



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO

DOUGLAS ALVES DA SILVA SANTOS

LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES DE
CRIANÇAS VINCULADAS A UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

PALMAS, TO

2025

DOUGLAS ALVES DA SILVA SANTOS

**LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES DE
CRIANÇAS VINCULADAS A UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT), como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde. Linha 1: Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Leidiene Ferreira Santos.

PALMAS, TO

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- S2371 Santos, Douglas Alves da Silva.
Letramento em saúde de profissionais e cuidadores de crianças
vinculadas a um programa de atenção domiciliar / Douglas Alves da Silva
Santos. – Palmas, TO, 2025.
101 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em
Ensino em Ciências e Saúde, 2025.
Orientadora : Leidiene Ferreira Santos

1. Atenção domiciliar. 2. Letramento em saúde. 3. Cuidadores. 4.
Profissionais de saúde. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

DOUGLAS ALVES DA SILVA SANTOS

**LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES DE
CRIANÇAS VINCULADAS A UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada à UFT- Universidade Federal do Tocantins - Campus Universitário de Palmas-TO, Curso de Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde, foi avaliado para à obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde e aprovado em sua fase final pela Orientadora e pela Banca Examinadora

Data de aprovação: 17/06/2025

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Orientadora Leidiene Ferreira Santos, UFT

Prof. Dr. Examinador, Ladislau Ribeiro do Nascimento, UFT

Prof. Dra Examinadora, Kiara Lubick Silva Maldaner- IFSC

Dedico este trabalho primeiro a Deus, que sempre deu muita saúde, força e sabedoria em todos os momentos. Aos meus pais. À minha esposa Esmeralda, que me acompanhou todos os momentos desde o processo seletivo até conclusão. A meus amigos, pelo apoio e incentivo. À professora Leidiane e a todos amigos e familiares que de alguma forma me apoiaram e contribuíram para esta conquista.

AGRADECIMENTO

Aos meus pais, em especial ao meu pai Professor Hélio (*in memoriam*) que sempre foi uma inspiração para continuar a jornada acadêmica, trazendo consigo exemplo de vida, dedicação e amor.

À minha esposa, Esmeralda Misterdão, que a cada dia me mostrou que o verdadeiro sucesso é aquele que podemos dividir lado a lado e mesmo nos momentos mais difíceis, sempre esteve alegre e motivando a seguir.

Agradeço aos amigos que transformaram a solidão da pesquisa em uma jornada compartilhada.

À Professora Leidiene, que com sua simplicidade e dedicação me guiou com clareza e de forma humanizada, tornando a pesquisa leve e envolvente.

RESUMO

A Atenção Domiciliar (AD) tem se consolidado como alternativa ao modelo hospitalocêntrico, permitindo que o cuidado em saúde ocorra no ambiente familiar, o que favorece não apenas a continuidade do tratamento, mas também benefícios de ordem emocional e social para os pacientes e seus cuidadores. No Brasil, essa modalidade é viabilizada, entre outras ações, pelo Programa Melhor em Casa, cuja efetividade depende do trabalho conjunto entre profissionais de saúde e cuidadores informais. Nesse contexto, o Letramento em Saúde (LS) assume papel estratégico, uma vez que influencia diretamente a compreensão das orientações e a capacidade de participação ativa no processo de cuidado. Este estudo teve como objetivo analisar as condições de LS de profissionais de saúde e cuidadores vinculados ao Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) em Palmas, Tocantins, município inserido na região da Amazônia Legal. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, que utilizou três instrumentos validados: um questionário sociodemográfico, a versão brasileira do Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) e o Teste Brasileiro de Alfabetismo Funcional em Saúde em Adultos (B-TOFHLA). A amostra foi composta por 66 participantes, sendo 36 profissionais e 30 cuidadores. A análise evidenciou que a escolaridade é um fator determinante para o desempenho nas habilidades de letramento em saúde, influenciando a forma como os sujeitos compreendem, avaliam e aplicam informações relacionadas ao cuidado. Embora os profissionais apresentem, em média, maior domínio técnico, ainda há dificuldades na comunicação com os cuidadores, o que pode comprometer a qualidade da assistência. Os resultados reforçam a importância de estratégias de educação permanente para ambos os grupos, bem como da integração entre diferentes áreas profissionais, de modo a garantir um cuidado domiciliar mais seguro, resolutivo e alinhado às necessidades dos pacientes.

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

ABSTRACT

Home Care (HC) has been consolidated as an alternative to the hospital-centered model, enabling health care to take place within the family environment. This approach not only ensures continuity of treatment but also provides emotional and social benefits for patients and their caregivers. In Brazil, HC is implemented, among other strategies, through the *Programa Melhor em Casa*, whose effectiveness relies on the collaboration between health professionals and informal caregivers. In this context, Health Literacy (HL) plays a central role, as it directly influences the understanding of medical guidelines and the ability to actively engage in the care process. This study aimed to analyze the HL conditions of health professionals and informal caregivers linked to the Home Care Service (SAD) in Palmas, Tocantins, a municipality located in the Brazilian Legal Amazon. This quantitative research applied three validated instruments: a sociodemographic questionnaire, the Brazilian version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br), and the Test of Functional Health Literacy in Adults (B-TOFHLA). The sample comprised 66 participants, including 36 professionals and 30 caregivers. Findings indicated that educational level is a determining factor for performance in health literacy skills, shaping the way participants interpret, evaluate, and apply health-related information. Although professionals demonstrated greater technical knowledge, communication with informal caregivers remained a challenge, potentially affecting the quality of care. The results highlight the importance of ongoing educational strategies for both groups and of interprofessional integration as a means to ensure safer, more effective, and patient-centered home care.

Keywords: Home care; Health literacy; Caregivers; Health professionals.

RESUMEN

La Atención Domiciliaria (AD) se ha consolidado como una alternativa al modelo hospitalocéntrico, al permitir que la atención en salud se realice en el entorno familiar. Este enfoque no solo garantiza la continuidad del tratamiento, sino que también aporta beneficios emocionales y sociales para pacientes y cuidadores. En Brasil, esta modalidad se implementa, entre otras acciones, a través del Programa *Melhor em Casa*, cuya efectividad depende de la colaboración entre profesionales de la salud y cuidadores informales. En este contexto, el Alfabetismo en Salud (AS) adquiere un papel estratégico, ya que influye directamente en la comprensión de las orientaciones médicas y en la capacidad de participación activa en el proceso de cuidado. El objetivo de este estudio fue analizar las condiciones de AS de profesionales de la salud y cuidadores vinculados al Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) en Palmas, Tocantins, municipio ubicado en la región de la Amazonía Legal brasileña. Se trata de una investigación cuantitativa que utilizó tres instrumentos validados: un cuestionario sociodemográfico, la versión brasileña del *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) y el Test de Alfabetismo Funcional en Salud para Adultos en Brasil (B-TOFHLA). La muestra estuvo compuesta por 66 participantes, de los cuales 36 eran profesionales y 30 cuidadores. Los resultados demostraron que el nivel educativo es un factor determinante en el desempeño de las habilidades de alfabetismo en salud, influyendo en la forma en que los sujetos interpretan, evalúan y aplican la información sanitaria. Aunque los profesionales presentaron un mayor dominio técnico, persisten dificultades de comunicación con los cuidadores informales, lo que puede afectar la calidad de la atención. Los hallazgos refuerzan la importancia de estrategias educativas continuas para ambos grupos, así como de la integración interprofesional, a fin de garantizar una atención domiciliaria más segura, eficaz y centrada en las necesidades de los pacientes.

Palabras clave: Atención domiciliaria; Alfabetismo en salud; Cuidadores; Profesionales de la salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Linha do tempo sobre o letramento em saúde em nível nacional, do surgimento do termo no Brasil.....	28
Tabela 2 – Análise e distribuição percentual das principais patologias em crianças atendidas pelo SAD, Palmas, TO, Brasil, 2025.....	35
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica descritiva dos 36 profissionais vinculados ao programa de atenção domiciliar, Palmas, TO, Brasil, 2025.....	37
Tabela 4 – Estatística descritiva das nove escalas do Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) dos 36 profissionais vinculados ao programa de atenção domiciliar, Palmas, TO, Brasil, 2025.....	39
Tabela 5 – Avaliação das nove escalas do Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) dos 36 profissionais avaliados, estratificadas pelas variáveis sociodemográficas, Palmas, TO, Brasil, 2025.....	43
Tabela 6 – Correlação de Spearman entre as escalas do HLQ para os 36 participantes, Palmas, TO, Brasil, 2025.....	46
Tabela 7 – Caracterização sociodemográfica descritiva dos 30 cuidadores informais vinculados ao programa de atenção domiciliar, Palmas, TO, Brasil, 2025.....	48
Tabela 8 – Resumo estatístico das dimensões do Teste de Letramento Funcional em Saúde para Adultos (B-TOFHLA) aplicado aos 30 participantes, Palmas, TO, Brasil, 2025.....	50
Tabela 9 – Dimensões de compreensão, numeramento e escore total do questionário B-TOFHLA, estratificadas pelas variáveis sociodemográficas dos 30 participantes, Palmas, TO, Brasil, 2025.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
ANOVA	Análise de Variância
B-TOFHLA	<i>Brazilian version of the Test of Functional Health Literacy in Adults</i> (Teste Brasileiro de Alfabetismo Funcional em Saúde em Adultos)
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCF	Cuidado Centrado na Família
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio-Padrão
EIP	Educação Interprofissional
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
HLQ	<i>Health Literacy Questionnaire</i> (Questionário de Letramento em Saúde)
ICC	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i> (Coeficiente de Correlação Intraclass)
IIQ	Intervalo Interquartil
LFS	Letramento Funcional em Saúde
LS	Letramento em Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
Q1	Primeiro Quartil
Q3	Terceiro Quartil
R	<i>Software</i> de Análise Estatística R
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RStudio	Ambiente de Desenvolvimento RStudio
REAT-R	<i>Wide Range Achievement Test-Revised</i>
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SM	Salário-Mínimo

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOFHLA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
TOFHLA-S	Versão reduzida do <i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI(s)	Unidade(s) de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>
WRAT-R	<i>World Health Organization– Wide Range Achievement Test-Revised</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Problema da Pesquisa	18
1.2 Justificativa.....	19
1.3 Hipótese	20
2-OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3.1- Crianças e a assistência domiciliar: o papel do cuidador/familiar	21
3.2- Atenção Domiciliar	23
3.3- Letramento em Saúde e o Letramento Funcional em Saúde	26
4. CAMINHO METODOLÓGICO	30
4.1 Amostra	30
4.2 Instrumentos de coleta de dados.....	30
4.3 Variáveis da Pesquisa.....	31
4.4 Primeira Etapa: levantamento de informações junto ao SAD.....	31
4.5 Segunda Etapa: Aplicação de instrumentos de coleta de dados à equipe do SAD e aos cuidadores das crianças.....	31
4.6 Terceira Etapa: Alimentação do banco de dados e análise do material registrado.....	32
4.7 Critérios de inclusão e de exclusão	34
4.8 Aspectos éticos.....	34
4.9 Riscos	34
5. RESULTADOS	35
5.1- Descrição do Modelo Assistencial e Perfil Epidemiológico.....	35
5.2- Resultados da Aplicação do HLQ-Br nos profissionais de saúde do SAD ...	37
5.3- Resultado do Letramento em Saúde em Cuidadores Informais.....	47
6. DISCUSSÃO	53
6.1 HLQ-Br em Equipe Multiprofissional.....	54
6.2 Letramento em Saúde em Cuidadores Informais	56
6.3 Implicações para a prática	58
7. CONCLUSÃO	59

8 REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A:Instrumento de Dados Sociodemográficos dos Profissionais.....	71
APÊNDICE B: Instrumento de Dados Sociodemográficos dos Cuidadores Informais	72
APÊNDICE C:Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Profissionais	73
8.4-Apêndice D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Cuidadores Informais	76
8.5-Apêndice E: Termo de Autorização para Gravação de Voz.....	79
8.6-Apêndice F: Questões Entrevista Individual- Cuidadores Informais	80
8.7-Apêndice G:Carta Convite	81
8.9-Apêndice H: Declaração de Compromisso dos Pesquisadores	82
ANEXO 1: Questionário Sobre Compreensão de Saúde e Cuidados de Saúde ..	84
ANEXO 2:Teste de Letramento Funcional em Saúde (B-Thofla).....	89
ANEXO 3: Produto Pedagógico Digital	95
ANEXO 4: Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade de Atenção Domiciliar.....	96
ANEXO 5: Instrumento de Avaliação de Elegibilidade e Complexidade de Atenção domiciliar	97
ANEXO 6: Ficha Dados dos Pacientes	98
ANEXO 7: Formulário Solicitação de Serviço de Atenção Domiciliar	99
ANEXO 8: Aprovação Comitê de Ética	101

1. INTRODUÇÃO

Pesquisas mostram que, cada vez mais, recursos inovadores e tecnologias podem ser usados para melhorar a assistência em saúde, contribuindo para a qualidade dos serviços e a segurança das pessoas assistidas (Hong, 2024; Bergschöld et al., 2024).

Nesta perspectiva, pontua-se que melhores técnicas, tratamento e acesso aos serviços de saúde têm permitido uma maior sobrevida à população com agravos à saúde e doenças complexas. Por conseguinte, também há aumento de indivíduos que requerem cuidados contínuos e especializados, inclusive em ambiente doméstico (Lopes, 2022).

Especialmente na área pediátrica, dados atuais evidenciam redução das mortes de menores de cinco anos, a nível global (UNICEF, 2024), bem como aumento progressivo de crianças que, depois de internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), necessitam de cuidados contínuos e especializados em ambiente domiciliar (Stivanin; Kegler, 2024).

Este fenômeno, decorrente dos avanços tecnológicos e terapêuticos na medicina intensivista, tem demandado uma reconfiguração dos modelos assistenciais, com a transferência progressiva de complexos procedimentos médicos para o âmbito residencial (Salbego et al., 2022).

A AD configura-se como estratégia complexa de organização do cuidado, materializando no espaço domiciliar as dimensões da promoção, prevenção e reabilitação em saúde. No modelo brasileiro, opera como componente estruturante da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando continuidade assistencial conforme diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023).

Um modelo de atenção em que se realizam ações de promoção à saúde, buscando proporcionar autonomia ao paciente, à família e ao cuidador (Dias et al., 2017). Essa prática teve origem nos Estados Unidos e na Europa em meados do século XIX. A partir da década de 1950, a hospitalização domiciliar começou a ganhar evidência como modelo de atenção à saúde moderno e organizado (Alonso; Escudero, 2010).

Nas últimas décadas, a AD expandiu-se internacional, à medida que os governos e os sistemas de saúde a adota com objetivo de gerar cuidados centrados no paciente (Romero et al., 2025). No Brasil, o início da AD se deu no final do século XX. Nos últimos anos, essa prática têm se fortalecido, impulsionada pela percepção de que o cuidado no ambiente residencial pode reduzir custos, ser mais humano e eficaz (Rajão; Martins, 2020).

Nacionalmente, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a AD é efetivada por meio do Programa Melhor em Casa, serviço de saúde indicado para pacientes que se beneficiam clinicamente do tratamento em ambiente domiciliar, seja por questões patológicas (como condições crônicas ou pós-operatórias), seja por necessidades psicossociais (como suporte familiar ou adaptação ao longo prazo) (BRASIL, 2023).

Destaca-se que o crescimento e a regulamentação da AD têm sido influenciados por mudanças nas políticas de saúde, tornando uma importante alternativa de assistência no país (Alonso; Escudero, 2010). Ademais, O domicílio é um ambiente que pode proporcionar diversas vantagens, como a proteção, o conforto, a proximidade dos amigos e familiares e uma maior adaptação dos pacientes com tratamento (Nardino et al., 2021).

Nestes casos, o domicílio torna-se um espaço terapêutico privilegiado, onde os cuidados são prestados de forma personalizada e integrada ao cotidiano do paciente (Gabardo et al., 2022), bem como marcado por uma prática colaborativa, em que profissionais de diferentes áreas agem com um único propósito, interligando conhecimentos e habilidades para oferecer assistência adequada (Spezzia; Baptista, 2025).

Entretanto, é válido destacar que a AD impõe desafios singulares, como a garantia de cuidados qualificados em um ambiente não institucionalizado e a integração sensível das dinâmicas familiares e culturais no processo terapêutico (Cruz; Pedreira, 2020).

Muito embora a demanda por cuidados no domicílio tenha apresentado aumento considerável em todos os países, há déficit de cuidadores, preparados lidar com as adversidades relacionadas ao ato de cuidar (Braga et al., 2016).

Neste sentido, construir competências profissionais que priorizem uma abordagem centrada no paciente e em seu núcleo familiar torna-se fundamental para assegurar uma assistência personalizada e efetiva no domicílio. Essa capacitação não apenas otimiza a qualidade técnica do cuidado, mas também fortalece a adaptação às particularidades psicossociais e contextuais inerentes a esse modelo de atenção (Cruz; Pedreira, 2020).

Preparar os profissionais para essas demandas complexas é, portanto, um requisito indispensável para a excelência na AD, onde a interseção entre ciência e humanização define os resultados clínicos e a satisfação dos usuários (Cruz; Pedreira, 2020).

Vale destacar que a AD oferece um modelo inovador e eficiente no cuidado aos pacientes. Essa abordagem, ao fortalecer a relação entre profissional, família e indivíduo em tratamento, favorece a reconstrução da confiança e da segurança ao longo do processo, refletindo diretamente na melhoria da qualidade de vida (Rajão; Martins, 2020).

Desse modo, observa-se a necessidade de uma maior compreensão, por parte dos cuidadores/familiares, sobre as intervenções em saúde realizadas no contexto domiciliar (Hilário et al., 2022), pois pesquisas apontam que, nem sempre essas pessoas estão, de fato, preparadas para assumirem tais atividades.

A transferência do ambiente hospitalar para o cuidado domiciliar ainda não atingiu níveis satisfatórios de eficácia. Essa realidade decorre de múltiplos determinantes inter-relacionados, destacando-se: as disparidades socioeconômicas e culturais que afetam pacientes e seus núcleos familiares; as deficiências na articulação com a RAS; a percepção de insegurança quanto à alta hospitalar por parte dos usuários e seus cuidadores; e as limitações na compreensão das orientações terapêuticas fornecidas pelos profissionais de saúde. Esses elementos atuam sinergicamente, comprometendo significativamente a qualidade do processo transicional. (Gama et al., 2025).

Nesse contexto, apresenta-se o LS como estratégia a ser considerada na oferta da AD, pois pode contribuir para ampliar a capacidade de o familiar compreender e aplicar as informações sobre saúde (MENDEZ et al., 2019). O LS vai além de compartilhamento de informações, envolve a capacidade de compreender e ter autonomia para seguir instruções de maneira adequada e segura, promover melhor qualidade de vida e prevenir complicações relacionadas com a saúde (Kobayashi et al., 2017).

O LS constitui um modelo multidimensional que abrange competências cognitivas e sociais essenciais para a compreensão crítica, avaliação e aplicação efetiva de informações em saúde (Okan, 2019).

Trata-se de um processo dinâmico que ultrapassa a mera aquisição de conhecimentos, englobando desde habilidades funcionais básicas, como acesso e interpretação de dados, até capacidades avançadas de utilização interativa e contextualizada dessas informações em situações cotidianas (Peres, 2023).

Sob essa ótica, LS emerge como um fator determinante para a autonomia individual e coletiva, permitindo a tradução do saber em práticas concretas que influenciam positivamente os indicadores de saúde e bem-estar (Alemayehu; Seylania; Bahramnezhad, 2020).

O LS configura-se como um constructo teórico-prático de natureza interdisciplinar, que articula saberes da saúde e da educação no processo de capacitação individual e coletiva para o exercício do autocuidado (Queiroz; Machado; Vieira, 2020).

No âmbito das ações preventivas, o LS transcende a dimensão instrumental da adesão terapêutica, incorporando competências complexas que abrangem desde o uso racional de medicamentos até a compreensão crítica dos determinantes do processo

saúde-doença, além da internalização de comportamentos saudáveis sustentáveis (Marques; Escarce; Lemos, 2018).

Essa abordagem integral não apenas potencializa a eficácia das intervenções em saúde, mas também redefine a natureza das relações entre profissionais e usuários, transformando modelos tradicionais de atenção em práticas dialógicas fundamentadas na corresponsabilização e no empoderamento (Franzen et al., 2014).

O LS desempenha um papel crucial no fortalecimento do autocuidado e na adesão aos tratamentos, sendo fundamental que os profissionais de saúde avaliem o nível de letramento de cada indivíduo. Essa avaliação pode classificar o LS em categorias como problemático, inadequado ou suficiente, permitindo identificar aqueles que necessitam de maior apoio para compreender e seguir orientações (Ribas; Araújo, 2021). Essa abordagem possibilita um cuidado mais equitativo e personalizado, garantindo que as informações em saúde sejam acessíveis e compreensíveis a todos (Panelli et al., 2020).

No âmbito da AD, avaliar o nível de LS da população é essencial para gerar evidências científicas e desenvolver estratégias que engajem pacientes e cuidadores em seu próprio cuidado. Esse processo contribui diretamente para a promoção efetiva da saúde, especialmente no ambiente domiciliar (Gonçalves et al., 2024).

Como o LS envolve múltiplas dimensões, a utilização de instrumentos validados e multidimensionais permite uma avaliação mais abrangente dos desafios enfrentados no domicílio. Além disso, esses instrumentos auxiliam na criação de recursos que favorecem a autogestão da saúde, tanto por parte dos pacientes quanto dos profissionais, fortalecendo iniciativas voltadas à promoção da saúde e seus determinantes (Peres, 2023).

1.1 Problema da Pesquisa

Considerando que, no Brasil, o AD refere-se a uma ferramenta em recente expansão, dados referentes ao seu funcionamento, bem como em relação às necessidades de sujeitos e famílias que fazem o seu uso, ainda são limitados (Cavalcante; et. al., 2022).

Entretanto, evidências atuais apontam fragilidades em relação a transição do hospital para o domicílio, comunicação com a RAS e preparo dos cuidadores e pacientes (Gama et al., 2025). Nesse sentido, destaca-se que ineficiência na comunicação com o cuidador pode refletir na saúde do paciente que está recebendo cuidados, bem como aumentar os riscos de novas internações e até mesmo de óbito por cuidados inadequados (Procópio et al., 2019).

Desse modo, considerando a importância do LS para prevenção e promoção da

saúde, as seguintes questões nortearam o desenvolvimento desta pesquisa:

- Como está o Letramento em Saúde de profissionais que atuam em um serviço de AD?
- Como está o Letramento em Saúde de cuidadores informais de crianças vinculadas a um serviço de AD?

Estas questões buscam elucidar os principais desafios na transição do cuidado institucional para o ambiente domiciliar, com ênfase especial nos casos pediátricos, analisando as perspectivas dos profissionais de saúde, da estrutura organizacional dos serviços e dos cuidadores familiares.

1.2 Justificativa

Atualmente, ocorre um processo de transição epidemiológica, com evidente diminuição de mortalidade devido, dentre outros aspectos, a altos investimentos e empenhos focados na prevenção e assistência (Rajão; Martins, 2020), com destaque para área pediátrica (UNICEF, 2024).

Nesse sentido, houve um aumento das populações com doenças crônicas e degenerativas, com a necessidade de tratamentos prolongados e contínuos domiciliares (Arrué, 2022). Assim, nos últimos anos, a AD tem se consolidado como uma alternativa cada vez mais valorizada por pacientes, familiares e equipes multiprofissionais, destacando-se como estratégia eficaz no processo de desospitalização (Rajão; Martins, 2020).

Dados recentes sobre AD revelam cobertura de 47% da população brasileira, com 219.508 mil pessoas assistidas em cerca de 951 municípios com o apoio de um total de 22.074 mil profissionais atuantes no programa (BRASIL, 2023).

Esse modelo de cuidado considera as particularidades de cada família, que reage de maneira singular à condição de saúde de seu ente querido, baseando-se no conhecimento adquirido sobre a doença, no contexto social e em suas próprias crenças (Spezzia et al., 2025).

Assim, a AD surge como um modelo que alia eficiência clínica a uma abordagem humanizada, promovendo maior autonomia e qualidade de vida para os pacientes, ao mesmo tempo em que fortalece o vínculo entre profissionais, cuidadores e famílias (Nardino et al., 2021).

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde desempenham um papel essencial, atuando não apenas como provedores de conhecimento técnico, mas também como facilitadores emocionais para as famílias. Essa colaboração permite o desenvolvimento

conjunto de estratégias personalizadas de manejo e assistência no ambiente domiciliar, adaptando-se às necessidades específicas de cada paciente e seu núcleo familiar (Procópio et al., 2019).

Diante desse contexto, educação em saúde, treinamentos, telemonitoramento, visitas domiciliares, e apoio emocional configuram-se em estratégias que podem colaborar para apoio ao cuidador, especialmente familiares, no contexto de AD (Oliveira et al., 2025).

Além disso, pesquisas destacam a importância de fundamentar ações educativas na LT, assegurando não apenas a transmissão de informações, mas também sua efetiva compreensão e aplicação prática. Essa abordagem permite que os indivíduos reconheçam seu direito à saúde e exerçam sua cidadania, participando ativamente na comunidade, engajando-se em iniciativas de promoção da saúde e estabelecendo diálogos com as estruturas sociais locais (Peres, 2025).

Ademais, as bases de dados não contemplam informações sobre os cuidadores, o que possibilitaria intervenções mais direcionadas às suas reais necessidades (Rajão et al., 2025).

Portanto, esta proposta se justifica pela necessidade de ter protocolo e formação aos profissionais e familiares (cuidadores informais), levando em consideração que a importância do LS, com objetivo de fortalecer e promover elo entre promoção da saúde, segurança do paciente/família e educação permanente.

1.3 Hipótese

Infere-se que o nível de LS do paciente/família/cuidador informal no ambiente domiciliar está diretamente relacionado com a sua adesão aos tratamentos prescritos, tendo assim um impacto positivo/negativo nos cuidados e nas condições de saúde

2-OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as condições de Letramento em Saúde de profissionais e cuidadores informais de crianças vinculadas a um Serviço de Atenção Domiciliar.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde e cuidadores de crianças vinculadas a um Serviços de Atenção Domiciliar (SAD);

- Analisar o nível de Letramento Funcional em Saúde para Adultos (B-THOFLA) profissionais de saúde que atuam em um SAD;
- Identificar se há relação entre características sociodemográficas (idade, cor, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda familiar e tempo de atuação no SAD) e o nível de Letramento Funcional em Saúde para Adultos (B-THOFLA) profissionais de saúde que atuam em um SAD;
- Analisar o nível de Letramento em Saúde para Adultos (B-THOFLA) cuidadores informais de crianças vinculadas ao SAD;
- Identificar se há relação entre características sociodemográficas (idade, cor, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda familiar e tempo de cuidado) e o nível de Letramento Funcional em Saúde para Adultos (B-THOFLA) cuidadores de crianças vinculadas ao SAD.
- Identificar os tipos de agravos das crianças vinculadas ao SAD;
- Elaborar material educativo direcionado a Cuidadores Informais de Crianças em AD.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1- Crianças e a assistência domiciliar: o papel do cuidador/familiar

Em âmbito global, a criança é definida pela Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) como todo ser humano abaixo dos 18 anos, salvo quando a legislação nacional estabelecer maioridade anterior (UNICEF, 2023).

Essa definição normativa é complementada por abordagens contemporâneas que entendem a infância como construção sociocultural dinâmica, onde fatores como classe, etnia e contexto geopolítico modelam experiências diversas (Traher, 2023).

É possível identificar que, enquanto em países desenvolvidos predomina uma concepção prolongada de infância como fase protegida, em nações mais emergentes observa-se frequente adultização precoce, com crianças assumindo responsabilidades laborais e familiares (Boyden; Bourdillon, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024) avança na conceituação de saúde infantil, caracterizando-a como um estado integral de bem-estar físico, psicológico e social, no qual a criança assume papel protagonista em seu próprio cuidado. Essa perspectiva dialoga diretamente com as diretrizes do relatório "Future Proofing Child Health" (UNICEF, 2024), que defende a superação de paradigmas puramente biomédicos na construção de novos modelos assistenciais.

No Brasil, a concepção jurídica de infância estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990) define como criança todo indivíduo menor de 12 anos. No entanto, pesquisas recentes demonstram uma significativa dissonância entre essa categorização legal e as reais condições de desenvolvimento vivenciadas por esse grupo etário (Rizzini; Malta, 2024).

No que tange à AD pediátrica, dados indicam sua implementação em todas as unidades federativas (Simões et al., 2025). Todavia, identifica-se uma fragilidade na organização do cuidado voltado a crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cadastrados no SAD. A atuação profissional restringe-se predominantemente a visitas intermitentes e distribuição de materiais, configurando uma assistência com limitada capacidade de resposta às complexas demandas desse público (Oliveira et al., 2022).

Diante dessa realidade, familiares e cuidadores recorrem às redes sociais em busca de acolhimento e troca de experiências para enfrentar os desafios complexos do cuidado infantil. Essa busca por apoio digital frequentemente revela uma sensação de marginalização nos processos de decisão e nas práticas assistenciais conduzidas pela equipe de saúde (Oliveira et al., 2022).

Registra-se que é entendido como cuidador informal o indivíduo que presta assistência não remunerada, geralmente em contexto domiciliar, a pessoas com necessidades de cuidado devido a condições crônicas, deficiências ou limitações funcionais (Kalanithi, 2024).

Distintos dos profissionais de saúde, esses cuidadores são predominantemente familiares (cônjuges, filhos ou pais) que assumem espontaneamente a responsabilidade pelo cuidado, desenvolvendo atividades complexas que vão desde o apoio nas atividades básicas de vida diária até o gerenciamento de terapias e medicamentos (Schulz, 2023).

Os cuidadores informais emergem como atores fundamentais nos sistemas de cuidado, especialmente em contextos de aumento das doenças crônicas (Godinho, 2023). Este conceito refere-se que assumem responsabilidades que variam desde apoio nas atividades diárias até o manejo complexo de condições de saúde (Pinquart; Sörensen, 2023).

Destaca-se que a figura do cuidador transcende a mera prestação de cuidados, incorporando dimensões afetivas, emocionais e organizacionais que reconfiguram dinâmicas familiares e identidades pessoais (Mladovsky et al., 2024).

Nesse cenário, é fundamental destacar que crianças portadoras de enfermidades crônicas demandam atenção contínua e especializada, uma vez que a condição patológica

se faz presente em seu cotidiano de forma permanente. Essa realidade, por sua vez, pode desencadear vivências emocionais complexas no âmbito familiar, incluindo sentimentos de angústia e desalento frente às limitações impostas pela doença (Leão et al., 2014).

Diante desse cenário, é fundamental reconhecer que a transferência de responsabilidades técnicas do cuidado para os familiares muitas vezes distantes de seu domínio de conhecimento gera sobrecargas multidimensionais, abrangendo aspectos emocionais, sociais e financeiros. Tais impactos podem ser mitigados apenas mediante estratégias educativas que fortaleçam a autonomia das famílias, associadas a práticas de acolhimento e suporte social efetivos (Rabello et al., 2010).

Na AD, embora o cuidador familiar seja reconhecido como elemento central para a qualidade da assistência, os desafios inerentes a essa função ainda são pouco documentados nas bases de dados oficiais. A ausência de informações sistematizadas sobre o grau de autonomia do paciente, as condições do ambiente familiar, a estrutura física do domicílio e o perfil do cuidador limita a compreensão das reais necessidades desse modelo assistencial (Rajão et al., 2025).

3.2- Atenção Domiciliar

Desde os tempos mais remotos, a combinação entre assistência hospitalar e domiciliar tem sido uma prática no contexto de assistência em saúde. Um exemplo emblemático é o médico Imhotep, que viveu durante a terceira dinastia do Antigo Egito, no século XIII antes de Cristo, e já atuava nesse contexto (Rodrigues, 2021).

Na Grécia Antiga, Asklépios, figura lendária da medicina, era conhecido por realizar atendimentos diretamente no local onde os pacientes se encontravam. Além disso, Hipócrates, no século V antes de Cristo, destacou em sua obra "Tratado sobre os ares, as águas e os lugares" a relevância do cuidado médico no ambiente domiciliar, enfatizando a influência do contexto do paciente em seu estado de saúde (Tavolari et al., 2000).

Já no século XVIII, Samuel Hahnemann, fundador da Homeopatia, decidiu abandonar sua carreira hospitalar ao defender que "o bom médico é aquele que vai ao encontro dos enfermos". Essa visão reforça a importância da proximidade e da personalização no cuidado à saúde, princípios que continuam a influenciar práticas contemporâneas (Regina, 2023). Como alternativa para reduzir os custos hospitalares e promover práticas de saúde mais humanizadas, preservando os vínculos familiares, a Europa e a América do Norte passaram a investir no desenvolvimento da AD (Wolff, 2024).

O Movimento do *Home Care*, com o objetivo de promover a desospitalização precoce, teve origem no período pós-guerra, em 1947, com a iniciativa do Hospital Montefiore, localizado no Bronx, em Nova York (Balinsky, 2023). Essa modalidade surgiu como uma resposta à superlotação dos leitos hospitalares, agravada pelas consequências da Segunda Guerra Mundial. Paralelamente, diante da necessidade de expandir esse tipo de cuidado, foram criadas as *Nursing Homes*, instituições voltadas principalmente para o atendimento de idosos em estado crônico ou terminal, realizado majoritariamente por enfermeiras (Wood et al., 2021).

No entanto, a demanda por serviços que pudessem atender pacientes com diversas patologias e necessidades clínicas continuou a crescer, evidenciando a importância de ampliar e diversificar os modelos de AD (Wood et al., 2021). Dessa maneira, o *home healthcare* apresenta uma abordagem que combina humanização, eficiência e sustentabilidade, ajustando-se às particularidades de cada paciente e promovendo um cuidado mais personalizado e integrado (Blebu et al., 2024).

Na Europa, a primeira experiência formal de AD foi o *Santé Service*, criado em 1957, em Paris, França (Coutton, 2017). Esse serviço foi desenvolvido para oferecer assistência socioassistencial e sanitária a pacientes crônicos e terminais, além de responder a desafios como o envelhecimento populacional, atrelado a necessidade de novas políticas de cuidado e o aumento dos custos em saúde (Mandville-Anstey et al., 2022).

O *Santé Service* representou um marco na organização dos serviços de AD e permanece em funcionamento até os dias atuais, consolidando-se como uma referência nesse campo (Band-Winterstein et al., 2022).

A partir da década de 1960, diversos modelos de AD foram implementados na Europa, adaptados às necessidades e demandas específicas de cada região e regulamentados de acordo com os sistemas nacionais de saúde (Redeker et al., 2022). A estruturação desses serviços apresenta grande variabilidade no continente europeu, podendo estar vinculada tanto à atenção primária quanto aos serviços hospitalares, dependendo do contexto local (Genet, 2023).

No Brasil, a AD teve suas primeiras iniciativas na década de 1960, ganhando maior destaque a partir dos anos 1990, quando se consolidou como um modelo eficaz para a realização de ações preventivas, curativas, promocionais, assistenciais e educativas, em comparação a outros ambientes de cuidado em saúde (Vicencio, 2021).

A primeira experiência formal de AD no país teve início com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, vinculado ao Ministério do Trabalho e criado

em 1949. No entanto, foi apenas em 1963 que a AD passou a ser implementada como uma atividade planejada no setor público, com a criação do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores do Estado de São Paulo (Tomasi et al., 2022).

No contexto do SUS, a primeira portaria que regulamentou a AD foi publicada em 1997, estabelecendo os objetivos dessa modalidade inovadora de cuidado. Entre suas diretrizes, destacava-se a redução dos custos associados a internações hospitalares prolongadas. Essa portaria incorporou a AD ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), formalizando sua prática no âmbito do sistema público de saúde (Macedo et al., 2016).

Posteriormente, em 2011, uma nova portaria redefiniu a AD no SUS, ampliando seus objetivos e reforçando a estratégia de diminuir o tempo de permanência de pacientes internados (Procópio et al., 2019).

Surgiu então o, Programa Melhor em Casa, instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde no âmbito da Política Nacional de AD, consolida-se como estratégia inovadora no SUS ao transferir cuidados de saúde para o domicílio de pacientes com limitações funcionais temporárias ou permanentes (BRASIL, 2012). Fundamentado no SAD, o programa estrutura-se em dois eixos complementares: as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), responsáveis pela assistência direta através de visitas programadas realizadas por médicos, enfermeiros e profissionais afins; e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que fornecem suporte técnico especializado multiprofissional (BRASIL, 2016; Mendes et al., 2019).

O modelo de AD segue os fundamentos do Cuidado Centrado na Família (CCF), que considera a família como núcleo essencial do cuidado e enfatiza seu papel determinante no bem-estar, principalmente no caso de pacientes infantis (Kuo, 2023).

A abordagem do CCF baseia-se em pressupostos fundamentais, como respeito e dignidade, colaboração, compartilhamento de informações e participação ativa da família no cuidado (Hughes, 2023). Essa perspectiva não apenas fortalece a autonomia e o controle das famílias sobre o cuidado, mas também contribui para a expansão e o aprimoramento de políticas públicas de saúde (Cruz; Pedreira, 2020).

No cenário brasileiro, embora não haja uma definição formal e unificada quanto à terminologia empregada para a assistência prestada no ambiente doméstico, sugere-se uma diferenciação entre os seguintes conceitos: Assistência Domiciliar, Internação Domiciliar e Atendimento Domiciliar (Mendes, 2010). Essa distinção é relevante para a compreensão das diferentes modalidades de cuidado oferecidas no âmbito domiciliar, cada uma com suas particularidades e especificidades (Procópio et al., 2019).

Assistência Domiciliar: este é um termo amplo e genérico, que abrange qualquer tipo de ação ou serviço de saúde realizado no domicílio do paciente, independentemente do nível de complexidade envolvido (Celuppi et al., 2021).

Internação Domiciliar: refere-se a um cuidado de saúde intensivo e multiprofissional, realizado no ambiente doméstico. Esse modelo envolve práticas semelhantes às executadas em um ambiente hospitalar, destinado a pacientes que apresentam condições de saúde de moderada a alta complexidade. É frequentemente descrito como um “hospital em casa” (Tavolari et al., 2000).

Atendimento Domiciliar: envolve ações de saúde de menor complexidade, que podem ser realizadas por um único profissional ou por uma equipe multiprofissional (Celuppi et al., 2021).

Esse tipo de cuidado é comparável a um "consultório em casa", focado em procedimentos e acompanhamentos menos invasivos. Essa distinção ajuda a esclarecer as diferentes modalidades de assistência em saúde no contexto domiciliar, destacando suas especificidades e níveis de complexidade (Tavolari et al., 2000).

3.3- Letramento em Saúde e o Letramento Funcional em Saúde

O conceito de *Health Literacy*, originário da língua inglesa, tem sido amplamente empregado desde a década de 1970 para descrever um conjunto abrangente e diversificado de habilidades e competências. Esse conceito reflete a importância do acesso e da compreensão adequada das informações de saúde como elementos fundamentais para a tomada de decisões conscientes e eficazes nesse âmbito (Nutbeam, 2008).

A partir do final da década de 1990 e, de forma mais intensa, nos anos 2000, pesquisas sobre *Health Literacy* têm ganhado destaque em escala global (Sørensen et al., 2012).

Diante do crescente interesse pelo tema evidencia a relevância de compreender como o acesso, a interpretação e a aplicação de informações relacionadas à saúde influenciam diretamente a qualidade de vida das pessoas e a efetividade das políticas públicas na área da saúde (Peres, 2023). Esse assunto tornou-se um campo de grande relevância para a sociedade contemporânea, refletindo a necessidade de abordagens mais integradas e acessíveis (Sørensen et al., 2012).

No entanto, apesar de sua expansão e aprofundamento, a definição de LS passou por diversas revisões e ajustes ao longo do tempo (Peres, 2023). Essas mudanças foram realizadas com o intuito de capturar e harmonizar a essência multifacetada do conceito,

adaptando-o às complexidades e demandas atuais. Essa evolução demonstra a dinâmica e a importância contínua do tema no cenário da saúde pública (Nutbeam; Lloyd, 2021).

Em 1974, um artigo chamado "Educação em Saúde como Política Social" (Simonds, 1974) introduziu o conceito. Este artigo estava muito relacionado à promoção da saúde. Atualmente é vista como uma ferramenta essencial para lidar com os sistemas de saúde cada vez mais complicados (Peres, 2023).

A definição do termo evoluiu de uma definição apenas cognitiva para uma que engloba aspectos pessoais e sociais do indivíduo, considerando-o como a capacidade de tomar decisões fundamentadas em situações do dia-a-dia (Pedro; Amaral; Escoval, 2016)

O LS, conforme definido pela OMS em 1998, representa um conjunto integrado de competências cognitivas e sociais que capacitam indivíduos a acessar, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde de forma crítica, promovendo tomadas de decisão autônomas e eficazes no cuidado com o bem-estar individual e coletivo. Essa concepção multidimensional, que engloba desde a obtenção de fontes confiáveis até a utilização prática do conhecimento, supera a visão reducionista do mero domínio de leitura, posicionando-se como um determinante social fundamental para a equidade em saúde e a efetiva participação cidadã nos processos de saúde-doença (Ahrens et al., 2022).

Posteriormente, em 2013, essa definição foi ampliada para incluir a busca autônoma como um componente fundamental no processo de aquisição de competências em saúde. Além disso, o LS passou a ser reconhecido como um determinante, mediador e moderador dos resultados em saúde, destacando-se como uma ferramenta essencial para que a população alcance melhores condições de saúde e bem-estar (Thern; Ramstedt; Svensson, 2020).

Destaca-se que essa evolução conceitual evidencia a importância do LS como um elemento central para a promoção de práticas saudáveis e a redução de desigualdades no acesso à informação e aos serviços de saúde (Nutbeam; Muscat, 2021).

No Brasil, o termo “letramento” foi introduzido pela primeira vez por Mary Kato em sua obra “No mundo da escrita: uma perspectiva psicolinguística”. Nesse livro, a autora define o letramento como a capacidade de utilizar a variedade culta da língua, estabelecendo uma relação direta com o processo de alfabetização (Kleiman, 1995). Dessa forma, os conceitos de alfabetização e letramento se entrelaçam, sobrepõem-se e, em alguns contextos, até se confundem (Soares, 2004).

Posteriormente, em 1988, Leda Verdiani ampliou o conceito de letramento, descrevendo-o como um processo sócio-histórico relacionado à aquisição de um sistema

escrito por uma sociedade, distanciando-o da ideia de alfabetização individual (Kleiman, 1995).

A investigação do letramento deve ir além dos indivíduos alfabetizados, abrangendo também as consequências da ausência da escrita em nível social. Além disso, é necessário analisar como as características da estrutura social influenciam o nível de letramento tanto de alfabetizados quanto de não alfabetizados, uma vez que a escrita e o letramento são simultaneamente causa e consequência de transformações sociais, culturais e psicológicas (Tfouni, 2006).

Já em 1999, Bernard Lahire, em seu livro “*L’invention de l’illettrisme*”, esclarece que o termo *illettrisme* foi cunhado para caracterizar jovens e adultos com um domínio precário das competências de leitura e escrita, o que dificulta sua inserção no mundo social e no mercado de trabalho. Essa abordagem reforça a importância de compreender o letramento não apenas como uma habilidade individual, mas como um fenômeno que reflete e impacta as dinâmicas sociais e econômicas (Soares, 2004).

Tabela 1- Linha do tempo sobre o letramento em saúde em nível nacional, do surgimento do termo no Brasil.

Autores	SURGIMENTO DO TERMO NO BRASIL
Mary Kato (1986)	Os primeiros registros do conceito no país, conforme demonstrado paralelamente ao desenvolvimento de noções correlatas em outros territórios, a exemplo do 'illettrisme' francês e da 'literacia' portuguesa.
Leda Verdiani (1988)	Conceituou Alfabetização e Letramento.
Magda Soares (2004)	Diferenças entre Letramento e Alfabetização no Brasil.
Carthery-Goulart (2009)	Primeira avaliação de Letramento em Saúde.
Helena Alves et al. (2012)	Ponderações e conceitos sobre Letramento Funcional em Saúde.
Helena Alves et al. (2019)	Livro Letramento Funcional em Saúde.
Katarinne Lima et al. (2021)	Validação do Health Literacy Questionnaire e (HLQ).

Fonte: Martins et al., 2022.

O LS é frequentemente associado ao conceito de Letramento Funcional em Saúde (LFS), que se refere à capacidade do indivíduo de compreender e aplicar informações relacionadas à saúde em situações cotidianas, transcendendo a simples leitura e escrita (Passamai et al., 2012).

Essa funcionalidade está intrinsecamente ligada às competências cognitivas e sociais necessárias para a tomada de decisões autônomas e conscientes no âmbito da saúde (Nutbeam, 2008).

Apesar de sua relevância, não há um consenso na literatura sobre uma definição única para o LFS, dada a multiplicidade de habilidades e dimensões envolvidas no processo de "ser letrado em saúde" (Passamai et al., 2012). Estudos contemporâneos destacam que o LFS não se restringe a um conjunto fixo de competências, mas abrange a aplicação prática dessas habilidades em contextos reais, ultrapassando o ambiente clínico tradicional (Mantwill; Monestel-Umana; Schulz, 2015).

Nessa perspectiva, Berkman, Davis e McCormack (2010) fundamentam sua definição descrevendo o LS como "o grau em que os indivíduos são capazes de obter, processar, compreender e comunicar informações básicas em saúde, necessárias para a tomada de decisões informadas". Essa abordagem reforça a ideia de que o LS é um processo dinâmico, influenciado por fatores socioculturais, educacionais e comunicacionais (Paasche-Orlow; Wolf, 2007).

Diante disso, percebe-se que o LFS não se limita à aquisição de conhecimentos, mas envolve a autonomia e o empoderamento dos indivíduos para gerenciar sua própria saúde, refletindo uma visão mais humanizada e integral do cuidado (Sørensen et al., 2012).

Inicialmente, para avaliar o nível de LS, eram utilizados instrumentos genéricos, como o *Slosson Oral Reading Test-Revised (SORT-R)* e *Wide Range Achievement Test-Revised (WRAT-R)*. Embora esses instrumentos pudessem fornecer uma noção geral do nível de letramento dos pacientes, eles não eram capazes de medir especificamente o LS. O primeiro instrumento desenvolvido exclusivamente para avaliar o LS foi o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*, criado em 1991 por Davis et al. nos Estados Unidos (Murphy, et. al. 1993).

Para aprimorar a avaliação do LS, foi criado o *TOFHLA*. O *TOFHLA* foi reconhecido como um indicador válido e confiável para medir a capacidade dos pacientes de compreender materiais relacionados à saúde, tornando-se uma ferramenta importante para avaliar o LS de forma mais abrangente e precisa (Parker, et. al, 1993). Em 2009, foi realizada a primeira avaliação do LS no Brasil, utilizou a versão reduzida do instrumento *TOFHLA-S* (Carthery-Goulart et al., 2009).

4. CAMINHO METODOLÓGICO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza quantitativa, transversal, analítico/descritiva, em que a amostra foi composta por profissionais de saúde e cuidadores informais de crianças vinculadas a um SAD.

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas distintas:

Primeira etapa: levantamento de informações junto ao SAD;

Segunda Etapa: Aplicação de instrumentos de coleta de dados à equipe do SAD e aos cuidadores das crianças;

Terceira Etapa: Alimentação do banco de dados e análise do material registrado.

4.1 Amostra

Foram convidados para participar desta pesquisa, profissionais de saúde e cuidadores de crianças vinculadas a um SAD.

O serviço em questão está situado em Palmas-TO, uma das capitais da Amazônia Legal. Foi implantado no dia 5 de junho de 2014, funcionando em conjunto com o Hospital Geral de Palmas. Atualmente, atende tanto pacientes adultos quanto pediátrico em todo o município.

4.2 Instrumentos de coleta de dados

-Questionários sociodemográficos (APÊNDICE A): foi aplicado aos profissionais de saúde e cuidadores informais de crianças vinculados ao SAD. O questionário apresenta variáveis relacionadas a aspectos sociodemográficos, tais como idade, sexo, renda familiar, tempo de atuação no SAD, escolaridade, etc.

-HLQ-Br (ANEXO 1) - para analisar as condições de LS de profissionais vinculados ao programa de AD em uma capital da Amazônia Legal Brasileira. Para isso, foi utilizado o instrumento HLQ-Br, que permite avaliar as competências e habilidades relacionadas ao LS.

- Para avaliar cuidadores informais foi utilizado B-THOFLA (ANEXO 2) consiste em um instrumento multidimensional composto por 44 itens distribuídos em nove escalas distintas, podendo ser aplicado de forma autoadministrada ou mediante entrevista. Este questionário avalia diversas dimensões do LS, incluindo: a percepção de compreensão e apoio por parte dos profissionais de saúde (4 itens); a disponibilidade de informações suficientes para o cuidado da saúde (4 itens); o envolvimento ativo no autocuidado (5 itens); o acesso a suporte social relacionado à saúde (5 itens); a capacidade de avaliar criticamente as informações em saúde (5 itens); a habilidade de interagir efetivamente

com os profissionais de saúde (5 itens); a competência para navegar no sistema de saúde (6 itens); a capacidade de encontrar informações de saúde confiáveis (5 itens); e o entendimento das informações sobre saúde com subsequente aplicação prática (5 itens). Esta estrutura multidimensional permite uma avaliação abrangente das competências em saúde dos indivíduos (Moraes et al., 2020).

4.3 Variáveis da Pesquisa

As variáveis independentes compõem o Questionários Sociodemográficos (APÊNDICE A e B) foram selecionadas a partir dos campos presentes no “Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da AD (IAEC-AD)” (ANEXO 3), “Instrumento de Avaliação Critérios da Elegibilidade e Complexidade da AD (IAEC-AD)” (ANEXO 4), na “ficha social” e “ficha de solicitação de AD” (ANEXO 5).

Foram considerados como variáveis de desfecho os escores obtidos nas escalas do HLQ-Br (ANEXO 1) e no instrumento B-THOFLA (ANEXO 2).

4.4 Primeira Etapa: levantamento de informações junto ao SAD

O pesquisador desta pesquisa realizou agendamento do dia/horário com o profissional responsável pelo sistema de informação do SAD, para acesso às informações solicitadas. Às mesmas foram disponibilizadas em formato eletrônico, em banco de dados, e enviadas por e-mail ao pesquisador. A referida etapa ocorreu em agosto/2024 a janeiro de 2025.

4.5 Segunda Etapa: Aplicação de instrumentos de coleta de dados à equipe do SAD e aos cuidadores das crianças

O convite e agendamento da coleta de dados, junto aos profissionais do SAD, foram realizados por contato telefônico, ligação e/ou mensagem via WhatsApp. Para coleta de dados foi aplicado instrumento com questões questionários Socioeconômico para cuidadores (APÊNDICE B). O questionário B-TOFLHA foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores (Baker et al., 1999) e, posteriormente, foi traduzido e validado no Brasil (Carthery-Goulart et al., 2009).

Optou-se por usar este instrumento por ele apresentar abordagem ampla, que extrapola a habilidade para o reconhecimento de palavras ou a simples compreensão de um texto (Passamai et al., 2012).

Para aplicação do B-TOFLHA (ANEXO 2) aos familiares cuidadores informais, foi realizada visita no domicílio destas pessoas, a qual foi previamente agendada, via contato telefônico, de modo a atender a disponibilidade e conforto dos sujeitos.

Para esta etapa foi usado, face a face, por uma equipe devidamente treinada para tal finalidade, sendo composta por dois alunos de iniciação científica e dois profissionais de saúde. A referida etapa ocorreu de setembro/2024 a fevereiro/2025.

4.6 Terceira Etapa: Alimentação do banco de dados e análise do material registrado

O instrumento HLQ-Br foi analisado considerando suas nove escalas de forma independente, uma vez que não apresenta um escore global para avaliação do LS. Essa abordagem permite uma análise multidimensional, identificando tanto as potencialidades quanto as limitações individuais em relação ao LS, conforme preconizado por (Moraes, 2021).

A fase inicial da análise consistiu em uma exploração descritiva dos dados. Para as variáveis categóricas, foram computadas as frequências absolutas (n) e relativas [f(%)]. Já para as variáveis contínuas, calcularam-se medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, intervalo de confiança de 95%, intervalo interquartil, além dos valores (mínimo e máximo).

A avaliação da normalidade dos dados foi realizada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Considerando esses achados, os procedimentos inferenciais foram adaptados para garantir a robustez dos resultados. Empregou-se a técnica de bootstrapping com 1.000 reamostragens para corrigir possíveis desvios de normalidade e discrepâncias no tamanho dos grupos. Para comparações entre grupos, utilizou-se o teste t de Student para variáveis dicotômicas e ANOVA One Way para variáveis politômicas. Nas situações em que a ANOVA indicou diferenças significativas, aplicou-se o teste Post Hoc para análises pareadas (Field, 2021).

A consistência interna do HLQ-Br foi minuciosamente avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, complementado por análise de variância (ANOVA). Esta avaliação incluiu estatísticas item a item, com cálculo de médias, desvios padrão e correlações item-total corrigidas. A confiabilidade das escalas foi verificada tanto no conjunto total quanto individualmente. Adicionalmente, a análise de correlação intraclass (ICC) forneceu insights sobre a concordância entre avaliadores e entre as diferentes escalas. As relações entre as escalas foram ainda examinadas através do teste de correlação de Spearman (Field, 2021). Todo o processamento estatístico foi utilizando

os softwares Microsoft Excel®, R v.4.4.3 (ambiente RStudio®) e IBM® SPSS®, adotando-se como limiar de significância o valor de $p < 0,05$ para todos os testes.

Em relação ao instrumento B-TOFLHA, considerando que permite avaliar a capacidade de leitura por meio de 36 itens e inclui outros quatro tópicos para a análise do numeramento, levando cerca de 12 minutos para ser aplicado, e que a pontuação total é de 100 pontos, sendo 72 referentes à leitura (peso 2 para cada item) e 28 referentes ao numeramento (peso 7 para cada item) (Carthery-Goulart et al., 2009), conforme o valor total obtido, o respondente foi classificado em três níveis de LFS: inadequado (de 0 a 53 pontos), marginal (de 54 a 66 pontos) ou adequado (de 67 a 100 pontos) (Carthery-Goulart et al., 2009). Registra-se que neste, como já observado em outro estudo (Campos et al., 2020), foi atribuído um “nível baixo” às participantes com classificação inadequada ou marginal no B-TOFLHA.

O processo de análise dos dados foi conduzido em etapas sequenciais, contemplando desde a caracterização inicial da amostra até análises inferenciais robustas. Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva abrangente, onde foram calculadas medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, intervalo de confiança de 95%, intervalo interquartil e valores extremos) para as variáveis contínuas, enquanto para as variáveis categóricas foram obtidas frequências absolutas e relativas.

A avaliação dos pressupostos paramétricos através do teste de Shapiro-Wilk revelou que todas as dimensões do instrumento (B-THOFLA) - Compreensão, Numeramento e Escore Total - apresentavam distribuição não paramétrica ($p < 0,001$). Este achado demandou a adoção de estratégias analíticas específicas para garantir a validade dos resultados. Para tanto, implementou-se procedimentos de bootstrapping com 1.000 reamostragens, técnica que confere robustez às estimativas ao corrigir potenciais desvios de normalidade e heterogeneidade no tamanho dos grupos.

As análises inferenciais incluíram o teste t de Student para comparações entre grupos dicotômicos e ANOVA unidirecional para variáveis politômicas, complementadas por testes Post Hoc quando indicados. Adicionalmente, considerando a natureza não paramétrica dos dados, optou-se pela utilização complementar de árvores de decisão de regressão, método particularmente adequado por sua resistência a outliers e capacidade de capturar relações não lineares entre variáveis.

Todo o processamento estatístico foi realizado utilizando uma combinação estratégica de softwares: Microsoft Excel® para organização inicial dos dados, R v.4.4.3 através do ambiente RStudio® para análises principais, e IBM SPSS® para validações

adicionais. Todos os testes foram conduzidos com nível de significância estabelecido em 5% ($\alpha = 0,05$), garantindo o rigor metodológico necessário para um estudo desta envergadura.

4.7 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos nesta pesquisa, cuidadores informais de crianças vinculadas ao SAD há pelo menos 30 dias, e aqueles com 18 anos ou mais; e profissionais de saúde que atuassem há ao menos 06 (seis) meses no SAD.

4.8 Aspectos éticos

Essa pesquisa atende aos preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/12, que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), e foi iniciada após aprovação em CEP com número aprovação: CAAE: 77989524.8.0000.5519.

4.9 Riscos

Para garantir o bem-estar e os direitos dos participantes, foram adotadas diversas precauções durante a pesquisa:

Privacidade e Conforto: Todos os questionários foram aplicados em ambiente reservado, garantindo total privacidade aos participantes. Caso algum participante se sentisse constrangido ou desconfortável, tinha plena liberdade para interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Antes do início, cada voluntário recebeu explicações claras sobre os objetivos da pesquisa por meio da leitura detalhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), reforçando que sua colaboração era inteiramente voluntária.

Todas as informações obtidas passaram por processo de criptografia e foram guardadas em bancos de dados seguros, com acesso limitado apenas a pessoal autorizado, em estrito cumprimento às regras estabelecidas pela Resolução CNS 510/2016. Foram implementadas medidas específicas para preservar a identidade dos colaboradores da pesquisa, impedindo que seus nomes ou características pessoais fossem vinculados aos resultados.

Para não sobrecarregar as pessoas que contribuíram com o estudo, o cronograma previa intervalos periódicos durante os questionários. Os aplicadores ficavam atentos ao estado físico e emocional de cada um, modificando a cadência dos trabalhos quando preciso, criando assim uma atmosfera tranquila para o desenvolvimento das atividades.

Essas ações demonstram o comprometimento do estudo com os mais altos padrões éticos, colocando em primeiro lugar o respeito integral aos direitos e ao bem-estar dos voluntários.

5. RESULTADOS

O presente estudo avaliou 66 participantes, divididos em: 30 (45,5%) cuidadores informais e 36 (54,5%) profissionais vinculados ao programa de AD. Foram aplicados três questionários de coleta de dados. Para ambos os grupos, foi aplicado um questionário sociodemográfico. Os outros dois instrumentos de coleta de dados foram: B-THOFLA (aplicado para o grupo de cuidadores informais) e o HLQ-Br, versão traduzida para o português e validada para o Brasil, aplicado para o grupo de profissionais vinculados ao programa de AD.

5.1- Descrição do Modelo Assistencial e Perfil Epidemiológico

Este serviço funciona de maneira descentralizada, as equipes são distribuídas por regiões na cidade e complexidade de caso clínico. Os serviços são ofertados através de encaminhamento: hospitais, unidade básica saúde, UPAS e centros de saúde. Os atendimentos são realizados por equipes multiprofissionais vinculados ao Governo do Estado do Tocantins, no domicílio, com funcionamento de segunda a domingo das 7h às 01h.

Tabela 2- Análise e Distribuição Percentual das Principais Patologias em Crianças Atendidas pelo SAD. Palmas, TO, Brasil, 2025

CID 10	Patologia	Nº de Ocorrências	Percentual (%)
G12	Atrofia muscular Espinal e Síndromes Correlatas	7	14,9%
G91	Hidrocefalia	5	10,6%
G40	Epilepsia (síndromes epiléticas)	5	10,6%
G80	Paralisia cerebral	4	8,5%
P916	Encefalopatia hipóxico-isquêmica do recém-nascido	4	8,5%
Q02	Microcefalia	3	6,4%
J21	Bronquiolite aguda	1	2,1%
G934	Encefalopatia não especificada	1	2,1%
P94	Transtornos do tônus muscular do recém-nascido	1	2,1%
I46	Parada cardíaca	1	2,1%
J040	Laringite aguda	1	2,1%
Q64	Malformações congênitas do aparelho urinário	1	2,1%
G63	Polineuropatia	1	2,1%
Q21	Malformações congênitas dos septos cardíacos	1	2,1%
P77	Enterocolite necrotizante do recém-nascido	1	2,1%
Q31	Malformações congênitas da laringe	1	2,1%
G03	Meningite não especificada	1	2,1%
Z515	Cuidado paliativo	1	2,1%

CID 10	Patologia	Nº de Ocorrências	Percentual (%)
K59.1	Diarreia funcional	1	2,1%
I698	Sequelas de doenças cerebrovasculares	1	2,1%
Q05	Espinha bífida	1	2,1%
Q79	Malformações osteomusculares	1	2,1%
M41	Escoliose	1	2,1%
G130	Neuromiopia paraneoplásica	2	4,3%
I25	Doença isquêmica crônica do coração	1	2,1%
G93	Outros transtornos do encéfalo	1	2,1%
Total	47 registros analisados		100%

Legenda: CID 10: Código da Classificação Internacional de Doenças; Patologia: Descrição da doença ou condição de saúde. Nº de Ocorrências: Quantidade de casos registrados para cada patologia. Percentual (%): Proporção de cada patologia em relação ao total de registros (47 casos).

Fonte: elaborada pelo autor.

O estudo evidenciou um perfil epidemiológico distinto entre as 47 patologias em crianças, com predominância de condições neurológicas e malformações congênitas. A Atrofia Muscular Espinhal e síndromes correlacionadas (CID G12) emergiu como a condição mais frequente, correspondendo a 14,9% da amostra (n=7). Padrões similares de prevalência foram observados para Hidrocefalia (CID G91) e Epilepsia (CID G40), cada uma representando 10,6% dos registros (n=5). Chama atenção que Paralisia Cerebral (CID G80) e Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica Neonatal (CID P91.6) apresentaram incidências equivalentes de 8,5% (n=4 casos cada), enquanto a Microcefalia (CID Q02) foi identificada em 6,4% da população estudada (n=3). Coletivamente, essas seis patologias concentraram 59,5% do total de ocorrências, configurando-se como as condições mais representativas na casuística analisada.

O espectro restante de diagnósticos revelou uma distribuição fragmentada entre 21 condições distintas, sendo que a maioria (20 patologias) apresentou apenas um caso registrado (2,1% cada), com exceção da Neuromiopia Paraneoplásica (CID G13.0), que foi documentada em dois pacientes (4,3%).

Dentre as condições menos prevalentes, destacaram-se manifestações agudas como Bronquiolite (CID J21) e Laringite (CID J04.0), além de diversas malformações congênitas envolvendo sistemas cardíaco (CID Q21), urinário (CID Q64) e musculoesquelético (CID Q79).

A heterogeneidade desses achados, que em conjunto representam 46,8% dos casos distribuídos em múltiplas entidades nosológicas, reflete a complexidade clínica característica da população investigada. Particularmente relevante foi a identificação de registros de Cuidado Paliativo (CID Z51.5), indicando a necessidade de abordagens terapêuticas diferenciadas para subgrupos específicos de pacientes dentro da amostra estudada.

5.2- Resultados da Aplicação do HLQ-Br nos profissionais de saúde do SAD

A caracterização da amostra revelou um perfil predominante de profissionais do sexo feminino (77,8%), com média de idade de 39,7 anos (DP=9,9), variando entre 25 e 61 anos, sendo que 83,3% dos participantes tinham mais de 30 anos. Quanto à situação conjugal, 61,1% dos profissionais viviam com companheiro, enquanto 38,9% estavam sem companheiro no momento da pesquisa. A análise do nível educacional demonstrou elevada qualificação, com 38,9% possuindo ensino superior completo, 27,8% com pós-graduação, 11,1% com mestrado e 19,4% com ensino médio como grau máximo de escolaridade, não havendo registros de participantes com apenas ensino fundamental (2,8% não informaram) (Tabela 03).

No âmbito profissional, observou-se tempo médio de atuação SAD de 34,5 meses (DP=32,5), variando de 1 a 136 meses, sendo que 52,8% dos profissionais estavam vinculados ao serviço há até 24 meses. O regime de trabalho predominante foi o plantão diurno (91,7%), seguido por horário comercial (5,6%) e plantão noturno (2,8%) (Tabela 03).

A formação profissional mostrou-se diversificada, com maior representatividade de técnicos de enfermagem (22,2%), enfermeiros (19,4%), fisioterapeutas (16,7%) e médicos (16,7%), além de outras formações como cirurgião-dentista, assistente social e fonoaudiólogo (5,6% cada), e farmacêutico, nutricionista e profissional administrativo (2,8% cada) (Tabela 03).

O tempo médio de formação foi de 124,9 meses (DP=97,6), variando entre 3 e 384 meses, com 76,7% dos profissionais formados há até 120 meses. Quanto à atualização profissional, 66,7% dos participantes relataram engajamento em atividades de capacitação, enquanto 25% declararam não participar e 10% não responderam a este quesito (Tabela 03).

Tabela 03- Caracterização sociodemográfica descritiva dos 36 profissionais vinculados ao programa de atenção domiciliar. Palmas, TO, Brasil, 2025.

Variáveis (N=36)	N	f(%)
Idade (anos)		
Até 30 anos	6	16,7
Acima de 30 anos	30	83,3
Média (DP)	39,7 ($\pm$ 9,9)	
Mín – Máx	25 – 61	
Sexo		
Masculino	8	22,2
Feminino	28	77,8
Escolaridade		
Ensino fundamental	0	0,0
Ensino médio	7	19,4
Ensino superior	14	38,9
Pós-graduação	10	27,8
Mestrado	4	11,1
Não respondeu	1	2,8
Situação Conjugal		
Sem companheiro	14	38,9
Com companheiro	22	61,1
Tempo SAD (meses)		
Até 24 meses	19	52,8
Acima de 24 meses	17	47,2
Média (DP)	34,5 ($\pm$ 32,5)	
Mín – Máx	1 – 136	
Horário de Trabalho		
Plantão diurno	33	91,7
Horário comercial	2	5,6
Plantão noturno	1	2,8
Formação		
Técnico de Enfermagem	8	22,2
Enfermeiro	7	19,4
Fisioterapeuta	6	16,7
Médico	6	16,7
Assistente Social	2	5,6
Cirurgião Dentista	2	5,6
Fonoaudiólogo	2	5,6
Administrativo	1	2,8
Farmacêutico	1	2,8
Nutricionista	1	2,8
Participa de Atualização		
Sim	24	66,7
Não	9	25,0
Não respondeu	3	10,0
Tempo de Formado (meses)		
Até 120 meses	23	76,7
Acima de 120 meses	13	43,3
Média (DP)	124,9 ($\pm$ 97,6)	

Legenda: N: amostra total; n: frequência absoluta; f(%): frequência relativa percentual; DP: desvio padrão; Mín.: valor mínimo; Máx.: valor máximo; SM: salário-mínimo (referência: 1 SM = R\$ 1.518,00). Fonte: elaborada pelo autor.

Estes resultados delineiam um perfil profissional predominantemente feminino, com elevada qualificação acadêmica e tempo considerável de experiência profissional, embora com vinculação relativamente recente ao serviço de AD na maioria dos casos. O expressivo envolvimento em atividades de atualização profissional (66,7%) sugere um comprometimento significativo com a educação continuada nesta população.

A diversidade de formações profissionais reflete a natureza interdisciplinar característica dos serviços de AD, com predominância de profissionais da área da saúde, especialmente da enfermagem e fisioterapia. O tempo médio de formação superior a 10 anos (124,9 meses), associado ao fato de que a maioria (76,7%) se formou há até 10 anos, indica um equilíbrio entre experiência profissional e atualização de conhecimentos na amostra estudada.

A normalidade das distribuições das nove escalas do questionário HLQ-Br foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk, adequado para amostras pequenas ($n=36$). Os resultados indicaram que cinco escalas apresentaram distribuição compatível com a normalidade ($p>0,05$): Escala 01- Sentido de apoio social para a saúde: Questões Q1 a Q5 ($p=0,104$), Escala 03- Atividades de cuidado de saúde feitas ativamente: Questões Q11 a Q15 ($p=0,089$), Escala 04- Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde: Questões Q16 a Q20 ($p=0,066$), Escala 06- Capacidade de engajar-se com profissionais de saúde: Questões Q24 a Q29; ($p=0,264$), Escala 07- Navegar pelo sistema de saúde: Questões Q30 a Q35 ($p=0,435$) e Escala 08- Encontrar informações de saúde: Questões Q36 a Q40 ($p=0,179$). Já as demais escalas apresentaram distribuição significativamente diferente da normal ($p<0,05$): Escala 02- compreensão das informações suficientes para cuidar da própria saúde: Questões Q6 a Q10 ($p=0,004$), Escala 05- Compreensão das informações de saúde bem o suficiente para saber o que fazer: Questões Q21 a Q23 ($p<0,001$), e Escala 09 - Compreensão das informações de saúde o suficiente para saber o que fazer: Questões Q41 a Q44 ($p=0,018$) (Tabela 04).

Tabela 04- Estatística descritiva das nove escalas do Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) dos 36 profissionais vinculados ao programa de atenção domiciliar. Palmas, TO, Brasil, 2025.

HLQ-Br	Média	DP	CV	IC95%		Mediana	IIQ		Mín	Máx
				Menor	Maior		Q1	Q3		
Escala 1	3,22	0,41	12,7%	3,08	3,36	3,25	2,94	3,50	2,25	4,00
Escala 2	3,18	0,52	16,3%	3,00	3,36	3,00	2,75	3,56	2,50	4,00
Escala 3	2,96	0,41	13,7%	2,82	3,10	3,00	2,60	3,25	2,20	3,60
Escala 4	3,00	0,46	15,2%	2,85	3,15	2,90	2,60	3,40	2,20	3,80
Escala 5	3,23	0,46	14,4%	3,08	3,39	3,20	2,80	3,80	2,40	4,00
Escala 6	3,87	0,62	16,1%	3,66	4,08	3,90	3,55	4,40	2,20	5,00
Escala 7	3,73	0,54	14,5%	3,54	3,91	3,67	3,33	4,00	2,50	5,00
Escala 8	3,89	0,65	16,8%	3,67	4,12	3,90	3,40	4,25	2,00	5,00
Escala 9	3,92	0,64	16,3%	3,71	4,14	3,80	3,60	4,60	2,00	5,00

Legenda: DP: desvio padrão; CV: coeficiente de variação; IC95%: intervalo de confiança de 95%; %; IIQ: intervalo interquartil; Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil; Mín.: valor mínimo; Máx.: valor máximo.

Fonte: elaborada pelo autor.

Os resultados descritivos das nove escalas do HLQ-Br aplicadas aos 36 profissionais do programa de AD revelaram um perfil heterogêneo de LS. As médias das escalas variaram entre 2,96 e 3,92, em uma distribuição que mostrou desde percepções moderadas até elevadas competências em saúde (Tabela 04).

Os resultados obtidos nas cinco escalas de mensuração (com amplitude de respostas variando entre 1 e 4 pontos) permitiu identificar padrões distintos de desempenho entre os itens avaliados. A Escala 5 ("Competência na avaliação de informações em saúde") destacou-se com a média mais elevada ($3,23 \pm 0,46$), revelando que os participantes manifestam elevado grau de confiança quando confrontados com a necessidade de analisar e interpretar dados clínicos e científicos. Esse achado contrasta significativamente com os resultados da Escala 3 ("Habilidade para trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais"), que apresentou o menor valor médio ($2,96 \pm 0,41$), sugerindo a existência de barreiras mais pronunciadas no que diz respeito à integração efetiva entre diferentes especialidades da área da saúde. No tocante às escalas remanescentes (1, 2 e 4), os escores médios oscilaram em torno do valor mediano da escala (3,00), denotando avaliações que não se inclinaram substancialmente para nenhum dos polos extremos do instrumento de medida (Tabela 04).

No grupo das Escalas 6 a 9 (com intervalo de 1 a 5), os escores foram consistentemente mais elevados. A Escala 9 ("Compreensão da informação de saúde suficiente para saber o que fazer") alcançou a maior média entre todas as escalas (3,92; DP=0,64), seguida pelas Escalas 8 (3,89; DP=0,65), 6 (3,87; DP=0,58) e 7 (3,73; DP=0,56), indicando maior confiança dos profissionais em acessar, compreender e aplicar informações de saúde na prática. A análise da variabilidade dos dados mostrou coeficientes de variação entre 12,7% (Escala 1) e 16,8% (Escala 8), revelando desde respostas relativamente homogêneas até maior dispersão nas percepções (Tabela 04).

As medianas acompanharam de perto as médias em todas as escalas, sugerindo distribuições simétricas, com exceção de algumas escalas que apresentaram assimetria leve. A amplitude total das respostas foi particularmente notável nas Escalas 6 a 9, onde os valores mínimos chegaram a 2,00 e os máximos atingiram o limite superior da escala (5,00), demonstrando considerável variabilidade interindividual nas percepções de competência (Tabela 04).

Estes achados sugerem que, em geral, os profissionais do programa de AD percebem-se como competentes em relação ao LS, especialmente no que diz respeito à compreensão e aplicação prática das informações (Escalas 6-9).

Contudo, as dimensões relacionadas à interação ativa com outros profissionais e ao manejo da informação (particularmente a Escala 3) emergem como áreas que poderiam se beneficiar de intervenções específicas para fortalecimento de habilidades. A variabilidade observada entre os participantes aponta para a necessidade de abordagens diferenciadas que considerem as distintas necessidades de capacitação dentro da equipe multiprofissional (Tabela 04).

Registra-se que foram identificadas diferenças significativas quando as dimensões foram estratificadas por características sociodemográficas e profissionais. Com relação à idade, observou-se que profissionais com até 30 anos apresentaram médias mais elevadas na maioria das escalas do HLQ-Br, com destaque para a Escala 4 ("Sentir-se compreendido e apoiado por profissionais de saúde"), que mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,029$). Esse resultado sugere que os profissionais mais jovens percebem maior apoio dos serviços de saúde em comparação com seus colegas mais experientes (Tabela 05).

Quanto ao sexo, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, os profissionais do sexo masculino apresentaram médias ligeiramente superiores nas escalas relacionadas ao manejo de informações em saúde (Escalas 6 a 9), particularmente na Escala 9 ("Entender informações de saúde bem o suficiente para saber

o que fazer"). Essa tendência, ainda que não significativa, pode indicar diferenças sutis na autopercepção de competência entre gêneros (Tabela 05).

Na análise por escolaridade, as médias foram relativamente homogêneas, exceto na Escala 3 ("Ativamente engajado com profissionais de saúde"), em que se observou uma tendência de maior pontuação entre profissionais com ensino médio (média = 3,06) em comparação com aqueles com mestrado (média = 2,55), com valor de p próximo ao limiar de significância ($p = 0,056$). Esse achado sugere que níveis intermediários de escolaridade podem estar associados a maior percepção de engajamento com a equipe de saúde (Tabela 05).

O tempo de atuação no SAD mostrou-se relevante, com profissionais vinculados há até 24 meses apresentando médias significativamente maiores na Escala 4 ($p = 0,026$). Esse resultado indica que os profissionais mais novos no programa percebem maior apoio dos serviços de saúde, possivelmente refletindo um efeito de novidade ou maior satisfação inicial com o trabalho (Tabela 05).

A jornada de trabalho emergiu como uma variável fortemente associada aos escores de letramento. Profissionais em horário comercial obtiveram médias significativamente superior nas Escalas 1, 3 e 4, com destaque para a Escala 4 ($p = 0,001$), sugerindo que rotinas de trabalho mais estáveis estão relacionadas a maior percepção de apoio e engajamento com os serviços de saúde (Tabela 05).

A análise comparativa entre as categorias profissionais revelou que os médicos obtiveram os resultados mais elevados na maior parte das escalas avaliadas. Destaca-se a diferença estatisticamente significativa observada na Escala 2 ("Ter suporte adequado para o manejo da saúde"; $*p = 0,006$), fato que sugere uma correlação entre a formação em Medicina e uma percepção mais consolidada de domínio no processamento de informações relacionadas à saúde. Em contrapartida, os assistentes sociais apresentaram os índices mais baixos na maioria dos parâmetros analisados, indicando uma demanda por iniciativas de capacitação voltadas especificamente para essa categoria profissional (Tabela 05).

Tabela 05- Avaliação das nove escalas do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) dos 36 profissionais vinculados ao programa de atenção domiciliar avaliados, estratificadas pelas variáveis sociodemográficas. Palmas, TO, Brasil, 2025.

Variáveis (N=36)	Escala 1		Escala 2		Escala 3		Escala 4		Escala 5		Escala 6		Escala 7		Escala 8		Escala 9	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade (anos)																		
Até 30 anos	3,46	0,40	3,25	0,59	3,17	0,43	3,37	0,23	3,40	0,52	3,70	0,83	3,75	0,38	3,67	0,91	3,67	0,96
Acima de 30 anos	3,18	0,40	3,17	0,51	2,92	0,40	2,93	0,46	3,47	1,60	3,91	0,59	3,72	0,57	3,94	0,60	3,97	0,57
<i>p-valor</i>	0,1230		0,7250		0,1770		0,0290		0,9210		0,4670		0,9160		0,3580		0,2910	
Sexo																		
Masculino	3,34	0,46	3,00	0,61	2,85	0,48	2,88	0,50	3,15	0,58	3,90	0,53	3,81	0,38	3,90	0,44	4,10	0,51
Feminino	3,19	0,39	3,23	0,49	2,99	0,39	3,04	0,45	3,54	1,64	3,86	0,66	3,70	0,58	3,89	0,71	3,87	0,67
<i>p-valor</i>	0,3480		0,2710		0,3870		0,3870		0,5130		0,8890		0,6120		0,9790		0,3810	
Escolaridade																		
Ensino médio	3,25	0,58	3,25	0,46	3,06	0,32	3,09	0,40	3,23	0,37	4,00	0,64	3,59	0,69	3,97	0,45	3,97	0,45
Ensino superior	3,27	0,35	3,20	0,49	3,03	0,42	3,10	0,46	3,30	0,45	3,86	0,73	3,74	0,64	3,81	0,79	3,87	0,75
Pós-graduação	3,20	0,33	3,18	0,64	2,96	0,45	2,94	0,52	3,98	2,73	4,02	0,45	3,78	0,40	3,98	0,70	4,08	0,58
Mestrado	3,06	0,63	2,94	0,59	2,55	0,25	2,60	0,28	3,00	0,43	3,30	0,48	3,71	0,35	3,70	0,48	3,45	0,60
<i>p-valor</i>	0,9210		0,8570		0,0560		0,1030		0,5910		0,1510		0,9360		0,7920		0,4210	
Situação Conjugal																		
Sem companheiro	3,27	0,40	3,04	0,54	3,03	0,41	2,99	0,49	3,13	0,51	3,89	0,53	3,76	0,30	3,94	0,45	4,03	0,50
Com companheiro	3,19	0,42	3,27	0,49	2,92	0,40	3,01	0,44	3,66	1,82	3,86	0,69	3,70	0,65	3,86	0,77	3,85	0,72
<i>p-valor</i>	0,6000		0,1860		0,4330		0,8830		0,2940		0,9190		0,7580		0,7290		0,4340	
Tempo SAD (meses)																		
Até 24 meses	3,28	0,37	3,30	0,53	3,01	0,44	3,16	0,48	3,79	1,94	3,95	0,62	3,79	0,51	3,95	0,75	3,96	0,69
Acima de 24 meses	3,16	0,45	3,04	0,49	2,91	0,36	2,82	0,36	3,08	0,46	3,79	0,64	3,66	0,57	3,84	0,54	3,88	0,60
<i>p-valor</i>	0,4090		0,1380		0,4470		0,0260		0,1520		0,4530		0,4750		0,6150		0,7290	
Horário de Trabalho																		
Plantão diurno	3,22	0,41	3,14	0,50	2,93	0,41	3,02	0,45	3,45	1,53	3,90	0,64	3,70	0,55	3,88	0,65	3,92	0,65
Horário comercial	3,00	0,00	3,50	0,71	3,20	0,00	2,50	0,14	3,30	0,71	3,70	0,14	4,08	0,35	4,40	0,85	4,10	0,71
<i>p-valor</i>	0,0105		0,3326		0,0035		0,0010		0,8220		0,1590		0,0680		0,2870		0,7140	

Formação

Enfermeiro	3,14	0,35	3,21	0,42	2,89	0,38	3,11	0,51	4,51	3,16	3,77	0,42	3,62	0,33	3,66	0,54	3,83	0,37
Téc. de Enfermagem	3,25	0,53	3,28	0,43	3,05	0,30	3,10	0,37	3,30	0,40	4,05	0,61	3,69	0,69	4,05	0,48	4,05	0,48
Fisioterapeuta	3,08	0,38	2,88	0,31	2,87	0,39	3,00	0,31	3,13	0,41	3,80	0,52	3,39	0,36	3,60	0,47	3,83	0,54
Cirurgião Dentista	3,25	0,00	2,50	0,00	3,40	0,00	2,60	0,00	2,40	0,00	4,20	0,00	4,00	0,00	4,20	0,00	4,40	0,00
Médico	3,46	0,29	3,67	0,49	3,20	0,38	3,17	0,53	3,53	0,41	4,03	1,05	4,22	0,71	4,23	1,16	4,07	1,16
Assistente Social	2,88	0,18	2,50	0,00	2,50	0,42	2,50	0,42	2,70	0,14	3,30	0,42	3,50	0,24	3,50	0,14	3,20	0,57
Fonoaudiólogo	3,38	0,88	3,38	0,53	2,60	0,00	2,70	0,14	3,30	0,42	3,30	0,71	3,92	0,35	3,90	0,71	3,70	0,71
<i>p-valor</i>	0,6290		0,0060		0,0820		0,3130		0,5540		0,5890		0,2110		0,5450		0,6180	
Atualização																		
Sim	3,28	0,37	3,18	0,52	3,01	0,41	3,03	0,47	3,59	1,76	3,93	0,57	3,81	0,40	3,93	0,66	4,03	0,63
Não	3,14	0,44	3,11	0,56	2,82	0,38	2,96	0,44	3,13	0,52	3,73	0,66	3,57	0,59	3,78	0,60	3,60	0,62
<i>p-valor</i>	0,3560		0,7520		0,2430		0,7060		0,4530		0,4160		0,2000		0,5440		0,0940	
Tempo de Formado																		
Até 120 meses	3,32	0,37	3,35	0,50	3,03	0,40	3,17	0,42	3,71	1,77	3,88	0,59	3,73	0,53	3,83	0,74	3,91	0,67
Acima de 120 meses	3,06	0,43	2,88	0,43	2,83	0,40	2,69	0,34	3,00	0,45	3,86	0,70	3,72	0,58	4,02	0,47	3,94	0,61
<i>p-valor</i>	0,0690		0,0070		0,1500		0,0010		0,3010		0,9400		0,9410		0,4130		0,9240	

Legenda: N: amostra total; DP: desvio padrão.
Fonte: elaborada pelo autor.

Por fim, profissionais que relataram participar de atividades de atualização em saúde apresentaram médias ligeiramente superiores em quase todas as escalas, com destaque para a Escala 9 ($p = 0,094$). Embora não estatisticamente significativo, esse resultado aponta para uma possível associação positiva entre educação continuada e competência em saúde, reforçando a importância de investimentos em capacitação profissional (Tabela 05).

Em síntese, os achados evidenciam que fatores sociodemográficos e profissionais influenciam significativamente a autopercepção do LS, com destaque para idade, tempo de serviço, jornada de trabalho e formação profissional como variáveis particularmente relevantes. Esses resultados destacam a importância de considerar essas diferenças no planejamento de intervenções educacionais e organizacionais no contexto da AD.

A análise de correlação de Spearman revelou um padrão estruturado de associações entre as nove escalas do instrumento, demonstrando diferentes níveis de relação entre os construtos avaliados. Os resultados mostraram correlações estatisticamente significativas em diversas intensidades, indicando coerência interna relevante entre as dimensões mensuradas (Tabela 06).

A Escala 01 ("Sentir-se compreendido e apoiado por profissionais de saúde") apresentou correlações moderadas a fortes com várias outras escalas: Escala 02 ($\rho = 0.601$, $p < 0.01$), Escala 03 ($\rho = 0.527$, $p < 0.01$), Escala 04 ($\rho = 0.607$, $p < 0.01$) e Escala 05 ($\rho = 0.574$, $p < 0.01$). Correlações mais fracas, porém, ainda significativas, foram observadas com as Escalas 06 ($\rho = 0.344$, $p < 0.05$) e 07 ($\rho = 0.401$, $p < 0.05$), sugerindo que estes construtos compartilham dimensões comuns, embora com intensidades variadas (Tabela 06).

A Escala 02 ("Ter apoio suficiente para lidar com a saúde") destacou-se como um elemento central na rede de relações, demonstrando forte correlação com a Escala 05 ($\rho = 0.741$, $p < 0.01$) e associações moderadas com as Escalas 04, 07, 08 e 09. Este padrão sugere que a capacidade de obter apoio para o manejo da saúde está intimamente relacionada com múltiplos aspectos do LS (Tabela 06).

Um agrupamento particularmente consistente emergiu entre as Escalas 06 a 09, que avaliam aspectos mais cognitivos e aplicados do LS. As correlações mais fortes foram observadas entre: Escalas 06 e 09 ($\rho = 0.831$, $p < 0.01$), e entre Escalas 07 e 08 ($\rho = 0.735$, $p < 0.01$), indicando uma possível dimensão latente comum a estas escalas. Este achado sugere que habilidades como "Avaliar informações de saúde" (Escala 06) e "Compreender

informações para tomar decisões" (Escala 09) estão particularmente inter-relacionadas no contexto dos profissionais avaliados (Tabela 06).

Contrastando com estes resultados, algumas associações mostraram-se mais fracas ou não significativas, como entre a Escala 01 e Escala 09 ($\rho = 0.248$, $p = 0.146$). Esta baixa correlação sugere que a percepção de apoio dos profissionais de saúde (Escala 01) e a capacidade de compreender informações para ação (Escala 09) podem representar dimensões relativamente independentes do LS nesta população (Tabela 06).

Tabela 06- Correlação de Spearman entre as escalas do HLQ para os 36 participantes. Palmas, TO, Brasil, 2025.

Correlação de Spearman		Escala 1	Escala 2	Escala 3	Escala 4	Escala 5	Escala 6	Escala 7	Escala 8	Escala 9
Escala 1	ρ (rho)	1								
	p-valor	1								
Escala 2	ρ (rho)	0,601	1							
	p-valor	<0,000	1							
Escala 3	ρ (rho)	0,527	0,305	1						
	p-valor	0,0010	0,0700	1						
Escala 4	ρ (rho)	0,607	0,423	0,362	1					
	p-valor	<0,000	0,0100	0,0300	1					
Escala 5	ρ (rho)	0,574	0,741	0,210	0,498	1				
	p-valor	<0,000	<0,000	0,2200	0,0020	1				
Escala 6	ρ (rho)	0,3440	0,2850	0,1350	0,3030	0,4530	1			
	p-valor	0,0400	0,0910	0,4320	0,0730	0,0050	1			
Escala 7	ρ (rho)	0,401	0,367	0,368	0,180	0,437	0,562	1		
	p-valor	0,0150	0,0280	0,0270	0,2930	0,0080	<0,000	1		
Escala 8	ρ (rho)	0,292	0,431	0,238	0,152	0,381	0,725	0,735	1	
	p-valor	0,0840	0,0090	0,1630	0,3750	0,0220	<0,000	<0,000	1	
Escala 9	ρ (rho)	0,248	0,357	0,233	0,150	0,486	0,831	0,718	0,799	1
	p-valor	0,1460	0,0320	0,1720	0,3830	0,0030	<0,000	<0,000	<0,000	1

Legenda: N: amostra total; ρ (rho): coeficiente de correlação de Spearman.

Fonte: elaborada pelo autor.

O padrão geral de correlações positivas e significativas entre a maioria das escalas corrobora a validade convergente do instrumento, demonstrando que os diferentes construtos avaliados estão relacionados, mas mantendo especificidades que justificam sua avaliação separada. Estes resultados fornecem evidências da estrutura multidimensional do LS entre os

profissionais de AD, com relações diferenciadas entre os aspectos mais interpessoais (Escala 1-5) e os mais cognitivo-informacionais (Escala 6-9) do construto.

5.3- Resultado do Letramento em Saúde em Cuidadores Informais

O presente estudo avaliou uma amostra composta por 30 cuidadores informais residentes em Palmas, Tocantins, em 2025. A análise sociodemográfica revelou um perfil predominantemente feminino (96,7%), com média de idade de 32,2 anos (DP=7,4), variando entre 18 e 49 anos. A maioria dos participantes (53,3%) encontrava-se na faixa etária de até 30 anos (Tabela 07).

Quanto à composição étnica, observou-se predominância de participantes que se autodeclararam pardos (73,3%), seguidos por negros (20,0%) e brancos (6,7%). A distribuição por situação conjugal mostrou equilíbrio, com 50,0% dos participantes tendo companheiro e 50,0% sem companheiro. Em relação à escolaridade, a maior parte possuía ensino médio completo (63,3%), enquanto 20,0% tinham ensino fundamental e 16,7% ensino superior completo (Tabela 07).

No que concerne às características assistenciais, o tempo médio de acompanhamento no SAD foi de 23,1 meses (DP=2,9), com 66,7% dos participantes vinculados ao serviço há até 24 meses. A análise socioeconômica revelou que 43,3% dos cuidadores possuíam renda familiar de 1 salário-mínimo, enquanto 36,7% optaram por não declarar sua renda (Tabela 07).

Quanto ao tempo de residência em Palmas, a média foi de 193,3 meses (DP=127,4), com 53,3% morando na cidade há mais de 15 anos. A maioria dos participantes (53,3%) relatou possuir residência própria. Em relação ao apoio financeiro para tratamento, 66,7% declararam não receber qualquer auxílio externo. A atividade laboral mostrou que 70,0% dos cuidadores estavam envolvidos em alguma ocupação remunerada (Tabela 07).

Tabela 07- Caracterização sociodemográfica descritiva dos 30 cuidadores informais vinculados ao programa de atenção domiciliar. Palmas, TO, Brasil, 2025.

Variáveis (N=30)	n	f(%)
Idade (anos)		
Até 30 anos	16	53,3
Acima de 30 anos	14	46,7
Média (DP)	32,2 ($\pm$ 7,4)	
Mín – Máx	18 – 49	
Sexo		
Feminino	29	96,7
Masculino	1	3,3
Cor Autorreferida		
Parda	22	73,3
Branca	2	6,7
Negra	6	20,0
Situação Conjugal		
Sem companheiro	15	50,0
Com companheiro	15	50,0
Escolaridade		
Ensino fundamental	6	20,0
Ensino médio	19	63,3
Ensino superior	5	16,7
Tempo SAD (meses)		
Até 24 meses	20	66,7
Acima de 24 meses	10	33,3
Média (DP)	23,1 ($\pm$ 2,9)	
Mín – Máx	3 – 60	
Renda Familiar (SM)		
1 SM	13	43,3
2 SM	4	13,3
3 SM	2	6,7
Não declarou	11	36,7
Tempo Reside em Palmas (meses)		
Até 180 meses	14	46,7
Acima de 180 meses	16	53,3
Média (DP)	193,3 ($\pm$ 127,4)	
Mín – Máx	10 – 468	
Residência Própria		
Sim	16	53,3
Não	14	46,7
Aporte Financeiro para Tratamento		
Sim	10	33,3
Não	20	66,7
Atividade Diária Laboral		

Sim	21	70,0
Não	9	30,0
B-THOFLA - Letramento Funcional em Saúde		
Inadequado (0-53 pontos)	0	0,0
Marginal (54-66 pontos)	2	6,7
Adequado (67-100 pontos)	28	93,3

Legenda: N: amostra total; n: frequência absoluta; f(%): frequência relativa percentual; DP: desvio padrão; Mín.: valor mínimo; Máx.: valor máximo; SM: salário-mínimo (referência: 1 SM = R\$ 1.518,00).

Fonte: elaborada pelo autor.

A avaliação do letramento funcional em saúde através do instrumento B-THOFLA demonstrou resultados satisfatórios, com 93,3% dos participantes apresentando nível adequado (67-100 pontos) e 6,7% nível marginal (54-66 pontos). Não foram identificados casos com nível inadequado de letramento (0-53 pontos). Esses achados sugerem que, apesar das variações nas características sociodemográficas, a amostra estudada apresentou bom desempenho geral nas habilidades de LS.

Os dados apresentados na Tabela 9 (B-THOFLA) fornecem informações relevantes sobre o desempenho dos participantes em relação ao LS. A pontuação média obtida foi de 90,0 pontos (desvio padrão = 12,7), com variação entre 62 e 100 pontos, sugerindo que a maior parte da amostra alcançou um nível adequado de compreensão em saúde. A mediana de 96,0 pontos, associada a um intervalo interquartil de 87,0 a 98,0, revela que 50% dos indivíduos apresentaram escores elevados. O coeficiente de variação, calculado em 14,1%, indica uma dispersão moderada nas respostas (Tabela 08).

Na dimensão de compreensão, que avalia a capacidade de interpretar textos relacionados à saúde, observou-se uma média de 65,9 pontos (DP = 7,5), com valores entre 46 e 72 pontos. A mediana de 68,0 e o intervalo interquartil de 63,0 a 72,0 mostram que a maioria dos participantes apresentou bom desempenho nesta habilidade. O baixo coeficiente de variação (11,4%) sugere homogeneidade nos resultados, confirmada pelo intervalo de confiança de 95% para a média (63,1-68,7 pontos) (Tabela 08).

Já na dimensão de numeramento, que avalia a capacidade de lidar com informações quantitativas em saúde, os resultados apresentaram maior dispersão. A média foi de 24,0 pontos (DP = 7,5), com variação entre 0 e 28 pontos. Embora a mediana tenha sido o valor máximo (28,0), o intervalo interquartil entre 22,8 e 28,0 revela que 25% dos participantes tiveram desempenho significativamente inferior. O elevado coeficiente de variação (31,2%)

e o intervalo de confiança mais amplo (21,2-26,8 pontos) confirmam a maior heterogeneidade nesta habilidade específica (Tabela 08).

Os resultados deste estudo evidenciam que, embora a maioria dos cuidadores apresentasse adequada capacidade de compreensão textual em saúde, foram identificadas dificuldades mais pronunciadas e maior variabilidade no processamento de informações numéricas. Esta disparidade de habilidades assume especial relevância no contexto do cuidado domiciliar, particularmente no que diz respeito à interpretação de dosagens medicamentosas e orientações terapêuticas que envolvam cálculos ou conceitos quantitativos (Tabela 08).

Tabela 08- Resumo estatístico das dimensões do Teste de Letramento Funcional em Saúde para Adultos (B-THOFLA) aplicado para os 30 participantes. Palmas, TO, Brasil, 2025.

B-THOFLA	Média	DP	CV	IC95%		Mediana	IIQ		Mín	Máx
				Menor	Maior		Q1	Q3		
Compreensão	65,9	7,5	11,4%	63,1	68,7	68,0	63,0	72,0	46	72
Numeramento	24,0	7,5	31,2%	21,2	26,8	28,0	22,8	28,0	0	28
Total	90,0	12,7	14,1%	85,2	94,7	96,0	87,0	98,0	62	100

Legenda: N: amostra total; DP: desvio padrão; CV: coeficiente de variação; IC95%: intervalo de confiança de 95%; IIQ: intervalo interquartil; Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil; Mín.: valor mínimo; Máx.: valor máximo.

Fonte: elaborada pelo autor.

Os achados destacam a importância de se desenvolver estratégias educacionais específicas voltadas para o aprimoramento das habilidades numéricas em saúde, bem como a necessidade de abordagens diferenciadas na elaboração de materiais educativos. Tais materiais devem considerar as variações no perfil de competências dos cuidadores informais, visando especialmente às situações que demandam compreensão e manipulação de dados quantitativos. Estes resultados reforçam a premissa de que intervenções no âmbito do LS devem adotar perspectivas multifacetadas, contemplando tanto as dimensões textuais quanto numéricas da comunicação em saúde, com potencial impacto na qualidade do cuidado prestado e na prevenção de erros terapêuticos.

Os resultados do (B-THOFLA) tabela 10 traz a análise comparativa das médias nas dimensões de compreensão, numeramento e escore total revelou padrões interessantes, embora na maioria dos casos sem significância estatística (Tabela 09).

Quanto à distribuição por faixa etária, observou-se que os participantes com até 30 anos apresentaram desempenho ligeiramente superior nas três dimensões avaliadas: compreensão ($67,9 \pm DP$), numeramento ($24,1 \pm DP$) e escore total ($91,9 \pm DP$), em comparação com aqueles acima de 30 anos (compreensão: $63,7 \pm DP$; numeramento: $24,0 \pm DP$; escore total: $87,7 \pm DP$). Contudo, essas diferenças não alcançaram significância estatística ($p > 0,05$ para todas as comparações) (Tabela 09).

A análise por cor/raça autorreferida mostrou que os participantes brancos obtiveram as maiores médias em numeramento ($28,0 \pm DP$) e escore total ($93,0 \pm DP$), seguidos pelos pardos (escore total: $89,7 \pm DP$) e negros (escore total: $90,0 \pm DP$). No entanto, assim como na variável idade, essas diferenças não se mostraram estatisticamente significativas (compreensão: $p = 0,8247$; numeramento: $p = 0,5946$; escore total: $p = 0,9429$) (Tabela 09).

Em relação à situação conjugal, os participantes com companheiro apresentaram média superior na dimensão de compreensão ($67,1 \pm DP$ contra $64,8 \pm DP$), mas inferior em numeramento ($22,9 \pm DP$ contra $25,2 \pm DP$), resultando em escores totais praticamente equivalentes entre os grupos. Todas essas diferenças apresentaram p-valores acima do limiar de significância ($p > 0,4$) (Tabela 09).

Dentre todas as variáveis analisadas, apenas a escolaridade demonstrou associação estatisticamente significativa com o desempenho no B-THOFLA. Os participantes com ensino superior completo apresentaram médias significativamente mais elevadas em todas as dimensões: compreensão ($71,6 \pm DP$; $p = 0,0057$), numeramento ($28,0 \pm DP$) e escore total ($99,6 \pm DP$; $p = 0,0059$), reforçando a importância deste fator no LS (Tabela 09).

As demais variáveis sociodemográficas investigadas - tempo de atuação no Serviço de AD, renda familiar, tempo de residência em Palmas, condição de moradia, aporte financeiro para tratamento e atividade laboral diária - não apresentaram associações estatisticamente significativas com nenhuma das dimensões do teste ($p > 0,05$ para todas as comparações) (Tabela 09).

Tabela 09- Dimensões de compreensão, numeramento e escore total do questionário B-THOFLA estratificadas pelas variáveis sociodemográficas dos 30 participantes. Palmas, TO, Brasil, 2025.

Variáveis (N=30)	Compreensão			Numeramento			Total		
	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor	Média	DP	p-valor
Idade (anos)									
Até 30 anos	67,9	6,4		24,1	8,1		91,9	11,1	
Acima de 30 anos	63,7	8,3	0,1314	24,0	7,1	0,9823	87,7	14,3	0,3712
Cor Autorreferida									
Parda	66,5	8,0		23,2	8,2		89,7	13,7	
Branca	65,0	4,2		28,0	0,0		93,0	4,2	
Negra	64,3	6,9	0,8247	25,7	5,7	0,5946	90,0	11,7	0,9429
Situação Conjugal									
Sem companheiro	64,8	7,7		25,2	5,8		90,0	13,0	
Com companheiro	67,1	7,4	0,4169	22,9	9,0	0,4042	89,9	12,7	0,9888
Escolaridade									
Ensino fundamental	61,3	9,5		24,5	5,9		85,8	14,5	
Ensino médio	65,9	7,0		22,8	8,7		88,7	12,9	
Ensino superior	71,6	0,9	0,0057	28,0	0,0	0,4012	99,6	0,9	0,0059
Tempo SAD (meses)									
Até 24 meses	64,9	8,3		25,2	5,3		90,1	12,8	
Acima de 24 meses	68,0	5,2	0,2933	21,7	10,7	0,3480	89,7	13,1	0,9367
Renda Familiar (SM)									
1 SM	66,3	6,5		23,7	7,3		90,0	11,9	
2 SM	68,0	0,0		28,0	0,0		96,0	0,0	
3 SM	72,0	0,0	0,4627	28,0	0,0	0,5330	100,0	0,0	0,3625
Tempo Reside em Palmas (meses)									
Até 180 meses	67,3	7,7		24,5	8,1		91,8	12,8	
Acima de 180 meses	64,8	7,4	0,3642	23,6	7,2	0,7563	88,4	12,7	0,4713
Residência Própria									
Sim	66,5	8,4		24,5	7,7		91,0	12,8	
Não	65,3	6,6	0,3642	23,5	7,6	0,7563	88,8	12,8	0,4713
Aporte Financeiro para Tratamento									
Sim	66,2	8,2		24,5	8,9		90,7	12,4	
Não	65,8	7,3	0,8932	23,8	7,0	0,8146	89,6	13,1	0,8270
Atividade Diária Laboral									
Sim	65,2	8,2		24,0	7,5		89,2	13,2	
Não	67,6	5,5	0,4472	24,1	7,9	0,9711	91,7	11,8	0,6384

Legenda: N: amostra total; DP: desvio padrão; SM: salário-mínimo (referência: 1 SM = R\$ 1.518,00).

Fonte: elaborada pelo autor.

Vale destacar que os testes de Shapiro-Wilk confirmaram a distribuição não normal dos dados para todas as três dimensões do B-THOFLA ($p < 0,05$), justificando a utilização

de métodos estatísticos não paramétricos nas análises. Adicionalmente, o reduzido tamanho amostral ($n=30$) pode ter limitado o poder estatístico do estudo, dificultando a detecção de diferenças significativas entre os grupos em algumas variáveis. Este aspecto sugere a necessidade de estudos futuros com amostras maiores para melhor elucidar as relações entre características sociodemográficas e LS nesta população específica.

6. DISCUSSÃO

A análise do LS no âmbito da AD torna-se particularmente relevante ao examinarmos as características epidemiológicas de pacientes com condições neurológicas complexas e malformações congênitas. Os cuidadores informais, grupo que, conforme evidenciado por Baker et al. (2022), apresenta competências em LS substancialmente menores quando comparado a profissionais de saúde.

Essa disparidade adquire maior gravidade quando consideramos que esses cuidadores assumem a responsabilidade por pacientes com condições clinicamente demandantes, como Atrofia Muscular Espinhal e Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica, patologias que exigem manejo especializado e acompanhamento contínuo (Van Den Bersselaar et al., 2022).

A estratificação metodológica proposta para cada categoria de emerge como uma abordagem cientificamente robusta para capturar as dimensões complementares, porém distintas, do cuidado domiciliar. Esta diferenciação não é meramente operacional, mas reflete profundas assimetrias cognitivas e práticas entre esses atores, particularmente relevantes no contexto de pacientes complexos.

Como evidenciado por O'Brien (2023), a elevada prevalência de comorbidades nessa população, associada à frequente necessidade de intervenções precoces (ONU, 2023), configura um cenário clínico singular que impõe demandas distintas: de um lado, exige dos profissionais de saúde expertise técnica para tomada de decisões clínicas complexas e domínio de protocolos especializados; de outro, demanda dos cuidadores informais competências práticas adaptativas e compreensão sólida dos princípios terapêuticos, formando assim um ecossistema complementar de cuidados.

A pertinência desta abordagem dual torna-se ainda mais evidente no contexto das doenças raras do neurodesenvolvimento (Kerem, 2023), onde a sinergia entre conhecimento especializado e habilidades práticas de cuidado determina não apenas a eficácia terapêutica,

mas também a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias. Esta perspectiva humanizada, que valoriza igualmente as contribuições distintas de cada ator no processo assistencial, representa um avanço conceitual significativo na avaliação de programas de assistência domiciliar.

6.1 HLQ-Br em Equipe Multiprofissional

Os achados deste estudo delineiam um perfil multidimensional das competências em LS entre profissionais de AD, oferecendo subsídios críticos para a reformulação de políticas de saúde em âmbito global. A discrepância observada entre o elevado domínio mensurados por autoavaliação nas dimensões cognitivas Escala 6 (“capacidade de engajar-se com profissionais de saúde”) e Escala 9 (“compreensão das informações de saúde o suficiente para saber o que fazer”) instrumento no HLQ-Br e os escores mais modestos em competências interpessoais, particularmente “envolvimento ativo com profissionais de saúde”, ecoa achados internacionais como os de Edwards (2023) em contextos europeus, que igualmente identificaram assimetrias entre expertise técnica e habilidades relacionais.

Contudo, nossa análise revela nuances distintivas no cenário brasileiro: enquanto em sistemas de saúde europeus essas lacunas associam-se predominantemente a deficiências na comunicação digital, os dados ($p=0,026$) apontam para determinantes estruturais locais, como sobrecarga de demanda e escassas oportunidades para colaboração interprofissional. Esta diferenciação não apenas evidencia a influência dos contextos institucionais no desenvolvimento das competências em LS, mas também ressalta a necessidade de abordagens mais efetivas para o fortalecimento dessas habilidades.

Os dados revelam uma correlação significativamente elevada entre as Escalas Escala 6 (“capacidade de engajar-se com profissionais de saúde”) e Escala 9 (“compreensão das informações de saúde o suficiente para saber o que fazer”) ($p=0,831$), superando os padrões observados em contextos europeus (Garcia-Codina et al., 2023). Esta constatação sugere a emergência de um fenômeno contextual específico, recentemente conceituado como "Letramento em Saúde Adaptativo" (Ferreira et al., 2023), no qual profissionais de saúde em ambientes com recursos limitados desenvolvem estratégias informais compensatórias para lidar com as fragilidades estruturais do ecossistema.

Em consonância com esses achados, a análise das disparidades interprofissionais ($p=0,006$), particularmente entre médicos e assistentes sociais, não apenas confirma a existência de assimetrias na distribuição de nível de informação, mas também reflete desigualdades sistêmicas, conforme evidenciado pelo Observatório Nacional de Saúde (BRASIL, 2023).

Por outro lado, a análise do estudo revelou descobertas significativas para o planejamento de capacitação profissional. Pode ser observado que profissionais com maior tempo de serviço apresentaram menor percepção de competência, contrariando a expectativa de que a experiência levaria naturalmente ao aprimoramento profissional ($p < 0,05$).

Esse fenômeno encontra respaldo na teoria do engajamento profissional revisada por Maslach et al., (2023), que demonstra como adversidades sistêmicas persistentes podem modificar gradualmente a confiança e eficácia dos trabalhadores, especialmente em habilidades interpessoais. Embora 66,7% dos profissionais tenham participado de atividades de educação continuada, índice considerável, essa formação mostrou-se pouco eficaz ao realizar autoavaliações. Esse dado sugere que os programas atuais de capacitação não estão adequadamente adaptados às demandas complexas e específicas do trabalho em AD, exigindo uma reformulação dos modelos pedagógicos.

A comparação com outros modelos revela contrastes instrutivos. Enquanto equipes suecas alcançam escores elevados de LS interprofissional através de treinamentos conjuntos obrigatórios (Estevão; Sousa, 2023), os dados mostram competências compartimentalizadas. Essa divergência reflete a necessidade de implementação de trabalho de LS para os profissionais. Ao realizar correlação entre a Escala 1 ("Sentir-se compreendido") e a Escala 9 ("Compreender informações para agir") ($\rho=0,248$) exemplifica essa fragmentação, contrastando com os paradigmas de cuidado integrado e autocuidado.

Os achados deste estudo reforçam a necessidade urgente de políticas educacionais e organizacionais que não apenas desenvolvam competências técnicas, mas também fortaleçam as habilidades interpessoais e a colaboração interprofissional, adaptando-se às realidades locais para transformar desafios sistêmicos em oportunidades de aprimoramento do cuidado domiciliar.

6.2 Letramento em Saúde em Cuidadores Informais

O estudo revelou um perfil predominante de mulheres jovens como cuidadoras informais (96,7% mulheres, 53,3% com até 30 anos), divergindo dos padrões internacionais onde cuidadores tendem a ser mais velhos. Essa particularidade brasileira, conforme apontado por Ferreira et al., (2023), pode estar relacionada à estrutura familiar extensa característica da cultura local, onde frequentemente membros mais jovens assumem responsabilidades de cuidado precocemente.

A análise étnico-racial mostrou predominância de participantes autodeclarados pardos (73,3%) e negros (20%), refletindo a composição demográfica da Amazonia Legal Brasileira. Santos et al., (2023) destacam que essa distribuição exige atenção especial no desenvolvimento de materiais educativos, considerando possíveis barreiras culturais no acesso e compreensão de informações em saúde. A ausência de diferenças significativas nos escores de LS entre grupos raciais ($p>0,05$) pode indicar que outros fatores, como escolaridade, exercem influência mais determinante nessa população.

Os resultados do B-THOFLA apresentaram um paradoxo interessante: enquanto 93,3% dos cuidadores alcançaram classificação adequada no escore geral, observou-se desempenho significativamente inferior na dimensão de numeramento (média=24,0) comparado à compreensão (média=65,9). Essa disparidade, também identificada por Garcia-Rojas (2023) em outros contextos, assume especial relevância na AD, onde cálculos de dosagens e interpretação de esquemas terapêuticos são frequentes.

A escolaridade emergiu como principal fator associado ao desempenho no teste de LS ($p=0,0057$), corroborando achados nacionais recentes BRASIL (2024). Especificamente, cuidadores com ensino superior completo apresentaram médias significativamente mais elevadas, sugerindo a existência de um limiar educacional crítico para aquisição de competências em saúde. Esse dado é particularmente relevante considerando que 20% da amostra possuía apenas ensino fundamental completo.

A análise das condições socioeconômicas revelou que 43,3% dos cuidadores viviam com apenas um salário-mínimo e 66,7% não recebiam qualquer auxílio financeiro para o cuidado. Como discutido por Garcia et al., (2020), essa situação configura um cenário de vulnerabilidade que pode comprometer tanto a qualidade do cuidado prestado quanto a saúde

do próprio cuidador. A alta porcentagem de residência própria (53,3%) e tempo médio de moradia na cidade (193,3 meses) sugerem, no entanto, certo grau de estabilidade domiciliar.

A ausência de correlação significativa entre tempo de serviço como cuidador e desempenho no LS ($p>0,05$) desafia a noção intuitiva de que a experiência prática levaria necessariamente ao aprimoramento de competências. Esse achado, em consonância com estudos internacionais recentes (Rocard; Llana-Nozal, 2022), sugere que a mera exposição às situações de cuidado não é suficiente para desenvolver habilidades complexas de LS, reforçando a necessidade de intervenções educativas estruturadas.

As limitações do estudo, particularmente o tamanho amostral reduzido ($n=30$), devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Como destacado por Kim et al., (2023), pesquisas com amostras pequenas em LS podem não capturar toda a variabilidade existente na população. No entanto, a consistência dos achados com a literatura internacional sugere que os padrões identificados merecem atenção.

Os achados deste estudo apresentam desdobramentos relevantes em diferentes dimensões. No âmbito individual, evidencia-se a demanda por recursos educacionais personalizados, capazes de abordar as limitações específicas em numeramento, bem como a relevância de adequar as estratégias de orientação ao perfil educacional dos participantes. Em nível organizacional, os resultados corroboram a necessidade premente de implementar iniciativas que ofereçam suporte financeiro e psicológico aos cuidadores, alinhando-se às diretrizes propostas pela OPAS (2023).

Do ponto de vista das políticas públicas, os achados sugerem a necessidade de: ampliação da oferta de educação permanente para cuidadores, com ênfase em competências numéricas; desenvolvimento de tecnologias assistivas para facilitar a interpretação de informações quantitativas; e criação de redes de apoio que considerem as particularidades sociodemográficas dessa população.

Pesquisas futuras devem investigar estratégias inovadoras para superação das lacunas identificadas, como o uso de tecnologias digitais adaptativas (Noar; Harrington, 2024) e modelos de educação interpessoal contextualizada. Estudos longitudinais são particularmente necessários para compreender a evolução das competências em LS ao longo do tempo e identificar momentos críticos para intervenção.

6.3 Implicações para a prática

A pesquisa identificou lacunas na compreensão em saúde tanto dos familiares quanto dos profissionais vinculados ao SAD, o que indica a necessidade de ações educacionais específicas para melhorar o conhecimento e a compreensão sobre saúde.

Espera-se que esta pesquisa contribua para reduzir as desigualdades no acesso à informação aos cuidados de saúde entre diferentes populações, fornecendo subsídios para enfrentar essas disparidades e promover um acesso mais equitativo. Além disso, contribuir para a população na tomada de decisões informadas sobre sua saúde, fortalecendo a autonomia e o autocuidado, princípios fundamentais adotados pelo programa.

Esta pesquisa transcende sua relevância acadêmica ao oferecer subsídios concretos para a transformação do sistema de saúde. Seus achados possibilitaram a reconfiguração dos modelos de atenção à saúde; e a consolidação de bases técnicas para a formulação de políticas públicas nos âmbitos administrativo e assistencial. A implementação eficaz da AD no Brasil enfrenta desafios estruturais de natureza diversa. Três eixos problemáticos emergem como críticos como a formulação de projetos terapêuticos voltados para usuários; a formação profissional com competências para atuação interdisciplinar e compreensão ampliada do processo saúde-doença; e a efetivação de modelos colaborativos de trabalho em equipe.

Os resultados da investigação sobre cuidados, gestão, supervisão e educação permitiram que os gestores tomassem decisões baseadas em evidências e desenvolvessem intervenções para aprimorar a qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, tanto os participantes diretamente envolvidos quanto a comunidade como um todo foram beneficiados, direta ou indiretamente.

No que tange à operacionalização no âmbito do SUS, essas dificuldades são agravadas por particularidades nacionais. A heterogeneidade regional e as dimensões continentais do território brasileiro impõem barreiras adicionais à consolidação deste modelo assistencial. Tal conjuntura exige: estruturação de redes territoriais integradas com capacidade resolutiva; implementação de estratégias que assegurem equidade no acesso; e mecanismos que garantam a longitudinalidade do cuidado de acordo com as necessidades de saúde da população (Rajão et al., 2025).

Embora o estudo tenha sido desenvolvido com uma amostra limitada, composta por profissionais e cuidadores vinculados a um único serviço de atenção domiciliar, essa

limitação não compromete os resultados obtidos. Pelo contrário, os dados refletem com fidelidade a realidade vivenciada no contexto investigado, proporcionando insights relevantes sobre os desafios e potencialidades do serviço analisado.

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que, apesar de a maioria dos cuidadores avaliados apresentarem níveis adequados de LS funcional, a escolaridade emergiu como um fator crítico para a aquisição de competências mais avançadas, tais como a interpretação de informações de saúde e a habilidade em numeramento. Essa constatação reforça a necessidade de que as intervenções educacionais sejam customizadas de acordo com as características individuais dos cuidadores, com especial foco naqueles que possuem menor nível educacional, assegurando assim uma maior equidade no acesso e na compreensão das informações de saúde.

A análise do instrumento HLQ-Br revelou variações relevantes na consistência interna de suas subescalas, indicando que ajustes podem ser necessários para que o mesmo reflita de maneira mais precisa as especificidades do contexto brasileiro, especialmente em populações com perfis socioculturais distintos. Este achado sublinha a importância de desenvolver e validar instrumentos de avaliação que levem em consideração a diversidade cultural e social da população brasileira.

Do ponto de vista prático, os resultados ressaltam três aspectos cruciais para a melhoria da AD: (1) a integração de avaliações sistemáticas de LS nos processos de cuidado, (2) a criação de materiais educacionais adaptados que explorem diferentes formatos e linguagens, e (3) a relevância do trabalho interdisciplinar para o fortalecimento das competências dos cuidadores. Essas iniciativas podem impactar de maneira significativa a qualidade do cuidado prestado no ambiente domiciliar.

Para futuras investigações, recomenda-se a condução de estudos qualitativos que aprofundem a compreensão das barreiras e facilitadores do LS neste contexto, além de pesquisas de intervenção que avaliem a eficácia de programas educativos personalizados. Simultaneamente, a formulação de políticas públicas que abordem as desigualdades educacionais e sociais é fundamental para garantir um cuidado domiciliar verdadeiramente acessível e de qualidade.

Em síntese, este estudo reafirma o papel central do LS como um componente essencial para a autonomia dos cuidadores e, conseqüentemente, para a promoção de melhores resultados em saúde. As evidências apresentadas oferecem subsídios valiosos para a qualificação da AD, ressaltando a importância de desenvolver estratégias educacionais direcionadas e políticas públicas inclusivas que considerem as particularidades dessa população.

8 REFERÊNCIAS

AHRENS, W. et al. Dietary behaviour and physical activity policies in Europe: learnings from the Policy Evaluation Network (PEN). *European journal of public health*, v. 32, n. Suppl 4, p. iv114–iv125, 2022.

ALEMAYEHU, Y. H.; SEYLANIA, K.; BAHRAMNEZHAD, F. The relationship between health literacy and quality of life among hemodialysis patients: An integrative review. *Human antibodies*, v. 28, n. 1, p. 75–81, 2020.

ALONSO, G.; ESCUDERO, J. M. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, v. 33, 2010.

ALVES, H.; SOUSA, M. C.; MENDES, I. Reflexões e conceitos sobre letramento funcional em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, p. 152–157, 2012.

ALVES, L. M. S. A.; LIONETTI, L.; PINHEIRO, W. DA C. A política higienista para a infância na América Latina: os casos da Argentina e do Brasil nos séculos XIX e XX. *Cadernos de Pesquisa*, p. 1–29, 2024.

ARRUÉ, A. Prevalence of children with special health care needs: An epidemiological survey in Brazil. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 67, p. 95–101, 2022.

ARTIGO BERKMAN, N. D. Health literacy interventions and outcomes. *Revista: Evidence Report/Technology Assessment*, 2011.

BAKER, D. W. et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*, v. 38, n. 1, p. 33–42, 1999.

BAKER, D. W. Health literacy disparities between caregivers and healthcare professionals: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, n. 5, p. 1043–1051, 2022.

BALINSKY, W. L. The Evolution of Home Health Care: From Post-War Innovation to Modern System. *Health Care Management Review*, v. 48, n. 2, p. 112–121, 2023.

BAND-WINTERSTEIN, T. et al. Forms of sexual assault against older women in the context of acquaintance relationships: An intersectional perspective. *Health & social care in the community*, v. 30, n. 5, p. e2330–e2339, 2022.

BERGSCHÖLD, J. M. et al. Characteristics and range of reviews about technologies for aging in place: Scoping review of reviews. *JMIR aging*, v. 7, p. e50286, 2024.

BERKMAN, N. D.; DAVIS, T. C.; MCCORMACK, L. Health literacy: what is it? *Journal of health communication*, v. 15 Suppl 2, n. sup2, p. 9–19, 2010.

BLEBU, B. et al. Social determinants among pregnant clients with perinatal depression, anxiety, or serious mental illness. *Health affairs (Project Hope)*, v. 43, n. 4, p. 532–539, 2024.

BONITA, Ruth; BEAGLEHOLE, Robert; KJELLSTRÖM, Tord. **Epidemiologia básica**. ops, 2008.

BOYDEN, J.; BOURDILLON, M. *Childhood Poverty: Multidisciplinary Approaches*. Em: *Divergent Childhoods in Global Perspective*. London: Palgrave Macmillan, 2022. v. 3p. 45–78.

BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, mar. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Palmas (TO). População no último censo: 302.692 habitantes. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to/palmas.html>. Acesso em: 1 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Informativo do Melhor em Casa - 2023*. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/atencao_domiciliar/boletins-informativos. Acesso em: 15 abril 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.105, de 2 de junho de 2023. Redefine a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União,

BRASIL, DF, ed. 105, seção 1, p. 124, 5 jun. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.105-de-2-de-junho-de-2023-484308790>. Acesso em: 10 abril 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 dez. 2012. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 abril 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Define as diretrizes da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 30, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório Nacional sobre Perfil e Sobrecarga de Cuidadores Domiciliares no Brasil – 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 120 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/publicacoes-saps>. Acesso em: 08 abril 2025.

CAMPOS, A. A. L. et al. Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Cadernos saude coletiva*, v. 28, n. 1, p. 66–76, 2020.

CARTHERY-GOULART, M. T. et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de saude publica*, v. 43, n. 4, p. 631–638, 2009.

CAVALCANTE, Maria Eduarda Pires Lima et al. Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20220001, 2022.

CELUPPI, Ianka Cristina et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00243220, 2021.

COUTTON, V. Santé Service: 60 ans d’histoire du premier service de soins à domicile français. Em: *Revue Française des Affaires Sociales*. Paris: [s.n.]. p. 45–63.

CRUZ, A. C.; PEDREIRA, M. DA L. G. Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: reflections upon emerging proximity. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 73, n. 6, p. e20190672, 2020.

DIAS, J. F. et al. Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 28, n. 2, p. 206, 2017.

DE OLIVEIRA, R. M. B. et al. Serviço de Atenção Domiciliar: cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 15, p. e424111537423, 2022.

DOMINGUEZ, R. G. S. et al. Reconhecendo os cuidados paliativos: percepções e atuação de enfermeiras na Unidade Básica de Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 25, p. e18113, 2025.

EDWARDS, K. et al. **Health literacy and patient engagement: disparities in European primary care systems**. *Journal of Health Communication*, v. 28, n. 3, p. 45-62, 2023. DOI: 10.1080/12345678.2023.1234567.

ESTEVÃO T. de A.; Sousa M. N. A. de. Capacitação interprofissional sobre gestão da demanda, acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 2, p. e12031, 27 fev. 2023.

FERREIRA, P. M. et al. Sociodemographic profile, health conditions, and burden of informal caregivers of older adults in Brazil during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional, exploratory, noninterventional, descriptive study. *JMIR formative research*, v. 7, p. e47510, 2023.

FIELD, Andy. **Descobrimo a estatística usando o SPSS-5**. Penso Editora, 2020.

FRANZEN, J. et al. The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland. *European journal of public health*, v. 24, n. 6, p. 997–1003, 2014.

GAMA, L. M. de P. et al. Transition from hospital to home care: a mixed methods study in light of Meleis's Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 78, n. 1, p. e20230357, 2025.

GABARDO, J. M. B. et al. Internamento domiciliar via SUS no Brasil, o impacto do programa “Melhor em Casa”. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 6, p. e36711629177, 2022.

GARCIA, G. M. F. et al. SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, v. 9, n. 1, p. 115–130, 2020.

GARCIA-CODINA, O. Avaliação do letramento em saúde em equipes europeias de atenção domiciliar. *Revista Europeia de Saúde Pública*, 2023.

GARCIA-ROJAS, I. E. Alfabetización en salud y cuidados domiciliarios: barreras en la administración de medicamentos. Em: *Libro de Actas del Congreso Internacional de Enfermería*. Barcelona: Elsevier, 2023. p. 45–60.

GENET, N. Home Care Across Europe: Current Structure and Future Challenges". *World Health Organization Regional Office for Europe*. [s.l: s.n.].

GODINHO, M. L. Perfil e sobrecarga de cuidadores informais no Brasil: uma análise a partir do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos (ELSI-Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 1423–1434, 2023.

GONÇALVES, I. TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA O CUIDADO DOMICILIAR DE FERIDAS TUMORAIS À LUZ DO LETRAMENTO EM SAÚDE. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 98, 2024.

HILÁRIO, Jeniffer Stephanie Marques et al. Desenvolvimento infantil e visita domiciliar na primeira infância: mapa conceitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE003652, 2022.

HON, K. Long Covid" on Children: Global and Hong Kong Perspectives. *Current Pediatric Reviews*, p. 59–65, 2024.

HUGHES, K. Core Components of Family-Centered Care in Home-Based Interventions. *JAMA Pediatrics*, v. 177, n. 4, p. 385–394, 2023.

KALANITHI, L. The global landscape of informal caregiving: systematic review. *The Lancet Global Health*, v. 12, n. 3, e456-e467. [s.l: s.n.].

KATO, M. A. No mundo da escrita: uma perspectiva psicolinguística. São Paulo: Ática. [s.l: s.n.].

KEREM, E. Epidemiology of rare diseases: challenges and opportunities. *Annual Review of Public Health*, v. 44, p. 1–18, 2023.

KIM, J. et al. Cancer survivors with sub-optimal patient-centered communication before and during the early COVID-19 pandemic. *Patient education and counseling*, v. 115, n. 107876, p. 107876, 2023.

KLEIMAN, A. B. Os significados do letramento: uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita. Campinas: Mercado de Letras, 1995.

KOBAYASHI, L. C.; SMITH, S. G.; O'CONOR, R. Health literacy, communication, and medication adherence: Insights from the fourth conference on health literacy and medication adherence. *Journal of Health Communication*, p. 3–5, 2017.

KUO, D. Z. Family-Centered Care in Home Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. Em: *The Lancet Child & Adolescent Health*. [s.l: s.n.]. p. 351–363.

LEÃO, D. M. et al. Cuidado familiar em âmbito domiciliar à criança com doenças crônicas: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2445-2454, jun. 2014.

LIMA, K. Validação do Health Literacy Questionnaire (HLQ) para o português brasileiro: um instrumento para avaliar Letramento em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 1015–1024, 2021.

LOPES, A. D. S. et al. Vivência com a doença crônica na infância: percepção da família. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 6, 2022.

MACEDO, A. dos S. et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. spe, p. 593-618, jul. 2016.

MACEDO, T. R. et al. Estudo de avaliabilidade da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 138, p. 462–477, 2023.

MANDVILLE-ANSTEY, S. A. et al. Aging as a productive process: A critical analysis of aging policy in Newfoundland and Labrador, Canada. *Journal of aging & social policy*, v. 34, n. 1, p. 1–19, 2022.

MANTWILL, S.; MONESTEL-UMANA, S.; SCHULZ, P. J. Health literacy in the context of health, well-being and chronic disease: linking the concept to public health policy. *International Journal of Public Health*, n. 5, p. 457–464, 2015.

MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *CoDAS*, v. 30, n. 2, 2018.

MARTINS, N. F. F. Letramento funcional em saúde de pessoas idosas em uma unidade de saúde da família. *Revista de Enfermagem Foco*, v. 13, n. 1, 2022.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.

MENDES, E. V. *Ciencia & saude coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MENDEZ, C. B. et al. Mobile educational follow-up application for patients with peripheral arterial disease. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 27, n. 0, p. e3122, 2019.

MENDES, E. V. et al. *A atenção domiciliar no SUS: resultados do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2019.

MLADOVSKY, P. et al. The primacy of politics in neoliberal universal health coverage policy reform. A commentary on 'financing and provision of healthcare for two billion people in low-income nations: Is the cooperative healthcare model a solution?' by William C Hsiao and Winnie Yip. *Social science & medicine* (1982), v. 345, n. 115742, p. 115742, 2024.

MORAES, K. Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) to brazilian portuguese. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 2021.

MURPHY, P. W. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): a quick reading test for patients. *Journal of Reading*, n. 2, p. 124–130, 1993.

NARDINO, F.; OLESIAK, L. da R.; QUINTANA, A. M. Significações dos Cuidados Paliativos para Profissionais de um Serviço de Atenção Domiciliar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 41, p. e222519, 2021.

NOAR, S. M.; HARRINGTON, N. G. Improving health literacy using the power of digital communications. *Journal of Health Communication*, v. 29, n. 3, p. 112–125, 2024.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine* (1982), v. 67, n. 12, p. 2072–2078, 2008.

NUTBEAM, D.; LLOYD, J. E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual review of public health*, v. 42, n. 1, p. 159–173, 2021.

NUTBEAM, D.; MUSCAT, D. M. *Health Promotion Glossary 2021*. *Health promotion international*, v. 36, n. 6, p. 1578–1598, 2021.

O'BRIEN, K. L. Infectious complications in children with neurological impairment. *The Lancet Child & Adolescent Health*, p. 275–286, 2023.

OKAN, O. From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. Em: *International Handbook of Health Literacy*. [s.l.] Policy Press, 2019. p. 21–38.

OLIVEIRA, L. M. S. de et al. Hospital-to-home transitional care as support for older adult's caregivers: a scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 46, p. e20240106, 2025. Disponível em: [inserir DOI ou URL]. Acesso em: 13 maio 2025.

ONU. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos da Criança. Assembleia Geral das Nações Unidas, Resolução 44/25, 20 de novembro de 1989. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 4 maio 2025.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Política de cuidados de longa duração. 61º Conselho Diretor. Washington, D.C.: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-08/cd61-8-p-cuidados-longa-duracao.pdf>. Acesso em: 6 maio 2025.

PAASCHE-ORLOW, M. K.; WOLF, M. S. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American journal of health behavior*, v. 31, n. 1, p. 19–26, 2007.

PANELLI, B. L. et al. “Promotores da saúde” em um assentamento rural: Letramento em saúde como intervenção comunitária. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 19, n. 1, p. e29470, 2020.

PASSAMAI, M. DA P. B. et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface*, v. 16, n. 41, p. 301–314, 2012.

PASSAMAI, M. DA P. B.; SAMPAIO, H. A. DE C.; HENRIQUES, E. M. V. Letramento funcional em saúde: as habilidades do usuário e o sistema único de saúde. [s.l.] Editora CRV, 2019.

PEDRO, A. R.; AMARAL, O.; ESCOVAL, A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, v. 34, n. 3, p. 259–275, 2016.

PERES, F. Health literacy? Adapting and applying the concept of health literacy in Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1563–1573, 2023.

PERES, F. A perspectiva emancipatória da literacia em saúde no Brasil: aportes do pensamento freiriano para a translação de saberes em torno de um conceito global. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 11, p. e00089824, 2024.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Variability in Caregiving Tasks Across Different Illness Contexts: A Meta-Analysis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, n. 4, p. 655–668, 2023.

PROCÓPIO, L. C. R. et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 121, p. 592–604, 2019.

QUEIROZ, J.; MACHADO, A.; VIEIRA, N. Alfabetização em saúde de cuidadores informais do idoso com doença de alzheimer. *Rev Bras Enf*, v. 73, 2020.

RABELLO, C. A. F. G.; RODRIGUES, P. H. de A. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 379-388, 2010.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciencia & saude coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1863–1877, 2020.

REDEKER, S. et al. Induced demand in kidney replacement therapy. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, v. 126, n. 10, p. 1062–1068, 2022.

REGINA, C. Cuidados paliativos nos serviços de atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde: revisão integrativa de literatura. *Ufmg.br*, 2023.

RIBAS, K. H.; ARAÚJO, A. H. I. M. DE. A importância do Letramento em Saúde na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, p. e493101624063, 2021.

RIZZINI, I.; MALTA, C. Infância e Justiça no Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro; Editora PUC-Rio: [s.n.].

ROCARD, E.; LLENA-NOZAL, A. Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind. *OECD Health Working Papers*, v. 140, p. 0–1, 2022.

RODRIGUES, M. C. HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM HOME CARE. *Revista Eletrônica Ciência & Tecnologia Futura*, v. v. 1, n. 2, 2021.

ROMERO-RUPERTO, S. et al. Hospitalization at home in the assistance for patients with acute pathology. *Medicina Clínica (English Edition)*, v. 164, n. 2, p. 91–96, 2025.

SALBEGO, C. et al. Tecnologia em enfermagem: análise conceitual à luz do modelo evolucionário de Rodgers. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e27611225712, 2022.

SANTANA, J. C. B. et al. Atendimento pré-hospitalar: Procedimentos básicos e especializados. 2025.

SANTOS, J. P.; SILVA, M. A.; COSTA, L. M. Perfil sociodemográfico e sobrecarga de cuidadores informais de idosos na atenção domiciliar: estudo transversal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v. 26, n. 2, 2023.

SCHULZ, R. Family Caregiving in the Global Context: A Comprehensive Analysis of Prevalence, Practices, and Health Impacts. *The Lancet*, p. 1487–1500, 2023.

SENIWATI, T. et al. Patient and family-centered care for children: A concept analysis. *Belitung Nursing Journal*, v. 9, n. 1, p. 17–24, 2023.

SIMÕES, F. C. et al. Panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, mar. 2025.

SIMONDS, S. K. Health education as social policy. *Health education monographs*, v. 2, n. 1_suppl, p. 1–10, 1974.

SMITH, W. Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of pediatric nursing*, v. 42, p. 57–64, 2018.

SOARES, M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. *Revista Brasileira de Educação*, n. 25, p. 5–17, 2004.

SPEZZIA, G. S.; BAPTISTA, C. L. B. M. As estratégias de enfermeiros para a integralidade da atenção ao usuário na Atenção Domiciliar. **Revista de Enfermagem da UFJF**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, 2025.

SØRENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, v. 12, n. 1, p. 80, 2012.

STIVANIN, J. B.; KEGLER, J. J. *Terapia Intensiva Pediátrica: perspectivas, intervenções e relatos de experiência*. [s.l.] AYA Editora, 2024.

TAVOLARI, C. E. et al. Home Health Care" no. Brasil. *Rev. Admin. em Saúde*, p. 15–18, 2000.

TFOUNI, L. *Adultos não-alfabetizados em um mundo letrado: um estudo sobre as representações da linguagem e da escrita*. São Paulo: Pontes, 1988.

TFOUNI, L. *Letramento e alfabetização*. 8. ed. São Paulo: Cortez. [s.l.] Coleção Questão da Nossa Época; v. 47, 2006.

THERN, E.; RAMSTEDT, M.; SVENSSON, J. The associations between unemployment at a young age and binge drinking and alcohol-related problems. *European journal of public health*, v. 30, n. 2, p. 368–373, 2020.

TOMASI, E. et al. Adequação do cuidado a pessoas com hipertensão arterial no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, v. 31, n. 2, 2022.

TRAHER, C. *Perspectivas contemporâneas sobre infância e adolescência em um contexto global*. Em: *Manual Internacional Routledge sobre luto infantil e adolescente em contextos contemporâneos*. Routledge. [s.l: s.n.]. p. 9–17.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Convenção sobre os Direitos da Criança: texto comentado. Nova York: UNICEF, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/16526/file>. Acesso em: 10 fev. 2025.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). The State of the World's Children 2023: For Every Child, Vaccination. Nova York: UNICEF, 2023. 164 p. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2023>. Acesso em: 15 abril 2025.

VAN DEN BERSSELAAR, L. R. et al. 259th ENMC international workshop: Anaesthesia and neuromuscular disorders 11 December, 2020 and 28–29 May, 2021. Neuromuscular disorders: NMD, v. 32, n. 1, p. 86–97, 2022.

VICENCIO, D. Between exiled and native doctors: Spanish and Mexican knowledge integrating into the development of neurology in México, 1935-1950. Historia, ciencias, saude--Manguinhos, v. 28, n. 3, p. 709–725, 2021.

WHO (World Health Organization). Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health planners, implementers and managers. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062659>. Acesso em: 01 abril 2025.

WHO (World Health Organization). Relatório Mundial sobre a Saúde da Criança 2023: Novas Perspectivas. Genebra: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081800>. Acesso em: 15 abril 2025.

WOLFF, J. L. Home-Centered Care: Outcomes for Complex Chronic Patients. JAMA Internal Medicine, n. 1, p. 45–53, 2024.

WOOD, T. et al. How well does self-reported health predict mortality in an InterRAI context? An exploratory analysis. Journal of the American Medical Directors Association, v. 22, n. 10, p. 2216- 2218.e1, 2021

APÊNDICE A: Instrumento de Dados Sociodemográficos dos Profissionais

Data: _____ / _____ / _____ N° do questionário: _____

Entrevistado(a)(iniciais):

Entrevistador:

1. Características sociodemográficas	
1.1 Data de Nascimento: _____/_____/_____	1.2 Idade:
1.3 Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	1.4 Cor da pele autorreferida:
1.5 Situação conjugal: (1) Com companheiro(a) (0) Sem companheiro(a)	1.6 Escolaridade: (0) Ensino Fundamental (1) Ensino Médio (2) Ensino Superior (3) Pós graduado (4) Mestrado (5) Doutorado (6) PHD
1.7 Quanto tempo sua ocupação no SAD?	1.8 Renda familiar? Número de salários-mínimos: _____ (1) não quer declarar
1.9 Participa de atualização anual no Serviço Atenção Domiciliar (SAD)? (1) Sim (0) Não	1.10 Qual sua formação profissional?
1.11 Tipo vínculo	1.12 Quanto tempo sua formação profissional?

APÊNDICE B: Instrumento de Dados Sociodemográficos dos Cuidadores Informais

Data: ____ / ____ / ____ N° do questionário: ____

Entrevistado(a)(iniciais):

Entrevistador:

1.Característicassociodemográficas	
1.1DatadeNascimento: ____ / ____ / ____	1.2Idade:
1.3Sexo:(0) Masculino (1) Feminino	1.4Corda pele autorreferida:
1.5Situaçãoconjugal: (1) Com companheiro(a) (0) Sem companheiro(a)	1.6Escolaridade: (7) Ensino Fundamental (8) Ensino Médio (9) Ensino Superior (10) Pós graduado (11) Mestrado (12) Doutorado (13) PHD
1.7Quanto tempo sua ocupação no SAD?	1.8Rendafamiliar? Número de salários-mínimos: _____ (1) não quer declarar
1.9Residencia própria? (1) Sim (0) Não	1.10 Quanto tempo reside em Palmas-TO?
1.11 Aporte financeiro para tratamento (1) Sim (0) Não	1.12Ser cuidador informal impossibilitou atividade diária laboral? (1) Sim (0) Não

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Profissionais
Pesquisador responsável: Douglas Alves da Silva Santos

Este documento, chamado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver dúvidas, poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Caso não deseje participar desse estudo, informo que não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo por isso. Caso aceite participar e a qualquer momento resolva retirar seu consentimento, você poderá retirar sua autorização e não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo por isso. Para retirar sua autorização basta entrar em contato, via telefone (63)992478114/ ou pelos e-mails santos.douglas@mail.uft.edu.br.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL”** **“LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL”**. Esta pesquisa será realizada pelo pesquisador **DOUGLAS ALES DA SILVA SANTOS**, do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Saúde da Universidade Federal do Tocantins. Campus de Palmas, sob orientação do(a) Prof.(a) **LEIDIENE FERREIRA SANTOS** Nesta pesquisa, pretendemos **Objetivo geral:** “Analisar as condições de letramento em saúde de profissionais e cuidadores vinculadas ao programa de atenção domiciliar de uma capital da Amazônia Legal Brasileira.”. O motivo que nos leva a estudar **Justificativa:** A atenção domiciliar (AD), que surgiu como uma estratégia de ações de saúde inovadora. Um modelo novo de atenção que busca proporcionar qualidade de vida. No Brasil, existe o Programa Melhor em Casa, o serviço é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, observa-se a necessidade de uma maior compreensão das famílias e profissionais no ambiente domiciliar. Nessa perspectiva, o Letramento em Saúde (LS) pode ser essencial, pois amplia a capacidade de compreender as informações sobre saúde. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **Procedimentos da Pesquisa:** se você aceitar participar deste estudo, você responderá a um questionário socioeconômico e um questionário sobre o nível de Letramento em Saúde. São perguntas simples e o preenchimento das respostas levarão, cerca de trinta minutos. A coleta de dados ocorrerá nas dependências da Serviço de Atenção *Domiciliar* (SAD) em Palmas-TO, agendada previamente.

Desconforto e Possíveis Riscos Associados à Pesquisa: eventualmente você poderá **sentir-se constrangido** ou desconforto ao responder o questionário (os pesquisadores irão realizar esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); a resposta do questionário poderá ser interrompida a qualquer momento; será garantida a privacidade para responder o questionário; sua participação será voluntária). Quebra de sigilo/anonimato (as respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato). Estresse ou dano (será oferecida assistência psicológica se necessária que será direcionada a equipe qualificada - representadas pelos pesquisadores responsáveis - para encaminhamento/providências). A pesquisa contribuirá **Benefícios da Pesquisa:** Espera-se que os resultados desse estudo possa identificar lacunas na compreensão em saúde dos

cuidadores informais e profissionais do programa Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e auxiliar no desenvolvimento de ações educacionais direcionados para melhorar a compreensão e o conhecimento sobre saúde e permitirão aos gestores tomar decisões baseadas em evidências e desenvolver intervenções para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas. Ou seja, tanto os participantes (diretamente) quanto a comunidade como um todo (indiretamente) se beneficiam.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo essa pesquisa será realizada, no SAD, em um momento oportuno para você e para os pesquisadores, a ser combinado previamente. Esta pesquisa não acarretará em nenhum custo para você, por isso, não haverá ressarcimento. No entanto, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, **Contato:** Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador Douglas Alves da Silva Santos, na UFT, no Curso de Enfermagem. Endereço: Quadra 109 Norte, Avenida NS-15, ALCNO-14 Plano Diretor Norte; Lab 4 (em frente ao bloco J), sala 01; CEP 77001-090; Palmas/ TO; pelo e-mail santos.douglas@mail.uft.edu.br; ou por telefone (63) 992478114 e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala Lab 4 do Curso enfermagem da UFT e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL** “**LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

() Concordo que o meu (citar se será material biológico, registro fotográfico, sonoro e/ou audiovisual) seja utilizado somente para esta pesquisa.

() Concordo que o meu (citar se será material biológico, registro fotográfico, sonoro e/ou audiovisual) possa ser utilizado em outras pesquisas, mas serei comunicado pelo pesquisador novamente e assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que será utilizado o material

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do Participante:

Data:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Nome do Pesquisador Responsável: Douglas Alves da Silva Santos

Endereço: Quadra 109 Norte, Avenida NS-15, ALCNO- Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77001-090

Cidade: Palmas-TO

Telefone Fixo: (63)3229-4350

Telefone Celular: (63) 992478114

E-mail: santos.douglas@mail.uft.edu.br

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

DATA

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Hospital de Doenças Tropicais - UFT

Rua José de Brito, nº 1015 - Setor Anhanguera

CEP 77.818-530

Araguaína-TO

Tel.: (63) 3413-8642

E-mail: cep.hdt@ebserh.gov.br

8.4-Apêndice D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Cuidadores Informais **Pesquisador responsável:** Douglas Alves da Silva Santos

Este documento, chamado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver dúvidas, poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Caso não deseje participar desse estudo, informo que não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo por isso. Caso aceite participar e a qualquer momento resolva retirar seu consentimento, você poderá retirar sua autorização e não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo por isso. Para retirar sua autorização basta entrar em contato, via telefone (63)992478114/ ou pelo e-mail santos.douglas@mail.uft.edu.br.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL”** **“LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL”**. Esta pesquisa será realizada pelo pesquisador **DOUGLAS ALES DA SILVA SANTOS**, do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Saúde da Universidade Federal do Tocantins. Campus de Palmas, sob orientação do(a) Prof.(a) **LEIDIENE FERREIRA SANTOS** Nesta pesquisa, pretendemos **Objetivo geral:** “Analisar as condições de letramento em saúde de profissionais e cuidadores vinculadas ao programa de atenção domiciliar de uma capital da Amazônia Legal Brasileira.”. O motivo que nos leva a estudar **Justificativa:** A atenção domiciliar (AD), que surgiu como uma estratégia de ações de saúde inovadora. Um modelo novo de atenção que busca proporcionar qualidade de vida. No Brasil, existe o Programa Melhor em Casa, o serviço é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, observa-se a necessidade de uma maior compreensão das famílias e profissionais no ambiente domiciliar. Nessa perspectiva, o Letramento em Saúde (LS) pode ser essencial, pois amplia a capacidade de compreender as informações sobre saúde. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **Procedimentos da Pesquisa:** se você aceitar participar deste estudo, você responderá a um questionário socioeconômico, um questionário sobre o nível de Letramento em Saúde e entrevista com as seguintes perguntas: “Fale-me sobre como é para você realizar o cuidado em domicílio” e “Fale-se sobre sua experiência com o SAD”. São perguntas simples e o preenchimento das respostas levarão, cerca de trinta minutos. A coleta de dados ocorrerá em seu domicílio em Palmas-TO, agendada previamente. A sua participação consistirá em preencher formulário, gravação de áudio e fotos. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **Desconforto e Possíveis Riscos Associados à Pesquisa: eventualmente você poderá sentir-se constrangido** ou desconforto ao responder o questionário (os pesquisadores irão realizar esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); a resposta do questionário poderá ser interrompida a qualquer momento; será garantida a privacidade para responder o questionário; sua participação será voluntária). Quebra de sigilo/anonimato (as respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato). Estresse ou dano (será oferecida assistência psicológica se necessária

que será direcionada a equipe qualificada - representadas pelos pesquisadores responsáveis - para encaminhamento/providências).

A pesquisa contribuirá **Benefícios da Pesquisa:** Espera-se que os resultados desse estudo possa identificar lacunas na compreensão em saúde dos cuidadores informais e profissionais do programa Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e auxiliar no desenvolvimento de ações educacionais direcionados para melhorar a compreensão e o conhecimento sobre saúde e permitirão aos gestores tomar decisões baseadas em evidências e desenvolver intervenções para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas. Ou seja, tanto os participantes (diretamente) quanto a comunidade como um todo (indiretamente) se beneficiam.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo essa pesquisa será realizada, em seu domicílio, em um momento oportuno para você e para os pesquisadores, a ser combinado previamente. Esta pesquisa não acarretará em nenhum custo para você, por isso, não haverá ressarcimento. No entanto, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, **Contato:** Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador Douglas Alves da Silva Santos, na UFT, no Curso de Enfermagem. Endereço: Quadra 109 Norte, Avenida NS-15, ALCNO-14 Plano Diretor Norte; Lab 4 (em frente ao bloco J), sala 01; CEP 77001-090; Palmas/ TO; pelo e-mail santos.douglas@mail.uft.edu.br; ou por telefone (63) 992478114 e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala Lab 4 do Curso enfermagem da UFT e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL** “LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

() **Concordo que o meu (citar se será material biológico, registro fotográfico, sonoro e/ou audiovisual) seja utilizado somente para esta pesquisa.**

() **Concordo que o meu (citar se será material biológico, registro fotográfico, sonoro e/ou audiovisual) possa ser utilizado em outras pesquisas, mas serei comunicado pelo**

pesquisador novamente e assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que será utilizado o material

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome do Participante:

Data:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Nome do Pesquisador Responsável: Douglas Alves da Silva Santos

Endereço: Quadra 109 Norte, Avenida NS-15, ALCNO-Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77001-090

Cidade: Palmas-TO

Telefone Fixo: (63)3229-4350

Telefone Celular: (63) 992478114

E-mail: santos.douglas@mail.uft.edu.br

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

DATA

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Hospital de Doenças Tropicais - UFT

Rua José de Brito, nº 1015 - Setor Anhanguera

CEP 77.818-530

Araguaína-TO

Tel.: (63) 3413-8642

E-mail: cep.hdt@ebserh.gov.br

8.5-Apêndice E: Termo de Autorização para Gravação de Voz

Eu _____(NOME DO PARTICIPANTE), depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **“LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL”**, poderá trazer e entender especialmente, como será feita a coleta de dados e a necessidade da gravação da minha voz, durante entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisador Douglas Alves da Silva Santos ou outro membro desta equipe de pesquisa, a que fui devidamente apresentado(a), a realizar a gravação de minha participação (voz) na entrevista, sem custos financeiros para nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida por causa do compromisso do pesquisador acima citado em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição (escrita do que foi falado) da minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações em revistas científicas e congressos;
3. meu nome ou qualquer outra identificação não serão revelados em nenhuma das vias de publicação das informações geradas na pesquisa;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita depois da minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador Douglas Alves da Silva Santos, e após esse período serão destruídos;
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição da minha entrevista.

Palmas-TO, ____/____/2024.

- ☐ Concordo com a gravação da minha voz durante a entrevista.
- ☐ Não concordo com a gravação da minha voz durante a entrevista.

Assinatura Pesquisador Responsável:

Assinatura do(a) Participante Voluntário(a):

8.6-Apêndice F: Questões Entrevista Individual- Cuidadores Informais

1-Fale-me sobre como é para você realizar o cuidado em domicílio”

2-Fale-se sobre sua experiência com o SAD”

Palmas-TO, ____/____/2024.

- ☐ Concordo realizar entrevista.
- ☐ Não concordo com em realizar entrevista.

Assinatura Pesquisador Responsável:

Assinatura do(a) Participante Voluntário(a):

8.7-Apêndice G:Carta Convite

Profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar- SAD Palmas - TO

Assunto: Carta Convite

Venho por meio deste convidar vossa senhoria que integra o quadro de profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar- SAD Palmas - TO, para participarem da pesquisa **“LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL”**, que tem como objetivo geral “Analisar as condições de letramento em saúde de profissionais e cuidadores vinculadas ao programa de atenção domiciliar de uma capital da Amazônia Legal Brasileira”.

Para referida pesquisa, o profissional deve atuar há, no mínimo, 06 (seis) meses no serviço, será através de um questionário socioeconômico e um questionário sobre o nível de Letramento em Saúde. São perguntas simples e o preenchimento das respostas levarão, cerca de trinta minutos. A coleta de dados ocorrerá nas dependências da *Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)* em Palmas-TO, agendada previamente. A data e horário serão informados aos profissionais, via e-mail e/ou telefone.

Orientações adicionais em relação à pesquisa (data, horário, forma de participação, questões éticas etc.) e esclarecimentos de dúvidas podem ser realizadas via e-mail (santos.douglas@mail.uft.edu.br), telefone (63-99247-8114) e ou durante visita dos pesquisadores no SAD.

Certa de contar com vossa colaboração, antecipo meus agradecimentos e me coloco a disposição para qualquer esclarecimento.

Douglas Alves da Silva Santos
Pesquisador responsável
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
Telef.: (63) 992478114

Profa. Dra. Leidiene Ferreira Santos
Pesquisadora colaboradora
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
Telef.: (63) 992478114

8.9-Apêndice H: Declaração de Compromisso dos Pesquisadores

Declaração de Compromisso dos Pesquisadores

Eu, **DOUGLAS ALVES DA SILVA SANTOS**, portador do RG 1213384 e CPF 03562991126, pesquisador responsável do projeto de pesquisa intitulado **LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL BRASILEIRA**, comprometo-me a utilizar todos os dados coletados, unicamente, para o projeto acima mencionado, bem como:

- Garantir que a pesquisa somente será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Doenças Tropicais (HDT) da Universidade Federal do Tocantins (UFT), respeitando assim, os preceitos éticos e legais exigidos pelas Resoluções vigentes, em especial a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde;
- Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;
- Apresentar dados solicitados pelo CEP/HDT-UFT ou pela CONEP a qualquer momento;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados e estudados;
- Assegurar que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto de pesquisa em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP/HDT-UFT ou a CONEP, a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final ao CEP do HDT-UFT;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico e digital, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Araguaina-TO, 21 de maio de 2024

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Documento assinado digitalmente
DOUGLAS ALVES DA SILVA SANTOS
Data: 21/05/2024 11:30:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Declaração de Compromisso dos Pesquisadores

Eu, **Leidiane Ferreira Santo**, portador do RG **450202-6 DGPC-GO** e CPF **005.667.181-46**, pesquisador responsável do projeto de pesquisa intitulado **LETRAMENTO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES VINCULADAS AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE UMA CAPITAL DA AMAZÔNIA LEGAL**, comprometo-me a utilizar todos os dados coletados, unicamente, para o projeto acima mencionado, bem como:

- Garantir que a pesquisa somente será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Doenças Tropicais (HDT) da Universidade Federal do Tocantins (UFT), respeitando assim, os preceitos éticos e legais exigidos pelas Resoluções vigentes, em especial a 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde;
- Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;
- Apresentar dados solicitados pelo CEP/HDT-UFT ou pela CONEP a qualquer momento;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados e estudados;
- Assegurar que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto de pesquisa em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP/HDT-UFT ou a CONEP, a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final ao CEP do HDT-UFT;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico e digital, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Araguaína, __21____de ____maio____de 2024.



Documento assinado digitalmente
LEIDIENE FERREIRA SANTOS
Data: 21/05/2024 10:56:34-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO 1: Questionário Sobre Compreensão de Saúde e Cuidados de Saúde



Portuguese (Brazil)

Identificação do Participante _____

Questionário sobre Compreensão da Saúde e Cuidados de Saúde

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

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

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

The Health Literacy Questionnaire (HLQ). © Copyright 2014 Swinburne University of Technology.
Authors: Richard H Osborne, Rachelle Buchbinder, Ray Batarbun, Gerald R Elsworth.
No part of the HLQ can be reproduced, copied, altered or translated without the permission of the authors.
Further information: hlq.swinburn.edu.au

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.....	☐	☐	☐	☐
2 Eu tenho pelo menos um profissional de saúde	☐	☐	☐	☐
3 Eu tenho acesso	☐	☐	☐	☐
4 Eu comparo informações	☐	☐	☐	☐
5 Quando me sinto doente.....	☐	☐	☐	☐
6 Eu gasto bastante tempo envolvido	☐	☐	☐	☐
7 Quando eu vejo novas informações sobre saúde	☐	☐	☐	☐

Continuação da **Parte 1**

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

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

Por favor, continue na próxima página.

A Parte 2 do questionário começa aqui.

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

Marque o quadro fazendo um X dessa forma: 

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

Por favor, continue na próxima página.

Continuação da **Parte 2**

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

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

Obrigado por completar esse questionário.

ANEXO 2: Teste de Letramento Funcional em Saúde (B-Thofla)

TESTE DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE (B-TOFHLA) (Carthery-Goulart et al., 2009)

COMPREENSÃO DA LEITURA

Seu médico encaminhou você para tirar um Raio-X de _____.

- a) estômago
- b) diabetes
- c) pontos
- d) germes

Quando vier para o _____ você deve estar com estômago _____.

- a) livro
- b) fiel
- c) raio-x
- d) dormir

- a) asma
- b) livro
- c) incesto
- d) anemia

O exame de raio X vai _____ de 1 a 3 _____.

- a) durar
- b) ver
- c) falar
- d) olhar

- a) camas
- b) cabeças
- c) horas
- d) dietas

A VESPERA DO DIA DO RAIOS X

No jantar, coma somente um pedaço _____ de fruta, torradas e geleia, com

- a) pequeno
- b) caldo
- c) ataque
- d) náusea

_____ ou chá

- a) lentes
- b) café
- c) cantar
- d) pensamento

Após _____, você não deve _____ nem beber _____

- a) o minuto
- b) a meia-hora
- c) durante
- d) antes

- a) conhecer
- b) vir
- c) pedir
- d) comer

- a) tudo
- b) nada
- c) cada
- d) algum

até _____ o raio x.

- a) ter
- b) ser
- c) fazer
- d) estar

NO DIA DO RAIOS X

Não tome _____. Não _____, nem mesmo _____

- a) consulta
- b) caminho
- c) café da manhã
- d) clínica

- a) dirija
- b) beba
- c) vista
- d) dose

- a) coração
- b) respiração
- c) água
- d) câncer

Se você tiver alguma _____, ligue para _____ de raio x.

- a) reposta
- b) tarefa
- c) região
- d) pergunta

- a) o departamento
- b) disque
- c) a farmácia
- d) o dental

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber atendimento

- a) cabelo
- b) salgar
- c) poder
- d) doer

adequado neste hospital.

Eu _____ que as informações que eu _____ ao médico serão muito

- a) compreendo
- b) provar
- c) proteínas
- d) agudo

- a) provar
- b) arriscar
- c) cumprir
- d) transmitir

_____ para permitir o correto _____.

- a) proteínas
- b) importantes
- c) superficiais
- d) numéricas

- a) agudo
- b) hospital
- c) mioma
- d) diagnóstico

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____

- a) investigo
- b) entretenho
- c) entendo
- d) estabeleço

- a) alteração
- b) hormônio
- c) antiácido
- d) custo

nas minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento em que me

- a) três
- b) um
- c) cinco
- d) dez

tornar _____ da alteração.

- a) honrado
- b) ciente
- c) longe
- d) devedor

Eu entendo _____ se EU NÃO me _____ ao tratamento,

- a) assim
- b) isto
- c) que
- d) do que

- a) alimentar
- b) ocupar
- c) dispensar
- d) adaptar

tenho _____ de _____ uma nova consulta _____ para o hospital

- a) brilho
- b) esquerdo
- c) errar
- d) direito

- a) solicitar
- b) reciclar
- c) falhar
- d) reparar

- a) contando
- b) lendo
- c) telefonando
- d) observando

Se você _____ de ajuda para entender estas _____ você

- a) lavar
- b) precisar
- c) cobrir
- d) medir

- a) instruções
- b) taxas
- c) hipoglicemias
- d) datas

deverá _____ uma enfermeira ou funcionário do _____ social

- a) relaxar
- b) quebrar
- c) aspirar
- d) procurar

- a) tumor
- b) abdome
- c) serviço
- d) adulto

para _____ todas as suas _____.

- a) encobrir
- b) esclarecer
- c) desconhecer
- d) esperar

- a) pélvis
- b) dúvidas
- c) tomografias
- d) consoantes

BRIEF- TOFHLA
Cartões de Numeramento (B-TOFHLA) e perguntas

Pergunta 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7:00 horas da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima?

<u>Receita de Antibiótico Penicilina (cartão 1)</u>
Paciente: João da Silva Médico: Dr. Carlos Souza Filho Data: 16/08/2010 USO ORAL PENICILINA 250 mg _____ 28 cápsulas Tomar 1 cápsula a cada 6 horas

Pergunta 2: Se essa fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal?

<u>Exame laboratorial de glicemia (cartão 4)</u>
Valor normal de glicemia: 70-99. Sua glicemia hoje é 110.

Pergunta 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta?

<u>Ficha de marcação de consulta (cartão 5)</u>
PRÓXIMA CONSULTA Posto de saúde: Anastácio Magalhães Local: Térreo Dia: Quinta-feira Data: 25 de novembro Hora: 10:20 horas Você deve trazer seu cartão de atendimento

Pergunta 4: Se você fosse almoçar às 12 horas, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la?

<u>Receita do medicamento Doxiciclina (cartão 8)</u>
Paciente: João da Silva Médico: Dr. Carlos Souza Filho Data: 16/08/2010 USO ORAL DOXICICLINA 100 mg _____ 20 cápsulas Tomar a medicação com o estômago vazio uma hora antes ou duas a três horas após a refeição, a menos que tenha recebido outra orientação do seu médico.

ANEXO 3: Produto Pedagógico Digital

eBook



CUIDANDO DO(S) **CUIDADOR(ES):**

SAÚDE FÍSICA E BEM-ESTAR PARA QUEM CUIDA.



ANEXO 4: Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade de Atenção Domiciliar

 Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD) 		
INDICAÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES PARA AD2/AD3		
Selecione uma ou mais das seguintes opções para definir principal indicação clínica do paciente.	() Condição de saúde crônica agudizada que requeira atendimento multiprofissional no domicílio, com foco no melhor controle de sintomas causados pela condição de base, incluindo situações de cuidados paliativos.	
	() Lesão de pele de difícil manejo pela equipe assistente que requeira avaliação semanal em domicílio, além do possível uso de coberturas especiais.	
	() Reabilitação multiprofissional com possibilidade de ganho funcional, especialmente após cirurgia de grande porte, evento agudo, fratura ou hospitalização prolongada.	
	() Uso de antibioticoterapia parenteral domiciliar ou outra medicação parenteral seriada, desde que haja mínima estabilidade clínica para permanência no domicílio.	
	() Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.	
	() Nenhuma das condições acima.	
SISTEMA DE PONTUAÇÃO		
INDICAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS OU GATILHOS		
Selecione uma ou mais das opções a seguir. (A presença de qualquer uma delas já classifica o usuário como AD2 ou AD3, INDEPENDENTE DA PONTUAÇÃO FINAL).	() AD2: Necessidade diária de curativos complexos e/ou medicação parenteral (IMEV/SC - exceto insulina) – 5 pontos () AD3: Necessidade de tratamentos de alta complexidade ou intensidade no domicílio: transfusão sanguínea, paracentese, nutrição parenteral, cuidados paliativos sequenciais para manejo de sintomas mal controlados, dentre outros E/OU uso de Ventilação Mecânica Invasiva – 5 pontos	
USO DO SISTEMA DE SAÚDE		
Histórico de internação hospitalar nos últimos três meses .	() Nenhuma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 0 ponto () Pelo menos uma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 1 ponto () Duas ou mais internações hospitalares nos últimos 3 meses – 2 pontos () Pelo menos uma internação em UTI nos últimos 3 meses – 4 pontos	
Frequência de procura por serviços de urgência nos últimos três meses (SAMU, UPA, Pronto-Socorro)	() Nenhuma procura por serviço de urgência nos últimos 3 meses – 0 ponto () Procurou por serviço de urgência 02 vezes nos últimos 3 meses – 1 ponto () Procurou por serviço de urgência de 03 a 04 vezes nos últimos 3 meses – 2 pontos () Procurou por serviço de urgência 05 ou mais vezes nos últimos 3 meses – 3 pontos	
Tempo de permanência hospitalar nos últimos três meses . Considerar o maior período no caso de múltiplas internações prévias.	() Sem história de internação prévia – 0 ponto () Até 07 dias – 1 ponto () De 07 a 30 dias – 2 pontos () Mais de 30 dias – 3 pontos	
VULNERABILIDADE SOCIAL		
Relação morador-cômodo: divida o número de moradores pelo número de cômodos, selecionando a opção apropriada.	() Menor que 01 – 0 ponto () Igual a 01 – 1 ponto () Maior que 01 – 2 pontos	
SUPORTE FAMILIAR/CUIDADO		
Identifique o suporte de cuidado, seja da família ou de cuidadores.	() Paciente com suporte familiar adequado – 0 ponto () Paciente com suporte familiar inadequado – 1 ponto	
FUNCIONALIDADE		
Preencha este campo considerando a idade do paciente, para posterior identificação do grau de dependência, de acordo com sua faixa etária.		
Para crianças de até 07 anos	Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor () Acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 0 ponto () Não acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 6 pontos	
Para crianças maiores de 07 anos, adultos e idosos	Capacidade para tomar banho () Independente – 0 ponto () Dependente parcial – 1 ponto () Dependente completo – 2 pontos	
	Capacidade para alimentar-se () Independente – 0 ponto () Dependente parcial – 1 ponto () Dependente completo – 2 pontos	
	Capacidade para locomover-se () Independente – 0 ponto () Dependente parcial – 1 ponto () Dependente completo – 2 pontos	
	POLIFARMÁCIA	
	Uso de cinco ou mais medicações de uso contínuo, diariamente	() Não – 0 ponto () Sim – 1 ponto
	PONTUAÇÃO FINAL	
Modalidade AD	Pontuação no instrumento	
AD1	Até 09 pontos	
AD2	De 10 a 15 pontos	
AD3	Maior ou igual a 16 pontos	

ANEXO 5: Instrumento de Avaliação de Elegibilidade e Complexidade de Atenção domiciliar



Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD)



Anexo: Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD)

Critérios para inelegibilidade

O IAEC-AD, em anexo, tem o objetivo de direcionar o profissional, durante a avaliação, a eleger a modalidade de atenção domiciliar do usuário.

Entretanto, existem critérios que deixam o usuário para admissão no Programa Melhor em Casa (PMeC).

Desse modo, antes da utilização do IAEC-AD se algum dos critérios abaixo forem apresentados, o avaliador não necessitará preencher os demais tópicos do IAEC-AD, uma vez que o usuário se encontra inelegível para a admissão no PMeC. O usuário deverá ser direcionado ao ponto de atenção à saúde mais conveniente para sua assistência (contrarreferências).

- () Moradia fora da área de abrangência do SAD;
- () Recusa do paciente e/ou família à assistência do SAD;
- () Inexistência de rede elétrica estável segura quando em uso de dispositivos elétricos de suporte à vida;
- () Reside em localidade comprovadamente de alto risco de violência urbana, que impeçam a segurança da equipe para AD e não ofereçam alternativa para cuidado;
- () Ausência de cuidador/rede de apoio, no caso de usuário dependente de cuidados de terceiros.

ANEXO 6: Ficha Dados dos Pacientes



HOSPITAL GERAL DE PALMAS
SAD – SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

SECRETARIA
DA SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE:			
D.N:	/ /	Sexo () M () F	Idade: Cor: Naturalidade:
Setor da Internação: _/_/_		Data da Internação: _/_/_ Especialidade:	
Patologia:		CID:	
CPF:		R.G:	Órgão Emissor:
Nº do Cartão SUS:			
Nome da Mãe:		Nome do Pai:	
Fone: ()			
Endereço:			
Cidade:	CEP:	Ponto de Referência:	
Estado Civil: () Casado(a) () separado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Solteiro () União Estável			
Nome do Cuidador:		Fone: ()	
Grau de Parentesco:		Sexo: M() F()	DN: / /
CPF:	R.G	Órgão Emissor:	Grau de Instrução:
Profissão:		Local de Trabalho:	
Observações:			

ASSINATURA DO ENTREVISTADO: _____

ASSINATURA DO SERVIDOR DO SAD: _____

PALMAS-TO, ____/____/____

ANEXO 7: Formulário Solicitação de Serviço de Atenção Domiciliar

FORMULÁRIO					
SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR					
Área/Setor: Serviço de Atenção Domiciliar	Código: FOR.SAD.004	Data: 30/05/2023	Versão: 01	Página 1 de 2	

Nome: _____ D.N: ____/____/____ Idade: _____

Nome da mãe: _____ Setor/Leito: _____ Data: ____/____/____

Endereço: _____

Nome do Cuidador: _____ Telefone: () _____

Diagnóstico: _____ Data da internação: ____/____/____

JUSTIFICATIVA DETALHADA PARA SOLICITAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

OBSERVAÇÕES: Pacientes em cuidados paliativos: Anexar relatório da Equipe de Cuidados Paliativos.

Demais pacientes: Relatório Médico.

Paciente Hemodinamicamente estável? () Sim () Não

Sinais Vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ Tax: _____

Presença de dispositivos () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () Colostomia
 () SVD () SVA intermitente () Traqueostomia () Cistostomia

Necessidade de aspiração de vias aéreas: () SIM () NÃO

Necessidade de curativo profissional: () SIM () NÃO Se sim: () LPP Grau: ____ () Ferida Operatória
 () Abscessos () Outros

Dependência para atividades da vida diárias: () Independente () Semi-dependente () Dependente total

Necessidade de oxigênio: () SIM () NÃO

***Observação: caso necessite de oxigenoterapia domiciliar entregar laudo com a prescrição para que o cuidador providencie junto à SEMUS.**

Necessidade de medicação: () IM () EV () SC () NÃO

Tempo previsto para uso: _____ Medicação: _____

***Observação: caso o paciente necessite de antibioticoterapia endovenosa, preencher a ficha do SCIRAS – Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.**

Necessidade de ventilação mecânica: () SIM () NÃO

Realizado treinamento multiprofissional da família quanto aos cuidados: () SIM () NÃO

É imprescindível preencher todos os campos.

Antes da alta aguardar a avaliação do SAD.

Favor enviar formulários no email do SAD: emadpalmas.to@gmail.com Telefone: 3218 1059

Assinatura / Carimbo do Médico Solicitante

Elaborador/Data: Maira das Graças Rios – 15/05/2023	Aprovador/Data: Monalisa Sabino e Luciano Batista Lopes – 30/05/2023
---	--

ANEXO 8: Aprovação Comitê de Ética

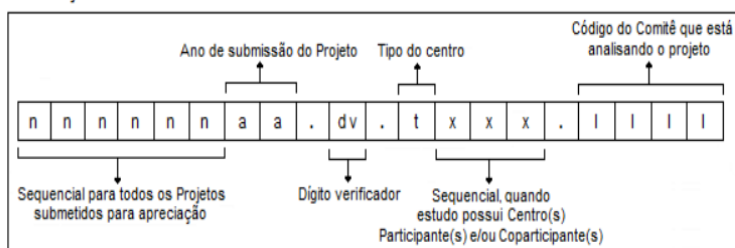
Buscar Projeto de Pesquisa Limpar									
LISTA DE PROJETOS DE PESQUISA:									
Tipo *	CAAE *	Versão *	Pesquisador Responsável *	Comitê de Ética *	Instituição *	Origem *	Última Avaliação *	Situação *	Ação
P	77989524.8.0000.5519	2	DOUGLAS ALVES DA SILVA SANTOS	8102 - Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins - HDT/UFT		PO	PO	Aprovado	 

LEGENDA:

(*) Tipo

P = Projeto de Centro Coordenador Pp = Projeto de Centro Participante Pc = Projeto de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE



(*) Origem / Última Avaliação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador

POp = Projeto Original de Centro Participante

POc = Projeto Original de Centro Coparticipante

E = Emenda de Centro Coordenador

Ep = Emenda de Centro Participante

Ec = Emenda de Centro Coparticipante

N = Notificação de Centro Coordenador

Np = Notificação de Centro Participante

Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Lista de Projetos de Pesquisa

- A exibição da ação **E** indica que existem uma ou mais emendas em fila, ou seja, que aguardam apreciação.