixo podem tender a não compreender ou lembrar o conteúdo da educação em saúde ofertado na APS. O letramento em saúde foi positivamente associado à experiência do paciente na APS.</p>
<p><i>Relationship between Teach-back and patient-centered communication in primary care pediatric encounters</i> (BADACZEWSKI et al., 2017)</p>	2017/VI	Estados Unidos	<p>Propor e testar um referencial teórico sobre como o uso do <i>teach-back</i> pode influenciar na comunicação durante o encontro clínico.</p>	Estudo transversal	<p>O <i>teach-back</i> aumentou as chances de comunicação centrada no paciente. O envolvimento dos pais no treinamento clínico pode ajudar a promover a técnica e garantir a segurança do cuidado.</p>

<i>Expanding the universal medication schedule: A patient-centred approach</i> (BAILEY et al., 2014)	2014/VI	Estados Unidos	Promover a compreensão, a adesão e a segurança do paciente através da melhoria da rotulagem de medicamentos.	Estudo transversal	Necessidade de considerar caminhos além da rotulagem de medicamentos para promover o uso seguro de medicamentos prescritos. Maior aconselhamento e educação, uso de palavras mais simples e instruções explícitas, maior contato com médicos e farmacêuticos. O cuidado centrado no paciente atrelado ao letramento em saúde promove a segurança do paciente.
<i>Survivorship care plan information needs: Perspectives of safety-net breast cancer patients</i> (BURKE et al., 2016)	2016/VI	Estados Unidos	Identificar as necessidades de informação e as preferências do plano de cuidados de sobrevivência de pacientes com baixo letramento e multilíngues para apoiar a transição da oncologia para os cuidados primários e o aprendizado contínuo na sobrevivência.	Grupos focais	Estudo direcionado a grupos de pacientes com baixo nível de letramento em saúde, no contexto de transição do cuidado, referente às necessidades de informações de sobrevivência entre pacientes com câncer de mama para o aumento da segurança do paciente. As mulheres recorreram ao apoio de pares e a organizações comunitárias na ausência de informações dos provedores. Há menos interesse em um resumo do tratamento e mais interesse em informações e educação sobre o que fazer e como gerenciar o pós-tratamento. Ao promover o letramento em saúde, são reduzidos sentimentos de preocupação ante a doença, favorecendo a qualidade do cuidado seguro.
<i>Health literacy of patients on oral anticoagulation treatment- individual and social determinants and effect on health and treatment outcomes</i> (CABELLOS-GARCÍA et al., 2021)	2021/VI	Espanha	Avaliar a relação entre letramento em saúde e desfechos de saúde e tratamento (concordância com anticoagulantes orais, controle da razão normalizada e ocorrência de complicações) em pacientes com	Estudo observacional, analítico e transversal.	A letramento em saúde tem influência relevante no autogerenciamento adequado do tratamento anticoagulante e na frequência de complicações, mas a dimensão “apoio social em saúde” é essencial para a autogestão ideal. O estudo mostrou associação significativa com os escores em todas as dimensões do letramento em saúde, com pacientes com pontuação mais alta experimentando menos complicações, menor comparecimento ao pronto-socorro e menores taxas de hospitalização.

patologia
cardiovascular.

<i>Implementing routine health literacy assessment in hospital and primary care patients</i> (CAWTHON; WILLENS; KRIPALANI, 2015)	2014/VI	Estados Unidos	Estabelecer uma abordagem padronizada para a avaliação e a documentação do letramento em saúde, na prática hospitalar e ambulatorial em um grande centro médico acadêmico.	Estudo transversal	Essa iniciativa envolveu mudanças das práticas existentes da equipe de enfermagem; as discussões com os enfermeiros nos ambientes hospitalares e clínicos forneceram informações importantes sobre as barreiras e facilitadores para a implementação de uma ferramenta de triagem de letramento em saúde, mesmo em ambientes com diferentes populações de pacientes. A incorporação da avaliação do letramento em saúde na triagem dos pacientes não apenas facilitará a pesquisa em larga escala sobre o efeito do baixo letramento em saúde nos processos e resultados voltados à segurança do paciente, mas também permitirá o desenvolvimento e a disseminação direcionada de recursos de educação do paciente que atendam às necessidades de adultos com baixo letramento em saúde.
<i>The safety of health care for ethnic minority patients: A systematic review</i> (CHAUHAN et al., 2020)	2020/I	Austrália	Estabelecer como as populações de minorias étnicas são conceituadas na literatura internacional e as implicações disso na formação de nossos achados; a evidência de eventos de segurança do paciente que surgem entre consumidores de saúde de minorias	Revisão sistemática	Os estudos mostraram que as minorias étnicas experimentaram maiores incidências de cuidados de saúde, associadas a infecções e erros de dosagem. Foi identificado que a redução na interação entre pacientes de minorias étnicas com profissionais e sistemas de saúde, com foco no preconceito, e a falta de comunicação e nível de compreensão, que envolve o letramento em saúde, podem resultar em cuidados inseguros.

			étnicas internacionalmente; e os fatores individuais, do serviço e do sistema que contribuem para o cuidado inseguro.		
<i>A cluster-randomized study on the Risk Assessment and Management Program for home blood pressure monitoring in an older population with inadequate health literacy</i> (NGA FU MFM et al., 2020)	2020/II	China	Comparar a taxa de controle da pressão arterial de participantes após grupo de avaliação e gestão de riscos atendido, com os participantes de cuidados usuais.	Estudo prospectivo controlado randomizado	O resultado do estudo demonstrou um aumento significativo no controle da pressão arterial após a intervenção, principalmente em pacientes com letramento em saúde limitado, com obtenção de maior engajamento e adesão ao tratamento do grupo-alvo, refletindo assim na segurança do paciente.
<i>Improving health literacy knowledge, behaviors, and confidence with interactive training</i> (GIBSON; SMITH; MORRISON, 2022)	2022/VI	Estados Unidos	Descrever o desenvolvimento, implementação e avaliação de uma intervenção interativa de letramento em saúde em clínicas de atenção primária.	Desenho descritivo pré e pós-treinamento	Após o treinamento, 70 % da equipe e um ano após o treinamento, 82 % dos participantes da pesquisa indicaram que foram capazes de esclarecer e corrigir mal-entendidos dentro do ambiente de atenção primária. A maioria dos mal-entendidos corrigidos incluía medicamentos, incluindo doses, frequências, recargas e questões de uso do inalador e imunização, reduzindo os riscos de eventos adversos e aumentando a segurança do paciente. A equipe clínica pode melhorar a forma como eles fornecem informações e educação em saúde para pacientes e suas famílias; sessões de aprendizado multidisciplinares foi oportunidade de aprender mais sobre as interações dos outros, independentemente da função. Educar os profissionais de saúde é um passo necessário para promover a segurança.

<i>Engaging women with limited health literacy in mammography decision-making: Perspectives of patients and primary care providers</i> (GUNN et al., 2020)	2020/VI	Estados Unidos	Identificar oportunidades para atender as necessidades de ambas as partes interessadas no desenvolvimento de intervenções para melhorar a tomada de decisão em mamografia entre mulheres com letramento limitado.	Estudo qualitativo	Abordagem baseada em equipe pode ser uma solução prática que apoie o compartilhamento de informações por um educador de saúde leigo e a tomada de decisões focada com profissionais de saúde. Destacam-se estratégias que podem apoiar pacientes com letramento em saúde limitados a se envolverem melhor nas discussões sobre mamografia, incluindo evitar a suposição de que a mamografia é de conhecimento comum e compartilhar as informações focadas no processo sobre o rastreamento do câncer de mama que as pacientes desejam.
<i>Improving health literacy in a Japanese community population: A pilot study to develop an educational programme</i> (ISHIKAWA et al., 2018)	2018/VI	Japão	Avaliar um programa destinado a melhorar a letramento em saúde em uma população, objetivando ir além do letramento funcional em saúde.	Método misto	Durante o programa, os participantes adquiriram não apenas conhecimentos e habilidades, mas também uma mudança em suas crenças e comportamentos. Construção de indivíduos mais motivados a aprender sobre sistemas de saúde, colaborando com a equipe profissional, mantendo e promovendo sua saúde e a das pessoas ao seu redor, o que contribui para o engajamento e a conscientização de indivíduos sobre o seu papel para garantir a segurança do cuidado.
<i>Understanding quality use of medicines in refugee communities in Australian primary care: A qualitative study</i> (KAY et al., 2016)	2016/VI	Austrália	Explorar as barreiras e os facilitadores do uso de medicamentos de qualidade vivenciados por refugiados, farmacêuticos, médicos de clínica geral e enfermeiros que trabalham na APS.	Estudo qualitativo	Uma abordagem multifacetada que envolve pacientes, comunidades e profissionais de saúde é a ideal. A avaliação das estratégias junto com o envolvimento da comunidade é essencial para avançar e realizar uma abordagem mais sistêmica da segurança do paciente.

<p><i>Empowering people to help speak up about safety in primary care: Using codesign to involve patients and professionals in developing new interventions for patients with multimorbidity</i> (KNOWLES et al., 2018)</p>	2017/VI	Reino Unido	<p>Explorar as metodologias de produção podem melhorar o desenvolvimento da intervenção e fornecer um mecanismo para traduzir as evidências disponíveis para o paciente propostas de intervenção centradas na multimorbidade e segurança.</p>	Dois métodos de design participativo	<p>Cenário se mostrou útil na compreensão de todos, em diferentes pontos de vista. Segurança não apenas como evitar erros, mas como uma necessidade de cuidados mais holísticos e direcionados às necessidades do paciente. Maior comunicação e sensibilidade entre paciente e profissional.</p>
<p><i>Test result communication in primary care: Clinical and office staff perspectives</i> (LITCHFIELD et al., 2014)</p>	2014/VI	Reino Unido	<p>Compreender como os resultados dos exames laboratoriais são comunicados aos pacientes na atenção primária e percepções sobre como esse processo pode ser melhorado.</p>	Estudo qualitativo	<p>O estudo revela que a conscientização do paciente sobre a sua responsabilidade na verificação dos resultados dos exames, pode auxiliar na redução de possíveis erros. para ajudar a reduzir o potencial de erro.</p>
<p><i>Assessing health literacy in safety net primary care practices</i> (MCCUNE; LEE; POHL, 2016a)</p>	2016/VI	Estados Unidos	<p>Abordar o déficit de letramento em saúde do paciente dentro do ambiente da atenção primária, através do uso do Newest Vital Sign.</p>	Estudo exploratório transversal	<p>Os benefícios em longo prazo de abordar o letramento em saúde: melhorar o acompanhamento do paciente relacionado a planos de tratamento prescritos, aumentar a compreensão das mensagens de promoção da saúde, aumentar as visitas de acompanhamento oportunas e melhorar a qualidade dos cuidados e resultados mais saudáveis em longo prazo.</p>

<i>Assessing mobile phone digital literacy and engagement in user-centered design in a diverse, safety-net population: Mixed methods study</i> (NOURI et al., 2019)	2019/VI	Estados Unidos	Descrever as variações no envolvimento dos pacientes no processo de design de aplicativos, com foco no letramento limitado em saúde, proficiência limitada em inglês e letramento digital limitada.	Estudo transversal	Necessidade de uma melhor compreensão de como considerar, definir e incorporar a letramento digital ao desenvolver o uso de tecnologias em saúde, bem como esforços contínuos para envolver melhor as populações vulneráveis na pesquisa.
<i>The evidence-based development of an intervention to improve clinical health literacy practice</i> (ROWLANDS et al., 2020)	2020/VI	Reino Unido	Melhorar a conscientização, as habilidades e a prática do letramento em saúde para melhorar a experiência do paciente.	Intervenção	Os profissionais de saúde têm um papel fundamental no desenvolvimento da capacidade de resposta ao letramento em saúde dos sistemas de saúde para garantir que eles atendam as necessidades de letramento em saúde da população. A abordagem para o desenvolvimento da intervenção adotada neste projeto resultou em uma intervenção que foi melhorada pelo <i>feedback</i> dos médicos que realizaram o treinamento e de um grupo de pacientes e cuidadores.
<i>An electronic medication module to improve health literacy in patients with type 2 Diabetes Mellitus: randomized controlled pilot study</i> (SEIDLING et al., 2020)	2020/II	Alemanha	Avaliar a influência de um módulo de medicação dentro de um registro de saúde eletrônico conduzido pelo paciente para melhoria do letramento em saúde.	Estudo exploratório, prospectivo, randomizado e controlado	Ter acesso à plataforma eletrônica de medicamentos pareceu influenciar alguns aspectos do letramento em saúde e da segurança do paciente no controle medicamentoso.
<i>Electronic health literacy among linguistically diverse patients in the Los Angeles county safety</i>	2022/VI	Estados Unidos	Descrever os padrões de acesso e uso de tecnologia, bem como os níveis de letramento em saúde entre	Estudo exploratório	Deve se considerar não apenas o acesso à tecnologia, mas também o design e a usabilidade percebida de telessaúde e o letramento individual em saúde dos pacientes, para a utilização da tecnologia como ferramenta na garantia da segurança do cuidado.

net health system
(VALDOVINOS et al.,
2022)

pacientes de língua
inglesa e com
proficiência limitada
em inglês em um
sistema de saúde de
rede de segurança de
Los Angeles.

Health literacy: An 2015
educationally sensitive
patient outcome (YIN
et al., 2015)

Estados
Unidos/
VI

Discutir como o
letramento em saúde,
definido como “o grau
em que os indivíduos
têm a capacidade de
obter, processar e
compreender
informações e serviços
básicos de saúde
necessários para tomar
decisões de saúde
apropriadas”
(49:1363), os
resultados
educacionalmente
sensíveis para
pacientes.

Estudo conceitual

O letramento em saúde do médico leva a melhores resultados do paciente por meio do uso de estratégias pelo provedor para avaliar o paciente em seu próprio autocuidado e garantir um letramento adequado em saúde e a segurança das ações que estão sendo implementadas no paciente.

Fonte: elaboração própria

Discussão

Para discorrer sobre as evidências identificadas na presente revisão, foram delimitadas as seguintes categorias: “impacto do letramento em saúde na segurança do paciente na APS”; “intervenções que contribuem para o letramento em saúde na APS” e “avaliação das perspectivas de usuários e profissionais quanto ao letramento em saúde”.

Impacto do letramento em saúde na segurança do paciente na APS

A estrutura usada para projetar intervenções de letramento em saúde tem como alvo a estimulação e a motivação da aprendizagem, reconhecendo que o envolvimento do paciente no processo de aprendizagem, provavelmente, é um fator de contribuição-chave para a habilidade de entender tanto quanto agir segundo as recomendações de saúde(YIN et al., 2015). Para isso, é necessário desenvolver estratégias que atendam suas preferências e necessidades de forma eficaz, em equilíbrio com conhecimento, habilidade e restrições estruturais do provedor(GUNN et al., 2020).

O letramento em saúde pode ser um fator essencial para a autogestão do cuidado, como mostra o estudo que avalia a adesão no uso de anticoagulante oral em pacientes com doenças cardiovasculares. Pacientes com níveis mais altos de letramento em saúde reportaram confiança sobre suas habilidades de gerenciar informações, empoderamento e autoeficácia. Além disso, tiveram melhor autocuidado, controle do tratamento, ótima frequência a consultas, menos complicações, menos comparecimento à emergência e menor número de hospitalizações(CABELLOS-GARCÍA et al., 2021). Um estudo cluster-randomizado controlado, que visava ao monitoramento da pressão arterial domiciliar de alta qualidade, verificou que a educação interativa em grupo e o subsequente aconselhamento individual podem reduzir a proporção de pacientes com hipertensão não controlada em comparação com o aconselhamento individual convencional. Os efeitos positivos foram observados em pacientes com letramento em saúde adequado e inadequado(NGA FU MFM et al., 2020).

O cuidado centrado no paciente que respeita as preferências e as necessidades individuais é possível quando as organizações de saúde fortalecem as relações interpessoais e afastam os cuidados orientados para a doença, tentando produzir o melhor resultado para o paciente(ALTIN; STOCK, 2016). Alguns aspectos que devem ser considerados na tomada de decisão: fornecimento de informações/educação do paciente (focado em benefícios e riscos), comunicação clara entre médico-paciente e estrutura para a tomada de decisão (GUNN et al., 2020).

Estudo controlado e randomizado (28), utilizando dados inscritos no Patient-Physician Partnership, avaliou a eficácia de intervenções intensivas direcionadas a pacientes e médicos para melhorar a adesão entre pacientes hipertensos. Não houve diferenças significativas no desejo de usuários com baixo e adequado nível de letramento em se engajarem com seus cuidados em saúde. Entretanto, usuários com menor nível de letramento em saúde fizeram menos perguntas, ainda que tenham mantido as de cunho psicossocial, e experimentam menos tomada de decisão compartilhada, impondo-se a decisão médica (ABOUMATAR et al., 2013).

Neste contexto, o letramento em saúde apresentou melhora significativa após a intervenção educacional. A valorização do papel do paciente a partir do seu próprio conhecimento levou a uma mudança de crenças e comportamentos de usuários dos serviços de saúde que se tornaram participantes ativos do sistema. Investir em motivar indivíduos a aprender sobre os sistemas de saúde e colaborar com seus profissionais de saúde com conhecimento e habilidades necessárias pode permitir que eles mantenham e promovam a própria saúde, a de seus familiares e pessoas próximas (ISHIKAWA et al., 2018).

A comunicação está entre as metas internacionais de segurança do paciente, uma vez que é indispensável ao indivíduo que vive em sociedade e mais ainda nos processos de saúde e doença (30). Pacientes com letramento em saúde limitado tendem a não compreender ou não lembrar o conteúdo da educação em saúde ofertado por seu prestador de cuidados primários (AOKI; INOUE, 2017). Outro estudo (38) apontou que pais com baixo letramento em saúde apresentam piores resultados e déficit de cuidados no que tange à saúde infantil de seus filhos. A má comunicação compromete a segurança e leva à insatisfação do paciente e da família, no que diz respeito aos cuidados de saúde (GIBSON; SMITH; MORRISON, 2022).

É importante compreender que os pacientes buscam diferentes tipos de informações além das questões técnicas; eles também consideram a indicação, o passo a passo e o que esperar de um processo em que esteja envolvida sua saúde. Devido à limitação de tempo das consultas, profissionais e pacientes consideram interessante a oferta de ferramentas e profissionais que possam reforçar o conteúdo educacional, resumir quais decisões de saúde foram tomadas e amparar a retenção contínua de informações em ambientes fora do consultório (GUNN et al., 2020).

O letramento em saúde pode ser melhorado fornecendo informações, comunicação eficaz e uma educação estruturada, em que os profissionais de saúde personalizem e direcionem a atenção de acordo com o perfil do usuário (ISHIKAWA et al., 2018). Deve-se levar em conta as diferentes culturas e tradições e o contexto que vivem, para então adaptar a estratégia mais apropriada a ser utilizada (41). Estudo realizado com refugiados na Austrália refere a

importância da interface com facilitadores que possam auxiliá-los na tomada de decisão (KAY et al., 2016). Uma abordagem multifacetada que envolve pacientes, comunidades e profissionais de saúde é a ideal.

Intervenções que contribuem para o letramento em saúde na APS

As estratégias de letramento em saúde podem ser ensinadas e a aquisição de habilidades pode ser medida (YIN et al., 2015). Os profissionais de saúde, independentemente da categoria, têm um papel fundamental no desenvolvimento da capacidade de resposta dos sistemas de saúde ao letramento em saúde para garantir que atendam às necessidades de letramento dos usuários (38, 46). Contudo, percebe-se que muitos profissionais de saúde desconhecem estratégias alternativas que podem melhorar e facilitar a comunicação com os usuários. Nesse sentido, é importante que profissionais de saúde que realizam a assistência direta aos pacientes conheçam os princípios de letramento em saúde e como implementá-los na prática, sendo um passo necessário para promover a segurança e melhorar o atendimento em todos os contextos, incluindo o de atenção primária (GIBSON; SMITH; MORRISON, 2022).

A falta de continuidade e a transferência de informações entre pacientes e vários profissionais de saúde diferentes foram identificadas como uma causa de incerteza e vulnerabilidade entre usuários da atenção primária na Suíça (ABELSSON et al., 2020). Intervenções interativas centradas no profissional foram associadas à melhora do conhecimento, dos comportamentos e da confiança dos membros da equipe sobre o uso de estratégias de letramento em saúde. Esse tipo de estudo pode levar a melhores desfechos como a prevenção de mal-entendidos relacionados a medicamentos, imunizações e cuidados preventivos (YIN et al., 2015).

Um estudo implementou no sistema de prontuário eletrônico uma notificação tipo “*pop-up*” para que médicos e enfermeiros, ao atender um paciente em risco de baixo letramento em saúde, utilizassem dos conhecimentos sobre letramento em saúde aprendidos durante a intervenção educacional (ROWLANDS et al., 2020). Folhas de instrução de medicação baseadas em pictogramas, escritas em menor nível de letramento em saúde, juntamente com demonstração, *teach-back/show-back* e fornecimento de ferramentas de dosagem podem complementar o aconselhamento verbal do profissional e reduzir os erros de dosagem (YIN et al., 2015).

Três estudos (45-47) utilizaram recursos digitais como intervenção, tendo um deles destacado que o nível de engajamento dos usuários pode variar de acordo com o letramento em saúde, proficiência no idioma falado e letramento digital. É necessária uma melhor

compreensão de como considerar, definir e incorporar o letramento digital ao desenvolver tecnologia de informação de saúde, além de esforços contínuos para um melhor envolvimento de populações vulneráveis na pesquisa. A propriedade de um *smartphone*, mesmo com uso pessoal diário, não prediz com acurácia o conforto ou a capacidade de usar os recursos básicos de telefones, como mensagens de texto (NOURI et al., 2019).

É importante garantir que uma intervenção seja eficaz, eficiente e sustentável (GIBSON; SMITH; MORRISON, 2022), sendo fundamental um monitoramento adequado da qualidade do estudo e das diversas etapas de uma intervenção complexa, associado ao planejamento meticuloso de um estudo-piloto que teste fontes não reconhecidas de variabilidade antes que estudos de intervenção essenciais sejam implementados (SEIDLING et al., 2020). Duas intervenções que tiveram como alvo o letramento digital em saúde não produziram efeito estatisticamente significativo (45, 47), apresentando diversas limitações e problemas de execução, como dificuldade de compreensão da proposta pela população-alvo; inadequação e ineficiência de técnica aplicada; pouco engajamento (NOURI et al., 2019); curto período de implementação da intervenção; não acesso à ferramenta digital proposta e alta taxa de abandono dos participantes do estudo (SEIDLING et al., 2020).

A eficácia das intervenções pode ser maximizada quando alinhada e baseada nas melhores e mais recentes evidências científicas, e através do *feedback* da população-alvo (ROWLANDS et al., 2020). A criação de cenários práticos realistas relativos ao ambiente de atenção primária também permite uma maior probabilidade de os participantes visualizarem como os princípios de letramento em saúde podem ser aplicados (GIBSON; SMITH; MORRISON, 2022). Ainda que uma capacitação com menor duração de tempo possa ser mais atrativa para profissionais muito ocupados, um dia inteiro de treinamento em letramento em saúde pode ser necessário para abordar todas as questões relevantes da intervenção educacional, o que corrobora com os achados da literatura sobre o tema (ROWLANDS et al., 2020).

Outros fatores que potencializam a eficácia da intervenção educacional envolvem treinamento multicomponente com trabalho em pequenos grupos e dramatização; identificação de barreiras à mudança e desenvolvimento de planos para superá-las; além disso, envolvimento de um líder de opinião local e/ou representante de equipe no treinamento (ROWLANDS et al., 2020).

Avaliação das perspectivas de usuários e profissionais quanto ao letramento em saúde na APS

O letramento em saúde é um preditor de estado individual de saúde e permite que pessoas em situações de vulnerabilidade sejam identificadas e que as desigualdades de saúde

sejam abordadas efetivamente. Foi evidenciada em pesquisa (34) uma forte relação entre as dimensões de letramento em saúde e os determinantes sociais que constituem os eixos da iniquidade na saúde (34).

Na APS, a segurança do paciente vai além de medidas técnicas e envolve o contexto relacional do cuidado, responsivo às prioridades do paciente e que devem ser negociados entre profissionais de saúde e paciente. As diferentes necessidades devem ser acolhidas e a comunicação ativa com os pacientes é recomendada, a fim de evitar presunções sobre sua capacidade e prioridades. Estudos com design participativo parecem ser úteis para entender não somente como uma recomendação deve parecer, mas sentir na prática (KNOWLES et al., 2018).

Um estudo qualitativo conduziu entrevistas semiestruturadas com líderes de saúde de refugiados, farmacêuticos, enfermeiros e clínicos gerais, a fim de explorar as barreiras e os facilitadores da qualidade no uso de medicamentos vivenciados no contexto da APS na Austrália. Foram encontradas cinco barreiras: comunicação, restrição de linguagens, questões culturais, letramento em saúde limitadas e custo financeiro. As barreiras de comunicação foram as mais comuns e impactaram o acesso de qualidade no uso de medicações, o que salientou o papel vital dos intérpretes e do treinamento dos profissionais de saúde para a prestação de cuidados interculturais. A colaboração entre profissionais de saúde pode melhorar o uso seguro de remédios e os usuários podem se beneficiar de uma revisão medicamentosa com um farmacêutico. O baixo letramento em saúde na língua materna da pessoa pode limitar a efetividade de recursos traduzidos, ainda que informações escritas sejam úteis. Além disso, pictogramas para apoiar instruções de uso de medicação para consumidores com baixo letramento em saúde pode ser mal interpretados, principalmente em contextos interculturais (KAY et al., 2016).

A maioria dos usuários deseja confiar no sistema de saúde e nos seus profissionais, contudo a falha na comunicação e na continuidade do cuidado é um obstáculo. Usuários da APS na Suíça avaliaram como deficientes as habilidades de linguagem dos profissionais de saúde, impedindo a construção de vínculo. O estresse gerado pela redução do tempo mínimo gasto em cada consulta resultou em sentimentos de incompreensão e aversão dos pacientes aos profissionais. Ademais, falta de continuidade e de transferência de informações entre pacientes e vários profissionais de saúde diferentes foi identificada como uma causa de incerteza e vulnerabilidade (ABELSSON et al., 2020).

A percepção de inércia sistêmica inerente à APS influencia negativamente na satisfação dos usuários, o que impacta em aspectos como o acompanhamento e recebimento de resultados

de exames (ABELSSON et al., 2020). Segundo um estudo norte-americano que avaliou a comunicação dos resultados de exames, a responsabilidade em transmitir os resultados de exames não está clara entre os profissionais de saúde; a comunicação não segue padrão ou protocolos e os resultados normais não são comumente relatados. A comunicação de resultados anormais por não profissionais de saúde, uma vez que não sabem esclarecer dúvidas, causa ansiedade nos pacientes (LITCHFIELD et al., 2014).

A eficácia da comunicação se faz necessária em diversas fases do processo saúde e doença, como mostra o estudo que avalia a perspectiva das pacientes de câncer de mama sobre informações do seu plano de cuidado e sobrevivência. Segundo um estudo (BURKE et al., 2016), um documento escrito com o plano de sobrevivência não substitui a comunicação direta com os profissionais sobre tratamento, gerenciamento de sintomas e transição, avaliada como falha pelas participantes. Na ausência de informações, as pacientes recorreram ao apoio de pares e organizações comunitárias. Dados sugerem que haja menos interesse em um resumo do tratamento e mais interesse em informações e educação sobre o que fazer e como gerenciar a sobrevivência. Algumas mulheres referem a necessidade de uma melhor comunicação relacionada a efeitos colaterais, dor, alimentação saudável e reconstruções. Essa falta de informação leva a preocupações, medo e ansiedade nas pacientes (BURKE et al., 2016).

O letramento em saúde faz parte da complexidade do serviço de saúde que deve disponibilizar ferramentas para aprimorar a comunicação escrita, oral e documental para a melhoria do cuidado centrado no paciente. Pesquisa (35) avaliou o nível de letramento em saúde dos pacientes de um centro médico nos Estados Unidos, através de uma triagem inicial e as informações incorporadas ao registro do paciente, baseada em uma formulação de melhoria em que os profissionais de saúde participaram de treinamento. Os enfermeiros participantes adotaram o novo processo rapidamente e o relataram como benéfico para as discussões de educação do paciente. Um grande facilitador da adoção e da aceitabilidade do instrumento avaliado foi o apoio da liderança e a integração de todas as fases do projeto na infraestrutura e nos fluxos de trabalho existentes. A iniciativa promoveu a mudança na prática da equipe de enfermagem e forneceu informações importantes sobre barreiras e facilitadores do letramento em saúde. A avaliação do letramento em saúde permitiu o aumento da conscientização da equipe sobre o baixo letramento em saúde entre os pacientes atendidos, o que permitiu o desenvolvimento de recursos apropriados, a realização de pesquisas em larga escala sobre as consequências do baixo letramento em saúde e a avaliação do efeito das intervenções do sistema de acordo com o nível de letramento em saúde dos pacientes (CAWTHON; WILLENS; KRIPALANI, 2015).

Implementar a avaliação do nível de letramento de saúde dos usuários e capacitar os profissionais de saúde a usá-la como rotina pode melhorar a qualidade dos cuidados e promover desfechos mais saudáveis a longo prazo. Um estudo exploratório transversal avaliou as percepções e perspectivas de pacientes e profissionais quanto ao uso do instrumento de avaliação de letramento em saúde: Newest Vital Sign. Demonstrou-se que os profissionais de saúde, em especial médicos, desconhecem ferramentas necessárias para avaliar a capacidade de conhecimento dos pacientes. Ao final do estudo, a aplicação rotineira da ferramenta Newest Vital Sign foi recomendada durante a consulta admissional do usuário, uma vez que abrange as diferentes dimensões do letramento em saúde, é de rápida (3-5 minutos) e fácil aplicação pelos profissionais e aceitável para os usuários (MCCUNE; LEE; POHL, 2016b).

Pesquisa avaliou a percepção de pacientes sobre o instrumento Universal Medication Schedule a fim de ampliá-lo. Segundo os participantes, sempre que possível, devem ser utilizadas palavras e frases claras e concisas; além disso, foi percebida uma melhor aceitação do termo “metade” em detrimento da fração “ $\frac{1}{2}$ ”. A melhoria da prescrição não é suficiente para promover um uso seguro e consistente da medicação, sendo necessário ofertar apoio adicional aos pacientes. Os participantes sugeriram que instrumentos de dosagem fossem disponibilizados, uma vez que as medidas podem variar e ser pouco conhecidas. Também solicitaram especificar a dosagem máxima de analgésicos e ligar o uso da medicação a períodos específicos (BAILEY et al., 2014).

Conclusões

As contribuições sobre o letramento em saúde são vastas, uma vez que paciente e profissional sejam parceiros e se envolvam em busca de uma assistência segura e de qualidade, em que o foco é o paciente e sua necessidade individual. O impacto pode não ser observado de imediato, pois a cultura de segurança estabelecida leva tempo para ser modificada, contudo esse movimento de reflexão e mudança deve ser iniciado. A comunicação é a palavra-chave, mas também o desafio diário dentro do contexto das equipes de saúde. O envolvimento do paciente e de seus familiares junto de estratégias que possibilitem a avaliação integral das condições de saúde e considerem as variações individuais em cada contexto se torna primordial ao se falar em cuidado primário à saúde. Estratégias criativas e mais visuais facilitam o entendimento e melhoram a aceitação diante do novo. A síntese dos resultados pode contribuir para a tomada de decisão e para o direcionamento das práticas assistenciais, gerando maior segurança tanto para o paciente como para a equipe de profissionais na APS.

O impacto do uso de estratégias com base no letramento em saúde auxilia na comunicação, no engajamento do paciente quanto ao seu cuidado e, conseqüentemente, na segurança do cuidado na APS. A assistência em saúde baseada em pilares construídos por meio de evidências que garantam a segurança do paciente reforça a necessidade de pacientes letrados em saúde, que entendam e compreendam o seu papel durante o seu processo de saúde-doença, com foco na promoção e na prevenção em saúde, que são as bases do atendimento da APS.

Conflito de interesses: nenhum declarado.

Artigo 3: publicado em Cogitare Enfermagem

Health Literacy Questionnaire: relato de experiência de pesquisadores na atenção primária

Resumo

Objetivo: analisar temas emergidos a partir da experiência de pesquisadores durante a aplicação do instrumento *Health Literacy Questionnaire* na atenção primária em saúde. **Método:** relato de experiência baseado no diário de campo dos pesquisadores, na coleta de dados com 500 usuários da Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal – Brasil, entre maio e agosto de 2022. Os registros foram analisados à luz da teoria de enfermagem de Nola Pender. **Resultados:** as demandas de atendimento emergiram como principal categoria, associadas à baixa qualidade na assistência. Desvelou-se a percepção de um sistema de saúde precário, implicando em baixa relevância percebida pelo usuário em relação à sua cooperação para promover mudanças nos serviços de saúde. **Considerações finais:** foi possível entender o papel da equipe de enfermagem para o envolvimento do usuário no seu cuidado, e como isso reflete diretamente na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Palavras-chave: Letramento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Inquérito e Questionários; Teoria de Enfermagem.

Introdução

O letramento em saúde (LS) é definido como as competências cognitivas em obter conhecimento, compreender, avaliar e tomar decisões diárias relacionadas à saúde do próprio indivíduo, permitindo que seja responsável sobre o cuidado de sua saúde, com o objetivo de manter a qualidade de vida¹. O letramento em saúde capacita os cidadãos individualmente e permite o seu envolvimento em ações coletivas de promoção da saúde². A promoção da saúde está fundamentalmente preocupada com a ação para abordar toda a gama de determinantes potencialmente modificáveis da saúde – não apenas aqueles que estão relacionados às ações dos indivíduos, mas também os determinantes sociais de saúde (por exemplo, renda e acesso a recursos, educação, emprego e condições de trabalho), acesso a serviços de saúde adequados e os determinantes ambientais da saúde³.

Na Declaração de Xangai 2020/2030 temos 3 pilares para promoção da saúde, que são a boa governança, cidades saudáveis e o letramento em saúde. O LS foi amplamente discutido na Conferência de Xangai. Melhorar o LS, por meio de um melhor acesso à informação, permite que as pessoas tomem decisões mais informadas sobre sua saúde e a saúde de suas famílias, e as capacita a defender com mais eficácia seus líderes políticos e formuladores de políticas².

O conhecimento do LS é fundamental, pois colaboram com a promoção em saúde, tendo uma relevância alta na Atenção Primária à Saúde (APS) por promover cuidados preventivos, evitar agravos à saúde e desenvolvimento de intervenções acessíveis, fomentando uma boa comunicação nas trocas de informação entre o paciente e os profissionais da saúde⁴.

A maioria das pesquisas sobre LS já o considerou como unidimensional, conceito focado principalmente na capacidade de leitura ou letramento funcional em saúde. No entanto, com a evolução do campo de LS, ficou evidente que LS abrange múltiplas dimensões, e que é bastante complexo e com construção heterogênea. Embora reconheça que a gama de definições é em grande parte sobreposta, cada definição particular também destaca aspectos específicos do LS que ajudam a ampliar a compreensão⁵.

Neste contexto multidimensional, um instrumento utilizado para identificar o nível do LS na população é o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) que avalia a compreensão desses indivíduos no que se refere à tomada de decisões e aos comandos de cuidados com a sua própria saúde⁶.

Com o presente artigo podemos descrever a experiência dos pesquisadores com a aplicação do instrumento multidimensional HLQ. Portanto, temos a seguinte questão norteadora: Quais experiências podem emergir pelos pesquisadores durante a aplicação do HLQ na atenção primária em saúde? Para responder à questão norteadora, o estudo teve como objetivo geral analisar temas emergidos a partir da experiência de pesquisadores durante a aplicação do instrumento (HLQ) na atenção primária em saúde.

Método

Trata-se de relato de experiência de pesquisadores que participaram da etapa de coleta de dados da pesquisa intitulada ‘Validação de material educativo para ampliação do letramento em saúde de população atendida na atenção primária em saúde’.

A experiência foi vivenciada por sete pesquisadores, graduandos do sexto e sétimo semestre do curso de enfermagem, vinculados à instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação, entre maio e agosto de 2022. O cenário foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) composta por 11 equipes de saúde da família.

Foram incluídos usuários adultos, com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados no mapa de saúde da UBS. Como critério de exclusão foram considerados usuários

cadastrados no mapa de saúde, mas não utilizam o serviço da UBS em estudo. A seleção da amostra foi realizada por conveniência (não-aleatórias). Os usuários foram contatados nos corredores da UBS, durante a espera do atendimento e convidados a participar do estudo.

O instrumento multidimensional utilizado para identificar as potencialidades e limitações do LS na população foi o HLQ-Br, composto por nove escalas, com total de 44 itens em duas partes. A primeira parte é composta por cinco escalas (1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde; 2. Informações suficientes para cuidar da saúde; 3. Cuidado ativo da saúde; 4. Suporte social para saúde; e 5. Avaliação das informações em saúde) e a segunda parte é composta por quatro escalas (6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde; 7. Navegar no sistema de saúde; 8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde; e 9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer)⁷.

As respostas estão distribuídas em escala tipo Likert e pontuadas de 1 a 4: discordo totalmente = 1, discordo = 2, concordo = 3 e concordo totalmente = 4. A parte 2 consta de quatro escalas e solicita ao participante que indique quão fácil ou difícil é realizar as atividades propostas. As respostas estão distribuídas em escala tipo Likert, pontuadas de 1 a 5: não consigo fazer ou sempre difícil = 1, geralmente difícil = 2, às vezes difícil = 3, geralmente fácil = 4 e sempre fácil = 5⁸.

Previamente à coleta de dados, obtivemos autorização para o uso do instrumento HLQ na sua versão brasileira, à universidade australiana (e-mail hl-info@swin.edu.au). Em seguida, os pesquisadores participaram de um encontro com a autora que validou o instrumento HLQ no Brasil, para um treinamento prático de aplicação. Foram realizados testes para a aplicação do instrumento antes do início da coleta, seguido de teste piloto.

Paralelamente à condução da coleta de dados, a partir da aplicação do HLQ com 500 usuários da UBS, foi utilizado um diário de campo que consiste em um instrumento para registro de qualquer informação importante, percebida pelos pesquisadores, durante o progresso da coleta de dados⁹. No final de cada dia de coleta, a equipe se reunia e fazia o compilado de informações para incluir no diário de campo geral.

Em seguida, o material foi analisado e categorizado à luz da teoria de enfermagem de Nola Pender, com foco em ações preventivas e no intuito de minimizar a prevalência e incidência de doenças¹⁰; com base em três pontos: características e experiências individuais,

sentimentos e conhecimento sobre o comportamento que se quer alcançar, e comportamento de promoção da saúde desejável¹¹, como observa-se na Figura 1.

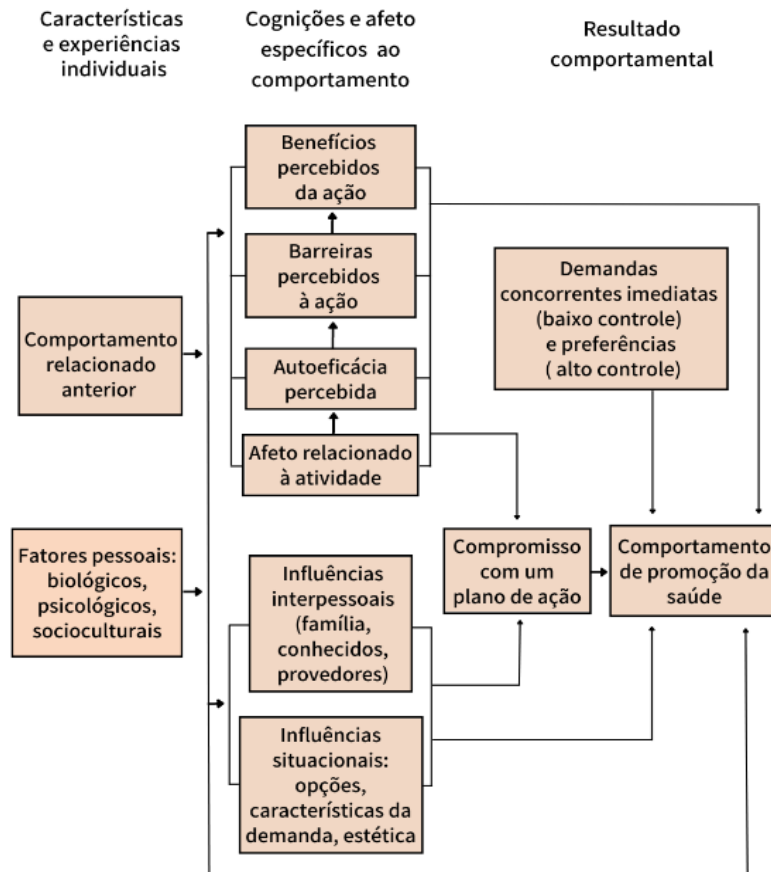


Figura 1 - Modelo de promoção de saúde de Nola Pender¹¹. Brasília, DF, Brasil, 2023

Em relação aos aspectos éticos, destaca-se que este relato obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Brasília, número do parecer 5.214.953.

Resultados

A partir da experiência dos pesquisadores durante a aplicação do HLQ, foram levantadas informações acerca das dificuldades de entendimento do LS, participação da avaliação e acesso ao sistema de saúde expressas pelos usuários da APS, obtendo conteúdo que se relacionava a questionamentos sobre o local da assistência, os usuários, as perspectivas, os desafios, as abordagens aos entrevistados, os relatos positivos e negativos referentes à unidade básica de saúde e ao seu atendimento.

De acordo com a teoria de Nola Pender, referente às características e experiências individuais, os pesquisadores identificaram que o local de atendimento da UBS era de fácil

acesso e possuía uma demanda alta de pacientes, o que favoreceu a adesão dos participantes à pesquisa, em um curto espaço de tempo. Era também um local organizado, limpo e com uma equipe multiprofissional que busca sempre oferecer o melhor atendimento.

Frente ao segundo ponto da teoria de enfermagem, sentimentos e conhecimento sobre o comportamento que se quer alcançar, foi observado alguns facilitadores no início da abordagem da coleta: a disponibilidade do participante decorrente do tempo de espera para ser atendido, e a estratégia utilizada pelos pesquisadores ao se aproximarem das pessoas, reforçando se tratar de uma pesquisa avaliativa, oferecendo-lhe uma escuta ativa.

Também foram abordadas pessoas que optaram por não participar da pesquisa. Tal comportamento desvelou um pensamento por parte dos usuários de que o sistema de saúde é precário e, por isso, não existe solução para a melhoria do processo de trabalho. Pender aborda o aspecto do comportamento específico de saúde, que sofrem influência das experiências passadas e geram barreiras, associação ligada à não participação das pessoas da pesquisa para o levantamento de dados.

No terceiro aspecto que reflete a teoria de Nola Pender, “comportamento de promoção da saúde desejável”, foi observado dificuldades dos usuários durante o preenchimento do questionário, devido ao grau de escolaridade. A dificuldade costumava ser na interpretação no momento da leitura do questionário. Em várias ocasiões foi necessário o pesquisador interpretar as questões para que o entrevistado conseguisse responder às perguntas direcionadas a informações de saúde, uma vez que o termo utilizado trouxe aos participantes dificuldade de compreensão.

Outro fator que prejudicou a coleta de dados foi a extensão do questionário. Conforme respondiam às questões, o processo ficava cansativo, tornando-se desanimador finalizar a entrevista. No entanto, a comunicação e a empatia transformam o ambiente de assistência mais acolhedor, aprimorando assim o atendimento e a relação entre profissional e paciente.

A utilização do modelo e teoria de Nola Pender auxilia no desenvolver do cuidado no âmbito da promoção de conhecimentos, contribuindo na compreensão do processo de capacitação da comunidade, visando sua qualidade de vida, identificando fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial, e permitindo assim a intervenção e análise de suas necessidades¹⁰.

Discussão

No decorrer da aplicação do instrumento HLQ, os pesquisadores durante a coleta relataram aspectos referentes ao local da pesquisa, como o fácil acesso, a demanda alta de pacientes e a equipe multiprofissional bem prestativa. A teoria de enfermagem de Nola Pender pode auxiliar na identificação dos facilitadores e dificultadores para ação, como a cognição e o afeto específicos ao comportamento. Bem como no LS, que é necessário o envolvimento do paciente para o seu autocuidado, Pender reforça esses aspectos no contexto da promoção da saúde¹².

A demanda alta de pacientes foi um facilitador para a equipe de coleta, que enquanto aguardavam o atendimento foi possível realizar a aplicação do questionário, sem interferir no funcionamento habitual da unidade, o que favoreceu a abordagem e a troca de experiência entre o pesquisador e o público-alvo.

No entanto, pode ser um problema no atendimento da APS, pois é observado uma redução de profissionais, causando um déficit no acolhimento aos clientes, tendo sido percebido pela equipe como sobrecarga de trabalho, estresse e cansaço, gerando conflitos na equipe, impactando negativamente na escuta qualificada e na assistência prestada aos indivíduos¹³, o que reflete nas influências situações que Nola Pender descreve para o alcance da promoção da saúde.

A percepção geral que os pesquisadores puderam obter ao realizar a aplicação do questionário, é que o LS é uma habilidade que o indivíduo possui em tomar decisões de saúde, através das informações que recebe. Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde passem as informações de forma simples e de fácil compreensão aos pacientes. Dessa forma, será alcançado o resultado comportamental elencado na teoria de Pender, que envolve o compromisso com o plano de ação e o comportamento de promoção da saúde.

Neste contexto, Pender revela dimensões dos comportamentos promotores de saúde como crescimento espiritual, responsabilidade pela saúde, atividade física, nutrição, relações interpessoais e controle do estresse, que são ferramentas em conjunto com o LS para o desenvolvimento de aspectos da promoção da saúde¹⁴.

Considerações Finais

No decorrer deste estudo, os integrantes da equipe de coleta, que são graduandos do curso de enfermagem, tiveram a possibilidade de entrar em contato com os usuários da APS e estabelecer o início de uma relação interpessoal, que favorece a escuta ativa. Além disso, a partir da aplicação do instrumento que avalia o letramento em saúde, foi possível entender o papel da equipe de enfermagem para o envolvimento do usuário no seu cuidado, e como isso reflete diretamente na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Para pesquisas futuras sugere-se a elaboração de estratégias que auxiliem na conscientização para mudança de percepção dos usuários referente às suas contribuições em pesquisas de cunho científico, aumentando a colaboração com os pesquisadores.

Referências

1. Lima RIM, Parente MA, Ferreira TISP, Coelho AAS, Loureiro EVS, Barbosa TM, *et al.* Letramento funcional em saúde de usuários da atenção primária de Altamira, Pará. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. [Internet]. 2022 [cited 2022 Sept. 04]; 17(44):2763. Available from: <https://doi.org/10.5712/rbmfc>
2. World Health Organization (WHO). Promoting health in the SDGs: report on the 9th global conference for health promotion: all for health, health for all, 21–24 november 2016. Xangai: 2016. [cited 2023 Dec. 08]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf?sequence=1>
3. Organização Mundial de Saúde. Glossário de termos de promoção da saúde [Internet]. 2021. [cited 2023 Dec. 09]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/350161>
4. Silva VM, Brasil VV, Moraes KL, Magalhães JPR. Letramento em saúde dos profissionais de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sept. 07]; 22. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.62315>
5. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K. *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan* [Internet]. Bristol: Reino Unido; 2019. [cited 2023 Dec. 08]. Available from: <http://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
6. Budhathok SS, Hawkins M, Elsworth G, Fahey MT, Thapa J, Karki S, *et al.* Use of the English Health Literacy Questionnaire (HLQ) with Health Science University Students in Nepal: a validity testing study. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct. 10]; 19(6). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19063241>
7. Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL, Sampaio HA, Sousa AL, Canhestro MR, *et al.* Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec. 08]. Available from: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02171>

8. Hora GPR, Júnior RR, Souza MA. Estado da arte das medidas em satisfação no trabalho: uma revisão sistemática. *trends in psychology*. [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec. 08]; Available from: <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/xbTN7gyT3zdVRVJDBrN7Pgf/?format=pdf&lang=pt>
9. Kroef RFS, Gavillon PQ, Ramm LV. Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. *Estud. Pesqui. Psicol.* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct. 09]; 20(2):464–80. Available from: <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579>
10. Victor JF, Lopes MVO, Ximenes LB. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2005 [cited 2022 Oct. 16]. 18. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>.
11. Pender N. The Health Promotion Model [Internet]. 2011 [cited 2022 Nov. 06]. Available from: <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>
12. Aguiar CAS, Silva MCB, Queiroz SA, Santos RL. Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva (Barueri)*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov. 14]; 11(64):5604–15. Available from: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>
13. Marin J, Ribeiro CDM. Problemas bioéticos en la práctica interequipos en una unidad de Atención Primaria a la Salud en Brasil. *Rev. latinoam. bioet.* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov. 25]; 20(1):67-7. Available from: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3991>
14. Bahabadi FJ, Estebsari F, Rohani C, Kandi ZRK, Sefidkar R, Mostafaei D. Predictors of health-promoting lifestyle in pregnant women based on pender's health promotion model. *Int J Womens Health.* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec. 17]; 12:71–7. Available from: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S235169>

Artigo 4: publicado em Texto e Contexto Enfermagem

Visão multidimensional do nível de letramento em saúde de pacientes adultos na atenção primária à saúde.

Resumo

Objetivo: Identificar as condições de letramento em saúde e sua associação com o perfil sociodemográfico e clínico da população atendida na atenção primária à saúde.

Método: Estudo transversal realizado com 386 pacientes atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no Distrito Federal, Brasil. Foi realizada entrevista individual, utilizando questionário para coleta de dados sociodemográfico e de saúde dos pacientes, além da versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire*. A coleta de dados ocorreu entre maio e agosto de 2022 e os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial.

Resultados: A maioria dos participantes do estudo era composta por mulheres (76,1%), na faixa etária de 18 a 40 anos (76,1%), com autopercepção de saúde classificada como boa (38%). Os escores médios do *Health Literacy Questionnaire* variaram entre 2,36 e 3,73, indicando limitações no letramento em saúde, especialmente nas escalas de ‘Compreensão e apoio dos profissionais de saúde’ (2,36), ‘Informações suficientes para cuidar da saúde’ (2,52), ‘Cuidado ativo’ (2,67) e ‘Navegar no sistema de saúde’ (2,98).

Conclusão: Os dados encontrados indicam fatores que podem ser trabalhados na população estudada para ampliar o nível de letramento em saúde, com o objetivo de aumentar a autonomia do paciente e sua corresponsabilização para um cuidado primário contínuo, resolutivo e seguro.

Descritores: Letramento em saúde. Instrumentos em saúde. Atenção Primária em Saúde. Enfermagem. Promoção da saúde.

Introdução

O letramento em saúde refere-se ao conhecimento e às competências pessoais adquiridos por meio de atividades diárias, interações sociais e transmissões intergeracionais. Esse conhecimento e essas competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos, que possibilitam às pessoas acessar, compreender, avaliar e utilizar informações e serviços de maneira a promover e manter a saúde e o bem-estar, tanto para si mesmas quanto para aqueles ao seu redor¹. Ao facilitar o acesso a informações de saúde compreensíveis e confiáveis, bem como a capacidade de usá-las de forma eficaz, o letramento em saúde torna-se essencial para capacitar os indivíduos a tomarem

decisões informadas sobre sua saúde pessoal e para promover seu engajamento em ações coletivas de promoção da saúde, considerando os determinantes da saúde¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) menciona, no plano de desenvolvimento para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), a importância de construir o letramento em saúde comunitária, fundamentado em conhecimentos, recursos e habilidades, os quais são considerados ativos do letramento em saúde. Nesse contexto, é fundamental avaliar se o conhecimento que circula dentro da comunidade é confiável, além de acompanhar os costumes de promoção da saúde incorporados em crenças, normas culturais e práticas tradicionais ou emergentes da vida cotidiana. Também é essencial compreender a relação da comunidade com as fontes externas de informação².

O letramento em saúde deve ser uma abordagem central na atuação da atenção primária à saúde (APS), que abrange “ações de saúde individuais, familiares e coletivas, envolvendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada”^{3:1}. No contexto da assistência à saúde, a APS é a porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, exercendo a função de coordenação do cuidado e organização das ações e serviços da rede, com base nos determinantes e condicionantes de saúde.³

A APS, estruturada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), quando bem executada, oferece diversos benefícios à população atendida, como a redução da morbimortalidade infantil e adulta, ampliação do acesso ao tratamento de doenças infecciosas, diminuição das desigualdades e maior eficiência no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses fatores resultam na redução de internações hospitalares e da necessidade de reabilitação decorrente de DCNTs⁴.

Diante disso, investigar o letramento em saúde da população atendida no contexto da atenção primária permite otimizar sua contribuição na mediação das causas e efeitos dos determinantes sociais. Ademais, as intervenções existentes demonstram a viabilidade de aprimorar a educação em saúde entre populações de alto risco⁵.

A avaliação do letramento em saúde permite que pesquisadores, profissionais de saúde e gestores de políticas verifiquem a capacidade atual dos membros da comunidade de compreenderem as informações disponíveis sobre suas necessidades de saúde e de utilizá-las para tomar decisões informadas que influenciem positivamente os resultados. Constatou-se que o letramento em saúde é o fator que mais impacta a saúde, superando outros determinantes sociais, como educação, emprego, status socioeconômico e fatores relacionados ao estilo de

vida. Ele medeia a relação entre fatores demográficos, econômicos e sociais, influenciando a condição geral de saúde, a qualidade de vida relacionada à saúde, os hábitos de saúde e o uso de serviços preventivos⁶.

Neste contexto, a identificação do perfil da população em relação ao seu nível de letramento em saúde gera evidências científicas e possibilita a construção de estratégias para o envolvimento da comunidade em seu processo de saúde-doença, impactando positivamente na melhoria e na promoção da saúde. Considerando que o letramento em saúde abrange múltiplas dimensões, o uso de um instrumento validado e multidimensional amplia a compreensão dos possíveis problemas, auxilia na criação de ferramentas para apoiar tanto pacientes quanto profissionais na autogestão da saúde e reforça aspectos relacionados à promoção da saúde e seus determinantes.

Diante do exposto, com o objetivo de aprofundar e construir evidências sobre a relação entre letramento em saúde e o atendimento na APS, o presente estudo teve como propósito identificar as condições de letramento em saúde e sua associação com o perfil sociodemográfico e clínico da população atendida na APS.

Método

Trata-se de um estudo transversal realizado com 386 pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal, Brasil. O cenário da UBS é composto por 11 equipes de saúde da família, cada uma constituída pela equipe mínima, que inclui um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um agente comunitário de saúde.

Foram incluídos no estudo pacientes adultos, com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, que estavam cadastrados no mapa de saúde da UBS. Como critério de exclusão, considerou-se aqueles pacientes que, embora cadastrados, não utilizavam os serviços da unidade básica de saúde em questão.

A totalidade de usuários elegíveis para participar do estudo foi calculada com base no número de pessoas atendidas por equipe, de acordo com a PNAB, o número de equipes no cenário de estudo (11) e a proporção de usuários adultos na região de Santa Maria (80%). A amostra do estudo foi calculada na plataforma OpenEpi, considerando 30.000 usuários, intervalo de confiança de 95%, prevalência do fenômeno encontrada na literatura internacional de 47%, precisão de 5,0 e efeito de desenho de 1,0, totalizando 378 usuários. A amostra final do estudo foi de 386 usuários, selecionados por conveniência (não aleatoriamente).

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: o primeiro, intitulado “Pesquisa dos Dados Sociodemográficos e de Saúde dos Pacientes”, foi construído

especificamente para esta pesquisa e composto por questões que investigaram idade, sexo, nível de escolaridade (fundamental, médio e superior), contratação de plano de saúde, condição de saúde, autoavaliação do estado de saúde, presença de doenças crônicas, totalizando 8 perguntas. O segundo instrumento, destinado a identificar as potencialidades e limitações específicas em letramento em saúde de indivíduos e comunidades, foi o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br), instrumento traduzido e validado para utilização no Brasil em 2018, apresentando boas propriedades psicométricas, com Alfa de Cronbach de 0,76 em oito das nove escalas⁷.

O HLQ-Br é um instrumento multidimensional que avalia nove áreas do letramento em saúde, distribuídas em 44 itens, conforme apresentado na Figura 1. O instrumento é dividido em duas partes. A primeira parte inclui cinco escalas do tipo Likert, com pontuações de 1 a 4 (discordo totalmente =1, discordo =2, concordo =3, concordo totalmente =4). Dentre essas, as escalas 1 e 2 orientam as decisões sobre necessidades e resultados em nível organizacional, enquanto as escalas 3, 4 e 5 se concentram no nível individual. A segunda parte contém quatro escalas, com pontuações de 1 a 5 (não consigo fazer ou sempre difícil =1, geralmente difícil =2, às vezes difícil =3, geralmente fácil =4, sempre fácil =5), que orientam as decisões em níveis individuais e organizacionais⁷.

O HLQ-Br é um instrumento multidimensional que não fornece uma pontuação global para o questionário; os escores são avaliados separadamente para cada uma das nove escalas. Não há a possibilidade de obter estratificações para condições de letramento em saúde. Assim, a análise da pontuação permite identificar os pontos fortes e as limitações de cada pessoa em relação ao seu letramento em saúde, conforme os valores sejam maiores ou menores, respectivamente⁷. O cálculo dos escores foi realizado somando-se os valores de cada item das escalas e, em seguida, dividindo-se esse total pelo número de itens da escala, apresentando-se o resultado como a média de pontuação.

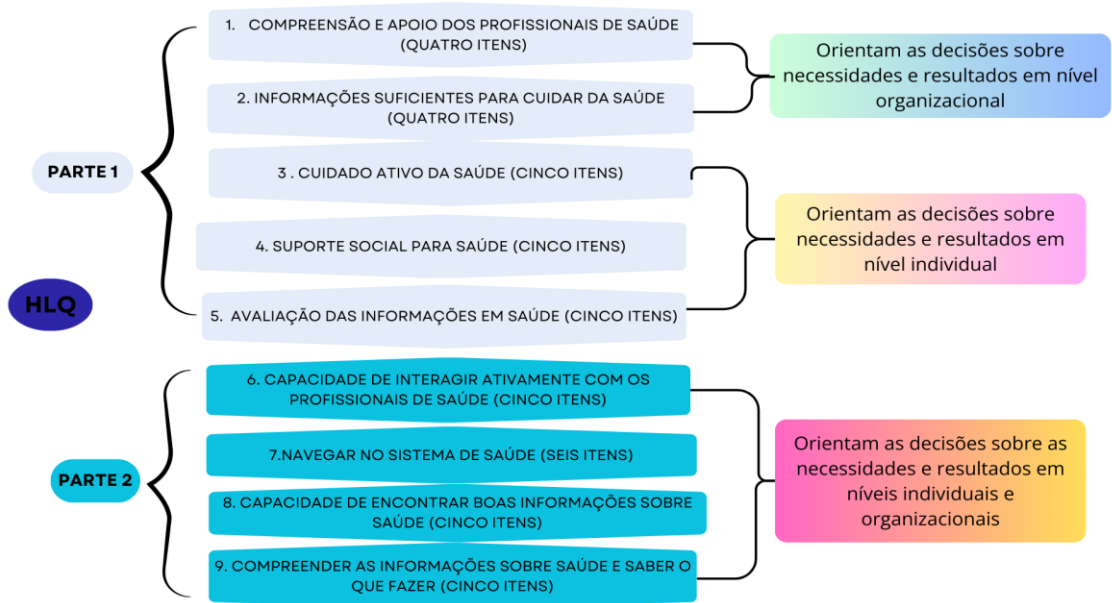


Figura 1 - Escalas *Health Literacy Questionnaire*^{7,8}, Brasília, Brasil. 2024

A coleta de dados foi realizada entre maio e agosto de 2022, utilizando a técnica de entrevista individual, conduzida por equipe de pesquisa composta por sete graduandos do curso de Enfermagem, vinculados à instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação. Após treinamento sobre as técnicas de coleta de dados, os graduandos foram capacitados sobre o tema da pesquisa. Os pacientes foram contatados nos corredores da UBS, durante a espera pelo atendimento e convidados a participar do estudo. Nesse momento, foram explicados o objetivo da pesquisa, as formas de participação e os benefícios, além de ser oferecida a oportunidade de leitura e esclarecimento sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O tempo estimado para o preenchimento do HLQ e a aplicação do questionário sociodemográfico foi de aproximadamente 20 minutos.

Os dados foram analisados com o auxílio do software R, versão 4.3. Os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva, apresentando-se média e desvio padrão para variáveis contínuas, bem como frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Os fatores associados ao nível de letramento foram calculados por meio da análise utilizando o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis como medidas de associação, com um intervalo de confiança de 95%. Foram consideradas significativas as associações com $p < 0,05$. A justificativa para a utilização desses testes se deve à ausência de uma distribuição a priori dos dados analisados, além da necessidade de comparar uma variável numérica entre grupos independentes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A utilização do HLQ-Br ocorreu após autorização da Swinburne University of Technology, mediante contato por e-mail.

Resultados

O perfil sociodemográfico dos 386 pacientes que compuseram a amostra está detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas dos usuários atendidos na atenção primária em saúde, de acordo com o sexo, companheiro fixo, escolaridade e plano de saúde. Brasília, DF, Brasil, 2022. (n= 386).

Características	N	%
Sexo		
Feminino	294	76,1
Masculino	92	23,9
Idade		
18-40	258	66,9
41-53	86	22,2
54-60	42	10,9
Companheiro Fixo		
Não	135	35,0
Sim	251	65,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental	71	18,0
Ensino Médio	218	57,0
Ensino Superior	97	25,0
Plano de Saúde		
Não	333	86,0
Sim	53	14,0
Total	386	100,0

Dos 387 pacientes, 147 (38%) descreveram sua saúde como boa, 128 (33%) como razoável, 46 (12%) como muito boa, 34 (9%) como excelente e 31 (8%) como ruim. Quanto à presença de doenças crônicas, 286 (74%) afirmaram não ter nenhuma. Entre os 100 (26%) pacientes que relataram alguma doença, as mais comuns foram Hipertensão Arterial (45 pacientes, 39%), Diabetes Mellitus (17 pacientes, 16%), afecções respiratórias (15 pacientes, 13%) e condições neuromusculares e osteoarticulares (15 pacientes, 13%). Outras doenças relatadas incluíram Depressão e Ansiedade (5 pacientes, 4,3%), doenças gastrointestinais (5 pacientes, 4,3%), doenças cardiovasculares (4 pacientes, 3,5%), doenças metabólicas (4 pacientes, 3,5%) e outras (4 pacientes, 3,5%).

Referente ao letramento em saúde, a média dos escores de cada uma das escalas do HLQ-Br variou de 2,36 a 3,73, conforme detalhado na Tabela 2.

Tabela 2 - Escores médios das escalas e dos itens do *Health Literacy Questionnaire-Brasil*, que apresentaram maiores limitações e potencialidades do letramento em saúde, dos usuários atendidos na atenção primária em saúde. Brasília, DF, Brasil, 2022. (n=386).

Escalas do <i>Health Literacy Questionnaire</i>	Média (*DP)
Parte 1	
1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	2,36 (0,70)
2. Informações suficientes para cuidar da saúde	2,52 (0,58)
3. Cuidado ativo da saúde	2,67 (0,50)
4. Suporte social para saúde	2,79 (0,57)
5. Avaliação das informações em saúde	2,82 (0,50)
Parte 2	
6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	3,38 (0,86)
7. Navegar no sistema de saúde	2,98 (0,84)
8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	3,32 (0,76)
9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,73 (0,66)

*DP: Desvio Padrão.

Foram identificados os menores escores nas escalas do HLQ-Br, parte 1: "Compreensão e Apoio dos Profissionais de Saúde", "Informações Suficientes para Cuidar da Saúde" e "Cuidado Ativo da Saúde", assim como na parte 2: "Navegar no Sistema de Saúde". Por outro lado, o maior escore foi observado na escala "Compreender as Informações sobre Saúde e Saber o que Fazer".

A Tabela 3 detalha a estatística inferencial, evidenciando uma diferença significativa entre as médias dos grupos de escolaridade, associada às escalas "Suporte Social para Saúde", "Avaliação das Informações em Saúde", "Capacidade de Encontrar Boas Informações sobre Saúde" e "Compreender as Informações sobre Saúde e Saber o que Fazer". Além disso, na Tabela 4, observa-se que a posse de plano de saúde demonstrou diferença estatística, sendo associada às escalas "Compreensão e Apoio dos Profissionais de Saúde", "Informações Suficientes para Cuidar da Saúde", "Suporte Social para Saúde" e "Navegar no Sistema de Saúde".

Tabela 3 - Associação entre os escores médios das escalas do *Health Literacy Questionnaire-Brasil* e as variáveis escolaridade e plano de saúde. Brasília, DF, Brasil, 2022. (n= 386).

Escalas (Média e Desvio padrão)	Variáveis (N) Escolaridade			P valor*
	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior	
Avaliação das informações em saúde	2,55 (0,61)	2,85 (2,43)	2,96 (0,51)	0,00
Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	3,03 (0,79)	3,35 (0,73)	3,46 (0,76)	0,00
Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,56 (0,68)	3,74 (0,65)	3,82 (0,65)	0,01

* Kruskal-Wallis

Tabela 4 - Associação entre os escores médios das escalas do *Health Literacy Questionnaire-Brasil* e a variável plano de saúde. Brasília, DF, Brasil, 2022. (n= 386).

Escalas (Média e Desvio padrão)	Variáveis (N) Plano de saúde		
	Não	Sim	P valor*
Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	2,32 (0,69)	2,57 (0,71)	0,01
Informações suficientes para cuidar da saúde	2,50 (0,58)	2,66 (0,58)	0,05
Suporte social para saúde	2,76 (0,59)	2,94 (0,46)	0,03
Navegar no sistema de saúde	2,94 (0,84)	3,24 (0,81)	0,02

*Teste de Mann-whitney.

A Tabela 5 apresenta a distribuição estatística da associação entre as escalas "Informações Suficientes para Cuidar da Saúde", "Suporte Social para Saúde", "Avaliação das Informações em Saúde", "Navegar no Sistema de Saúde" e "Compreender as Informações sobre Saúde e Saber o que Fazer", em relação à variável de percepção da própria saúde. Foi constatada uma diferença significativa entre as médias dos grupos.

Tabela 5 - Associação entre os escores médios das escalas 2, 4, 5, 7 e 9 do *Health Literacy Questionnaire-Brasil* e a percepção de sua saúde. Brasília, DF, Brasil, 2022. (n= 386).

Escalas (Média e Desvio padrão)	Variáveis (N): Percepção de sua saúde					P valor *
	Bom	Excelente	Muito bom	Razoável	Ruim	
Informações suficientes para cuidar da saúde	2,60 (0,54)	2,56 (0,62)	2,61 (0,67)	2,45 (0,57)	2,28 (0,57)	0,04
Suporte social para saúde	2,89 (0,47)	2,81 (0,51)	2,86 (0,64)	2,74 (0,60)	2,37 (0,67)	0,00
Avaliação das informações em saúde	2,93 (0,44)	2,69 (0,50)	2,94 (0,57)	2,73(0,51)	2,72 (0,56)	0,00
Navegar no sistema de saúde	3,07 (0,77)	3,26 (0,90)	3,01 (0,77)	2,89 (0,90)	2,62(0,82)	0,01
Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,78 (0,65)	4,00 (0,58)	3,83(0,53)	3,59(0,71)	3,57 (0,63)	0,00

* Kruskal-Wallis;

Discussão

Para a discussão dos dados obtidos sobre o letramento em saúde, por meio da aplicação do instrumento HLQ-Br, foram comparados estudos que utilizam o mesmo instrumento, visando promover uma discussão reflexiva e efetiva sobre os dados da presente pesquisa.

O presente estudo apresenta um resultado multidimensional que vai além da análise do letramento funcional em saúde (competências básicas de leitura e numeramento), do letramento

interativo em saúde (competências cognitivas para realizar atividades cotidianas, com relações sociais e comunicativas) e do letramento crítico em saúde (habilidades avançadas para analisar informações e utilizá-las no controle da saúde)⁹.

Neste contexto, um estudo realizado na Espanha com uma amostra de 166 pacientes mostrou pontuações mais elevadas para todas as escalas do HLQ, o que difere dos resultados do presente estudo. Foi observado que os pacientes que classificaram seu estado de saúde como bom ou muito bom obtiveram pontuações mais altas em todas as escalas em comparação àqueles que se consideraram com um estado de saúde regular, ruim ou muito ruim — exceto para as escalas 1, "Sentir-se Compreendido e Apoiado pelos Profissionais de Saúde", e 2, "Ter Informação Suficiente para Gerir a Minha Saúde"¹⁰.

Na Austrália, pesquisa com 410 participantes atendidos na APS obteve pontuações menores nas escalas de letramento em saúde, referentes à capacidade de gerir ativamente a própria saúde, avaliar as informações de saúde, ter apoio social para a saúde, ter informação suficiente para gerir a saúde e sentir-se compreendido e apoiado pelos profissionais de saúde¹¹, corroborando com os dados obtidos na presente pesquisa.

Ressalta-se que as pontuações mais altas na escala 1, "Sentir-se Compreendido e Apoiado pelos Profissionais de Saúde", e na escala 4, "Apoio Social à Saúde", refletem a dependência de fatores externos e o acesso direto aos profissionais de saúde. Pontuações elevadas, portanto, podem ser atribuídas ao sistema público de saúde disponível e, possivelmente, às redes sociais dos pacientes. Para as escalas restantes, a pontuação obtida depende mais dos conhecimentos, competências e habilidades de cada indivíduo¹⁰.

Um estudo realizado no Vietnã, com 367 pacientes com doenças renais crônicas, revelou que mais da metade dos participantes relatou não se sentir compreendida e apoiada por seus profissionais de saúde (escala 1, com média de 2,95), não ser capaz de encontrar boas informações sobre saúde (escala 8, com média de 3,31) e não conseguir compreender informações de saúde (escala 9, com média de 3,33). Neste contexto, ter letramento em saúde suficiente indica que uma pessoa é capaz de encontrar, avaliar e compreender informações sobre saúde, utilizando-as para responder a sinais e sintomas, aderir ao tratamento, tomar medidas proativas para autogerir-se e tomar decisões sobre sua saúde¹².

Neste contexto, é necessário melhorar o letramento em saúde entre os grupos-alvo vulneráveis e compreender as questões locais. Sessões de feedback com serviços de saúde e organizações governamentais locais podem ser úteis para identificar os tipos de pessoas que deveriam ser alvo de qualquer intervenção, assim como as áreas que já apresentam níveis elevados de letramento em saúde¹³.

Para obter informações e ampliar o letramento em saúde, o primeiro passo é avaliar as capacidades de letramento em saúde de um paciente. Isso requer a utilização de ferramentas apropriadas, como o HLQ, que realiza uma análise multidimensional do letramento em saúde. Além disso, as organizações de saúde devem oferecer educação sobre o que é o letramento em saúde aos profissionais, para que os princípios do letramento em saúde possam ser aplicados na prática clínica¹².

No presente estudo, observou-se uma diferença significativa entre a escolaridade (Ensino Fundamental), associando-se às escalas 4 (Suporte Social para Saúde), 5 (Avaliação das Informações em Saúde), 8 (Capacidade de Encontrar Boas Informações sobre Saúde) e 9 (Compreender as Informações sobre Saúde e Saber o que Fazer). Um estudo realizado com 3.118 pacientes na Austrália apontou que fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade e baixa renda, estão associados a níveis mais baixos de letramento em saúde¹⁴.

Assim, com o rápido avanço da tecnologia em saúde e o excesso de informações relacionadas ao tema, muitos indivíduos têm dificuldade em identificar quais informações são relevantes para sua própria condição. Dessa forma, cabe aos profissionais e instituições de saúde atuar ativamente na oferta, compreensão, uso e mediação de informações e recursos de qualidade, sempre com foco nas necessidades dos pacientes¹⁵.

Outro aspecto importante é a observação de níveis mais elevados na escala 7, “Navegar no Sistema de Saúde” (3,7 e 3,8), em estudos internacionais^{11, 12, 16, 17} no âmbito do atendimento primário e hospitalar, quando comparados aos níveis da população brasileira^{7, 18}. Na Austrália, uma pesquisa com 351 adultos atendidos em duas clínicas de cuidados primários em saúde descreve essa área (navegar no sistema de saúde) como desafiadora, apesar de constatar uma média de 3,84, um número significativamente mais elevado quando comparado à média deste estudo (2,98)¹⁶.

O desafio da navegação no sistema de saúde surge quando os pacientes são obrigados a identificar um ponto de entrada adequado, orientar-se em meio a uma infinidade de organizações, manobrar pelo sistema e encontrar o lugar certo para resolver seus problemas. Além disso, é fundamental que os pacientes consigam interagir e se comunicar de maneira eficaz, para que suas questões e problemas sejam adequadamente abordados, permitindo uma tomada de decisão informada sobre os cuidados de saúde. Contudo, nem todos os pacientes e usuários conseguem atender a esses critérios de navegação, o que resulta em desorientação, buscas infrutíferas e estressantes pelo serviço de saúde, incertezas e interrupções nos cuidados de saúde¹⁹.

Para solucionar as barreiras impostas aos pacientes na navegação no sistema de saúde, como a fragmentação, complexidade e falta de transparência, foi desenvolvido o instrumento HL-NAV (Navegação em Letramento em Saúde), que auxilia na mensuração e na formulação de estratégias para reduzir as dificuldades enfrentadas pelos pacientes ao navegarem por esse sistema¹⁹.

Neste contexto, um estudo realizado com estudantes de medicina revelou um dado interessante sobre a navegação no sistema de saúde: os participantes obtiveram notas abaixo da média geral da população australiana na escala 7 (navegação no sistema de saúde). Essa lacuna pode indicar que uma proporção substancial de futuros profissionais de saúde inicia sua carreira com deficiências na compreensão de como funciona o sistema de saúde, o que pode dificultar seu auxílio aos pacientes que utilizam esses serviços²⁰.

Um estudo realizado no Brasil com 309 pacientes com câncer de mama e próstata revelou que, na escala 7 (navegação no sistema de saúde), a média foi de 2,82. As barreiras identificadas nessa escala influenciam a evolução clínica da doença, resultando em atrasos no tratamento e gerando consequências irreparáveis para os pacientes²¹.

É importante destacar que o presente estudo também evidenciou um nível de letramento reduzido na escala 3, "Cuidado ativo em saúde", com uma média de 2,67. Esses resultados refletem o que foi observado em um estudo conduzido na Lituânia, que envolveu 399 pacientes atendidos na atenção primária à saúde. Nesse estudo, a maioria dos pacientes apresentava um letramento em saúde considerado problemático ou inadequado nas áreas de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. Além disso, os pacientes com níveis mais elevados de letramento relataram comportamentos de saúde melhores²².

A redução do cuidado ativo pode influenciar decisões de autocuidado ineficientes, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças que geram complicações graves e elevando a morbimortalidade. Nesse contexto, uma revisão sistemática com metanálise revelou que pontuações mais baixas de letramento em saúde estão associadas a um maior risco de mortalidade. Essa associação pode ter sido subestimada devido à medição restrita de recursos e características que determinam o letramento em saúde de um indivíduo²³.

O estudo de coorte prospectivo realizado com 150 pacientes internados no pronto-socorro em dois hospitais no Canadá revelou que aqueles com pontuações de letramento em saúde inadequadas têm uma maior probabilidade de retornar ao pronto-socorro dentro de 90 dias após a alta hospitalar. Essa relação destaca a importância da ampliação do letramento em saúde na atenção primária. Ao fortalecer o letramento em saúde, é possível não apenas melhorar a capacidade dos pacientes de gerenciar suas condições, mas também reduzir a frequência de

atendimentos de emergência, promovendo uma abordagem mais eficaz em saúde, focada na promoção e prevenção^{22,24}.

Nesse sentido, a OMS¹ reforça o letramento em saúde como ferramenta eficaz para a promoção e prevenção em saúde, enfatizando o fortalecimento da comunidade e a abordagem educacional para ampliar o letramento em saúde

Dado que um baixo nível de letramento em saúde constitui um dos problemas mais significativos tanto para a formulação de políticas de saúde quanto para a promoção de comportamentos saudáveis, recomenda-se que sejam realizados esforços para adquirir essas competências, em conjunto com iniciativas que promovam a saúde pública. Isso deve ser alcançado por meio da utilização das capacidades das entidades culturais e educativas, bem como das organizações sob a tutela do Ministério da Saúde¹⁷.

Uma metanálise de ensaios clínicos randomizados revelou que o letramento em saúde inadequado está associado a resultados adversos em condições de saúde específicas, destacando a necessidade de uma compreensão abrangente de como as atuais intervenções de letramento em saúde impactam os resultados relacionados à saúde entre pacientes com condições crônicas²⁵.

As precauções universais de letramento em saúde definem alguns passos para a criação, implementação e melhoria do letramento em saúde nas organizações. No contexto da atenção primária à saúde, o foco está em cinco áreas relevantes: 1. Mudança de prática; 2. Comunicação falada; 3. Comunicação escrita; 4. Autogestão e empoderamento; 5. Sistemas de apoio²⁶.

A criação de um plano de melhoria para o letramento em saúde na APS começa pela identificação das áreas que necessitam de aprimoramento, como a comunicação oral e escrita, além do suporte à autogestão. Após essa análise, elabora-se um plano de ação detalhado. A comunicação clara com os pacientes é essencial para garantir que eles compreendam e implementem as informações de saúde recebidas. Isso pode ser avaliado por métodos como o “ensinar de volta” (*Teach Back*).²⁶.

Além disso, é fundamental realizar um acompanhamento adequado e criar um ambiente acolhedor e acessível, minimizando as barreiras ao atendimento. A atenção às necessidades sociais, culturais e linguísticas dos pacientes, assim como a garantia de que todos possam navegar eficientemente no sistema de saúde, são elementos-chave para promover a equidade em saúde, melhorar os resultados de saúde e aumentar a satisfação dos pacientes²⁶.

As limitações do estudo incluem o viés de resposta dos usuários, uma vez que a coleta de dados ocorreu dentro da unidade básica de saúde. Essa situação pode ter gerado a necessidade de fornecer respostas mais positivas, por receio de serem prejudicados durante o

atendimento que estavam aguardando. Esse processo já foi discutido anteriormente e, para minimizar esse viés, foi enfatizado que as respostas não seriam levadas aos profissionais naquele momento e que os participantes não seriam identificados.

No contexto local, os resultados do estudo proporcionam aos gestores e à equipe assistencial uma visão abrangente das necessidades e adequações necessárias para o envolvimento dos pacientes nas estratégias de promoção e prevenção da saúde. De maneira mais ampla, a presente pesquisa contribuiu para a identificação das falhas no sistema de saúde e pode gerar estratégias que reflitam as necessidades da comunidade e dos indivíduos.

Recomenda-se a divulgação e a aplicação de instrumentos multidimensionais para identificar e parametrizar o atendimento oferecido pela APS. O HLQ, por ser um instrumento multidimensional, é uma ferramenta útil que pode ser aplicada diretamente à população-alvo e aos profissionais de saúde. Mudanças no processo de trabalho, a partir da análise do letramento em saúde, podem favorecer o desenvolvimento de estratégias que auxiliem na consolidação de um serviço de saúde eficiente e resolutivo.

Conclusão

O conhecimento do perfil sociodemográfico da população atendida é fundamental para a construção de estratégias de atendimento, especialmente para compreender e ampliar o letramento em saúde da comunidade. Este estudo fornece contribuições valiosas sobre o letramento em saúde da população atendida e destaca áreas críticas para intervenção. A identificação das escalas com menores pontuações revela onde os serviços de saúde precisam concentrar esforços para melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a capacidade dos pacientes de navegarem no sistema de saúde e compreenderem informações relacionadas à saúde.

A associação entre escolaridade e letramento em saúde indica que pessoas com menor nível educacional pode precisar de apoio adicional para acessar e interpretar informações de saúde de maneira eficaz. A ausência de plano de saúde está associada a maiores desafios nas escalas de compreensão e suporte, o que sugere a necessidade de qualificação dos serviços públicos de saúde. Acrescenta-se que possuir cobertura/acesso ao serviço de saúde impacta positivamente a experiência dos pacientes quanto ao seu letramento em saúde.

A percepção dos pacientes sobre sua saúde é crucial para o planejamento de intervenções que aumentem sua autonomia e corresponsabilização no cuidado. Essas estratégias são essenciais para melhorar o letramento em saúde e a qualidade do atendimento, contribuindo para uma população mais informada e capaz de gerir sua própria saúde.

Referências

1. **World Health Organization (WHO).** Health Promotion Glossary of Terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
2. **World Health Organization (WHO).** Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado em 13 abr 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>
3. **Brasil. Ministério da Saúde.** Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 08 out 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. **Macinko J, Mendonça CS.** Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2023 Apr 15];42(spe1):18–37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=pt&tlng=pt
5. **Nutbeam D, Lloyd JE.** Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2021;42:159–73. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
6. **Tannous WK, Ahmed MU, John JR, Reece G, Ahlenstiel G.** Estimating the Economic Burden of Low Health Literacy in the Blacktown Community in Sydney, Australia: A Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Feb 26;18(5):2303. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052303>
7. **Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL, Sampaio HA de C, Sousa ALL, Canhestro MR, et al.** Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2021 Mar 5 [cited 2022 Sep 17];34. Available from: <https://acta-ape.org/article/validacao-do-health-literacy-questionnaire-hlq-para-o-portugues-brasileiro/>
8. **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* [Internet]. 2017 Apr 27;17(1):309. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2254-8>
9. **Nutbeam D.** Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* [Internet]. 2000 Sep 1;15(3):259–67. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

10. **García-García D, Pérez-Rivas FJ.** Health Literacy and Its Sociodemographic Predictors: A Cross-Sectional Study of a Population in Madrid (Spain). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Sep 1;19(18):11363. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811363>
11. **Millar L, Bhojroo R, Molina YP, Watts J, Geagea A, Murphy J, et al.** Intersection between health, health literacy and local government: a mixed methods approach to identifying ways to better connect people to place-based primary health care in Western Australia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023;23(1):63. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08872-9>
12. **Dinh HTT, Nguyen NT, Bonner A.** Healthcare systems and professionals are key to improving health literacy in chronic kidney disease. *J Ren Care* [Internet]. 2022 Mar 1;48(1):4–13. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jorc.12503>
13. **Millar L, Bhojroo R, Molina YP, Watts J, Geagea A, Murphy J, et al.** Intersection between health, health literacy and local government: a mixed methods approach to identifying ways to better connect people to place-based primary health care in Western Australia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023;23(1):63. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08872-9>
14. **Bourne A, Peerbux S, Jessup R, Staples M, Beauchamp A, Buchbinder R.** Health literacy profile of recently hospitalised patients in the private hospital setting: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Dec 20;18(1):877. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3667-1>
15. **Seo YH, Osborne RH, Kwak Y, Ahn JW.** Validity testing of the Korean version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) and its application in people with chronic diseases. 2024 [cited 2024 Sep 9]; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308086>
16. **Beasant B, Sanigorski A, Brayshaw N, Vaughan V, Lofaliany M, McCoombe S, et al.** A cross-sectional health literacy profile of Australian regional adults using the Health Literacy Questionnaire©. *Aust N Z J Public Health* [Internet]. 2023;47(1):100009. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anzjph.2022.100009>
17. **Alqarni AS, Pasay-an E, Saguban R, Cabansag D, Gonzales F, Alkubati S, et al.** Relationship between the Health Literacy and Self-Medication Behavior of Primary Health Care Clientele in the Hail Region, Saudi Arabia: Implications for Public Health. *Eur J Investig Health Psychol Educ* [Internet]. 2023 Jun 18;13(6):1043–57. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ejihpe13060072>
18. **Soares TAM, Brasil VV, Moraes KL, Santos LTZ, Vila V da SC, Júnior LHB.** Health literacy of home caregivers in a Brazilian capital. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 Nov 5;34. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://actaape.org/article/letramento-em-saude-de-cuidadores-domiciliares-de-uma-capital-brasileira/>

19. **Griese L, Berens EM, Nowak P, Pelikan JM, Schaeffer D.** Challenges in navigating the health care system: Development of an instrument measuring navigation health literacy. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Aug 2;17(16):1–17. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17166481>
20. **Lane M, Dixon R, Donald KJ, Ware RS.** Health literacy profiles of medical students in an Australian Doctor of Medicine programme: A cross-sectional study using the Health Literacy Questionnaire. *Health Promot J Austr* [Internet]. 2023 Aug 9; n/a(n/a). [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpja.790>
21. **Henriques E, Sampaio HAC, Galiza DD, Brasil VV.** Letramento em saúde para navegar pelo sistema de saúde: percepções de pacientes oncológicos. In: *Anais do 8º Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde* [Internet]. 2019. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://proceedings.science/8o-cbcs/8o-cbcs/trabalhos/letramento-em-saude-para-navegar-pelo-sistema-de-saude-percepcoes-de-pacientes-o?lang=pt-br>
22. **Šulinskaitė K, Zagurskienė D, Blaževičienė A.** Patients' health literacy and health behaviour assessment in primary health care: evidence from a cross-sectional survey. *BMC Prim Care* [Internet]. 2022;23(1):223. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01809-5>
23. **Fan Z, Yang Y, Zhang F.** Association between health literacy and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Arch Public Health* [Internet]. 2021;79(1):119. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00648-7>
24. **Shahid R, Shoker M, Chu LM, Frehlick R, Ward H, Pahwa P.** Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022;22(1):1148. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
25. **Shao Y, Hu H, Liang Y, Hong Y, Yu Y, Liu C, et al.** Health literacy interventions among patients with chronic diseases: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2023;114:107829. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399123002094>
26. **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).** AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 3rd ed. 2024. [citado em 08 out 2024]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/toolkit.html>

Artigo 5: em fase de seleção do periódico a ser submetido, Qualis A3

Condições de Letramento em Saúde: comparação entre variáveis sociodemográficas e níveis de satisfação dos usuários na atenção primária em saúde

Resumo:

Objetivo geral: Comparar as condições de letramento em saúde segundo as variáveis sociodemográficas e nível de satisfação com o serviço da população atendida na unidade de saúde. **Método:** Estudo transversal prospectivo realizado com pacientes da Região Administrativa do Distrito Federal entre maio e agosto de 2022. Os dados foram coletados por entrevista individual usando o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), instrumento validado no Brasil que avalia o letramento em saúde. Análises estatísticas descritivas e inferenciais foram aplicadas. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 54245221.0.0000.0030). **Resultados:** Dos 386 pacientes estudados, 76% eram mulheres, 65% tinham companheiro fixo, 56% concluíram o Ensino Médio e 86% não possuíam plano de saúde. Quanto à saúde, 38% se autoavaliaram como boa, 74% tinham doença crônica e 26% hipertensão. Os níveis de letramento em saúde foram baixos nos domínios "Sentindo-se compreendido e apoiado pelos prestadores de cuidados de saúde" (média de 2,36) e "Navegação no sistema de saúde" (média de 2,98). Houve associação significativa entre baixa escolaridade (fundamental) e vários domínios do HLQ. **Conclusão:** Investir em estratégias para fortalecer o letramento em saúde, bem como em medidas que ampliem a satisfação dos usuários com os serviços, pode contribuir significativamente para o engajamento no cuidado, a melhoria dos desfechos em saúde e a equidade no acesso. Tais estratégias devem envolver profissionais, gestores e formuladores de políticas públicas em ações integradas e sustentáveis no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Letramento em saúde. Instrumentos em saúde. Atenção Primária em Saúde.

Introdução

O letramento em saúde refere-se ao conjunto de conhecimentos e competências individuais adquiridos ao longo das atividades cotidianas, das interações sociais e da transmissão intergeracional. Esses conhecimentos e competências são mediados por estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos, que possibilitam às pessoas acessar, compreender, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde, com o objetivo de promover e manter sua própria saúde e bem-estar, bem como os das pessoas ao seu redor (WHO, 2022).

As pesquisas em letramento em saúde concentram-se na melhoria da qualidade da comunicação em saúde voltada para diferentes populações, especialmente por meio do aprimoramento das habilidades individuais e do suporte oferecido por profissionais da área. Além disso, visam capacitar os indivíduos a desenvolverem habilidades transferíveis para acessar, compreender, analisar e aplicar informações em saúde. Busca-se, ainda, garantir que as ações prioritárias sejam proporcionais às necessidades, alcançando e envolvendo grupos populacionais desproporcionalmente afetados por baixos níveis de letramento em saúde (Nutbeam; Lloyd, 2021).

Um estudo realizado na Turquia, com a participação de 1.055 pacientes atendidos na atenção primária, revelou que sete em cada dez apresentavam níveis inadequados ou problemáticos de letramento em saúde quando procuraram os serviços dessa instância de cuidado. O estudo constatou, ainda, que, à medida que o nível de letramento em saúde dos participantes aumentava, sua satisfação com os serviços de saúde também se elevava. (Örsal et al., 2019).

Ressalta-se que são escassas, no Brasil, as pesquisas que investigam a relação entre habilidades de letramento em saúde e os resultados relatados pelos pacientes, como a satisfação com a prestação dos cuidados de saúde. O objetivo dos estudos sobre letramento em saúde e segurança do paciente é contribuir para a transformação das organizações de saúde em instituições responsivas ao letramento em saúde, por meio do redesenho de suas estruturas e processos. Essa transformação visa oferecer suporte adequado a pacientes com baixo nível de letramento em saúde, auxiliando-os a navegar, compreender e utilizar informações e serviços necessários para o cuidado com sua saúde.

No entanto, observa-se uma necessidade crescente de compreender com maior profundidade os efeitos das experiências de cuidados pessoais (por exemplo, o atendimento centrado no paciente) e de fatores específicos do paciente (como o status socioeconômico, as crenças em saúde e o letramento em saúde) sobre os resultados relatados pelos pacientes quanto à qualidade da prestação dos cuidados de saúde (por exemplo, a satisfação com o atendimento). Uma melhor compreensão dessas inter-relações possibilitaria o desenvolvimento de estratégias e medidas voltadas à promoção de mudanças organizacionais, com vistas à construção de um ambiente mais centrado no paciente e mais favorável ao letramento em saúde.

Neste contexto, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: As condições de letramento em saúde variam em função das diferentes características sociodemográficas e do nível de satisfação com o serviço entre a população atendida na unidade básica de saúde?

Objetivo geral: Comparar as condições de letramento em saúde segundo as variáveis sociodemográficas e nível de satisfação com o serviço da população atendida na unidade básica de saúde.

Método

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no ano de 2022, envolvendo 386 pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Região Administrativa do Distrito Federal, Brasil. A referida UBS é composta por 11 equipes de Saúde da Família, cada uma formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um agente comunitário de saúde.

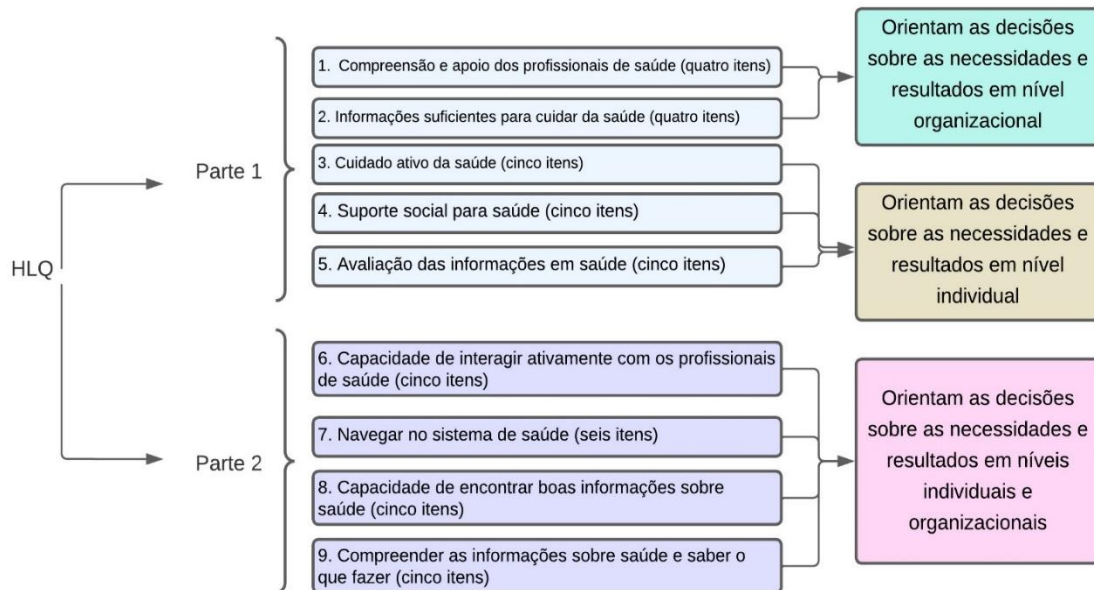
Foram incluídos no estudo pacientes adultos, com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados no mapa de saúde da unidade. Como critério de exclusão, consideraram-se os pacientes que, embora cadastrados, não utilizavam os serviços ofertados pela UBS no período da coleta de dados.

O cálculo amostral foi realizado por meio da plataforma OpenEpi, considerando-se o número de pessoas atendidas por equipe, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017), o total de equipes atuantes na unidade (11) e a proporção estimada de usuários adultos na região (80%), adotando-se um intervalo de confiança de 95%.

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi o Formulário de Pesquisa de Dados Sociodemográficos e de Saúde dos Pacientes, composto por questões destinadas ao levantamento de informações como idade, sexo, nível de escolaridade (fundamental, médio e superior), posse de plano de saúde, condição de saúde, autoavaliação do estado de saúde, presença de doenças crônicas e nível de satisfação com o serviço.

O segundo instrumento utilizado foi o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), desenvolvido por Osborne et al. (2013) e validado para o contexto brasileiro por Moraes et al. (2021). A escolha do HLQ justifica-se por sua abordagem multidimensional, que permite identificar capacidades e limitações específicas relacionadas ao letramento em saúde de indivíduos e comunidades. O questionário abrange diversos domínios, incluindo a interação com profissionais de saúde, o estímulo ao autocuidado, o suporte social, a habilidade em utilizar tecnologias de saúde e a busca por informações confiáveis para o cuidado pessoal.

Figura 1: Escalas *Health Literacy Questionnaire*



Fonte: adaptação Escalas *Health Literacy Questionnaire* (MORAES *et al.*, 2021; OSBORNE *et al.*, 2013)

A coleta de dados foi conduzida por uma equipe composta por sete graduandos do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino superior reconhecida, previamente capacitados por meio de treinamento específico em técnicas de coleta de dados relacionadas ao tema da pesquisa. Utilizou-se a técnica de entrevista estruturada, realizada presencialmente com os pacientes nos corredores da Unidade Básica de Saúde (UBS), durante o período de espera pelo atendimento.

Os participantes foram convidados a integrar o estudo de forma voluntária e receberam informações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios decorrentes da participação e os aspectos éticos relacionados. Além disso, foi garantido aos participantes o direito ao esclarecimento de dúvidas antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Durante a coleta de dados, os pacientes responderam ou preencheram os questionários sentados, geralmente em contato com outros usuários que também aguardavam atendimento na Unidade Básica de Saúde. O tempo necessário para o preenchimento do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) variou entre 7 e 30 minutos, a depender das habilidades individuais de leitura, compreensão e resposta dos participantes.

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Lei nº 14.874/2024 (Brasil, 2024). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer nº 5.214.953 e CAAE: 54245221.0.0000.0030. Todos os participantes foram devidamente orientados quanto aos objetivos, aos possíveis riscos e benefícios do estudo, sendo incluídos apenas aqueles que consentiram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A utilização do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) foi autorizada pela *Swinburne University of Technology*, mediante solicitação formal realizada por e-mail (hlq-info@swin.edu.au).

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva. Para as variáveis contínuas, foram calculadas média e desvio padrão; já para as variáveis categóricas, utilizaram-se frequências absolutas e relativas. A fim de avaliar os fatores associados ao nível de letramento em saúde, aplicaram-se os testes não paramétricos de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, considerando-se significativas as associações com valor de $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

O *Health Literacy Questionnaire* na versão brasileira (HLQ-Br) é um instrumento multidimensional que avalia nove escalas de forma independente, não fornecendo uma pontuação global. Os escores foram calculados com base na média dos itens de cada escala, refletindo os pontos fortes e as limitações individuais no letramento em saúde, conforme os valores obtidos (Osborne *et al.*, 2013).

Resultados

O perfil sociodemográfico dos 386 pacientes entrevistados revelou que 76,1% eram do sexo feminino, 66,9% tinham entre 18 e 40 anos, e 66,65% relataram possuir companheiro fixo. Em relação à escolaridade, 56% indicaram o ensino médio como o maior nível de instrução alcançado, e 86% afirmaram não possuir plano de saúde.

Quanto à autopercepção do estado de saúde, 38% dos participantes classificaram sua saúde como “boa”, enquanto 74,1% não relataram a presença de doenças crônicas. Entre os que relataram alguma condição crônica, 39,0% mencionaram a hipertensão arterial como diagnóstico principal. Em relação ao nível geral de satisfação com o atendimento recebido na Unidade Básica de Saúde nos últimos 12 meses, 47% dos pacientes declararam-se satisfeitos, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil de saúde dos usuários e satisfação com o atendimento na Unidade Básica de Saúde (N= 386). Brasília-DF, 2022.

Características	N	%
Em geral, como você descreveria sua própria saúde?		
Boa	147	38,1
Excelente	34	8,8
Muito boa	46	11,9
Razoável	128	33,2
Ruim	31	8,0
É diagnosticado com alguma doença crônica?		
Não	286	74,0
Sim	100	26,0
Doenças Crônicas relatadas pelos pacientes		
Hipertensão arterial	45	39,0
Diabetes mellitus	17	16,0
Alterações respiratórias	15	13,0
Neuromuscular/ Osteoarticular	15	13,0
Depressão/Ansiedade	5	4,3
Gastrointestinal	5	4,3
Cardiovascular (Cardiopatia e insuficiência venosa)	4	3,5
Metabólicas (obesidade e alterações na tireoide)	4	3,5
Outros	4	3,5
Qual o seu nível geral de satisfação com o atendimento que recebeu na Unidade Básica de Saúde nos últimos 12 meses		
Insatisfeito	67	17,4
Muito insatisfeito	34	8,9
Muito satisfeito	32	8,3
Nem satisfeito, nem insatisfeito	67	17,4
Satisfeito	184	48,0
Não respondeu	2	2,0
Total	386	100,0

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

A média dos escores obtidos em cada uma das escalas do letramento em saúde variou de 2,36 a 3,73, conforme detalhado na Tabela 2.

Tabela 2. Escores Médios das Escalas e Itens do HLQ-Br, destacando Limitações e Potencialidades do Letramento em Saúde entre Usuários da Atenção Primária em Saúde. Brasília, DF, Brasil, 2022 (n = 386).

Escalas e Questões do HLQ-Br	Média (DP)
Parte 1	
1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	2,36 (0,70)
Q. 2. Eu tenho pelo menos um profissional de saúde que ...	2,28 (0,92)
Q. 22. Eu posso contar com pelo menos um ...	2,47(0,84)
2. Informações suficientes para cuidar da saúde	2,52 (0,58)
Q.14. Tenho toda informação que preciso para cuidar ...	2,42 (0,76)
Q.1. Na minha opinião, tenho boas informações ...	2,63 (0,79)
3. Cuidado ativo da saúde	2,67 (0,50)
Q.6. Eu gasto bastante tempo envolvido...	2,28 (0,86)
Q.21. Há coisas que eu faço regularmente para me tornar...	2,84 (0,74)
4. Suporte social para saúde	2,79 (0,57)
Q.11. Se eu precisar de ajuda, eu tenho muitas pessoas com quem ...	2,67 (0,82)
Q.19. Eu tenho forte apoio ...	2,90 (0,83)
5. Avaliação das informações em saúde	2,82 (0,50)
Q.16. Verifico se as informações de saúde que recebo ...	2,66 (0,76)
Q.7. Verifico se novas informações sobre saúde ...	3,06 (0,74)
Parte 2	
6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	3,38 (0,86)
Q.2. Os profissionais de saúde entendem ...	3,10 (1,16)
Q.20. Fazem perguntas aos profissionais de saúde para conseguir ...	3,62 (1,14)
7. Navegar no sistema de saúde	2,98 (0,84)
Q.1. Encontrar o serviço de saúde ...	2,54 (1,12)
Q.19. Decidir qual é o melhor serviço de saúde ...	3,24 (1,14)
8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	3,32 (0,76)
Q.18. Conseguir informações sobre saúde ...	3,17 (1,16)
Q.14. Conseguir informações sobre saúde em linguagem ...	3,44 (1,17)
9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,73 (0,66)
Q.17. Ler e entender todas as informações ...	3,26 (1,29)
Q.5. Preencher corretamente formulários com informações sobre...	4,08 (0,95)

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Na Tabela 5, apresentam-se as medidas descritivas dos escores do HLQ, distribuídas segundo os grupos de satisfação geral com o atendimento recebido na UBS nos últimos 12 meses, considerando as escalas de 1 a 8 do instrumento. Também são apresentados os resultados do teste de *Kruskal-Wallis*. Com base no valor de *p*, observa-se diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos.

Tabela 5. Associação entre os escores médios das escalas 1 a 8 do HLQ e satisfação com o atendimento da UBS (N= 386). Brasília-DF, 2022.

Escalas	Variáveis: (Média e Desvio padrão)					P valor ¹
	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Muito satisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	
1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	2,22 (0,67)	1,82 (0,76)	2,91 (0,63)	2,28 (0,56)	2,44 (0,66)	0,00
2. Informações suficientes para cuidar da saúde	2,35 (0,55)	2,13 (0,75)	2,94 (0,52)	2,54 (0,56)	2,58 (0,52)	0,00
3. Cuidado ativo da saúde	2,68 (0,54)	2,36 (0,68)	2,87 (0,45)	2,66 (0,47)	2,90 (0,71)	0,03
4. Suporte social para saúde	2,64 (0,53)	2,39 (0,82)	3,08 (0,46)	2,86 (0,52)	2,84 (0,53)	0,00
5. Avaliação das informações em saúde	2,82 (0,49)	2,45 (0,72)	3,03 (0,50)	2,87 (0,43)	2,84 (0,45)	0,00
6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	3,05 (0,83)	2,84 (1,00)	3,96 (0,76)	3,35 (0,82)	3,51 (0,78)	0,00
7. Navegar no sistema de saúde	2,76 (0,85)	2,38 (0,92)	3,46 (0,91)	2,99 (0,73)	3,10 (3,10)	0,00
8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	3,09 (0,69)	2,78 (0,92)	3,56 (0,85)	3,34 (0,70)	3,44 (0,71)	0,00

¹ *Kruskal-Wallis*;

Discussão

O Inquérito Nacional de Saúde de Portugal, com 18.204 participantes, apontou que 45,2% dos entrevistados se percebem com boa saúde, dado que corrobora os achados desta pesquisa. Fatores como status socioeconômico, presença de doenças crônicas, saúde mental, acesso a serviços, satisfação com a vida e suporte social são determinantes importantes na autopercepção de saúde (HU et al., 2022). Essa autopercepção é amplamente reconhecida como

indicador válido de qualidade de vida, morbidade e funcionalidade, sendo também preditora de mortalidade (Lindermann *et al.*, 2019).

A amostra indicou que 26% dos participantes convivem com alguma doença crônica, destacando-se hipertensão arterial (39%), diabetes mellitus (16%) e condições respiratórias e musculoesqueléticas (13% cada). Esse perfil reforça a importância do acompanhamento contínuo, da educação em saúde e do suporte qualificado para o autocuidado, ressaltando o papel fundamental do letramento em saúde para a gestão eficaz dessas condições (Ferrara *et al.*, 2024; Asante *et al.*, 2024). Embora a avaliação autorreferida da saúde tenha sido majoritariamente positiva (mais de 58% avaliaram-na como boa ou muito boa), cerca de 41% dos participantes atribuíram notas entre razoável e ruim, indicando diversidade na percepção da própria saúde e potencial impacto nos comportamentos de busca e uso dos serviços.

A satisfação geral com os serviços apresentou variações relevantes, com quase 26% dos usuários declarando-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos. A satisfação dos pacientes com os serviços de saúde reflete diretamente a capacidade do Estado em prover, organizar e adaptar os serviços às expectativas da população. Um estudo realizado na Índia com 4.650 usuários da APS evidenciou alto índice de satisfação nos diferentes domínios da qualidade assistencial, incluindo aspectos técnicos, comunicação, segurança e limpeza (Asante *et al.*, 2024). Em contexto semelhante, pesquisa na Espanha com 1.537 pacientes demonstrou que a satisfação está fortemente relacionada ao relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde e os usuários (Del Estal García; Melián González, 2022). Esses autores ressaltam a importância do compromisso dos profissionais para o fortalecimento dessa relação na APS, elemento-chave para a experiência positiva do paciente.

No cenário brasileiro, especificamente em Santa Catarina, estudo transversal envolvendo 173 usuários em 43 unidades da Estratégia Saúde da Família revelou satisfação geral com o atendimento, embora tenha apontado falhas na organização do cuidado, como dificuldades no agendamento e atendimentos considerados deficitários (Bauer *et al.*, 2021). Notou-se, ainda, receio por parte dos participantes em expressar insatisfação, possivelmente devido ao medo de retaliações, o que pode influenciar os resultados e indicar subnotificação de problemas.

Ao correlacionar os dados de satisfação e dimensões do HLQ-Br (Health Literacy Questionnaire - Brasil), observou-se que os usuários satisfeitos apresentaram médias significativamente superiores em todas as dimensões do instrumento, indicando que a satisfação

está associada a uma percepção ampliada de apoio, maior acesso a informações adequadas e maior facilidade para interagir e navegar no sistema de saúde. Esses resultados corroboram a literatura que aponta a qualidade da comunicação entre profissionais e pacientes como determinante central na experiência do usuário e na promoção do letramento em saúde (Jensen *et al.*, 2020; Asante *et al.*, 2023).

As lacunas observadas nas dimensões “Compreensão e apoio dos profissionais de saúde” (média 2,36) e “Informações suficientes para cuidar da saúde” (média 2,52) indicam dificuldades na responsividade dos serviços, sugerindo que os profissionais podem encontrar obstáculos para adaptar sua comunicação às necessidades e níveis de letramento dos usuários. A disparidade nesses indicadores entre os grupos satisfeitos e insatisfeitos reforça a importância do investimento em capacitação profissional focada no desenvolvimento de competências comunicativas e culturais que promovam um atendimento centrado no paciente (Asante *et al.*, 2024; Ferrara *et al.*, 2024).

Ainda que os usuários demonstrem boa capacidade para compreender informações e interagir com profissionais de saúde (médias de 3,38 e 3,73, respectivamente), apresentam maiores dificuldades para navegar no sistema de saúde (média 2,98). Essa barreira é crítica, pois a complexidade dos serviços e a baixa clareza das informações institucionais podem dificultar o acesso oportuno e adequado, especialmente para pacientes com múltiplas condições crônicas (Farmer *et al.*, 2021). Tal cenário evidencia a necessidade de simplificação dos fluxos de atendimento e adoção de comunicação mais transparente e orientada ao usuário.

A avaliação intermediária do suporte social (média 2,79) também merece destaque, pois redes sociais robustas são reconhecidas como elementos essenciais para a promoção do letramento em saúde e para o enfrentamento das barreiras institucionais. O envolvimento de familiares e comunidades potencializa a difusão de informações corretas e facilita a adesão aos tratamentos, apontando para a necessidade de estratégias públicas que fortaleçam esses vínculos (Ferrara *et al.*, 2024).

A adaptação dos serviços de saúde para serem mais responsivos ao letramento em saúde demanda mudanças estruturais e culturais que vão além da simples disponibilização de informações. A literatura aponta que uma abordagem responsiva envolve a criação de ambientes organizacionais que considerem a diversidade de habilidades de letramento dos usuários, promovendo a comunicação clara, acessível e inclusiva em todos os pontos de contato do sistema de saúde (Batterham *et al.*, 2016; O’Hara *et al.*, 2022).

Isso inclui ações como a simplificação de formulários e orientações, o uso de linguagem apropriada ao público-alvo, a sinalização compreensível nos serviços, e o acolhimento ativo por parte das equipes. Iniciativas como o conceito de “Organizações de Saúde com Letramento em Saúde” (Health Literate Health Care Organizations), proposto pelo *Institute of Medicine*, vêm sendo implementadas com sucesso em diversos países, demonstrando impactos positivos na segurança do paciente, adesão a tratamentos e redução de desigualdades (Birru *et al.*, 2020; Sørensen *et al.*, 2021). Tais adaptações devem ser vistas como uma responsabilidade institucional contínua e estratégica, e não como um esforço pontual, sendo essenciais para promover o engajamento dos usuários e melhorar os desfechos em saúde, especialmente entre populações vulneráveis.

Portanto, a adaptação dos serviços de saúde para torná-los mais responsivos ao letramento em saúde deve envolver múltiplas frentes: capacitação dos profissionais em comunicação clara e empática; desenvolvimento de materiais educativos culturalmente adaptados e acessíveis; promoção da co-criação de serviços que respeitem a diversidade sociocultural; e fortalecimento das redes sociais de apoio. A implementação dessas estratégias pode promover aumento da satisfação dos usuários, maior engajamento no autocuidado e melhores desfechos em saúde, conforme evidenciado por estudos internacionais (Asante *et al.*, 2024; Jensen *et al.*, 2020).

Adicionalmente, as diferenças estatisticamente significativas observadas entre os grupos de satisfação indicam que a avaliação da experiência do usuário pode servir como indicador sensível para monitorar e orientar intervenções na atenção básica, especialmente para populações vulneráveis e com múltiplas demandas de saúde.

A escolha do HLQ como instrumento para avaliar o letramento em saúde nesta pesquisa se mostra adequada, considerando sua ampla validação internacional e capacidade de captar múltiplas dimensões da experiência dos usuários com os serviços de saúde. Desenvolvido por Osborne *et al.* (2013), o HLQ foi projetado para refletir tanto os aspectos individuais quanto os contextuais do letramento em saúde, permitindo sua aplicação em diversos países e sistemas de saúde. Estudos realizados na Austrália, Dinamarca, Espanha e Brasil demonstraram sua validade de construto, confiabilidade interna e sensibilidade para identificar desigualdades em saúde e orientar intervenções (Buchbinder *et al.*, 2014; Maindal *et al.*, 2016; Sánchez-Pérez *et al.*, 2021; Moraes *et al.*, 2022).

No contexto brasileiro, em especial, a versão HLQ-Br mostrou-se culturalmente apropriada, com consistência interna adequada (alfa de Cronbach $> 0,80$ em quase todas as dimensões) e boa aceitação pelos usuários da atenção básica (Moraes *et al.*, 2022). A aplicabilidade do HLQ em populações com diferentes níveis socioeconômicos, educacionais e culturais reforça sua utilidade como ferramenta diagnóstica e avaliativa, sendo especialmente útil na formulação de políticas de saúde voltadas à equidade e ao fortalecimento da comunicação entre usuários e profissionais.

Conclusão

O presente estudo alcançou seu objetivo ao comparar as condições de letramento em saúde segundo as variáveis sociodemográficas e nível de satisfação com o serviço da população atendida na unidade básica de saúde, evidenciando uma relação significativa entre essas duas variáveis. Os resultados mostraram que usuários mais satisfeitos apresentaram escores mais elevados em todas as dimensões do HLQ-Br, refletindo maior capacidade de compreender, utilizar e interagir com o sistema de saúde. Em contrapartida, os participantes insatisfeitos demonstraram dificuldades especialmente nas dimensões relacionadas à compreensão das informações, apoio dos profissionais de saúde e navegação pelo sistema, revelando importantes lacunas na responsividade dos serviços às necessidades de letramento da população.

Esses achados confirmam a relevância do letramento em saúde como um determinante central da experiência dos usuários e como fator crítico para o sucesso das políticas de atenção primária, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade social e presença de doenças crônicas. Além disso, reforçam a importância de adaptar os serviços de saúde para que se tornem mais responsivos, acessíveis e centrados no usuário, incorporando práticas de comunicação clara, acolhimento qualificado e educação em saúde voltada à promoção da autonomia.

Conclui-se, portanto, que investir em estratégias para fortalecer o letramento em saúde, bem como em medidas que ampliem a satisfação dos usuários com os serviços, pode contribuir significativamente para o engajamento no cuidado, a melhoria dos desfechos em saúde e a equidade no acesso. Tais estratégias devem envolver profissionais, gestores e formuladores de políticas públicas em ações integradas e sustentáveis no âmbito da atenção primária à saúde.

Referências

- ASANTE, Amanda et al. Adapting Australian primary health care services to be more responsive to African refugee populations: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, [S.l.], v. 24, n. 1, 2024. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-11192-9>. Acesso em: 23 maio 2025.
- ASANTE, Amanda et al. Health literacy responsiveness and cultural responsiveness of Australian primary health care services for African refugee communities: a qualitative study. *BMC Public Health*, [S.l.], v. 23, n. 1, 2023. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-17448-z>. Acesso em: 23 maio 2025.
- BATTERHAM, R. W. et al. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, Oxford, v. 132, p. 3–12, 2016.
- BAUER, M. et al. Percepção dos usuários sobre a atenção primária em saúde: estudo transversal em um município de grande porte. *Revista da APS*, v. 24, n. 4, p. 713–739, out./dez. 2021. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-8972-2231>. Acesso em: 23 maio 2025.
- BIRRU, U. M. et al. Health literate health care organizations: an assessment of organizational attributes. *Health Literacy Research and Practice*, Boston, v. 4, n. 3, p. e174–e180, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 29 maio 2024. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14874-28-maio-2024-795693-publicacaooriginal-171916-pl.html>. Acesso em: 23 maio 2025.
- BUCHBINDER, R. et al. A validity-driven approach to the understanding of the measurement properties of the Health Literacy Questionnaire. *BMC Public Health*, Londres, v. 14, p. 1–17, 2014.
- DEL ESTAL GARCÍA, M. C.; MELIÁN GONZÁLEZ, S. Importancia del compromiso del personal sanitario para la satisfacción de los pacientes en Atención Primaria. *Atención Primaria*, v. 54, n. 4, p. 102281, 1 abr. 2022.
- FARMER, Jane et al. Assessing organisational health literacy responsiveness in remote primary health care settings: piloting a tool and processes in the Australian context. *Health Promotion Journal of Australia*, [S.l.], v. 32, n. S1, p. 32–40, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32316171/>. Acesso em: 23 maio 2025.
- FERRARA, Paolo et al. Health literacy as a tool for the sustainability of health systems. *Sustainability*, Basel, v. 16, n. 10, p. 3964, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2071-1050/16/10/3964>. Acesso em: 23 maio 2025.
- GEMEDA, Engida et al. Adaptation and validation of the All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS) in Ethiopia: a population-based study in Addis Ababa. *Archives of Public*

Health, [S.l.], v. 82, n. 1, 2024. Disponível em: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-024-01343-z>. Acesso em: 23 maio 2025.

HU, J. et al. Factors associated with self-perceived health status in Portugal: results from the National Health Survey 2014. [S.l.: s.n.], 2022.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). *Ten attributes of health literate health care organizations*. Washington, DC: National Academies Press, 2012.

JENSEN, Natasja K.; MADSEN, Jette R.; DAHL, Hanne M. Improving organizational health literacy responsiveness in cardiac rehabilitation using a co-design methodology: results from the Heart Skills Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 17, n. 3, p. 1015, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/3/1015>. Acesso em: 23 maio 2025.

KHOSLA, Rani et al. Developing culturally appropriate hypertension education materials for South Asian immigrants in Calgary. *BMC Public Health*, [S.l.], v. 11, p. 24, 2011. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-24>. Acesso em: 23 maio 2025.

LINDEMANN, I. L. et al. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 45–52, jan. 2019.

MAINDAL, H. T. et al. Adaptation, validation and implementation of the HLQ in Denmark. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 16, p. 1–10, 2016.

MORAES, K. L. et al. Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 5 mar. 2021.

MORAES, K. L. P. de et al. Adaptação transcultural e validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. e00063121, 2022.

NUTBEAM, D.; LLOYD, J. E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, v. 42, p. 159–173, 2021.

O'HARA, B. J. et al. Developing health literate organisations: a review of the literature. *Health Promotion International*, Oxford, v. 37, n. 3, p. daac030, 2022.

ÖRSAL, Ö. et al. Analysis of the relationship among health awareness and health literacy, patient satisfaction levels with primary care in patients admitting to primary care health centers. *Patient Education and Counseling*, v. 102, n. 2, p. 376–382, 1 fev. 2019.

OSBORNE, R. H. et al. The Health Literacy Questionnaire (HLQ): development and psychometric properties. *BMC Public Health*, Londres, v. 13, p. 658, 2013.

SÁNCHEZ-PÉREZ, M. et al. Validity and reliability of the Health Literacy Questionnaire in Spanish population: a multicentre study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 18, n. 14, p. 7390, 2021.

SØRENSEN, K. et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 25, n. 6, p. 1053–1058, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Genebra: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>. Acesso em: 13 abr. 2023.

Artigo 6: em fase de seleção do periódico a ser submetido, Qualis A1

Promoção do Letramento em Saúde: Construção e Validação de Vídeos Educativos para Usuários da Atenção Primária

Resumo

Objetivo: Construir e validar vídeos educativos para a promoção do letramento em saúde de pacientes adultos atendidos em unidades de atenção primária. **Método:** Estudo metodológico, realizado entre março de 2023 e dezembro de 2024. O desenvolvimento do conteúdo considerou princípios do letramento em saúde e referenciais de Vasconcelos e da *Agency for Healthcare Research and Quality*. A construção dos vídeos educativos seguiu princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia e referenciais de Wright. A primeira fase de validação foi composta por 30 juízes heterogêneos e, a segunda fase, 14 juízes heterogêneos e nove usuários atendidos em Unidade Básica de Saúde, no Distrito Federal. Foram utilizados o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde e o Instrumento de Tecnologia Assistiva para avaliar clareza, relevância e adequação dos vídeos. Realizou-se análise estatística descritiva, apresentando médias e desvio padrão, teste qui-quadrado e aplicação do Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** Foram produzidos e validados seis vídeos educativos. A validação pelos juízes demonstrou índices de concordância superiores a 80%. Na validação final, os índices de concordância foram superiores a 80% pelos juízes e 88,89% pelos pacientes. A média de aceitabilidade foi 92,86% e 96,83% para juízes e pacientes, respectivamente. A maioria dos vídeos obteve aceitação superior a 90% quanto à clareza e relevância. **Conclusão:** Os vídeos educativos estão disponíveis para uso, possibilitando promover o letramento em saúde e favorecer a navegação dos pacientes pelo sistema de saúde, repercutindo positivamente na educação em saúde, na autonomia e na participação do paciente no cuidado.

Descritores: Letramento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Vídeos Educativos; Estudo de Validação; Sistemas de Saúde.

Introdução

O letramento em saúde é um conceito fundamental que se refere ao conjunto de conhecimentos e competências pessoais adquiridos por meio de atividades cotidianas, interações sociais e experiências intergeracionais. Essas competências são mediadas por estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos, permitindo que os indivíduos acessem, compreendam, avaliem e utilizem informações e serviços de saúde de forma a promover e manter sua saúde e bem-estar, assim como o de suas comunidades (1).

A Atenção Primária à Saúde (APS), é o primeiro nível de contato da população com o Sistema Único de Saúde (SUS) e, nesse contexto, o letramento em saúde tem papel estratégico e fundamental. Ela é a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, oferecendo ações que abrangem prevenção, promoção da saúde e atenção integral. Assim, a APS não apenas garante acesso aos serviços, mas também contribui para a continuidade do cuidado, fundamental para a melhoria da qualidade de vida e a redução de desigualdades no sistema de saúde (2).

A relevância do letramento em saúde no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de problemas relacionados à saúde mental foi reforçada em relatório recente da Organização Mundial da Saúde (3). O relatório destaca áreas prioritárias para o desenvolvimento de ações voltadas à melhoria do letramento em saúde, com o objetivo de fortalecer sistemas de saúde mais responsivos e inclusivos. Em sistemas baseados na APS, a promoção de intervenções que aprimorem o letramento em saúde se torna uma estratégia essencial para atender às demandas crescentes e complexas da população.

Evidências científicas demonstram que intervenções educacionais voltadas para a melhoria do letramento em saúde podem impactar positivamente os resultados de saúde. Por exemplo, uma revisão sistemática identificou 23 estudos na Europa que avaliaram intervenções

direcionadas a aumentar o letramento ou a melhorar desfechos de saúde por meio de abordagens específicas para pacientes com diferentes níveis de letramento em saúde (4). Outro estudo avaliou a eficácia de materiais educativos voltados para o rastreamento do câncer colorretal. Nesse estudo, pacientes que receberam materiais adaptados ao seu nível de letramento apresentaram maior compreensão e melhores resultados em comparação aos grupos controle (5).

No Brasil, intervenções educativas também têm mostrado impacto positivo. Estudo realizado em Goiás com 63 pacientes destacou que o processo de validação de materiais educativos, associado à avaliação do nível de letramento em saúde, contribuiu para mudanças de comportamento em saúde e para a melhoria da qualidade de vida dos participantes (6). Esses resultados reforçam a importância de desenvolver materiais que sejam adequados ao perfil da população atendida, permitindo a efetiva disseminação de informações e promovendo comportamentos saudáveis.

O desenvolvimento de materiais educativos requer um cuidadoso planejamento, considerando não apenas o conteúdo, mas também a forma como são apresentados. A literatura destaca a importância de materiais escritos ou audiovisuais que atendam ao nível de compreensão da população. Além disso, ferramentas como o *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, desenvolvidas por instituições como a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), oferecem suporte para a criação de materiais mais acessíveis e eficazes (7).

No entanto, apesar do avanço nas estratégias de comunicação e educação em saúde, ainda há lacunas no desenvolvimento e validação de materiais educativos que sejam culturalmente sensíveis, acessíveis e capazes de promover mudanças significativas no letramento em saúde da população brasileira. O uso de instrumentos que avaliem o nível de

letramento em saúde, associado ao desenvolvimento de materiais adequados, é uma abordagem promissora para melhorar os resultados na APS.

Diante disso, este estudo busca preencher essas lacunas ao propor uma intervenção voltada para a construção e validação de materiais educativos no âmbito da APS. O estudo foi fundamentado em uma pesquisa transversal que aplicou o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), a qual identificou um baixo nível de letramento em saúde entre os pacientes da atenção primária. Dentre os dados encontrados, destacam-se os baixos índices nas escalas de "Compreensão e apoio dos profissionais de saúde", "Informações suficientes para cuidar da saúde" e "Cuidado ativo e navegar no sistema de saúde". Na escala relacionada à capacidade de "navegar no sistema de saúde", a média foi de 2,54 na questão "Encontrar o serviço de saúde adequado". Esse resultado indica que os pacientes carecem de apoio estrutural e conhecimento sobre como acessar os serviços de saúde, o que está em desacordo com as diretrizes das políticas públicas que orientam as redes de atenção no Brasil e o acompanhamento do paciente (8).

Assim, surge o seguinte questionamento: Qual a evidência de validade de conteúdo dos materiais audiovisuais produzidos considerando as boas práticas de letramento em saúde?

Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo construir e validar vídeos educativos para promoção do letramento em saúde de pacientes adultos em unidades de atenção primária, avaliando a validade de conteúdo com base nas boas práticas de letramento em saúde.

Método

Tipo ou Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo metodológico, constituído por duas fases distintas. A primeira fase descreve as etapas da construção de vídeos educativos baseado no diagnóstico situacional, que considerou os dados obtidos na aplicação do HLQ-Br, que identificaram redução no

letramento em saúde especificamente no item relacionado à navegação no sistema de saúde, coletados na fase inicial da pesquisa (8).

A construção dos vídeos foi fundamentada nas boas práticas do letramento em saúde e apoiada nos referenciais da AHRQ (7) e Vasconcelos (9) que propõe 06 diretrizes para elaboração e avaliação dos materiais educativos, que inclui: Diretrizes propostas para categoria conteúdo; Diretrizes propostas para categoria linguagem; Diretrizes propostas para categoria ilustrações; Diretrizes propostas para categoria layout, tipografia e apresentação; Diretrizes propostas para estimulação e motivação à aprendizagem; Diretrizes propostas para categoria adequação cultural .

A segunda fase consistiu na validação do conteúdo por um Comitê de Especialistas. Nesta fase, a organização das etapas de produção dos vídeos educativos seguiu os princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (10), que abrange doze princípios: Coerência, Sinalização, Redundância, Contiguidade Espacial, Contiguidade Temporal, Segmentação, Pré-treinamento, Modalidade, Multimídia, Personalização, Voz e Imagem. Além disso, foram considerados os referenciais de Wright (11), que abordam tópicos fundamentais para a criação de roteiros de animação, incluindo o desenvolvimento de personagens originais, a elaboração de séries de televisão, filmes e projetos multimídia. Esses tópicos são essenciais para a compreensão do processo criativo e técnico na escrita de animação, tornando-se uma referência valiosa para estudos acadêmicos e práticos na área.

Detalhamento das Fases do Estudo

A primeira fase do estudo consistiu na elaboração de um fluxograma de atendimento, conforme figura 1, fundamentado no Protocolo de Acesso na APS do Distrito Federal (12). Os fluxogramas foram elaborados utilizando o aplicativo *Canva Pro* e avaliados por profissionais da área de ensino, enfermeiros da UBS e usuários do SUS. Esses fluxogramas foram enviados

por e-mail para profissionais e usuários previamente selecionados, que forneceram feedback detalhado sobre a eficácia e clareza dos fluxogramas.

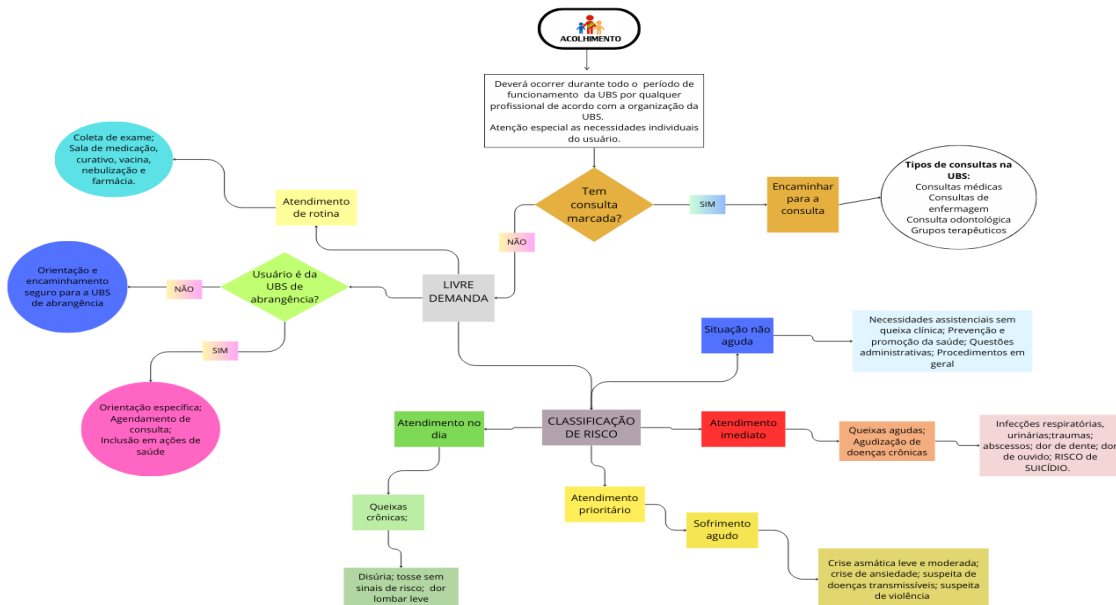


Figura 1- Fluxograma do atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS)

Com base nos fluxogramas, foram elaborados cinco *storyboards* educativos fundamentados nas boas práticas do letramento em saúde descritos por Vasconcelos (9), pela AHRQ (7) e nas informações do glossário da OMS (1). Conforme ilustrado na Figura 2, os *storyboards* abordaram os seguintes temas:

1. Conhecendo o Acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS): 13 cenas que abordam o processo de acolhimento na UBS, cujo objetivo é garantir a escuta ativa e o atendimento respeitoso a todos os pacientes. Análise de leitura: 63,23 (Fácil) – 6º ao 9º ano.
2. Tipos de Consulta e Atendimentos na UBS: 18 cenas que explicam os tipos de consultas e atendimentos na UBS, incluindo consultas médicas, de enfermagem,

odontológicas e grupos terapêuticos. Análise de leitura: 56,60 (Fácil) – 6º ao 9º ano.

3. Atendimentos de Livre Demanda na UBS: 16 cenas que explicam os atendimentos de livre demanda na UBS, destinados a casos sem consulta agendada. Análise de leitura: 58,42 (Fácil) – 6º ao 9º ano.

4. Classificação de Risco na UBS: 17 cenas que abordam a classificação de risco na UBS, organizando os atendimentos conforme a gravidade: Vermelha (atendimento imediato, alto risco), Amarela (atendimento prioritário, risco moderado), Verde (atendimento no dia, baixo risco) e Azul (situação não aguda, agendado). Análise de leitura: 39,40 (Difícil) – Ensino Médio.

5. Letramento em Saúde para a População: 15 cenas que explicam o letramento em saúde, capacitando os indivíduos a entender e cuidar da própria saúde. Análise de leitura: 80,57 (Muito fácil) – 1º ao 5º ano.

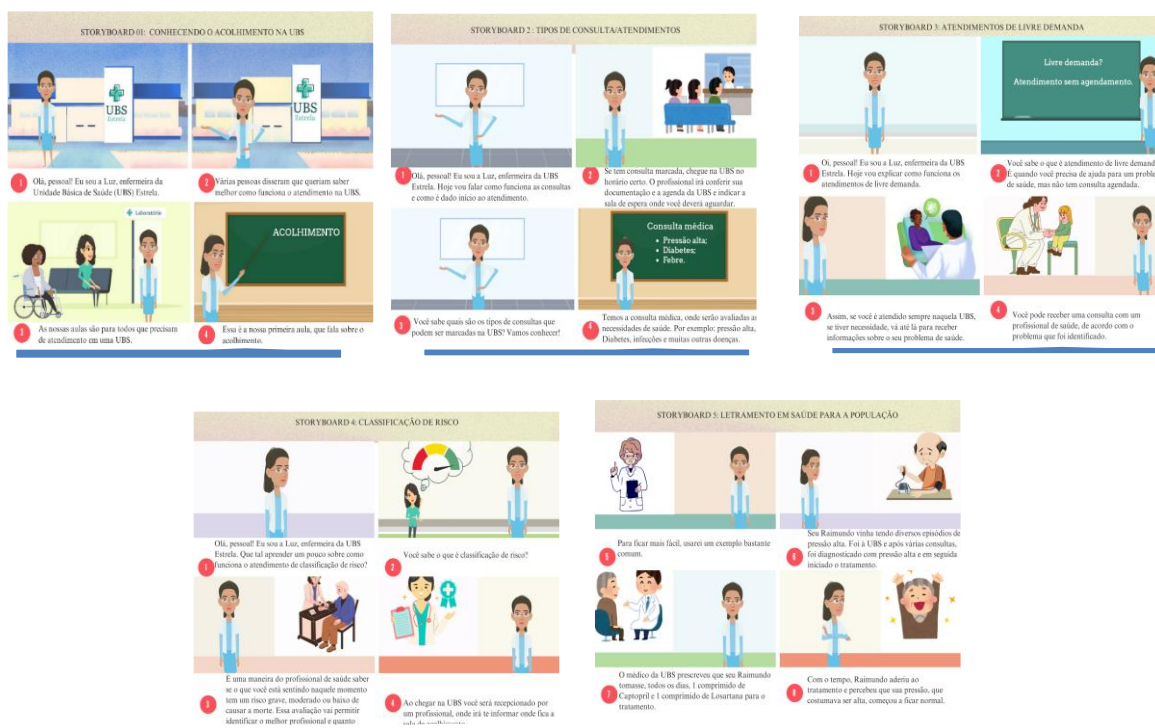


Figura 2- Exemplos de partes extraídas dos *storyboards* construídos para os vídeos educativos.

Após a construção, os materiais foram submetidos à validação de conteúdo e aparência por 30 juízes heterogêneos, utilizando o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) (13).

Após análise e aprovação dos *storyboards* pelos juízes, inicia-se a segunda fase, que corresponde a produção dos cinco vídeos educativos com base nos *storyboards* previamente validados. Para a criação dos materiais audiovisuais, foram utilizadas as ferramentas Canva Pro e *Animaker* (versão paga). Os *storyboards* utilizados foram criados a partir do aplicativo Canva Pro®, que proporcionou uma variedade de modelos gráficos e elementos visuais para enriquecer a produção. Os vídeos foram produzidos utilizando o aplicativo *Animaker*®. Este aplicativo permite a criação de vídeos animados e outros materiais audiovisuais, oferecendo uma interface intuitiva para a edição e personalização de conteúdo.

A seleção das figuras foi baseada nas boas práticas de letramento em saúde, conforme orientações de Vasconcelos e da AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), garantindo que os materiais fossem acessíveis e compreensíveis ao público-alvo. A gravação do áudio foi realizada pela própria pesquisadora, em domicílio, utilizando o aplicativo *Zoom*®, garantindo a clareza e qualidade do som. A combinação das ferramentas permitiu a criação de vídeos dinâmicos e visualmente atraentes de forma prática e eficiente.

Cada vídeo apresentou os seguintes tempos de duração: Vídeo 1: 1 minuto e 40 segundos; Vídeo 2: 2 minutos e 43 segundos; Vídeo 3: 3 minutos e 19 segundos; Vídeo 4: 3 minutos e 50 segundos; Vídeo 5: 2 minutos e 43 segundos; e Vídeo 6: 4 minutos e 19 segundos. Após a produção, foi realizada uma validação final utilizando os instrumentos IVECS (13) e Tecnologia Assistiva (14).

Local (cidade, sigla do estado e país) e período da coleta de dados

O estudo foi realizado em Unidade Básica de Saúde localizada em uma Região Administrativa do Distrito Federal, Brasil. Essa unidade possui 11 equipes de saúde da família, constituídas pela equipe mínima, contendo um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um agente comunitário de saúde de acordo com a Portaria nº 37/2021(15). O período de condução do estudo foi entre março de 2023 a dezembro de 2024.

População

Para a validação do material educativo, participaram juízes especialistas em letramento em saúde, usuários da atenção primária, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A população-alvo do estudo incluiu usuários do sistema SUS.

Critérios de Seleção

Os juízes foram selecionados por meio de consulta ao currículo Lattes no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela técnica de bola de neve. A pontuação foi atribuída com base em qualificações e experiências específicas como: doutorado ou mestrado, especialização em Enfermagem em Saúde Pública ou áreas afins, atuação como técnico de enfermagem e/ou agente comunitário, e utilização do letramento em saúde em pesquisas, sendo cada um desses critérios avaliados com 3 pontos. A prática clínica mínima de um ano na atenção primária e publicações sobre letramento em saúde foram pontuadas com 2 pontos. Resumos publicados e participação em cursos ou congressos com carga horária mínima de 4 horas receberam 1 ponto cada. Apenas os juízes com pontuação mínima de 5 pontos foram selecionados.

Definição da Amostra ou Participantes

Amostra foi constituída de 30 juizes heterogêneos para a validação dos *storyboards*. Para a validação dos vídeos foram incluídos 14 juizes (enfermeiros, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) de saúde e nove usuários da APS, conforme recomendado pela literatura (16–18).

Variáveis do Estudo

A avaliação incluiu a análise da adequação do vídeo educativo com base nos seguintes itens do IVCES: clareza, relevância, adequação ao público-alvo, motivação e contribuição para o conhecimento. Também foram avaliados o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e os dados sociodemográficos e de formação dos participantes.

Instrumentos Utilizados para Coleta das Informações

Para validar e avaliar os conteúdos produzidos, foram utilizados os seguintes instrumentos: o Índice de Flash de Leiturabilidade, utilizando a Calculadora de Leiturabilidade utilizando o índice de Legibilidade de *Flesch*, adaptado para língua portuguesa brasileira por Martins (1996), calculado pela fórmula: $206,835 - [1,015 \times (\text{total de palavras} \div \text{total de frases})] - [84,6 \times (\text{total de sílabas} \div \text{total de palavras})]$, o qual indica que uma pontuação entre 100 e 90 o texto é “Muito fácil” de ler. Textos com pontuação entre 90 e 80 são considerados “Fáceis”. Aqueles que obtêm entre 80 e 70 são classificados como “Um pouco fáceis”. Textos com pontuação entre 70 e 60 são considerados de “Padrão – Linguagem Simples”. Uma pontuação entre 60 e 50 indica que o texto é “Um pouco difícil”. Textos com pontuação entre 50 e 30 são classificados como “Difíceis”. Finalmente, textos com pontuação entre 30 e 0 são considerados

“Muito difíceis”. O resultado dessa fórmula geralmente varia entre 0 e 100 (19), e foi utilizado para avaliar o conteúdo dos *storyboards*.

Adicionalmente, foi aplicado o Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), composto por 18 itens, que abrangem os seguintes critérios: Objetivos (propósito, metas, finalidade); Estrutura/Apresentação (organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência); e Relevância/Significância/Impacto/Motivação/Interesse. A avaliação de cada item foi realizada utilizando a escala de concordância: (0) discordo; (1) concordo parcialmente; (2) concordo totalmente. Este instrumento foi utilizado para avaliar e validar os *storyboards* e os vídeos educativos pelos juízes especialistas.

Além disso, foi utilizado o Instrumento de Tecnologia Assistiva (14), composto por 14 itens, distribuídos em quatro atributos: interatividade, objetivos, relevância, eficácia e clareza. Cada item foi avaliado pelos participantes com notas de 0 (inadequado), 1 (parcialmente adequado) ou 2 (adequado). Esse instrumento foi empregado para validar os vídeos educativos pela população-alvo.

Coleta de Dados

Os juízes especialistas, selecionados para participar das etapas de validação dos *storyboards* e vídeos, foram contatados por e-mail e aplicativos de mensagens, após aceitar participar da pesquisa, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), link para assistir ao material educativo e o link para os instrumentos de avaliação, sendo disponibilizados por meio de um formulário.

Para a etapa de validação final (vídeos 1 a 5) com o público-alvo, foi feito convite aos usuários da APS, para um encontro na UBS, mediado pelos agentes comunitários de saúde, com data e horário previamente definido. Além disso, os pacientes presentes na sala de espera, no dia do encontro, também foram convidados a participar. Em ambas as situações foi reforçado

que não se tratava de atividade da UBS e que, portanto, a participação não implicaria em prejuízos e/ou benefícios ao atendimento de saúde. Os usuários que aceitaram o convite para participar da pesquisa, assinaram o TCLE.

Em relação a validação final dos vídeos com os usuários, foi realizado apenas um encontro, no mês de dezembro/2024, com duração aproximada de 10 minutos. A apresentação dos vídeos foi realizada por meio de um datashow e uma caixa de som de alta qualidade, no auditório da UBS, com a participação de quatro integrantes da pesquisa, que orientavam os pacientes sobre o preenchimento do instrumento de coleta e esclareciam os objetivos da pesquisa. Imediatamente após a apresentação de cada vídeo, os pacientes foram convidados a preencher o formulário correspondente ao vídeo que acabaram de assistir.

Os vídeos foram apresentados na seguinte ordem: Conhecendo o Acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) (vídeo 1), Tipos de Consulta e Atendimentos na UBS (vídeo 2), Atendimentos de Livre Demanda na UBS (vídeo 3), Classificação de Risco na UBS (vídeo 4), Letramento em Saúde para a População (vídeo 5).

Tratamento e Análise dos Dados

Os *softwares* utilizados para a análise dos dados foram o *Microsoft Excel 365* e o *SPSS 26.0* para *Windows*. Os dados temporais foram apresentados como média e desvio padrão, enquanto os dados descritivos foram expressos em termos de frequência relativa e absoluta. As respostas em escala *Likert* adaptada foram analisadas por meio de média, mediana, desvio padrão e intervalos interquartis. O teste qui-quadrado (X^2) foi empregado para verificar diferenças significativas nas frequências das respostas, enquanto o teste *Kruskal-Wallis* foi utilizado para analisar as diferenças estatísticas entre os grupos de profissionais de saúde e usuários do SUS. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

A validação do material educativo pelos juízes e pela população-alvo foi realizada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (20). Após a avaliação da coerência entre as respostas pelo IVC, o item permaneceu no instrumento caso apresentasse uma concordância de 80% entre os juízes e a população-alvo. Caso contrário, o item foi reformulado conforme as sugestões indicadas pelos peritos, analisadas de acordo com a literatura e as evidências científicas recomendadas, sendo então submetido a uma nova avaliação até atingir um IVC igual ou superior a 80%.

Aspectos Éticos

A realização do estudo ocorreu somente após atendimento dos requisitos éticos e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília, seguindo a Lei nº 14.874/2024 (21), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, e a, que reforça diretrizes sobre consentimento, privacidade e boas práticas na condução de estudos científicos, sob o número do parecer: 5.214.953 e CAAE: 54245221.0.0000.0030.

Resultados

Neste estudo, foram desenvolvidos seis vídeos educativos com base no nível de letramento em saúde, focados na navegação no sistema de saúde (8). Os vídeos abordaram os seguintes temas: Conhecendo o Acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), Tipos de Consulta e Atendimentos na UBS, Atendimentos de Livre Demanda na UBS, Classificação de Risco na UBS, Letramento em Saúde para a População.

Foram convidados 30 profissionais para atuar como juízes avaliadores, com média de idade de $43,97 \pm 11,51$ anos, formação há $18,47 \pm 12,14$ anos, e experiência na área de enfermagem de $12,94 \pm 11,77$ anos. Dentre os participantes, 67,7% possuem pós-graduação (13,3% especialistas, 16,7% mestres, 30% doutores e 6,7% pós-doutores), predominando enfermeiros (56,7%) e mulheres (90%). A sequência lógica das ideias (questão 15) foi a única

dimensão avaliada com necessidade de revisão, apresentando frequência de concordância inferior a 80% (56,67% de concordância total), conforme tabela 1. A questão 15 foi ajustada posteriormente, conforme sugestões dos juízes.

Na segunda rodada de análises, participaram 14 profissionais com média de idade de $42,83 \pm 10,29$ anos, sendo 92,9% mulheres, com formação em enfermagem (71,3%), odontologia, agentes de saúde e professores (7,1% cada). A amostra incluiu 28,6% doutores, 21,4% mestres, 7,1% especialistas e 14,3% com estágio pós-doutoral. Cinco vídeos foram avaliados, todos com valores médios de concordância total superiores a 80%. Não foram observadas discordâncias superiores a 7,14% para nenhum item avaliado. A aceitabilidade parcial ou total atingiu 92,86% para todas as questões avaliadas pelos 14 especialistas, sem diferenças estatísticas entre os seis vídeos ($p=0,42$), conforme tabela 1.

Tabela 1. Concordância entre os especialistas utilizando o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) na primeira rodada (avaliação dos *Storyboards*) e segunda rodada (avaliação dos vídeos educativos)

Questões Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde	IVC* (%)		Δ
	1ª Rodada	2ª Rodada	
1. Contempla tema proposto	80,00	88,10	8,10
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	70,00	89,29	19,29
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	80,00	82,14	2,14
4. Proporciona reflexão sobre o tema	80,00	86,90	6,90
5. Incentiva mudança de comportamento	73,33	83,33	10,00
6. Linguagem adequada ao público-alvo	73,33	88,10	14,76
7. Linguagem apropriada ao material educativo	76,67	91,67	15,00
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	76,67	90,48	13,81
9. Informações corretas	86,67	86,90	0,24
10. Informações objetivas	76,67	92,86	16,19
11. Informações esclarecedoras	80,00	86,90	6,90
12. Informações necessárias	86,67	88,10	1,43
13. Sequência lógica das ideias	86,67	90,48	3,81
14. Tema atual	96,67	96,43	-0,24

15. Tamanho do texto adequado	56,67	95,24	38,57
16. Estimula o aprendizado	80,00	84,52	4,52
17. Contribui para o conhecimento na área	86,67	90,48	3,81
18. Desperta interesse pelo tema	83,33	88,10	4,76

*IVC: Índice de Validade de Conteúdo

Esta etapa de avaliação demonstrou que os vídeos alcançaram seu objetivo de comunicar o tema de forma eficaz e atenderam à finalidade proposta, conforme evidenciado pelas seguintes citações dos participantes:

Vídeo 05 “*O vídeo ficou muito bom! Seria muito bom se tivéssemos a oportunidade de disponibilizar vídeos como esses para a população na sala de espera. Monitor com vídeos e informações curtas e objetivas*”. Participante 9

Vídeo 02 “*Houve clareza nas informações passadas*”. Participante 8.

Além de expressarem suas opiniões sobre o material, os participantes foram convidados a sugerir melhorias na estratégia de comunicação do conteúdo e na qualidade final do material:

Vídeo 01 “*Sobre o processo de acolhimento sugiro que seja mencionado que o mesmo e um ato/postura que deve ser exercido por todos os trabalhadores da UBS.*” Participante 9.

Vídeo 04 “*...Sugiro que no vídeo haja o reforço de que a classificação de risco uma forma segura de atender os usuários, especialmente em um cenário no qual estamos falando de Segurança do Paciente na APS...*” Participante 9.

Após a avaliação por um grupo heterogêneo de profissionais, os vídeos passaram por ajustes e finalizações e, em seguida, foram submetidos à avaliação por usuários do SUS pertencentes ao público-alvo, concluindo a etapa final de validação. Ressalta-se que os vídeos 1 a 5 foram validados tanto por juízes quanto por usuários.

Esta etapa contou com nove participantes, com média de idade de $46,67 \pm 16,57$ anos, sendo 66,67% mulheres. Predominaram solteiros (66,67%), seguidos por casados (33,33%).

Quanto à autodeclaração étnica, 33,33% identificaram-se como negros, 33,33% pardos, 22,22% brancos e 11,11% amarelos. A escolaridade variou entre ensino médio completo (33,33%), até a 8ª série (33,33%) e até a 4ª série (33,33%). Para os cinco vídeos avaliados, os índices de concordância total foram iguais ou superiores a 88,89%. As médias de aceitabilidade dos vídeos foram iguais ou superiores a 96,83%, sem diferenças estatísticas entre eles ($p>0,05$).



Figura 5. Frequência relativa média, dos 5 vídeos avaliados pelos usuários SUS (n=9).

Discussão

Com base nas diretrizes do relatório da OMS, que aponta ações iniciais para o desenvolvimento nacional do letramento em saúde e a capacidade de resposta, foram destacadas as seguintes prioridades: preparar-se para o desenvolvimento nacional do letramento em saúde, construir ativamente o letramento em saúde por meio de três fluxos de trabalho, construir sistemas de saúde responsivos ao letramento em saúde e fortalecer o letramento em saúde na comunidade, integrando-o desde o nível nacional até os níveis locais (3).

Nesse contexto, os vídeos educativos foram desenvolvidos com o objetivo de atender às necessidades da população-alvo do estudo primário, identificadas por meio da aplicação do instrumento multidimensional HLQ (8). Este instrumento revelou o nível de letramento em

saúde da população estudada, destacando uma média de 2,54 na parte 2 da escala, que aborda a capacidade de navegação no sistema de saúde. Especificamente, na questão 1, "Encontrar o serviço de saúde adequado", observou-se que os pacientes carecem de apoio estrutural e de conhecimento, aspectos esses que são abordados nas políticas públicas relacionadas às redes de atenção à saúde, que orientam o acesso às portas de entrada e o acompanhamento pelo sistema de saúde.

Evidencia-se também, os desafios enfrentados pelos usuários, tanto em termos de apoio estrutural quanto de conhecimento, apesar das diretrizes das redes de atenção à saúde que visam facilitar o acesso e o acompanhamento no sistema. Em resposta a essas dificuldades, o material educativo desenvolvido e validado foi estruturado para abordar essas lacunas, com foco em objetivos estratégicos, tais como: estimular mudanças comportamentais planejadas, fornecer orientações claras sobre o funcionamento da UBS e implementar estratégias que melhorem a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde.

O vídeo 5, voltado para a população, aborda o conceito de letramento em saúde e sua importância para a promoção e prevenção da saúde.

A validação de conteúdo pelos especialistas avaliou a representatividade do material, garantindo que ele abordasse adequadamente os objetivos propostos, além de sua qualidade. Esse processo aumentou a probabilidade de uma compreensão eficaz do conteúdo apresentado. As avaliações obtidas nesta etapa, embora com sugestões de melhoria na abordagem da mensagem, consideraram o conteúdo adequado (de acordo com o IVC), cumprindo o objetivo de verificar a coesão e a coerência dos roteiros desenvolvidos.

Além disso, um recurso educacional deve estabelecer a interatividade com seu público, sendo essencial a avaliação por representantes do público-alvo para aumentar a probabilidade de sucesso e efetividade nas ações educativas (22).

Os resultados do presente estudo evidenciaram índices de concordância superiores a 92,86% quanto ao conteúdo e à aparência dos juízes heterogêneos nas duas etapas de validação, além de sugestões positivas para a divulgação do material. Já no público-alvo, as médias atingiram 96,83%. Esses resultados permitem concluir que os vídeos são válidos para promover a navegação na UBS e o letramento em saúde da população, além de contribuir para o fortalecimento de estratégias junto aos profissionais de saúde, muitos dos quais não estão familiarizados com a temática.

Neste contexto, estudo realizado na Tailândia produziu cinco vídeos educativos para promover o letramento em saúde entre adultos com diabetes e/ou hipertensão arterial. Os vídeos abordaram situações relacionadas a diabetes, hipertensão, falta de consultas e obesidade. Os resultados evidenciaram respostas positivas quanto à adequação das imagens, utilização de *motion graphics*, duração apropriada, linguagem acessível, clareza do áudio e compreensão do conteúdo. Além disso, os vídeos mostraram-se eficazes em aumentar o engajamento, a motivação e a conscientização dos participantes, bem como em incentivar mudanças comportamentais relacionadas à saúde (23).

Uma meta-análise de 21 estudos avaliou a eficácia de vídeos animados na melhoria da aprendizagem em contextos clínicos e não clínicos, comparando-os à educação padrão. Os vídeos, com duração entre 2 e 16 minutos. Os resultados mostraram um efeito positivo geral na aprendizagem, com maior impacto em pacientes e em grupos com maior proporção de homens. As implicações teóricas e práticas para comunicação em saúde foram destacadas, abrangendo áreas como cirurgia e diabetes (24).

Revisão sistemática que analisou 38 ensaios controlados realizados entre 1996 e 2021, avaliando o uso de animações em diferentes contextos: explicação de procedimentos médicos (n=17), manejo de condições crônicas (n=11) e promoção da saúde (n=10). O conhecimento foi

mensurado em 30 estudos, nos quais as animações demonstraram superioridade em 19. Atitudes e cognições foram analisadas em 21 estudos, com resultados positivos em seis, neutros em 14 e inferiores ao padrão em um. O comportamento foi avaliado em nove estudos, com resultados positivos em quatro. Embora as animações apresentem potencial significativo para melhorar o conhecimento, são necessários estudos mais robustos e bem estruturados para confirmar sua eficácia como ferramentas educacionais em saúde (25).

O estudo foi conduzido com rigor metodológico para garantir que as animações desenvolvidas possuíssem um potencial significativo na transmissão do conteúdo. A construção das animações foi baseada em uma necessidade previamente identificada, fundamentada na análise de lacunas no conhecimento do público-alvo. Além disso, foram considerados os aspectos do letramento em saúde de Vasconcelos, como a clareza da linguagem, a acessibilidade da informação e a adequação do conteúdo ao nível de compreensão dos usuários. Dessa forma, as animações foram elaboradas para facilitar a assimilação das informações, promovendo maior autonomia na tomada de decisões sobre a saúde.

O envolvimento do público-alvo foi um aspecto essencial no processo de validação, garantindo que as animações fossem compreensíveis, relevantes e adequadas ao contexto dos usuários. Para isso, especialistas e profissionais com experiência na área foram selecionados por meio de critérios rigorosos, contribuindo com feedbacks valiosos para ajustes e aprimoramentos do material. Além disso, a validação também considerou a experiência dos próprios usuários, assegurando que as animações fossem acessíveis e eficazes na promoção do letramento em saúde, alinhando-se às necessidades e capacidades de compreensão do público.

Portanto, o material educativo, além de fornecer informações confiáveis, é uma ferramenta para mudanças de comportamento e atitude para melhoria da saúde do paciente. O desafio do profissional é traçar estratégias para ampliar a utilização dessa ferramenta,

fornecendo ao paciente a capacidade de realizar julgamentos e tomar decisões cabíveis para melhoria do processo saúde e doença (26).

Até o momento, não foram identificadas publicações sobre estudos que desenvolveram e validaram vídeos educativos focados na navegação do usuário na UBS com ênfase na promoção do letramento em saúde, o que tornou este estudo o primeiro a abordar essa temática.

Algumas limitações podem ser apontadas. O estudo foi realizado em uma única UBS, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões ou contextos de saúde, especialmente em localidades com diferentes realidades socioeconômicas ou culturais. Entretanto, a construção desse processo considerou o que é definido na rede de atenção à saúde do DF, garantindo que as diretrizes e protocolos adotados estejam alinhados com a estrutura e organização do sistema de saúde local. Outra limitação é que o estudo se concentrou na promoção do letramento em saúde na UBS e no contexto da navegação do usuário, o que pode não abranger outros aspectos críticos do letramento em saúde, como o acesso a informações de saúde em outros ambientes de atendimento ou em diferentes pontos da jornada do paciente.

Conclusão

O estudo alcançou seu objetivo ao construir e validar materiais educativos para a promoção do letramento em saúde de pacientes adultos atendidos em unidades de atenção primária. O material desenvolvido consistiu em seis vídeos educativos abordando temas cruciais para o letramento em saúde na APS, como acolhimento, tipos de consulta, classificação de risco e a capacitação tanto de profissionais de saúde quanto da população.

A construção dos vídeos seguiu os princípios do letramento em saúde, com base em fluxogramas e *storyboards*, que foram elaborados e validados por especialistas na área. A validação inicial contou com a participação de 30 juízes, e a validação final envolveu 14 profissionais de saúde e 9 usuários do SUS. Os vídeos foram avaliados por meio de

instrumentos específicos para avaliar a clareza, relevância, adequação ao público-alvo e contribuição para o conhecimento.

Os resultados demonstraram que os vídeos atingiram os objetivos propostos, com índices de concordância e aceitabilidade elevados, acima de 80%, tanto na avaliação dos especialistas quanto na dos usuários. Todos os vídeos apresentaram alta aceitação por parte dos participantes, com sugestões de melhoria incorporadas nos ajustes finais. A validação final confirmou a eficácia do material educativo na comunicação clara e objetiva dos conteúdos de saúde para o público-alvo, contribuindo para o aprimoramento do letramento em saúde na APS.

Dessa forma, os materiais educativos validados estão aptos a serem utilizados como uma ferramenta eficaz na promoção do letramento em saúde, com o objetivo de melhorar a compreensão e navegação dos pacientes no sistema de saúde, além de facilitar a interação entre pacientes e profissionais de saúde.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary of Terms 2021. Geneva: WHO; 2021.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Literacia para a saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2: autocuidado em saúde - guia rápido [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 15 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autocuidado_saude_diabetes_mellitus_tipo2.pdf
3. World Health Organization (WHO). Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 13 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>
4. Visscher BB, Steunenberg B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, van der Heide I, et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. BMC Public Health. 2018;18(1):1414. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6331-7>
5. Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. J Gen Intern Med. 2005;20(2):185–92. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40208.x>

6. Santos JEM dos, Brasil VV, Moraes KL, Cordeiro JABL, Oliveira GF de, Bernardes C de P, et al. Comprehension of the education handout and health literacy of pacemaker users. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):633–9.
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Third Edition.* 2024.
8. Cavalcanti EO, Mariano EA, Machado MEP, Santos GHS, Mendes HC, Silva IO, Dias MS, Paranaguá TTB. Visão multidimensional do nível de letramento em saúde de pacientes adultos na atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2024;33:e20240082. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3wsWBDbt5LxHTkqgCksmvvv/?lang=pt>
9. Vasconcelos CMCS de. Materiais educativos para prevenção e controle de doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento [Internet]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2015 [citado 9 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=86519>
10. Mayer RE. Multimedia learning. In: *Cambridge Handbook of Multimedia Learning.* Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p. 85–139.
11. Wright J. *Animation Writing and Development* [Internet]. 2005 [citado 2023]. Disponível em: www.focalpress.com
12. Bertoncetto KCG. Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.
13. Pasquali L. *Psicometria: teoria e aplicações: a teoria clássica dos testes psicológicos* [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997 [citado 2023]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=ubyDXwAACAAJ>
14. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Nurs Faculty Res Publ.* 1987;16.
15. Governo do Distrito Federal. *Protocolos de Atenção à Saúde C. Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde.* Brasília: Governo do Distrito Federal; 2021.
16. Leite SS, Áfio ACE, Carvalho LV de, Silva JM da, Almeida PC de, Pagliuca LMF. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 4):1635–41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=en&tlng=en
17. Guimarães FJ, Carvalho ALRF, Pagliuca LMF. Elaboração e validação de instrumento de avaliação de tecnologia assistiva. *Rev Eletr Enferm.* 2015;17(2).
18. Finatto MJB, Paraguassu LB, organizadoras. *Acessibilidade textual e terminológica.* Uberlândia: EDUFU; 2022.
19. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet.* 2011;16(7):3061–8.
20. Silva MFG da, Nobre LN, Silva E da. Animated Videos Based on Food Processing for Guidance of Brazilian Adults: Validation Study. *Interact J Med Res.* 2023;12:e49092.

21. 21Brasil. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União. 2024 maio 29 [citado 2025 maio 23]; Seção 1:1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14874-28-maio-2024-795693-publicacaooriginal-171916-pl.html>
22. Pichayapinyo P, Sompopcharoen M, Thiangtham W, Sillabutra J, Meekaew P, Bureerat B, et al. Perceptions of the 2D short animated videos for literacy against chronic diseases among adults with diabetes and/or hypertension: a qualitative study in primary care clinics. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):374.
23. Feeley TH, Keller M, Kayler L. Using Animated Videos to Increase Patient Knowledge: A Meta-Analytic Review. *Health Educ Behav*. 2023;50(2):240–9.
24. Moe-Byrne T, Evans E, Benhebil N, Knapp P. The effectiveness of video animations as information tools for patients and the general public: A systematic review. *Front Digit Health*. 2022;4.
25. Cruz FO de AM da, Faria ET, Reis PED dos. Validation of an educational manual for breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Rev Lat Am Enferm*. 2020;28.
26. Ferrara P, Albano L, Fabrizio GC, Perrone M, Amato L, Mollo M, et al. Health literacy as a tool for the sustainability of health systems. *Sustainability*. 2024;16(10):3964. Available from: <https://www.mdpi.com/2071-1050/16/10/3964>

6. CONCLUSÃO

A caracterização do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em uma unidade de saúde da atenção primária, aliada à análise das condições de letramento em saúde e sua relação com a satisfação dos usuários, contribui significativamente para a compreensão dos desafios e oportunidades na promoção da saúde. Os dados obtidos evidenciam a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como principal ponto de suporte para uma população que, em grande parte, não possui acesso a serviços privados, reforçando seu papel essencial na equidade do cuidado.

Os achados deste estudo apontam que variáveis como idade, escolaridade e classe socioeconômica influenciam diretamente a capacidade dos indivíduos de compreenderem e gerenciarem sua própria saúde. A identificação de lacunas no letramento em saúde, especialmente entre grupos com menor nível educacional e sem plano de saúde, destaca a necessidade de estratégias direcionadas para aprimorar a comunicação e o suporte profissional, garantindo um acesso mais efetivo às informações de saúde.

A análise da satisfação dos pacientes revelou que aqueles que percebem o serviço de saúde de forma mais positiva também apresentam melhores escores nas escalas de letramento, evidenciando que a qualidade do atendimento influencia diretamente a autonomia e a segurança dos pacientes na tomada de decisões relacionadas à saúde. Por outro lado, indivíduos com menor nível de satisfação relataram dificuldades na obtenção de informações e no acesso aos serviços, indicando barreiras estruturais que precisam ser abordadas para garantir uma atenção mais inclusiva e eficaz.

A partir dessas constatações, fica evidente a necessidade de investimentos na qualificação dos profissionais de saúde e no desenvolvimento de materiais educativos acessíveis e eficazes, que considerem as necessidades específicas da população atendida. Além disso, o fortalecimento das políticas públicas voltadas para a melhoria do letramento em saúde pode contribuir para um sistema de saúde mais eficiente, no qual os pacientes estejam mais bem preparados para compreender e utilizar as informações disponíveis para a promoção de sua saúde e bem-estar.

Dessa forma, este estudo fornece subsídios valiosos para a formulação de estratégias que ampliem o letramento em saúde e promovam um atendimento mais humanizado e resolutivo na atenção primária. O conhecimento gerado reforça a importância de ações

interdisciplinares e da adoção de abordagens inovadoras para garantir que todos os indivíduos, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso a informações compreensíveis e de qualidade, possibilitando um cuidado mais equitativo e eficaz.

A construção e validação dos vídeos educativos, desenvolvidos com base nos princípios do letramento em saúde e na Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia, representam um avanço metodológico importante. A validação inicial e final com juízes especialistas, profissionais de saúde e usuários do SUS confirmou a eficácia dos materiais, evidenciando que a utilização de recursos multimídia pode ser uma solução eficaz para melhorar o entendimento dos pacientes sobre seu estado de saúde e sobre o funcionamento dos serviços de saúde. Este achado contribui para a literatura existente sobre o uso de tecnologias na educação em saúde, oferecendo um modelo que pode ser replicado em outros contextos e populações.

O estudo também reforça a importância da educação em saúde para melhorar a participação ativa dos pacientes no processo de cuidado, sendo uma ferramenta essencial para promover o letramento em saúde. A análise dos vídeos educativos demonstra a clareza, relevância e adequação dos materiais ao público-alvo, com resultados positivos de aceitação tanto por profissionais quanto por usuários. A pesquisa não apenas valida a utilização dos vídeos como estratégia educativa, mas também destaca o impacto positivo que essa abordagem pode gerar na melhoria do acesso, compreensão e navegação dos usuários no sistema de saúde.

Para a prática clínica, os dados deste estudo oferecem uma aplicação direta ao reforçar a necessidade de incorporar estratégias educativas adaptadas às condições de letramento em saúde da população. A utilização de materiais multimídia, como os vídeos validados, pode ser uma maneira eficiente de melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, permitindo que estes últimos se sintam mais informados e capazes de participar ativamente do cuidado à sua saúde. Isso é particularmente relevante para pacientes com níveis mais baixos de letramento em saúde, para os quais informações claras e visuais podem ser essenciais para a compreensão.

Além de beneficiar os pacientes, a validação e o uso de vídeos educativos podem ser uma ferramenta poderosa na capacitação contínua dos profissionais de saúde. Os vídeos podem ser usados não só para educar pacientes, mas também para orientar e atualizar os profissionais sobre temas relacionados ao acolhimento, tipos de consultas, classificação de risco e estratégias de comunicação eficaz com pacientes de diferentes níveis de letramento. Isso pode melhorar o

atendimento, reduzindo lacunas de comunicação e promovendo uma abordagem mais empática e personalizada.

A promoção do letramento em saúde com o uso de recursos multimídia também favorece a autonomia dos pacientes. Ao fornecer informações claras e acessíveis, os pacientes podem tomar decisões mais informadas sobre sua saúde e cuidados preventivos. A adesão ao tratamento e a melhoria no autocuidado podem ser diretamente impactadas, resultando em uma maior satisfação com os serviços de saúde e melhores desfechos clínicos.

A aplicação dos vídeos educativos, juntamente com a capacitação dos profissionais de saúde para usá-los de forma eficaz, cria um ambiente mais colaborativo e centrado no paciente. A utilização de vídeos educativos como parte das estratégias de letramento em saúde pode melhorar a acessibilidade e a qualidade do atendimento nas unidades de saúde da atenção primária. Ao transformar informações complexas em conteúdos fáceis de entender, os materiais educativos proporcionam uma melhor experiência de cuidado, o que, por sua vez, pode aumentar a confiança do paciente no sistema de saúde e fomentar uma maior adesão ao tratamento.

Além disso, a aceitação dos vídeos pelos usuários do SUS na fase final da validação confirma sua eficácia como recurso pedagógico, promovendo uma comunicação mais eficaz e esclarecendo as dúvidas dos pacientes. Os dados obtidos neste estudo, combinando a análise do perfil sociodemográfico, letramento em saúde e satisfação com os serviços, juntamente com a construção e validação dos vídeos educativos, têm uma grande relevância para a prática clínica e para a promoção da saúde na atenção primária. A utilização de recursos multimídia, como os vídeos, representa uma estratégia inovadora e eficaz para melhorar o letramento em saúde dos pacientes, facilitando sua compreensão das informações de saúde e promovendo maior participação no cuidado.

Esses achados não só validam o material educativo produzido, mas também demonstram seu potencial para transformar a prática clínica, melhorando a comunicação entre profissionais e pacientes, e, conseqüentemente, os resultados de saúde na atenção primária. Assim, a aplicação dessas estratégias pode resultar em um atendimento mais inclusivo, humanizado e eficaz, alinhado aos princípios de equidade e acessibilidade do SUS.

7. REFERÊNCIAS

- ABELSSON, T. et al. Quality and availability of information in primary healthcare: the patient perspective. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, v. 38, n. 1, p. 33–41, 2 jan. 2020.
- ABOUMATAR, H. J. et al. The Impact of Health Literacy on Desire for Participation in Healthcare, Medical Visit Communication, and Patient Reported Outcomes among Patients with Hypertension. *J Gen Intern Med*, v. 28, n. 11, p. 1469–76, 2013.
- ABREU, R. B. DE et al. Validação do Instrumento de Avaliação de Materiais Educativos Impressos com foco no Letramento em Saúde para o Brasil (AMEELS-BR). *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, p. e68101220104, 13 set. 2021.
- ADEGBOYEGA, A. O.; HATCHER, J. Unequal access: African immigrants and American health care. *Kentucky nurse*, v. 64, n. 1, p. 10–12, 2016.
- AHRQ; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, R. M. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YGph7pprPQcF6y6Jx3V6nqD/>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- ALTIN, S. V.; LORREK, K.; STOCK, S. Development and validation of a brief screener to measure the Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices (HLPC). 2015.
- ALTIN, S. V.; STOCK, S. Impact of health literacy, accessibility and coordination of care on patient's satisfaction with primary care in Germany. 2015.
- ALTIN, S. V.; STOCK, S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Services Research*, v. 16, n. 1, 30 ago. 2016.
- AOKI, T.; INOUE, M. Association between health literacy and patient experience of primary care attributes: A cross-sectional study in Japan. *PLoS ONE*, v. 12, n. 9, 1 set.
- ARAÚJO, R.; SANTOS, M. Construção e validação de vídeos educativos para adolescentes com Síndrome de Down fundamentados no letramento em saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2023. Disponível em: <https://www.rbsmi.org.br/details/4918>. Acesso em: 2 jan. 2025.
- BADACZEWSKI, A. et al. Relationship between Teach-back and patient-centered communication in primary care pediatric encounters. *Patient Education and Counseling*, v. 100, n. 7, p. 1345–1352, 1 jul. 2017.
- BAILEY, S. C. et al. Expanding the Universal Medication Schedule: a patient-centred approach. *BMJ Open*, v. 4, p. 3699, 2014.

BATTERHAM, R. W. et al. 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*, v. 14, n. 1, p. 694, 2014.

BAUR, C. The national action plan to improve health literacy. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010.

BERNADETTE MAZUREK MELNYK, B. et al. Sustaining Evidence-Based Practice Through Organizational Policies and an Innovative Model. [s.l: s.n.]. Disponível em: www.ajnonline.com.

BERNARDES, C.; SANTOS, D.; TABORDA, P.; BARRAMBANA, S. Literacia em saúde na prevenção da hipertensão arterial em jovens adultos. In: LOPES, C.; VAZ DE ALMEIDA, C. (Coords.). *Literacia em saúde na prática 2022*. Edições ISPA, 2022. p. 175-196. [ebook].

BESSING, B. et al. Article Label Measurement Properties of the Health Literacy Questionnaire in the Understanding Multiple Sclerosis Massive Open Online Course Cohort: A Rasch Analysis. *Health Literacy Research and Practice*, v. 6, n. 3, p. 2022, 2022.

BÍRÓ, É. et al. Health Literacy and Health Behavior Among Women in Ghazni, Afghanistan. *Frontiers in Public Health*, v. 9, 2021.

BOATENG, M. A. et al. Translation, cultural adaptation and psychometric properties of the Ghanaian language (Akan; Asante Twi) version of the Health Literacy Questionnaire. *BMC Public Health*, p. 20–1064, 2020.

BONACCORSI, G. et al. Measuring Health Literacy in Primary Healthcare: Adaptation and Validation of a French-Language Version of the Brief Health Literacy Screening among Patients with Chronic Conditions Seen in Primary Care. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 19, p. 7669, 2022.

BRASIL. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. 2. ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: . Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 2024, nº 102, p. 3-7, 29 maio 2024. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/38551281/publicacao/38553226>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BRETTEL, J. H. et al. Chronic-Care-Management Programs for Multimorbid Patients with Diabetes in Europe: A Scoping Review with the Aim to Identify the Best Practice. 2021.

BURKE, N. J. et al. Survivorship Care Plan Information Needs: Perspectives of Safety-Net Breast Cancer Patients. 2016.

CABELLOS-GARCÍA, A. C. et al. Health literacy of patients on oral anticoagulation treatment-individual and social determinants and effect on health and treatment outcomes. 2021.

- CAMPBELL, P. et al. Can patients with low health literacy be identified from routine primary care health records? A cross-sectional and prospective analysis. *BMC Health Services Research*, p. 20–101, 2019.
- CAWTHON, Courtney et al. Implementing Routine Health Literacy Assessment in Hospital and Primary Care Patients. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, v. 40, n. 2, p. AP1-76, 2014. doi: 10.1016/s1553-7250(14)40008-4.
- CHANG, X. et al. Medication Literacy in Chinese Patients with Stroke and Associated Factors: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 1, 1 jan. 2023.
- CHAUHAN, A. et al. The safety of health care for ethnic minority patients: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 8 jul. 2020.
- CHAVES, J. F. et al. Impactos do letramento funcional em saúde de idosos com a adesão medicamentosa: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 1, p. e18812139632, 7 jan. 2023.
- CHEGINI, Z. et al. Exploring the barriers to patient engagement in the delivery of safe care in Iranian hospitals: A qualitative study. *Nursing Open*, v. 7, p. 457–465, 2020.
- CHEN ID, P. et al. Cognition, educational attainment and diabetes distress predict poor health literacy in diabetes: A cross-sectional analysis of the SHELLED study. *PLoS ONE*, 2022.
- CHINN, D.; MCCARTHY, C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counseling*, v. 90, n. 2, p. 247–253, 1 fev. 2013.
- COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2018: Região Administrativa Santa Maria – RA XIII. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Santa-Maria.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- CRUZ, F. O. DE A. M. DA; FARIA, E. T.; REIS, P. E. D. DOS. Validation of an educational manual for breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, 19 out. 2020.
- DAHAL, P. K.; HOSSEINZADEH, H. Association of health literacy and diabetes self-management: a systematic review. 2019.
- DEBUSSCHE, X. et al. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE Open Medicine*, v. 6, p. 205031211880125, jan. 2018.
- DELAVAR, F.; PASHAEYPOOR, S.; NEGARANDEH, R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, v. 103, n. 2, p. 336–342, 1 fev. 2020.
- DIAS, S. et al. Migrant Communities at the Center in Co-design of Health Literacy-Based Innovative Solutions for Non-communicable Diseases Prevention and Risk Reduction:

Application of the OPTimising HEalth LIteracy and Access (Ophelia) Process. *Frontiers in Public Health*, v. 9, 2021.

DINEEN-GRIFFIN, S. et al. Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. 2019.

DISTRITO FEDERAL. Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES DF CPPAS. Portaria SES-DF nº 1274, de 22 de novembro de 2018, publicada no *DODF* nº 238, de 17 dez. 2018.

DODSON, S.; GOOD, S.; OSBORNE, R. Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290224754>. Acesso em: 5 fev. 2025.

DUPLAGA, M.; GRYSZTAR, M. Socio-economic determinants of health literacy in high school students: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 22, 1 nov. 2021.

DURRANT, L. A. et al. Health literacy in pressure injury: Findings from a mixed-methods study of community-based patients and carers. *Nursing & Health Sciences*, v. 21, n. 1, p. 37–43, 1 mar. 2019.

FERNANDEZ-GONZALEZ, L.; BRAVO-VALENZUELA, P. Effective interventions to improve the health literacy of cancer patients. *ecancermedicalscience*, v. 13, 10 out. 2019.

GARCIA, N. E.; DUDEQUE PIANOVSKI VIEIRA, A. M. Desafios contemporâneos: o uso da tecnologia assistiva como instrumento facilitador da aprendizagem. *Linguagens, Educação e Sociedade*, n. 40, p. 269–294, 30 nov. 2018.

GAUTAM, V. et al. Health literacy, preventive COVID 19 behaviour and adherence to chronic disease treatment during lockdown among patients registered at primary health facility in urban Jodhpur, Rajasthan. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, v. 15, n. 1, p. 205–211, 1 jan. 2021.

GHALENOW, H. et al. Effect of educational program based on health literacy index on self-care ability among older adults: A randomized clinical trial. *International Journal of Preventive Medicine*, v. 13, n. 1, 2022.

GIBSON, C.; SMITH, D.; MORRISON, A. K. Improving Health Literacy Knowledge, Behaviors, and Confidence with Interactive Training. *Health Literacy Research and Practice*, v. 6, n. 2, p. e113–e120, 1 abr. 2022.

GOODMAN, L. A. Snowball sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, v. 32, n. 1, p. 148-170, 1961.

GOVERNMENT, S. Making it easy. A health literacy action plan for Scotland. 2015.

GUIMARÃES, F. J.; CARVALHO, A. L. R. F.; PAGLIUCA, L. M. F. Elaboração e validação de instrumento de avaliação de tecnologia assistiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 17, n. 2, 30 jun. 2015.

- GUNN, C. M. et al. Engaging Women with Limited Health Literacy in Mammography Decision-Making: Perspectives of Patients and Primary Care Providers. *J Gen Intern Med*, v. 36, n. 4, p. 938–983, 2020.
- HEALTH LITERACY PROGRAM. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit: Third Edition*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2024. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/health-literacy-universal-precautions-toolkit-3rd-edition.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- HWANG, J.-I.; KIM, S. W.; CHIN, H. J. The Relationship Between Patients' Safety-Related Behaviors and Safety Events and Patient Experiences in Korean Hospitals. *Research and Theory for Nursing Practice*, n. 2, p. 115–133, 2019.
- ISHIKAWA, H. et al. Improving health literacy in a Japanese community population—A pilot study to develop an educational programme. *Health Expectations*, v. 21, p. 814–821, 2018.
- JACINTO, A. F. et al. Test-retest reliability of the Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) in Brazilian carers of older people. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 67, n. 4, p. 500–504, 6 abr. 2021.
- JANSEN, C. J. M. et al. Improving health literacy responsiveness: A randomized study on the uptake of brochures on doctor-patient communication in primary health care waiting rooms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 9, 1 maio 2021.
- JANSEN, T. et al. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Services Research*, p. 18–394, 2018.
- JOVIĆ-VRANEŠ, A. et al. Evaluation of a health literacy screening tool in primary care patients: evidence from Serbia. *Health Promotion International*, v. 29, n. 4, p. 601–607, 2013.
- JOVIC-VRANES, A.; BJEGOVIĆ-MIKANOVIC, V. Which women patients have better health literacy in Serbia? *Patient Education and Counseling*, v. 89, n. 1, p. 209–212, 1 out. 2012.
- KAMBERI, H. et al. Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. *Medicinski arhiv*, v. 67, n. 3, p. 209–211, 2013.
- KAPHINGST, K. A. et al. Health literacy INDEX: Development, reliability, and validity of a new tool for evaluating the health literacy demands of health information materials. *Journal of Health Communication*, 1 jan. 2012.
- KAY, M. et al. Understanding quality use of medicines in refugee communities in Australian primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, v. 66, n. 647, p. e397–e409, 1 jun. 2016.
- KHAN, A. et al. Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. *BMJ*, v. 363, p. 4764, 2018.
- KIM, M. T. et al. Health Literacy and Outcomes of a Community-Based Self-Help Intervention: A Case of Korean Americans With Type 2 Diabetes. *Nursing Research*, v. 69, n. 3, 2020.

- KNOWLES, S. et al. Empowering people to help speak up about safety in primary care: Using codesign to involve patients and professionals in developing new interventions for patients with multimorbidity. *Health Expectations*, v. 21, p. 539–548, 2018.
- KOLARCIK, P. et al. Structural properties and psychometric improvements of the Health Literacy Questionnaire in a Slovak population. *International Journal of Public Health*, v. 62, n. 5, p. 591–604, 2017.
- LARSEN, M. H. et al. Associations between disease education, self-management support, and health literacy in psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, v. 32, n. 6, p. 603–609, 18 ago. 2021.
- LEITE, S. de S. et al. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. suppl 4, p. 1635–1641, 2018.
- LESLIE, C. J. et al. Health Literacy Profiles of Early Intervention Providers: Use of the Health Literacy Questionnaire. *Health Literacy Research and Practice*, v. 6, n. 2, 2022.
- LIMA, R. I. M. et al. Letramento funcional em saúde de usuários da atenção primária de Altamira, Pará. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 17, n. 44, p. 2763, 4 mar. 2022.
- LITCHFIELD, I. J. et al. Test result communication in primary care: Clinical and office staff perspectives. *Family Practice*, v. 31, n. 5, p. 592–597, 1 out. 2014.
- LIU KAI et al. [Relationship between health literacy and health-related behaviors of enterprise employees]. *Jornal Chinês de Saúde Ocupacional e Doenças Ocupacionais*, v. 39, p. 193–197, 2021.
- LOUÍSE KÜCHLER, M. et al. Intervenções educativas remotas para o letramento de adultos com hipertensão arterial na atenção primária/ Remote educational interventions for the literacy of adults with arterial hypertension in primary care. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 21, 28 nov. 2022.
- LOPES, J. F.; LOPES, C. T.; BARROS, A. L. Construção e validação de vídeo educativo para instalação de dispositivo de medida da pressão arterial invasiva. *Revista de Enfermagem*, 2024. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/389723230>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- LUZ, R. M. D. Intervenção educativa com profissionais de saúde sobre desenvolvimento infantil: articulação com o referencial do letramento em saúde. Brasil: [s.n.].
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 18–37, set. 2018.
- MAFUTHA, N. G.; MOGOTLANE, S.; SWARDT, D. Development of a Hypertension Health Literacy Assessment Tool for use in primary healthcare clinics in South Africa, Gauteng. *Afr J Prm Health Care Fam Med*, v. 9, n. 1, p. 1305, 2017.

MAHER, C. et al. Improving health literacy using the power of digital communications to achieve better health outcomes for patients and practitioners. *Front. Digit. Health*, v. 5, p. 1264780, 2023.

MAINDAL, H. T. et al. Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model. *SpringerPlus*, v. 5, n. 1, 1 dez. 2016.

MAYER, R. E. *Multimedia learning*. 3. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/highereducation/books/multimedia-learning/FB7E79A165D24D47CEACEB4D2C426ECD>. Acesso em: 5 fev. 2025.

MBADA, C. E. et al. Cultural adaptation and psychometric evaluation of the Yoruba version of the Health Literacy Questionnaire. *Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità*, v. 34, n. 1, p. 54–69, 1 jan. 2022.

MCCUNE, R. L.; LEE, H.; POHL, J. M. Assessing health literacy in safety net primary care practices. *Applied Nursing Research*, v. 29, p. 188–194, 1 fev. 2016a.

MCCUNE, R. L.; LEE, H.; POHL, J. M. Assessing health literacy in safety net primary care practices. *Applied Nursing Research*, v. 29, p. 188–194, 1 fev. 2016b.

MIRANDA, Michele Vieira. Protocolo do acesso da atenção primária à saúde do Distrito Federal: análise da implantação. 2021. Orientadora: Elenice Machado da Cunha. Coorientadora: Ana Cláudia Figueiró. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Brasília, 2021. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/52639/michele_vieira_miranda_ensp_mest_2021.pdf;jsessionid=EDE9789740CCFD55F7F187D55E834824?sequence=2. Acesso em: 15 mar. 2025.

MORAES, K. L. et al. Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 5 mar. 2021.

MOURA BORGES, F. et al. Relação entre alfabetización en salud y calidad de vida en personas con hipertensión arterial. *Ciencia y Enfermería*, v. 28, dez. 2022.

MOURA, I. H. de et al. Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, p. e2934, 5 out. 2017.

MUNN, Z. et al. The development of software to support multiple systematic review types: the Joanna Briggs Institute System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI SUMARI). *JBI Evidence Implementation*, v. 17, n. 1, 2019.

MURUGESU, L. et al. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLoS ONE*, v. 17, n. 5 May, 1 maio 2022.

NAKAYAMA, K. et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. 2015.

NARAYAN YADAV, U. et al. Self-management practice, associated factors and its relationship with health literacy and patient activation among multi-morbid COPD patients from rural Nepal. *BMC Public Health*, p. 20–300, 2020a.

NARAYAN YADAV, U. I. et al. Levels and determinants of health literacy and patient activation among multi-morbid COPD people in rural Nepal: findings from a cross-sectional study. 2020b.

NASCIMENTO, D. et al. Cultural adaptation and validity testing of the Portuguese version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022.

NEIVA PANTUZZA, L. L. et al. Medication literacy: a conceptual model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 18, n. 4, p. 2675–2682, 1 abr. 2022.

NGA FU MFM, S. et al. A cluster-randomized study on the Risk Assessment and Management Program for home blood pressure monitoring in an older population with inadequate health literacy. *J Clin Hypertens*, v. 22, p. 1565–1576, 2020.

NGA, S. F. et al. Knowledge and practice of home blood pressure monitoring 6 months after the risk and assessment management programme: does health literacy matter? *Postgrad Med J*, v. 0, p. 1–7, 2021.

NOLTE, S. et al. German translation, cultural adaptation, and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *PLoS ONE*, p. 1–12, 2017.

NOURI, S. S. et al. Assessing mobile phone digital literacy and engagement in user-centered design in a diverse, safety-net population: mixed methods study. *JMIR mHealth and uHealth*, v. 7, n. 8, p. e14250, 29 ago. 2019.

NUTBEAM, D.; LLOYD, J. E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu. Rev. Public Health*, v. 42, p. 159–173, 2021.

NUTBEAM, D.; MUSCAT, D. M. Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, v. 36, n. 6, p. 1578–1598, 1 dez. 2021.

OKAN, O. et al. *International handbook of health literacy: research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press, 2019. Disponível em: <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/international-handbook-of-health-literacy>. Acesso em: 5 fev. 2025.

OLIVEIRA, P.; FERREIRA, L.; COSTA, R. Vídeos educativos sobre alimentação saudável para usuários da atenção primária à saúde com excesso de peso. *Cuadernos de Educación*, 2022. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/2381>. Acesso em: 2 jan. 2025.

ÖRSAL, Ö. et al. Analysis of the relationship among health awareness and health literacy, patient satisfaction levels with primary care in patients admitting to primary care health centers. *Patient Education and Counseling*, v. 102, n. 2, p. 376–382, 1 fev. 2019.

OSBORNE, R. H. et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, v. 13, n. 1, p. 658, 2013.

- PAES, R. G. et al. Efeitos de intervenção educativa no letramento em saúde e no conhecimento sobre diabetes: estudo quase-experimental. *Escola Anna Nery*, v. 26, p. e20210313, 1 jun. 2022.
- PARK, J.-H. et al. Cultural and linguistic adaption and testing of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) among healthy people in Korea. *PLoS ONE*, 2022.
- ERES, S. Letramento em saúde: uma análise da produção acadêmica nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1563-1573, 2022.
- PERSAI, D. et al. Patient satisfaction with quality of primary care health services-findings from India. *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 37, n. 4, p. 2256–2265, 2 jul. 2022.
- PETERS, M. D. J. et al. Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIC Evidence Synthesis*, v. 20, n. 4, 2022.
- PIGNONE, M. et al. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. *Journal of General Internal Medicine*, v. 20, n. 2, p. 185–192, 2005.
- PRIMARIA, A. et al. El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atencion Primaria*, v. 53, p. 102224, 2021.
- RADEMAKERS, J. et al. Towards a comprehensive, person-centred assessment of health literacy: translation, cultural adaptation and psychometric test of the Dutch Health Literacy Questionnaire. *BMC Public Health*, p. 20–1850, 2020.
- REID, M.; NEL, M.; VAN RENSBURG-BONTHUYZEN, J. Development of a Sesotho health literacy test in a South African context. *Afr J Prm Health Care Fam Med*, v. 11, n. 1, p. 1853, 2019.
- ROJANASUMAPONG, A. et al. Internet use, electronic health literacy, and hypertension control among the elderly at an urban primary care center in Thailand: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.
- ROSA, B. V. C. *Elaboração e validação de vídeo educativo para o autocuidado de pacientes*. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7452/ROSA%2C%20BRUNA%20VANESSA%20COSTA%20DA.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.
- ROWLANDS, G. et al. Health Evidence Network Synthesis Report 57. What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2018. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-evidence-network-synthesis-report-57-what-is-the-evidence-on-existing-policies-and-linked-activities-and-their-effectiveness-for-improving-health-literacy-at-national,-regional-and-organizational-levels-in-the-who-european-region>. Acesso em: 22 nov. 2019.

- ROWLANDS, G. et al. The evidence-based development of an intervention to improve clinical health literacy practice. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 17, p. 1513, 2020.
- SALIM, H. et al. Health literacy levels and its determinants among people with asthma in Malaysian primary healthcare settings: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, p. 21–1186, 2021.
- SANTESMASES-MASANA, R. et al. Self-care practices of primary health care patients diagnosed with chronic heart failure: a cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, p. 1–16, 2019.
- SANTOS, L. T. M.; BASTOS, M. G. Developing educational material on chronic kidney disease using best practices in health literacy. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 39, n. 1, p. 55–58, 2017.
- SCHAEFFER, D.; GILLE, S.; HURRELMANN, K. Implementation of the national action plan health literacy in Germany—lessons learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 12, p. 1–13, 2 jun. 2020.
- SCHWARTZ, K. L. et al. Estimating health literacy in family medicine clinics in metropolitan Detroit: a MetroNet study. v. 26, n. 5, 2013.
- SEIDLING, H. M. et al. An electronic medication module to improve health literacy in patients with type 2 diabetes mellitus: pilot randomized controlled trial. *JMIR Formative Research*, v. 4, n. 4, p. e13746, 28 abr. 2020.
- SERBIM, A. K.; SANTOS, N. O. dos; PASKULIN, L. M. G. Effects of the Alpha-Health intervention on elderly's health literacy in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, supl. 4, p. e20200978, 2022.
- SERVULO, F. R. et al. Letramento em saúde: avaliação de gestantes sobre o autocuidado à pré-eclâmpsia com base na teoria de Dorothea Orem. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. e11770, 15 fev. 2023.
- SILVA, J.; ALMEIDA, F. Desenvolvimento de vídeos educativos para oficinas de memória para idosos fundamentados no letramento em saúde. *Observatório Latino-Americano*, 2023. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/download/5312/3417>. Acesso em: 2 jan. 2025.
- SILVA, L. A. L. B. da et al. Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 47, p. 1, 14 abr. 2023.
- SIMONDS, S. K. *Health education as social policy*. *Health Education Monographs*, v. 2, p. 1-10, 1974. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- SOARES, T. A. M. et al. Letramento em saúde de cuidadores domiciliares de uma capital brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 5 nov. 2021.

- SØRENSEN, K. et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/948>.
- SOUSA, C. S. et al. Tradução e adaptação do instrumento “Suitability Assessment of Materials” (SAM) para o português. *Rev enferm UFPE on line*, p. 7854–6, 2015.
- SPOONER, C. et al. Predictors of weight stigma experienced by middle-older aged, general-practice patients with obesity in disadvantaged areas of Australia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, p. 18–640, 2018.
- STAGLIANO, V.; WALLACE, L. S. Brief health literacy screening items predict newest vital sign scores. *JABFM*, v. 26, n. 5, 2013.
- ŠULINSKAITĖ, K.; ZAGURSKIENĖ, D.; BLAŽEVIČIENĖ, A. Patients’ health literacy and health behaviour assessment in primary health care: evidence from a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, p. 23–223, 2022.
- TAGGART, J. et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/49>.
- TAVAKOLY SANY, S. B. et al. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, v. 20, n. 1, 23 jan. 2020.
- TAVOUSHI, M. et al. Measuring health literacy: a systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PLoS ONE*, 1 jul. 2022.
- TAYLOR, D. M. et al. A systematic review of the prevalence and associations of limited health literacy in CKD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, v. 12, n. 7, p. 1070–1084, 7 jul. 2017.
- TELO DE ARRIAGA, M. et al. Plano de Ação para a Literacia em Saúde. *Health Literacy Action Plan Portugal*, 2019.
- TODOROVIC, N. et al. Assessment of health literacy in the adult population registered to family medicine physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *European Journal of General Practice*, v. 25, n. 1, p. 32–38, 2019.
- TOLEDO, T. R. de O. et al. PrevTev: construção e validação de aplicativo móvel para orientações sobre tromboembolismo venoso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, n. 1, 2022.
- TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467–473, 4 set. 2018.
- VALDOVINOS, C. et al. Electronic health literacy among linguistically diverse patients in the Los Angeles County safety net health system. *Ethnicity & Disease*, v. 32, n. 1, 2022.
- VAN DER GAAG, M. et al. Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, p. 17–350, 2017.

VASCONCELOS, C. M. C. S. de. Materiais educativos para prevenção e controle de doenças crônicas: uma avaliação à luz dos pressupostos do letramento. Ceará: [s.n.]. Disponível em: <https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=86519>. Acesso em: 9 nov. 2022.

VIKTORSSON, L. et al. Healthcare utilisation and health literacy among young adults seeking care in Sweden: findings from a cross-sectional and retrospective study with questionnaire and registry-based data. *Primary Health Care Research & Development*, p. 1–12, 2019.

VISSCHER, B. B. et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 18, n. 1, p. 1414, 2018.

WHO. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases. Genebra: [s.n.]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>. Acesso em: 13 abr. 2023.

WHO. Health Promotion Glossary of Terms 2021. Geneva: [s.n.]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>. Acesso em: 5 fev. 2025.

WHO. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: [s.n.].

WHO. Promoting health in the SDGs: report on the 9th Global Conference for Health Promotion: all for health, health for all, 21–24 November 2016. Xangai: 2016.

WONG, D. K.-K.; CHEUNG, M.-K. Online health information seeking and eHealth literacy among patients attending a primary care clinic in Hong Kong: a cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research*, v. 21, n. 3, p. e10831, 27 mar. 2019.

WRIGHT, Jean. *Animation writing and development: from script development to pitch*. Burlington: Focal Press, 2005. Disponível em: <https://www.routledge.com/Animation-Writing-and-Development-From-Script-Development-to-Pitch/Wright/p/book/9780240805498>. Acesso em: 5 fev. 2025.

XIANG YANG, B. R. et al. Relationship between eHealth literacy and psychological status during COVID-19 pandemic: a survey of Chinese residents. *J Nurs Manag*, v. 29, 2021a.

XIANG YANG, B. R. et al. Relationship between eHealth literacy and psychological status during COVID-19 pandemic: a survey of Chinese residents. *J Nurs Manag*, v. 29, 2021b.

XIE, Y. et al. Multidimensional health literacy profiles and health-related behaviors in the elderly: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences*, v. 9, n. 2, p. 203–210, 1 abr. 2022.

XUAN NG, J. et al. Chronic disease self-management competency and care satisfaction between users of public and private primary care in Singapore. *Ann Acad Med Singap*, v. 50, n. 2, 2021.

YIN, H. S. et al. Health literacy: an educationally sensitive patient outcome. *J Gen Intern Med*, v. 30, n. 9, p. 1363–1371, 2015.

APÊNDICE I. Instrumento sociodemográfico, Condição de saúde e Satisfação no atendimento

Instrumento sociodemográfico, Condição de saúde e Satisfação no atendimento		Nº _____
Iniciais do nome:		Data da coleta / /
Data de nascimento: / /	Sexo: F() M()	Idade:
Companheiro Fixo: () Sim () Não		
Escolaridade :		
() Ensino Fundamental		
() Ensino Médio		
() Ensino Superior		
Plano de saúde: () Sim () Não		
Condição de saúde:		
a- Em geral, como você descreveria sua própria saúde?		
1- () Excelente		
2- () Muito bom		
3- () Bom		
4- () Razoável		
5- () Ruim		
b- É diagnosticado com alguma doença crônica?		
1- () Sim. Qual _____		
2- () Não.		
Satisfação do paciente:		
Qual é o seu nível geral de satisfação com o atendimento que recebeu na Unidade Básica de Saúde nos últimos 12 meses?		
1- () Muito satisfeito,		
2- () Satisfeito,		
3- () Nem satisfeito e nem insatisfeito,		
4- () Insatisfeito		
5- () Muito insatisfeito.		

APÊNDICE II. Instrumento de caracterização dos pacientes

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

Iniciais da participante: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Telefone: _____

Cor: Branca () Amarela () Parda () Negra ()

Estado civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo ()

Escolaridade: Até a 4a série () Até a 8a série () Ensino médio () Ensino superior ()

Procedência: _____

Profissão: _____

Fez tratamentos na UBS? Sim () Não ()

Desde já, agradecemos a sua participação.

Atenciosamente,

Euni de Oliveira Cavalcanti

Doutoranda do PPGENF/UnB

Thatianny T. B. Paranaguá

Docente do PPGENF/UnB

Orientadora

APÊNDICE III. Instrumento de caracterização dos peritos

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PERITOS

Iniciais do avaliador: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Profissão: _____ Tempo de formação: _____

Área de atuação: _____ Tempo de atuação na área: _____

Titulação: Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado ()

Especificar a área/ linha de pesquisa:

Tema do trabalho de conclusão: Especialização/ Dissertação/ Tese:

Publicação de pesquisa científica na temática: Letramento em Saúde () Atenção Primária () Outro ()

Especificar: _____

Participação de grupos de pesquisa/projetos na temática: Letramento em Saúde () Atenção Primária () Outro () Especificar:

Desde já, agradecemos a sua participação.

Atenciosamente,

Euni de Oliveira Cavalcanti

Doutoranda do PPGENF/UnB

Thatianny T. B. Paranaguá

Docente do PPGENF/UnB

Orientadora

APÊNDICE IV. *Storyboards*: Navegando na Unidade Básica de Saúde (UBS) com os princípios do Letramento em saúde.

Link para acesso:

https://www.canva.com/design/DAGMWnN3r2o/yensB8Teb6wGZETfLOgVww/view?utm_content=DAGMWnN3r2o&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=uniquelinks&utm_id=hc29ba79e32

APÊNDICE V. Correções realizadas após sugestões dos juízes especialistas.

03/07/24- Texto inicial	23/08/24- Sugestões dos juízes heterogêneos	20/11/24- Sugestões dos juízes heterogêneos	30/11/24 Regravação dos vídeos com as sugestões
<p>01-Conhecendo o Acolhimento na UBS 1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela.</p> <p>2.Várias pessoas disseram que queriam saber melhor como funciona o atendimento na UBS.</p> <p>3.As nossas aulas são para todos que precisam de atendimento em uma UBS.</p> <p>4.Essa é a nossa primeira aula, que fala sobre o acolhimento.</p> <p>5.Você sabe qual a função do acolhimento na UBS?</p> <p>6.A função do acolhimento na UBS é receber e ouvir todos que precisam de atendimento.</p> <p>7.Se você tiver uma consulta marcada, após o acolhimento você vai receber uma senha e será orientado para qual sala deve ir para receber seu atendimento.</p> <p>8.Se você não tiver consulta marcada, mas tem um problema que pode ser resolvido na UBS, o profissional vai te orientar para qual sala deve ir dentro da unidade.</p> <p>9.Se você não é um paciente que faz parte da região atendida pela UBS que você procurou, o profissional vai te orientar sobre o que deve ser feito para resolver seu problema de saúde.</p> <p>10.Leve sempre seu cartão do SUS e documento de identificação (por exemplo: carteira de identidade). E se você tiver dúvida se pode ser atendido na UBS, leve também o comprovante de residência (por exemplo: conta de água ou luz).</p> <p>11.Se ainda tem alguma dúvida sobre o acolhimento ou para qual sala deva ir, peça ajuda a algum profissional da UBS.</p> <p>12.É isso, pessoal. Hoje conhecemos como funciona o acolhimento na UBS. Até logo.</p>	<p>01-Conhecendo o Acolhimento na UBS 1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS) Estrela.</p> <p>2.Várias pessoas manifestaram interesse em entender melhor como funciona o atendimento na UBS.</p> <p>3.Nossas aulas são voltadas para todos que precisam de atendimento em uma UBS.</p> <p>4.Essa é a nossa primeira aula, que aborda o acolhimento.</p> <p>5.Você sabe qual é a função do acolhimento na UBS?</p> <p>6.A função do acolhimento na UBS é receber e ouvir todos que necessitam de atendimento.</p> <p>7.Se você tiver uma consulta marcada, após o acolhimento, receberá uma senha e será orientado sobre qual sala deve ir para ser atendido.</p> <p>8.Se você não tiver uma consulta marcada, mas apresentar um problema que pode ser resolvido na UBS, o profissional indicará para qual sala você deve se dirigir dentro da unidade.</p> <p>9.Caso você não seja um paciente residente na área de cobertura da UBS que procurou, o profissional o orientará sobre o que deve ser feito para resolver seu problema de saúde.</p> <p>10.Sempre leve seu cartão do SUS e um documento de identificação (por exemplo: carteira de identidade). Se tiver dúvidas sobre o atendimento na UBS, leve também um comprovante de residência (por exemplo: conta de água ou luz).</p> <p>11.Se ainda tiver alguma dúvida sobre o acolhimento ou sobre qual sala deve ir, peça ajuda a algum profissional da UBS.</p> <p>12.É isso, pessoal. Hoje aprendemos como funciona o acolhimento na UBS. Até logo!</p>	<p>Sugestões: Sobre o processo de acolhimento sugiro que seja mencionado que o mesmo é um ato/postura que deve ser exercidos por todos os trabalhadores da UBS.</p>	<p>01-Conhecendo o Acolhimento na UBS 1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS) Estrela.</p> <p>2.Várias pessoas manifestaram interesse em entender melhor como funciona o atendimento na UBS.</p> <p>3.Nossos vídeos são voltados para todos que precisam de atendimento em uma UBS.</p> <p>4.Esse é o nosso primeiro vídeo, que aborda o acolhimento.</p> <p>5.Você sabe qual é a função do acolhimento na UBS?</p> <p>6.A função do acolhimento na UBS é receber e ouvir todos que necessitam de atendimento.</p> <p>7.O acolhimento é uma postura de todos os trabalhadores da UBS, independente da função, para garantir que o paciente seja respeitado e bem atendido desde a chegada.</p> <p>8.Se você tiver uma consulta marcada, após o acolhimento, receberá uma senha e será orientado sobre qual sala deve ir para ser atendido.</p> <p>9.Se você não tiver uma consulta marcada, mas apresentar um problema que pode ser resolvido na UBS, o profissional indicará para qual sala você deve se dirigir dentro da unidade.</p> <p>10.Caso você não seja um paciente residente na área de cobertura da UBS que procurou, o profissional o orientará sobre o que deve ser feito para resolver seu problema de saúde.</p> <p>11.Sempre leve seu cartão do SUS e um documento de identificação (por exemplo: carteira de identidade). Se tiver dúvidas sobre o atendimento na UBS, leve também um comprovante de residência (por exemplo: conta de água ou luz).</p> <p>12.Se ainda tiver alguma dúvida sobre o acolhimento ou sobre qual sala deve ir, peça ajuda a algum profissional da UBS.</p> <p>13.É isso, pessoal. Hoje aprendemos como funciona o acolhimento na UBS. Até logo!</p>
02-TIPOS DE CONSULTA/ATENDIMENTOS	2-TIPOS DE CONSULTA/ATENDIMENTOS	No primeiro quadro, onde aparece o termo	TIPOS DE CONSULTAS E ATENDIMENTOS NA UBS

<p>1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Hoje vou falar como funciona as consultas e como é dado início ao atendimento.</p> <p>2.Se tem consulta marcada, chegue na UBS no horário certo. O profissional irá conferir sua documentação e a agenda da UBS e indicar a sala de espera onde você deverá aguardar.</p> <p>3.Você sabe quais são os tipos de consultas que podem ser marcadas na UBS? Vamos conhecer!</p> <p>4.Temos a consulta médica, onde serão avaliadas as necessidades de saúde. Por exemplo: pressão alta, Diabetes, febre e muitas outras doenças.</p> <p>5.Temos a consulta de enfermagem, onde serão avaliadas as necessidades de saúde. Por exemplo: consulta à mulher, à criança, atendimento ao idoso e outros problemas de saúde.</p> <p>6.Temos consulta com o dentista, onde também serão avaliadas necessidades de saúde relacionadas aos cuidados com os dentes.</p> <p>7.Temos consultas de grupos terapêuticos, práticas integrativas para apoio e tratamento conjunto. Por exemplo: grupos de atividade física, grupos de atendimento à saúde mental.</p> <p>8.Também tem atendimento realizado na casa do paciente, em situações em que ele não pode ir até a UBS.</p> <p>9.Também encontramos na UBS programas de educação em saúde, onde você pode conhecer melhor como cuidar da sua própria saúde.</p> <p>10.Caso você não tenha uma consulta marcada e precisa de atendimento de rotina na UBS, existem algumas opções. Vamos ver?</p> <p>11.Você pode ser encaminhado para a sala de coleta de exames, caso tenha pedido de solicitação de exames.</p> <p>12.Ou ser encaminhado para receber medicação na sala apropriada, caso tenha receita com a prescrição de medicamentos.</p> <p>13.Se precisar de nebulização para problemas respiratórios, pode usar a sala específica na UBS. Por exemplo, se o médico no hospital ou UPA recomendou nebulização, pode fazer na UBS.</p> <p>13.Você também pode esperar a sua vez na sala de vacinação.</p> <p>14.Ou então, retirar medicamentos na farmácia da UBS.</p> <p>15.Também pode fazer o curativo de rotina na UBS.</p> <p>16.Além disso, há atendimentos disponíveis conforme sua necessidade. Esses atendimentos recebem o nome de livre demanda. Em outro momento vou falar mais sobre eles.</p> <p>17.Pessoal, hoje aprendemos sobre os tipos de consultas na UBS. Até logo.</p>	<p>1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Hoje vou explicar como funcionam as consultas e como se dá início ao atendimento.</p> <p>2.Se você tem uma consulta marcada, chegue à UBS no horário certo. O profissional irá conferir sua documentação e a agenda da UBS, indicando a sala de espera onde você deverá aguardar.</p> <p>3.Você sabe quais são os tipos de consultas que podem ser marcadas na UBS? Vamos conhecer!</p> <p>4.Temos a consulta médica, onde são avaliadas as necessidades de saúde, como pressão alta, diabetes, febre e outras doenças.</p> <p>5.Temos a consulta de enfermagem, onde são avaliadas necessidades de saúde específicas, como a saúde da mulher, da criança, atendimento ao idoso, entre outros.</p> <p>6.Há também a consulta com o dentista, que avalia as necessidades de saúde relacionadas aos cuidados com a saúde bucal.</p> <p>7.Além disso, oferecemos consultas de grupos terapêuticos e práticas integrativas para apoio e tratamento conjunto, como grupos de atividade física e grupos de atendimento à saúde mental.</p> <p>8.Também realizamos atendimentos domiciliares para pacientes que não podem se deslocar até a UBS.</p> <p>9.Na UBS, também há programas de educação em saúde, onde você pode aprender mais sobre como cuidar da sua própria saúde.</p> <p>10.Se você não tiver uma consulta marcada, mas precisar de atendimento de rotina na UBS, existem algumas opções. Vamos ver?</p> <p>11.- Você pode ser encaminhado para a sala de coleta de exames, caso tenha um pedido de exames.</p> <p>12.- Ou ser direcionado para receber medicação na sala apropriada, caso tenha uma receita com a prescrição de medicamentos.</p> <p>13.- Se precisar de nebulização para problemas respiratórios, pode utilizar a sala específica na UBS. Por exemplo, se o médico no hospital ou UPA recomendou nebulização, pode realizá-la na UBS.</p> <p>14- Você também pode aguardar na sala de vacinação.</p> <p>15- Ou retirar medicamentos na farmácia da UBS.</p> <p>16- Além disso, pode fazer curativos de rotina na UBS.</p> <p>17.Há ainda outros atendimentos disponíveis conforme sua necessidade, que recebem o nome de "livre demanda". Em outro momento, falarei mais sobre eles.</p>	<p>UBS, seria melhor se aparecesse como Unidade básica de saúde.....nos demais a sigla UBS.</p> <p>Não acatado</p> <p>- 3. Sobre os tipos de consultas sugiro que sequencialmente fosse citado consultas com Médico/ Enfermeira/Cirurgião Dentista/E-Multi (a depender da necessidade do usuário e conduta da equipe saúde da família). Sugiro ainda que ao invés de problemas específicos a citação das consultas disponíveis poderia ser para questões mais amplas (Hipertensão/Diabetes/Saúde Mental/ Saúde da Mulher/Criança/Adolescente/Idosos/Cuidados Paliativos na APS/Outras doenças crônicas transmissíveis ou não transmissíveis). Sugiro ainda que o atendimento a demanda espontânea (livre demanda) venha depois da explicação sobre as consultas eletivas. Além dos procedimentos previstos como (vacinas, avaliação de lesão/troca de curativos/pequenas cirurgias previstas na APS/Procedimentos outros previstos na carteira de serviços).</p> <p>Não acatado, poderá confundir os pacientes com muitas informações</p>	<p>1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Hoje vou explicar como funcionam as consultas e como se dá início ao atendimento.</p> <p>2.Se você tem uma consulta marcada, chegue à UBS no horário certo. O profissional irá conferir sua documentação e a agenda da UBS, indicando a sala de espera onde você deverá aguardar.</p> <p>3.Você sabe quais são os tipos de consultas que podem ser marcadas na UBS? Vamos conhecer!</p> <p>4.Temos a consulta médica, onde são avaliadas as necessidades de saúde, como pressão alta, diabetes, infecções e outras doenças.</p> <p>5.Temos a consulta de enfermagem, onde são avaliadas necessidades de saúde específicas, como a saúde da mulher, da criança, atendimento ao idoso, entre outros.</p> <p>6.Há também a consulta com o dentista, que avalia as necessidades de saúde relacionadas aos cuidados com a saúde bucal.</p> <p>7.Além disso, oferecemos consultas de grupos terapêuticos e práticas integrativas para apoio e tratamento coletivo, como grupos de atividade física e grupos de atendimento à saúde mental.</p> <p>8.Também realizamos atendimentos domiciliares para pacientes que não podem se deslocar até a UBS.</p> <p>9.Na UBS, também há programas de educação em saúde, onde você pode aprender mais sobre como cuidar da sua própria saúde.</p> <p>10.Se você não tiver uma consulta marcada, mas precisar de atendimento de rotina na UBS, existem algumas opções. Vamos ver?</p> <p>11.- Você pode ser encaminhado para a sala de coleta de exames, caso tenha um pedido de exames.</p> <p>12.- Ou ser direcionado para receber medicação na sala apropriada, caso tenha uma receita com a prescrição de medicamentos.</p> <p>13.- Se precisar de nebulização para problemas respiratórios, pode utilizar a sala específica na UBS. Por exemplo, se o médico no hospital ou UPA recomendou nebulização, pode realizá-la na UBS.</p> <p>14.- Você também pode aguardar na sala de vacinação.</p> <p>15.- Ou retirar medicamentos na farmácia da UBS.</p> <p>16.- Além disso, pode fazer curativos de rotina na UBS.</p> <p>17.Há ainda outros atendimentos disponíveis conforme sua necessidade, que recebem o nome de "livre demanda". Em outro momento, falarei mais sobre eles.</p>
---	--	--	---

	18.Pessoal, hoje aprendemos sobre os tipos de consultas na UBS. Até logo!	-O vídeo menciona febre como doença. Sugiro trocar por INFECCÕES (acatado)	18.Pessoal, hoje aprendemos sobre os tipos de consultas na UBS. Até logo!
<p>03-ATENDIMENTOS DE LIVRE DEMANDA</p> <p>1.Oi, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Hoje vou explicar como funciona os atendimentos de livre demanda.</p> <p>2.Você sabe o que é atendimento de livre demanda? É quando você precisa de ajuda para um problema de saúde, mas não tem consulta agendada.</p> <p>3.Assim, se você é atendido sempre naquela UBS, se tiver necessidade, vá até lá para receber informações sobre o seu problema de saúde.</p> <p>4.Você pode receber uma consulta com um profissional de saúde, de acordo com o problema que foi identificado.</p> <p>5.Você poderá receber informações sobre ações de prevenção de doenças e participação nos programas de saúde da UBS, como consultas específicas para mulheres, acompanhamento de pressão alta, diabetes, entre outros.</p> <p>6.Você também pode ser orientado a fazer uma marcação de consulta para resolver o seu problema de saúde. Se você é atendido naquela UBS, a consulta poderá ser marcada no mesmo momento para uma data disponível.</p> <p>7.Se você não é atendido naquela UBS e precisa marcar essa consulta, vá até a UBS perto da sua casa onde costuma ser atendido para fazer a marcação.</p> <p>8.Para qualquer problema de saúde, o profissional da UBS avaliará sua situação e o encaminhará para o tratamento adequado com segurança.</p> <p>9.Por exemplo, se você chega à UBS com dor forte (por exemplo: falta de ar, dor no peito, pressão muito alta). A equipe vai fazer a avaliação rápida e levar para o atendimento imediato.</p> <p>10.Se você chegar à UBS para tomar vacina, fazer nebulização ou precisa de pontos em algum corte na pele. O profissional irá realizar o procedimento de forma eficiente e com explicação dos cuidados.</p> <p>11.Depois, você terá informações importantes dos cuidados de saúde para ser feito na sua casa. Informações que vão te ajudar a prevenir doenças e ter uma vida saudável.</p> <p>12.Se você possui receita de algum remédio que deve ser feito na UBS, o profissional vai fazer o remédio seguindo as regras da UBS.</p> <p>13.Com sua receita, você pode pegar o remédio na UBS, exceto para alguns casos específicos (como tuberculose) e medicamentos controlados (como tarja preta).</p>	<p>3-ATENDIMENTOS DE LIVRE DEMANDA</p> <p>1.Oi, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Hoje vou explicar como funcionam os atendimentos de livre demanda.</p> <p>2.Você sabe o que é atendimento de livre demanda? É quando você precisa de ajuda para um problema de saúde, mas não tem uma consulta agendada.</p> <p>3.Se você é atendido regularmente na UBS, vá até lá se precisar de assistência para receber informações sobre seu problema de saúde.</p> <p>4.Você pode ser atendido por um profissional de saúde, de acordo com o problema identificado.</p> <p>5.Também poderá receber orientações sobre ações de prevenção de doenças e participar dos programas de saúde da UBS, como consultas específicas para mulheres, acompanhamento de pressão alta, diabetes, entre outros.</p> <p>6.Caso necessário, você pode ser orientado a agendar uma consulta para resolver seu problema de saúde. Se você é atendido nessa UBS, a consulta poderá ser marcada no mesmo momento para uma data disponível.</p> <p>7.Se você não é atendido nessa UBS e precisa marcar uma consulta, vá até a UBS próxima da sua casa, onde costuma ser atendido, para fazer o agendamento.</p> <p>8.Para qualquer problema de saúde, o profissional da UBS avaliará sua situação e o encaminhará para o tratamento adequado, garantindo sua segurança.</p> <p>9.Por exemplo, se você chega à UBS com dor intensa (como falta de ar, dor no peito, pressão muito alta), a equipe fará uma avaliação rápida e encaminhará você para o atendimento imediato.</p> <p>10.Se você for à UBS para tomar vacina, fazer nebulização ou precisar de cuidados com a pele (devido a um corte na pele, por exemplo), o profissional realizará o procedimento de forma eficiente, explicando os cuidados necessários.</p> <p>11.Depois, você receberá informações importantes sobre cuidados de saúde que devem ser realizados em casa, ajudando a prevenir doenças e a manter uma vida saudável.</p>	<p>- quando fala na questão dos curativos, sugiro trocar a expressão "curativos subsequentes" por "para os próximos curativos", a meu ver fica uma linguagem mais acessível.</p>	<p>3-ATENDIMENTOS DE LIVRE DEMANDA NA UBS</p> <p>1.Oi, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Hoje vou explicar como funcionam os atendimentos de livre demanda.</p> <p>2.Você sabe o que é atendimento de livre demanda? É quando você precisa de ajuda para um problema de saúde, mas não tem uma consulta agendada.</p> <p>3.Se você é atendido regularmente na UBS, vá até lá se precisar de assistência para receber informações sobre seu problema de saúde.</p> <p>4.Nesse caso, você pode ser atendido por um profissional de saúde, de acordo com o problema identificado.</p> <p>5.Também poderá receber orientações sobre ações de prevenção de doenças e participar dos programas de saúde da UBS, como consultas específicas para mulheres, acompanhamento de pressão alta, diabetes, entre outros.</p> <p>6.Caso necessário, você pode ser orientado a agendar uma consulta para resolver seu problema de saúde. Se você é atendido nessa UBS, a consulta poderá ser marcada no mesmo momento para uma data disponível.</p> <p>7.Se você não é atendido nessa UBS e precisa marcar uma consulta, vá até a UBS próxima da sua casa, onde costuma ser atendido, para fazer o agendamento.</p> <p>8.Para qualquer problema de saúde, o profissional da UBS avaliará sua situação e o encaminhará para o tratamento adequado, garantindo sua segurança.</p> <p>9.Por exemplo, se você chega à UBS com dor intensa (como falta de ar, dor no peito, pressão muito alta), a equipe fará uma avaliação rápida e encaminhará você para o atendimento imediato.</p> <p>10.Se você for à UBS para tomar vacina, fazer nebulização ou precisar de cuidados com a pele (devido a um corte na pele, por exemplo), o profissional realizará o procedimento de forma eficiente, explicando os cuidados necessários.</p> <p>11.Depois, você receberá informações importantes sobre cuidados de saúde que devem ser realizados em casa, ajudando a prevenir doenças e a manter uma vida saudável.</p>

<p>14.Você também receberá orientações do profissional de saúde sobre como tomar o remédio, como o horário certo e a quantidade. Lembre-se sempre de voltar para as consultas de rotina.</p> <p>15.Se precisar fazer um curativo, o primeiro será feito na UBS de livre demanda. O profissional fornece informações sobre os cuidados e, se necessário, agenda a próxima troca. Para curativos subsequentes, vá à UBS onde costuma ser atendido, perto de casa.</p> <p>16.Nessa etapa nós entendemos como funciona os serviços de livre demanda na UBS. Até logo.</p>	<p>12.Se você possui uma receita para um medicamento que deve ser administrado na UBS, o profissional seguirá as normas da unidade para preparar o medicamento.</p> <p>13.Com a receita, você pode retirar o remédio na UBS, exceto em alguns casos específicos (como medicamentos para tuberculose) e medicamentos controlados.</p> <p>14.Você também receberá orientações do profissional de saúde sobre como tomar o remédio, incluindo o horário certo e a dose adequada. Lembre-se sempre de retornar para as consultas de rotina.</p> <p>15.Se precisar fazer um curativo, o primeiro será realizado na UBS por meio de livre demanda. O profissional fornecerá informações sobre os cuidados e, se necessário, agendará a próxima troca. Para os curativos subsequentes, vá à UBS onde costuma ser atendido, perto da sua casa.</p> <p>16.Hoje, entendemos como funcionam os serviços de livre demanda na UBS. Até logo!</p>		<p>12.Se você possui uma receita para um medicamento que deve ser administrado na UBS, o profissional seguirá as normas da unidade para preparar o medicamento.</p> <p>13.Com a receita, você pode retirar o remédio na UBS, exceto em alguns casos específicos (como medicamentos para tuberculose) e medicamentos controlados.</p> <p>14.Você também receberá orientações do profissional de saúde sobre como tomar o remédio, incluindo o horário certo e a dose adequada. Lembre-se sempre de retornar para as consultas de rotina.</p> <p>15.Se precisar fazer um curativo, o primeiro será realizado na UBS por meio de livre demanda. O profissional fornecerá informações sobre os cuidados e, se necessário, agendará a próxima troca. Para os próximos curativos, vá à UBS onde costuma ser atendido, perto da sua casa.</p> <p>16.Hoje, entendemos como funcionam os serviços de livre demanda na UBS. Até logo!</p>
<p>04- Classificação de risco</p> <p>1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Que tal aprender um pouco sobre como funciona o atendimento de classificação de risco?</p> <p>2.Você sabe o que é classificação de risco?</p> <p>3.É uma maneira do profissional de saúde saber se o que você está sentindo naquele momento tem um risco grave, moderado ou baixo de causar a morte. Essa avaliação vai permitir identificar o melhor profissional e quanto tempo você pode esperar pela avaliação.</p> <p>4. Ao chegar na UBS você será recepcionado por um profissional, onde irá te informar onde fica a sala de acolhimento.</p> <p>5.A classificação de risco somente é feita se você não tiver consulta marcada nesse dia. Ou seja, você receberá um atendimento de livre demanda (o que já discutimos em outra oportunidade). Após a classificação de risco será definida a prioridade dos serviços.</p> <p>6.Para atendimento IMEDIATO (indicado pela cor VERMELHA) serão tratadas as queixas “agudas”. Um exemplo disso é se você estiver tratando a pressão alta e hoje ela estiver mais alta ainda, como 20x12.</p>	<p>04-Classificação de Risco</p> <p>1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Que tal aprender um pouco sobre como funciona o atendimento de classificação de risco?</p> <p>2.Você sabe o que é a classificação de risco?</p> <p>3.É uma forma que o profissional de saúde utiliza para avaliar se o que você está sentindo naquele momento representa um risco grave, moderado ou baixo de causar a morte. Essa avaliação permite identificar o profissional adequado para atendê-lo e quanto tempo você pode esperar para ser avaliado.</p> <p>4.Ao chegar na UBS, você será recepcionado por um profissional, que irá informar onde fica a sala de acolhimento.</p> <p>5.A classificação de risco é feita apenas se você não tiver uma consulta marcada para aquele dia. Ou seja, você será atendido por meio de livre demanda (o que já discutimos em outra oportunidade). Após a classificação de risco, será definida a prioridade dos serviços.</p> <p>6.Para atendimento IMEDIATO (indicado pela cor VERMELHA), serão tratadas as queixas “agudas”. Um exemplo disso é se você estiver tratando pressão alta e, no dia, a pressão estiver ainda mais elevada, como 20x12.</p>	<p>-Sugiro que, ao abordar a classificação de risco, sejam trazidos exemplos mais simples, como: febre alta, dor abdominal, dor de garganta, tosse.... problemas mais comuns que aparecem na procura de atendimento. Acredito que fica mais fácil de entender.</p> <p>Não acatado, os exemplos foram distribuídos de acordo com a respectiva classificação de risco conforme protocolo da SES DF</p> <p>- Sugiro que ao invés de usar o termo Sala de Acolhimento se use Sala de Classificação de Risco ou Sala de Acolhimento com Classificação de Risco. Há uma discussão no DF que a classificação de risco pode ser</p>	<p>04-Classificação de Risco na UBS</p> <p>1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Que tal aprender um pouco sobre como funciona o atendimento de classificação de risco?</p> <p>2.Você sabe o que é a classificação de risco?</p> <p>3.A classificação de risco ajuda a garantir um atendimento seguro. O profissional de saúde analisa se o problema que você está sentindo é grave, moderado ou leve. Com isso, ele decide quem vai atender você e quanto tempo será preciso esperar.</p> <p>4.Ao chegar na UBS, você será recepcionado por um profissional, que irá informar onde fica a Sala de Acolhimento com Classificação de Risco.</p> <p>5.A classificação de risco é feita apenas se você não tiver uma consulta marcada para aquele dia. Ou seja, você será atendido por meio de livre demanda (o que já discutimos em outra oportunidade). Após a classificação de risco, será definida a prioridade dos serviços.</p> <p>6.Para atendimento IMEDIATO (indicado pela cor VERMELHA), serão tratadas as queixas “agudas”. Um exemplo disso é se você estiver tratando pressão alta e, no dia, a pressão estiver ainda mais elevada, como 20x12.</p>

<p>7.Ou então, seu filho está com relatos de tentativas de suicídio. Serão tratadas no vermelho, o que indica atendimento IMEDIATO, onde será atendido pela equipe completa, incluindo o médico. Os atendimentos imediatos indicam ALTO RISCO.</p> <p>8.Para atendimento PRIORITÁRIO (indicado pela cor AMARELA) serão tratadas as “situações agudas”, como por exemplo: Fez sexo sem proteção e está com medo de ter contraído alguma doença sexualmente transmissível? Está com crise de ansiedade? Suspeita que foi exposta a alguma violência?</p> <p>9.Nesses casos o atendimento é PRIORITÁRIO, onde haverá uma intervenção breve da equipe. Os atendimentos prioritários indicam RISCO MODERADO.</p> <p>10.Para atendimento NO DIA (indicado pela cor VERDE) serão tratadas as “queixas crônicas”, como por exemplo: dor ao urinar, tosse, dor leve na região lombar ou outros sintomas sem sinais de risco à vida. Nesses casos você será atendido no dia, o que indica risco baixo.</p> <p>11.Para atendimento de SITUAÇÃO NÃO AGUDA (indicada pela cor AZUL) serão tratadas queixas mais simples e diárias. Nessas situações, não existe risco e, por isso, o seu atendimento poderá ser agendado.</p> <p>12.Vamos saber alguns exemplos de SITUAÇÃO NÃO AGUDA (AZUL)?</p> <p>13.Procedimentos gerais: cadastramento e atualização do cadastro, cartão SUS, bolsa família ou retirada de medicamentos.</p> <p>13.Prevenção e promoção de saúde: Orientação sobre ações de promoção e prevenção à saúde, higiene bucal e grupo de práticas integrativas.</p> <p>14.Necessidades assistenciais, mas sem queixas no momento: vacinação, curativos, coleta de exames, injetáveis e retirada de pontos.</p> <p>15.Questões administrativas: Renovação de receitas, solicitação de exames, atestado de saúde, solicitação de relatório médico, agendamento de consulta de rotina.</p> <p>16.Nessa etapa nós entendemos como funciona a classificação de risco na UBS. Até logo.</p>	<p>7.Outro exemplo é se seu filho estiver apresentando sinais de tentativas de suicídio. Essas situações são classificadas como vermelho, o que indica atendimento IMEDIATO pela equipe completa, incluindo o médico. Os atendimentos imediatos indicam ALTO RISCO.</p> <p>8.Para atendimento PRIORITÁRIO (indicado pela cor AMARELA), serão tratadas as “situações agudas”, como por exemplo: teve relação sexual sem proteção e está com medo de ter contraído alguma doença sexualmente transmissível? Está em crise de ansiedade? Exposição a alguma violência (física, sexual, psicológica)?</p> <p>9.Nesses casos, o atendimento é PRIORITÁRIO, com uma intervenção breve da equipe. Os atendimentos prioritários indicam RISCO MODERADO.</p> <p>10.Para atendimento NO DIA (indicado pela cor VERDE), serão tratadas as “queixas crônicas”, como por exemplo: dor ao urinar, tosse, dor leve na região lombar ou outros sintomas sem sinais de risco à vida. Nesses casos, você será atendido no mesmo dia, o que indica RISCO BAIXO.</p> <p>11.Para atendimento de SITUAÇÃO NÃO AGUDA (indicado pela cor AZUL), serão tratadas queixas mais simples e de rotina. Nessas situações, não existe risco imediato e, por isso, o seu atendimento poderá ser agendado.</p> <p>12.Vamos ver alguns exemplos de SITUAÇÃO NÃO AGUDA (AZUL)?</p> <p>13.Procedimentos gerais: cadastramento e atualização do cadastro, cartão SUS, Bolsa Família ou retirada de medicamentos.</p> <p>14.Prevenção e promoção de saúde: orientação sobre ações de promoção e prevenção à saúde, higiene bucal e participação em grupos de práticas integrativas.</p> <p>15.Necessidades assistenciais, mas sem queixas no momento: vacinação, curativos, coleta de exames, aplicação de injetáveis e retirada de pontos.</p> <p>16.Questões administrativas: renovação de receitas, solicitação de exames, atestado de saúde, solicitação de relatório médico, agendamento de consulta de rotina.</p> <p>17.Hoje, entendemos como funciona a classificação de risco na UBS. Até logo!</p>	<p>realizada por qualquer profissional de nível superior treinado para tal. Sugiro que no vídeo haja o reforço de que a classificação de risco uma forma segura de atender os usuários, especialmente em um cenário no qual estamos falando de Segurança do Paciente na APS. Muitas unidades não trabalham com a classificação de risco, trabalham com sala de acolhimento são modos de operar diferentes. Está última forma está previsto pela SES embora eu particularmente defenda que a Classificação de Risco é uma forma segura e organizada de atender a todas as demandas espontâneas que chegam na UBS. Tanto a SES/DF quanto o MS possuem documentos para a organização dessa prática na APS.</p> <p>Acatado</p>	<p>7.Outro exemplo é se seu filho estiver apresentando sinais de tentativas de suicídio. Essas situações são classificadas como vermelho, o que indica atendimento IMEDIATO pela equipe completa, incluindo o médico. Os atendimentos imediatos indicam ALTO RISCO.</p> <p>8.Para atendimento PRIORITÁRIO (indicado pela cor AMARELA), serão tratadas as “situações agudas”, como por exemplo: teve relação sexual sem proteção e está com medo de ter contraído alguma doença sexualmente transmissível? Está em crise de ansiedade? Exposição a alguma violência (física, sexual, psicológica)?</p> <p>9.Nesses casos, o atendimento é PRIORITÁRIO, com uma intervenção breve da equipe. Os atendimentos prioritários indicam RISCO MODERADO.</p> <p>10.Para atendimento NO DIA (indicado pela cor VERDE), serão tratadas as “queixas crônicas”, como por exemplo: dor ao urinar, tosse, dor leve na região lombar ou outros sintomas, sem sinais de risco à vida. Nesses casos, você será atendido no mesmo dia, o que indica RISCO BAIXO.</p> <p>11.Para atendimento de SITUAÇÃO NÃO AGUDA (indicado pela cor AZUL), serão tratadas queixas mais simples e de rotina. Nessas situações, não existe risco imediato e, por isso, o seu atendimento poderá ser agendado.</p> <p>12.Vamos ver alguns exemplos de SITUAÇÃO NÃO AGUDA (AZUL)?</p> <p>13.Procedimentos gerais: cadastramento e atualização do cadastro, cartão SUS, Bolsa Família ou retirada de medicamentos.</p> <p>14.Prevenção e promoção de saúde: orientação sobre ações de promoção e prevenção à saúde, higiene bucal e participação em grupos de práticas integrativas.</p> <p>15.Necessidades assistenciais, mas sem queixas no momento: vacinação, curativos, coleta de exames, aplicação de injetáveis e retirada de pontos.</p> <p>16.Questões administrativas: renovação de receitas, solicitação de exames, atestado de saúde, solicitação de relatório médico, agendamento de consulta de rotina.</p> <p>17.Hoje, entendemos como funciona a classificação de risco na UBS. Até logo!</p>
---	---	---	--

<p>05- Letramento em saúde para a população</p> <p>1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Que tal aprender um pouco sobre como letramento em saúde?</p> <p>2.Você entende que o baixo nível de letramento em saúde pode atrapalhar diretamente no tratamento da sua doença?</p> <p>3.Então, o letramento em saúde é basicamente a habilidade de entender informações sobre saúde, compreendê-las e aplicá-las na sua vida.</p> <p>4.Assim, você é capaz de tomar as melhores decisões para cuidar da sua saúde.</p> <p>5.Para ficar mais fácil, usarei um exemplo bastante comum.</p> <p>6.Seu Raimundo vinha tendo diversos episódios de pressão alta. Foi à UBS e após várias consultas, foi diagnosticado com pressão alta e em seguida iniciado o tratamento.</p> <p>7.O médico da UBS prescreveu que seu Raimundo tomasse, todos os dias, 1 comprimido de Captopril e 1 comprimido de Losartana para o tratamento.</p> <p>8.Com o tempo, Raimundo aderiu ao tratamento e percebeu que sua pressão, que costumava ser alta, começou a ficar normal.</p> <p>9.“Minha pressão está ficando controlada há 2 semanas. Me curei da pressão alta! Que alegria! Vou parar de tomar os medicamentos que o Doutor pediu”.</p> <p>10.Mesmo iniciando o tratamento, seu Raimundo não percebe que a pressão alta é incurável. Ele deve seguir tomando os remédios, já que o tratamento é para sua condição crônica, ou seja, serve apenas para evitar que aconteçam complicações decorrentes da pressão alta.</p> <p>11.Então entramos no questionamento: Qual o nível de Letramento em saúde de seu Raimundo?</p> <p>12.Raimundo então aparentou ter um baixo nível de Letramento em saúde. Mas por quê?</p> <p>13.Raimundo soube da doença e das instruções. Mas ao sentir melhora com os remédios, pensou que estava curado, o que não é verdade.</p>	<p>05-Letramento em Saúde para a População</p> <p>1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Que tal aprender um pouco sobre letramento em saúde?</p> <p>2.Você sabia que o baixo nível de letramento em saúde pode atrapalhar diretamente o tratamento da sua doença?</p> <p>3.O letramento em saúde é basicamente a habilidade de entender informações sobre saúde, compreendê-las e aplicá-las na sua vida. Com essa habilidade, você é capaz de tomar as melhores decisões para cuidar da sua saúde.</p> <p>4.Para facilitar, vou usar um exemplo bastante comum.</p> <p>5.Sr Raimundo vinha tendo diversos episódios de pressão alta. Ele foi à UBS e, após várias consultas, foi diagnosticado com hipertensão arterial e iniciou o tratamento.</p> <p>6.O médico da UBS prescreveu que seu Raimundo tomasse, todos os dias, 1 comprimido de Captopril e 1 comprimido de Losartana para o tratamento.</p> <p>7.Com o tempo, Raimundo aderiu ao tratamento e percebeu que sua pressão, que costumava ser alta, começou a se normalizar.</p> <p>8.“Minha pressão está ficando controlada há 2 semanas. Me curei da pressão alta! Que alegria! Vou parar de tomar os medicamentos que o doutor receitou”, pensou ele.</p> <p>9.No entanto, Sr Raimundo não percebeu que a hipertensão é uma condição crônica e incurável. Ele deve continuar tomando os remédios, pois o tratamento serve para controlar a pressão e evitar complicações decorrentes da doença.</p> <p>10.Então, surge o questionamento: qual é o nível de letramento em saúde do Sr Raimundo?</p> <p>11.Raimundo demonstrou ter um baixo nível de letramento em saúde. Mas por quê?</p> <p>12.Embora ele soubesse da doença e seguisse as instruções médicas, ao sentir melhora com os remédios, ele pensou que estava curado, o que não é verdade.</p> <p>13.A hipertensão não tem cura, e os remédios ajudam a controlar a pressão, tratando os sintomas e evitando que a doença se agrave.</p>	<p>Rever a definição de letramento em saúde que aparece no vídeo. acatado</p>	<p>05-Letramento em Saúde para a População</p> <p>1.Olá, pessoal! Eu sou a Luz, enfermeira da UBS Estrela. Que tal aprender um pouco sobre letramento em saúde?</p> <p>2.Você sabia que o baixo nível de letramento em saúde pode atrapalhar diretamente o tratamento da sua doença?</p> <p>3.O Letramento em saúde é o que aprendemos no dia a dia e com outras pessoas para entender e cuidar da nossa saúde. Ele depende de informações, recursos e da ajuda de organizações, facilitando o acesso e o uso de serviços de saúde para nosso bem-estar e o de quem está ao nosso redor.</p> <p>4.Para facilitar, vou usar um exemplo bastante comum.</p> <p>5.Sr Raimundo vinha tendo diversos episódios de pressão alta. Ele foi à UBS e, após várias consultas, foi diagnosticado com hipertensão arterial e iniciou o tratamento.</p> <p>6.O médico da UBS prescreveu que seu Raimundo tomasse, todos os dias, 1 comprimido de Captopril e 1 comprimido de Losartana para o tratamento.</p> <p>7.Com o tempo, Raimundo aderiu ao tratamento e percebeu que sua pressão, que costumava ser alta, começou a se normalizar.</p> <p>8.“Minha pressão está ficando controlada há 2 semanas. Me curei da pressão alta! Que alegria! Vou parar de tomar os medicamentos que o doutor receitou”, pensou ele.</p> <p>9.No entanto, Sr Raimundo não percebeu que a hipertensão é uma condição crônica e incurável. Ele deve continuar tomando os remédios, pois o tratamento serve para controlar a pressão e evitar complicações decorrentes da doença.</p> <p>10.Então, surge o questionamento: qual é o nível de letramento em saúde do Sr Raimundo?</p> <p>11.Raimundo demonstrou ter um baixo nível de letramento em saúde. Mas por quê?</p> <p>12.Embora ele soubesse da doença e seguisse as instruções médicas, ao sentir melhora com os remédios, ele pensou que estava curado, o que não é verdade.</p> <p>13.A hipertensão não tem cura, e os remédios ajudam a controlar a pressão, tratando os sintomas e evitando que a doença se agrave.</p>
--	---	--	---

<p>14.Pressão alta não tem cura. Os remédios ajudam a controlar a pressão, tratando os sintomas e evitando que a doença piore muito.</p> <p>15.Saber sobre saúde é importante para tomar decisões melhores sobre o próprio bem-estar.</p> <p>16.Nessa etapa nós aprendemos sobre letramento em saúde. Até logo.</p>	<p>14.Entender sobre saúde é fundamental para tomar decisões melhores sobre o próprio bem-estar.</p> <p>15.Hoje, aprendemos sobre letramento em saúde. Até logo!</p>		<p>14.Entender sobre saúde é fundamental para tomar decisões melhores sobre o próprio bem-estar.</p> <p>15.Hoje, aprendemos sobre letramento em saúde. Até logo!</p>
---	--	--	--

APÊNDICE VI. Vídeos educativos: Navegando na Unidade Básica de Saúde (UBS) com os princípios do Letramento em saúde.

Link dos vídeos com essa senha de acesso. A senha para acessá-los: entre em contato com a pesquisadora.

Vídeo 1 - <https://vimeo.com/1022228516>

Vídeo 2 - <https://vimeo.com/1022230380>

Vídeo 3 - <https://vimeo.com/1022230947>

Vídeo 4 - <https://vimeo.com/1022231382>

Vídeo 5 - <https://vimeo.com/1022232669>

ANEXO A. Versão Brasileira do HLQ (HLQ-Br)

Nota: O instrumento completo foi removido deste documento para assegurar o cumprimento das normas de proteção aos direitos autorais.



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:

Discordo Totalmente
Discordo
Concordo
Concordo Totalmente

1. A terra é plana

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:



Discordo Totalmente
Discordo
Concordo
Concordo Totalmente

1	Na minha opinião, tenho boas informações sobre saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Eu tenho pelo menos um profissional de saúde que me conhece bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Eu tenho acesso à várias pessoas que me entendem e me apoiam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Eu comparo informações de saúde obtidas de fontes diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Quando me sinto doente, as pessoas ao meu redor realmente entendem o que estou passando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Eu gasto bastante tempo envolvido com minha saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Quando eu vejo novas informações sobre saúde, eu verifico se elas são verdadeiras ou não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO B. Parecer Aprovação Comitê De Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA AMPLIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54245221.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.214.953

Apresentação do Projeto:

Pelo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1861882.pdf", postado em 08/12/2021:

Resumo:

Introdução: Letramento em Saúde (LS) refere-se às características pessoais e recursos sociais necessários para que indivíduos e comunidades acessem, compreendam, avaliem e usem informações e serviços para tomar decisões sobre saúde. O letramento em saúde mantém forte relação com a autogestão do cuidado e, consequentemente, com a colaboração do paciente para a segurança assistencial. No contexto da atenção primária o letramento em saúde se torna oportuno por ampliar a capacidade do usuário para a tomada de decisão, bem como na sua autonomia para a adoção de comportamentos saudáveis, tornando a assistência mais resolutiva. **Objetivo geral:** Construir e validar material educativo para a melhoria do letramento em saúde de pacientes adultos atendidos em unidades de atenção primária. **Objetivos específicos:** descrever as características sociodemográficas de pacientes adultos atendidos em uma unidade de saúde da atenção primária; identificar o nível de letramento em saúde da população atendida pela unidade de saúde e sua relação com as características sociodemográficas e nível de satisfação com o serviço; desenvolver material educativo para a melhoria do letramento em saúde da população atendida. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, conduzido conforme o referencial de Echer (2005). Serão percorridas cinco fases: levantamento bibliográfico, diagnóstico situacional

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.953

com o público-alvo, construção da cartilha, validação do material educativo por juízes e legitimação e avaliação do material educativo pelo público-alvo. O estudo será desenvolvido em uma unidade básica de saúde da Região Administrativa de Santa Maria, com usuários da atenção primária. Para a coleta de dados serão utilizados quatro instrumentos: Pesquisa dos dados sociodemográficos e de saúde dos pacientes, construído para fins de caracterização da população; o Health Literacy Questionnaire (HLQ), que identifica potencialidades e limitações específicas em letramento em saúde das pessoas e comunidades; Instrumento de Avaliação de Peritos para juízes; Instrumento de Avaliação de Peritos para população alvo. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Resultados Esperados: Estimativa do nível de letramento em saúde, fatores associados ao nível de letramento e material educativo validado para a ampliação do letramento em saúde.

Introdução:

[...] Letramento em Saúde ou Literacia em saúde é o termo usado para descrever habilidade de se envolver com informações nos serviços de saúde. Refere-se às características pessoais e recursos sociais necessários para que indivíduos e comunidades acessem, compreendam, avaliem e usem informações e serviços para tomar decisões sobre saúde. Inclui a capacidade de se comunicar, afirmar e agir sobre tais decisões (DODSON, et al. 2015).

A avaliação do Letramento em Saúde permite que pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas avaliem a capacidade atual dos membros da comunidade de compreender as informações disponíveis sobre suas necessidades de saúde e de aplicar essas informações para tomar decisões de saúde informadas que afetam os resultados positivos. As evidências mostram que o Letramento em Saúde é o fator que mais influencia a saúde - mais do que outros determinantes sociais, como educação, emprego, status socioeconômico e outros fatores de estilo de vida. O Letramento em Saúde medeia a relação entre fatores sociodemográficos e socioeconômicos, afetando assim o estado geral de saúde de um indivíduo, a qualidade de vida relacionada à saúde, os comportamentos de saúde e o uso de serviços preventivos. Estudos mostram que pacientes com maiores níveis de Letramento em Saúde relatam melhores resultados clínicos e hospitalares (TANNOUS et al, 2021).

A abordagem do Letramento em Saúde e a tomada de decisão compartilhada são consideradas importantes ferramentas que aumentam a segurança do paciente e melhoram a comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes, a qual é caracterizada como um elemento crítico do processo assistencial (BITTNER-FAGAN, et al, 2017). Na Áustria estudo com 1.021 participantes

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.953

evidenciaram que a segurança do paciente é um tópico importante para os cidadãos que querem ser informados e envolvidos (SENDLHOFER, et al. 2017). Embora as melhorias na produção e na legibilidade dos folhetos possam ser vantajosas, deve-se enfatizar a qualidade dos relacionamentos paciente - profissional de saúde para permitir uma educação personalizada do paciente, que pode melhorar a conscientização e o envolvimento com intervenções de tratamento e prevenção (DURRANT et al, 2019). [...] [...] Essa realidade aponta para a importância de se investigar o Letramento em Saúde da população atendida no contexto da atenção primária. É possível otimizar a contribuição do Letramento em Saúde na mediação das causas e efeitos dos determinantes sociais da saúde estabelecidos. As intervenções existentes demonstram a viabilidade de melhorar a educação em saúde entre as populações de alto risco (NUTBEAM e LLOYD, 2021).

Dessa forma, a segurança do paciente abrange também "o cuidado centrado no paciente e sua família. O paciente não deve ser somente um participante ativo de seu próprio cuidado, mas também o elo entre a instituição de saúde e a comunidade" (BRASIL, 2017, p. 158). Para alcançar os objetivos do cuidado e segurança do paciente as organizações de saúde devem buscar estratégias existentes na literatura para o envolvimento do paciente e familiares em sua segurança e cuidado, ou elencar novas medidas de acordo com as necessidades visualizadas nos serviços, assim terá um fortalecimento da cultura de segurança com foco central no paciente e família (BRASIL, 2017; RICCI-CABELLO; et al. 2016). [...]

[...] No entanto, há uma necessidade crescente de compreender melhor os efeitos das experiências de cuidados pessoais (por exemplo, atendimento centrado no paciente) e fatores específicos do paciente (por exemplo, status socioeconômico, crenças de saúde, letramento em saúde) nos resultados relatados pelo paciente sobre a qualidade da prestação de cuidados de saúde (por exemplo satisfação com o atendimento). Melhores percepções nessas inter-relações permitiriam o desenvolvimento de medidas para iniciar a mudança organizacional em direção a um ambiente mais centrado no paciente e mais favorável ao Letramento em Saúde.

A partir desse diagnóstico situacional, a implantação de instrumentos educativos torna-se uma ferramenta importante como método para divulgação do conhecimento, além de uma forma de ampliar o letramento em saúde da população. Materiais impressos podem ser facilitadores para ampliação do conhecimento da população, dando suporte aos profissionais no âmbito do cuidado seguro e promoção da saúde (ECHER, 2005). [...]

Hipótese:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.953

O nível de letramento em saúde está associado com as características sociodemográficas dos usuários da atenção primária em saúde. Material educativo pode ampliar o letramento em saúde da população.

Metodologia Proposta:

O cenário do estudo será a Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 1, de Santa Maria, Distrito Federal. A população do estudo será composta por três grupos. O primeiro grupo (grupo 1) contemplará os pacientes da área adstrita da unidade, correspondendo ao estudo transversal a ser realizado na fase de diagnóstico situacional com público alvo. Um segundo grupo de população (grupo 2) será necessário para contemplar a fase de validação do material educativo por juízes e consistirão em especialistas na área de letramento em saúde e atenção primária em saúde. O terceiro grupo de participantes (grupo 3) será formado por pacientes atendidos na unidade campo de estudo, para fins de desenvolvimento da quinta e última fase do estudo (legitimação e avaliação do material educativo).

Crítérios de inclusão:

Grupo 1: pacientes adultos, com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados no mapa de saúde da Unidade Básica de Saúde. Grupo 2: possuir titulação mínima de especialista e possuir pesquisas publicadas na área de letramento em saúde. Grupo 3: pacientes que frequentam constantemente a UBS 1 de Santa Maria (realizam no mínimo 3 consultas por ano na unidade), possuir capacidade de compreensão do material e disponibilidade para participação do processo de avaliação.

Crítérios de exclusão:

Grupo 1: pacientes que estejam cadastrados no mapa de saúde, mas não utilizam o serviço da unidade básica de saúde em estudo. Grupo 2: profissionais que não responderem o convite após a segunda tentativa de contato. Grupo 3: pacientes menores de 18 anos e maiores de 60 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Pelo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1861882.pdf", postado em 08/12/2021:

Objetivo Primário:

Construir e validar material educativo para a melhoria do letramento em saúde de pacientes

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.953

adultos atendidos em unidades de atenção primária.

“Objetivo Secundário:

Descrever características sociodemográficas de pacientes adultos atendidos em uma unidade de saúde da atenção primária; Identificar o nível de letramento em saúde da população atendida pela unidade de saúde e sua relação com as características sociodemográficas e nível de satisfação com o serviço; Desenvolver material educativo para a melhoria do letramento em saúde da população atendida;”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pelo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1861882.pdf", postado em 08/12/2021:

“Riscos:

De acordo com a Resolução 466/2012, toda pesquisa apresenta riscos, que são inerentes a ação humana, mesmo sendo mínimos. Nesta pesquisa, os participantes estão sujeitos ao cansaço ou aborrecimento ao responder questionários e alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias. Para minimizá-los ao sinal de qualquer constrangimento relacionado à pesquisa, relatado pelo participante ou identificado pelo pesquisador, a coleta de dados será interrompida imediatamente. Os responsáveis pela pesquisa se comprometem ainda, em estar atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto; garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos. Haverá a assinatura do termo de compromisso pela pesquisadora em manter sigilo a identidade dos pacientes, tendo todos os cuidados e comprometimento com a proteção dos dados coletados, tendo supervisão no momento da coleta da equipe auxiliar da pesquisa e assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Benefícios:

O estudo possui como benefício, a curto prazo, conhecer o nível de letramento em saúde da população atendida; verificar relação entre nível de letramento em saúde e a satisfação do paciente com o atendimento oferecido na unidade; realizar o diagnóstico situacional do nível de letramento para construção de material educativo, com base nas necessidades identificadas pelos pacientes atendidos; contribuir para disponibilização de conhecimento que afetará a promoção da saúde e aporte de medidas preventivas; estimular a participação dos pacientes nos seus cuidados em saúde; proporcionar meios para divulgar o letramento em saúde, auxiliando os profissionais de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.953

saúde. A médio prazo espera-se contribuir com respostas à comunidade científica em uma área que ainda é considerada lacuna do conhecimento a partir das publicações realizadas com o estudo. Para a instituição pesquisada, espera-se colaborar com informações frente ao nível de letramento em saúde e a satisfação dos clientes frente ao atendimento, o que auxiliará os gestores para tomada de decisão no intuito de apoiar e direcionar mudanças atitudinais dos profissionais de saúde e também de pacientes, visando melhorar a segurança do paciente, aumentar a participação do paciente nos processos assistenciais, reforçar a promoção e prevenção da saúde. A longo prazo espera-se contribuir para incorporar o letramento em saúde nas organizações de saúde para fortalecer ações centradas no paciente e sua segurança, bem como a formulação de políticas públicas que reforcem o Letramento em saúde como determinante de saúde, foco para estímulo de promoção da saúde, conforme estabelecido pela Organização Mundial de saúde.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de Doutorado do Departamento da Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, de Euni de Oliveira Cavalcanti, sob a orientação do Profa. Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranagua.

Os participantes de estudo (438) serão compostos em três grupos. O primeiro grupo contemplará os pacientes da área adstrita da unidade, correspondendo ao estudo transversal a ser realizado na fase de diagnóstico situacional com público alvo. Um segundo grupo será necessário para contemplar a fase de validação do material educativo por juízes e consistirão em especialistas na área de letramento em saúde e atenção primária em saúde. O terceiro grupo será formado por pacientes atendidos na unidade campo de estudo, para fins de desenvolvimento da quinta e última fase do estudo (legitimação e avaliação do material educativo).

Foram apresentados os documentos de TCLE em modelo proposto pelo CEP/FS-UnB.

A Secretaria de Estado de Saúde é instituição coparticipante desta pesquisa. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF.

Trata-se de financiamento próprio com orçamento de R\$ 5.910,00, incluindo material de consumo, computador, serviços de terceiros e outras despesas (ônibus), com início previsto para coleta de dados com os pacientes em março/abril de 2022.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.953

Os currículos da aluna e da pesquisadora responsável foram anexados.

Foram anexados documentos referentes aos instrumentos de pesquisa a serem utilizados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apreciados para emitir o presente Parecer:

1 - Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1861882.pdf", postado em 08/12/2021.

2 - Carta de Encaminhamento ao CEP-FS, informando tratar-se de projeto de Doutorado do Departamento da Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, de Euni de Oliveira Cavalcanti, sob a orientação da Profa. Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranagua. Versão editável "Carta_encaminhamentoPJ.docx". Carta de Encaminhamento ao CEP-FEPECS, versão editável "Carta_de_Encaminhamento_de_Projeto_de_Pesquisa.doc" e não editável "Carta_de_Encaminhamento_de_Projeto_de_Pesquisa.pdf" assinada pelos respectivos responsáveis em 03/12/2021, postados em 03/12/2021.

3 - Folha de Rosto para Pesquisa com Seres Humanos e Termo de Compromisso do Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada em 19/11/2021, respectivamente, pelo pesquisador responsável pelo projeto, Thatianny Tanferri de Brito Paranagua, e assinada e carimbada pelo Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Prof. Dr. Laudimar Alves de Oliveira em 23/11/2021, que declara ciência e compromisso com o disposto na Resolução 466/12 e suas complementares. Informa, também, que a instituição tem condições de desenvolver o projeto e autoriza a execução do mesmo. Versão não editável "FolhadeRosto_assinada.pdf", postada em 03/12/2021.

4 - Termo de Concordância da Instituição Proponente informando ciência e de acordo do Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Prof. Dr. Laudimar Alves de Oliveira, da Chefia responsável pelo Departamento de Enfermagem, Solange Baraldi, e da pesquisadora responsável, Euni de Oliveira Cavalcanti, datado de 18/11/2021, e assinado pelos referidos responsáveis, em versão não editável "Termo_de_concordancia_unb_assinado.pdf", e em versão editável "concordanciaproponente.doc", postados em 06/12/2021.

5 - Termo de Concordância de Instituição Coparticipante - informando ciência e de acordo da

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.953

Diretora de Atenção Primária a Saúde – Região Sul, Regiane Costa Martins dos Reis, e das pesquisadores responsáveis pelo protocolo de pesquisa, Thatianny Tanferri de Brito Paranagua e Euni de Oliveira Cavalcanti,, Chefia responsável pela Unidade Básica de Saúde n01 de Santa Maria, Cremilda da Cruz Silva, assinado em 26/11/2021. Versão não editável “Termo_de_concordancia_de_instituicao_co_participante_assinado.pdf” e editável “TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_ESPECIFICO_PARA_SES_DF.doc”, postado em 03/12/2021.

Termo de Concordância de Instituição Coparticipante - informando ciência e de acordo da Diretora de Atenção Primária a Saúde – Região Sul, Regiane Costa Martins dos Reis, das pesquisadores responsáveis pelo protocolo de pesquisa, Thatianny Tanferri de Brito Paranagua e Euni de Oliveira Cavalcanti, Diretor do HRG, responsável pela SES-DF, Guilherme Augusto G Avelar, Chefia responsável pela Unidade Básica de Saúde no 1 de Santa Maria, Cremilda da Cruz Silva, assinado em 26/11/2021. Versão não editável “Termo_de_anuencia_institucional_assinado.pdf”, e versão editável “Termo_de_Anuencia_institucional.docx”, postado em 03/12/2021 e 08/12/2021, respectivamente. 6 - Projeto Detalhado - versão não editável “PROJETO_BROCHURA_2.docx”, postado em 06/12/2021.

7 - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável, informando ciência e compromisso com o cumprimento das Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016. Versão não editável “Termo_de_responsabilidade_pesquisador.pdf”, datada em 06/12/2021 e assinada pela pesquisadora responsável Thatianny Tanferri de Brito Paranagua e versão editável “TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.doc”, postados em 06/12/2021.

8 - Cronograma de Execução das Atividades: o projeto será executado em 37 meses com início previsto para coleta de dados com os pacientes em março/abril de 2022, conforme documento em versão editável “Cronograma.docx”, postado em 08/12/2021.

9 - Planilha de Orçamento Detalhado: Previsão de gastos no valor de R\$ 5.910,00, incluindo material de consumo, computador, serviços de terceiros e outras despesas (ônibus). O projeto terá financiamento próprio, conforme documento em versão editável “PLANILHA_ORCAMENTO.doc”, postado em 03/12/2021.

10 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). Versão editável “TCLE_profissional_perito.docx”, “TCLE_paciente_perito.docx” e “TCLE_usuario.docx”, postados em 08/12/2021.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.953

11 – CURRÍCULOS - Currículos Lattes de Euni de Oliveira Cavalcanti, Doutoranda em Enfermagem da Universidade de Brasília (“Curriculo_Euni_Oliveira_Cavalcanti.pdf”) e de Profa. Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, Professora Adjunta II da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, docente permanente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, (“Curriculos_Lattes_Thatianny_Tanferri_de_Brito_Paranagua.pdf”), postados em 08/12/2021.

12 – OUTROS DOCUMENTOS – Documento em versão editável “INSTRUMENTO_DE_CHARACTERIZACAO_DOS_PERITOS.docx”, “NSTRUMENTO_DE_CHARACTERIZACAO_DOS_PACIENTES.docx”, “INSTRUMENTO_DE_AVALIACAO_PARA_OS_PERITOS.docx”, “INSTRUMENTO_DE_AVALIACAO_PARA_OS_PACIENTES.docx”, “Anexo_Instrumento_HLQ.docx”, “Apendice_I_Instrumento_sociodemografico_Condicao_de_saude_e_Satisfacao_no_atendimento.docx”, postados em 03/12/2021.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1861882.pdf	08/12/2021 10:39:45		Aceito
Outros	Curriculo_Euni_Oliveira_Cavalcanti.pdf	08/12/2021 10:38:10	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB

Continuação do Parecer: 5.214.953

Outros	Curriculos_Lattes_Thatianny_Tanferri_d e Brito Paranagua.pdf	08/12/2021 10:36:00	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional_perito.docx	08/12/2021 10:33:24	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente_perito.docx	08/12/2021 10:33:10	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_institucional.docx	08/12/2021 10:32:06	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuario.docx	08/12/2021 10:29:49	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	08/12/2021 10:29:04	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	concordanciaproponente.doc	06/12/2021 17:22:13	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_BROCHURA_2.docx	06/12/2021 17:20:40	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_pesquisador.pdf	06/12/2021 17:17:00	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.doc	06/12/2021 17:16:41	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_unb_assinado.pdf	06/12/2021 16:51:59	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_assinada.pdf	03/12/2021 09:42:17	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE_ESPECIFICO_PARA_SES_DF.doc	03/12/2021 09:40:20	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	Apendice_I_Instrumento_sociodemografico_Condicao_de_saude_e_Satisfacao_no_atendimento.docx	03/12/2021 09:38:01	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	Anexo_Instrumento_HLQ.docx	03/12/2021 09:37:50	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_CARACTERIZACAO DOS PERITOS.docx	03/12/2021 09:35:37	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_CARACTERIZACAO DOS PACIENTES.docx	03/12/2021 09:35:24	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_AVALIACAO_PARA OS PERITOS.docx	03/12/2021 09:35:10	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.214.953

Outros	INSTRUMENTO_DE_AVALIACAO_PARA_OS_PACIENTES.docx	03/12/2021 09:34:56	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_de_Projeto_de_Pesquisa.doc	03/12/2021 09:31:45	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	Carta_encaminhamentoPJ.docx	03/12/2021 09:30:01	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_de_Projeto_de_Pesquisa.pdf	03/12/2021 09:29:28	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_institucional_assinado.pdf	03/12/2021 09:01:07	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_concordancia_de_instituicao_co_participante_assinado.pdf	03/12/2021 09:00:29	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito
Orçamento	PLANILHA_ORCAMENTO.doc	03/12/2021 08:58:06	Euni de Oliveira Cavalcanti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 28 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Fabio Viegas Caixeta
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsubn@gmail.com

ANEXO C. Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES).

Objetivos: propósito, metas, finalidade	0	1	2
1. Contempla tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência			
6. Linguagem adequada ao público-alvo			
7. Linguagem apropriada ao material educativo			
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
9. Informações corretas			
10. Informações objetivas			
11. Informações esclarecedoras			
12. Informações necessárias			
13. Sequência lógica das ideias			
14. Tema atual			
15. Tamanho do texto adequado			
Relevância/ Significância/ Impacto/ Motivação/ Interesse			
16. Estimula o aprendizado			
17. Contribui para o conhecimento na área			
18. Desperta interesse pelo tema			

Legenda: (0) discordo; (1) concordo parcialmente; (2) concordo totalmente

Instrumento desenvolvido e validado por Leite *et al.* (2018).

ANEXO D. Instrumento de avaliação – Tecnologia Assistiva

Critério para atribuição de pontos:

Adequado: 2 pontos

Parcialmente Adequado: 1 ponto

Inadequado: 0 ponto

Atributos	Itens	0	1	2	
1 Interatividade	1	O conteúdo está adequado às suas necessidades			
	2	Oferece interação e envolvimento no processo educativo			
	3	Possibilita acessar os tópicos apresentados			
	4	Fornece autonomia ao usuário em relação à sua operação			
2 Objetivos	5	Estimula aprendizagem sobre conteúdo abordado			
	6	Estimula aprendizagem de novos conceitos			
	7	Permite buscar informações sem dificuldades			
	8	Possui estratégia de apresentação atrativa			
3 Relevância e eficácia	9	Disponibiliza recursos adequados para utilização			
	10	Desperta interesse para utilizá-la			
	11	Estimula mudança de comportamento			
	12	Reproduz o conteúdo abordado em diferentes contextos			
4 Clareza	13	Apresenta informações de modo simples			
	14	Permite refletir sobre o conteúdo apresentado			

Instrumento desenvolvido e validado por Guimarães, Carvalho e Pagliuca (2015)

ANEXO E. Autorização para o uso do instrumento HLQ-Br

L22040IS HLQ licence agreement University of Brasília Caixa de entrada x



HLQ-info <HLQ-info@swin.edu.au>

10 de mai. de 2022, 02:45



para mim ▾

Dear Euni

Thank you for your registration form. Your licence agreement is attached. There is also a summary of the licence agreement attached for you to read also.

Please check that all details on the Schedule (P. 8) are correct. Then, please have the authorised officer sign page 2. The authorised officer is a legal representative who can sign the licence agreement on behalf of the organisation.

Once the licence agreement is signed, please email it back to me and I will send you the questionnaire user package & executed license agreement.

The administration and services charge for a HLQ licence is AUD\$125.

Please do not hesitate to contact me if you have any questions.

Kind regards,



Kerrie Paulger



HLQ-info <HLQ-info@swin.edu.au>

18 de mai. de 2022, 09:02



para mim ▾

Dear Euni

Thank you for the signed license agreement. Please find the executed agreement and invoice attached for your records. Please ensure the invoice number is used as a reference when you make payment.

I have emailed you the HLQ User Package via our file sender software called Cloudstor. Please keep an eye out in your inbox and junk mail folders. Please download the documents immediately as the Cloudstor link has an expiry date.

All the best for your project!

Kind regards

Kerrie

