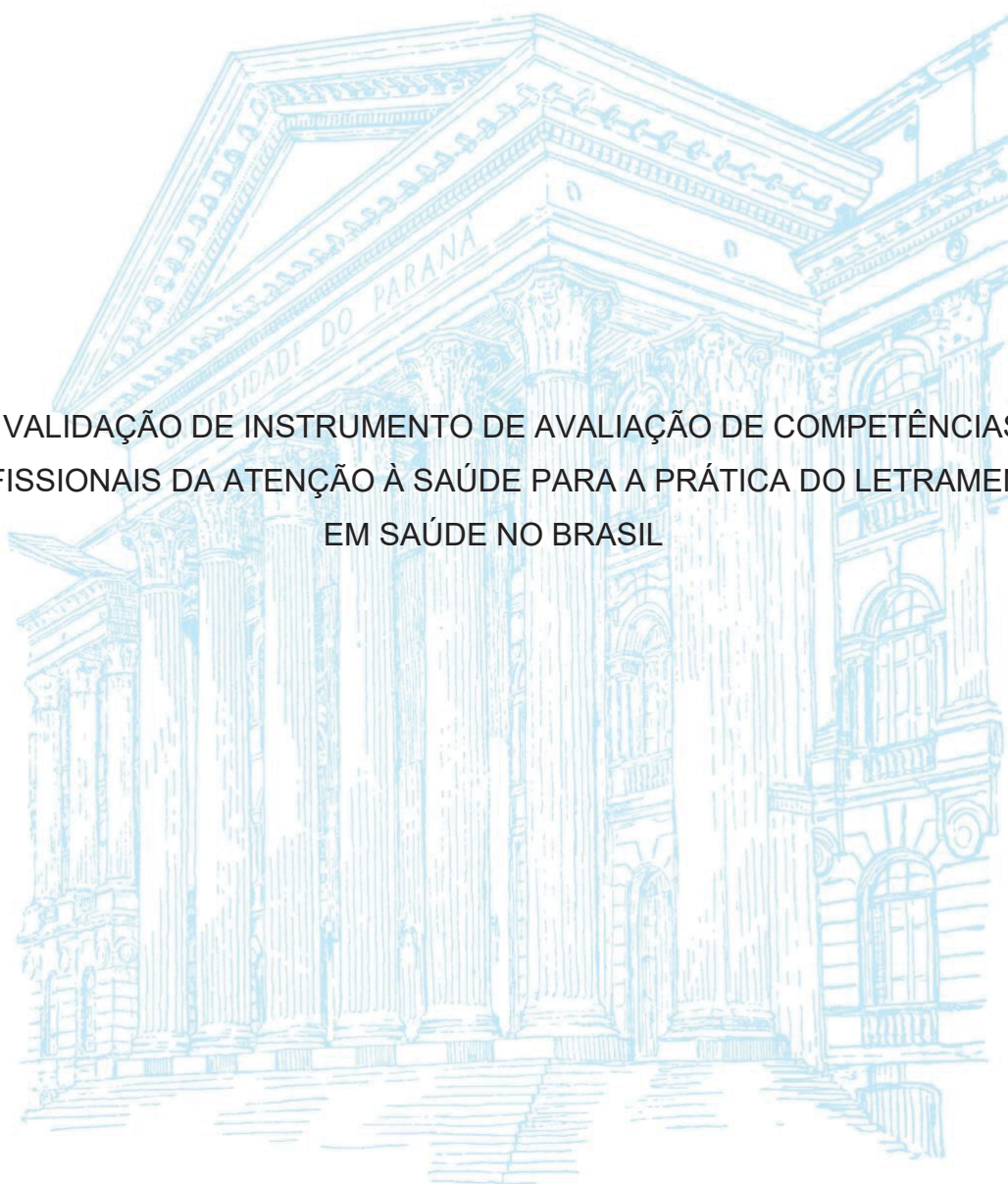


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAFAELLA BOM DOS SANTOS HOCHULI SCHMITZ

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PRÁTICA DO LETRAMENTO  
EM SAÚDE NO BRASIL



CURITIBA

2025

RAFAELLA BOM DOS SANTOS HOCHULI SCHMITZ

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PRÁTICA DO LETRAMENTO  
EM SAÚDE NO BRASIL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia com área de concentração em Odontopediatria.

Orientador: Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz  
Coorientadora: Prof. Dra. Flaviane Cristina Rocha César

CURITIBA

2025

Schmitz, Rafaella Bom dos Santos Hochuli

Validação de instrumento de avaliação de competências de profissionais da atenção à saúde para a prática do Letramento em Saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Rafaella Bom dos Santos Hochuli. – Curitiba, 2025.

1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2025.

Orientador: Prof. Dr. Fabian Calixto Fraiz

Coorientador: Profa. Dra. Flaviane Cristina Rocha César

1. Letramento em Saúde. 2. Pessoal de saúde. 3. Competência profissional. I. Fraiz, Fabian Calixto. II. César, Flaviane Cristina Rocha César. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 613



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ODONTOLOGIA -  
40001016065P8

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ODONTOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **RAFAELLA BOM DOS SANTOS HOCHULI SCHMITZ**, intitulada: **VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PRÁTICA DO LETRAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL**, sob orientação do Prof. Dr. FABIAN CALIXTO FRAIZ, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 30 de Setembro de 2025.

Assinatura Eletrônica

10/10/2025 13:49:53.0

FABIAN CALIXTO FRAIZ

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

09/10/2025 10:52:45.0

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI

Avaliador Externo (DEPARTAMENTO DA SAÚDE COLETIVA)

Assinatura Eletrônica

09/10/2025 12:28:48.0

JULIANA FELTRIN DE SOUZA CAPARROZ

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me guiar em todos os caminhos até aqui.

Aos meus pais, Elcio e Bernadete, por acreditarem em mim, apoiarem cada etapa da minha vida e sempre incentivarem meus estudos.

Ao meu marido, Gustavo, por ser meu parceiro em todos os momentos, sempre me apoiando e dando suporte, especialmente nos mais desafiadores.

À minha irmã, Giovanna, que mesmo de longe sempre esteve presente com apoio e escuta, junto com sua família e meu afilhado Lorenzo.

Aos meus avós Clarice e Walfrido, e com carinho em memória de Dione e Elcio, que tanto me ensinaram e inspiram. Em seus nomes, estendo minha gratidão a toda a minha família.

À família que ganhei por meio do meu marido, especialmente sogros e cunhado, pelo carinho e apoio.

Aos meus amigos de todas as fases da vida e as amizades construídas durante o mestrado. Obrigada por estarem comigo e tornarem esse processo mais leve.

Agradeço a oportunidade de voltar à UFPR, instituição pela qual tenho muito carinho e orgulho. E à CAPES, pelo apoio durante essa fase. Espero ter retribuído essa oportunidade com o desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu orientador, Prof. Fabian Fraiz, sempre disposto a compartilhar seu conhecimento, dividir sua paixão pelos estudos e oferecer incentivo, escuta e disponibilidade que me fizeram sentir segura e motivada durante o processo.

À Prof. Flaviane César, minha coorientadora, por confiar em mim e permitir a continuidade de um trabalho construído com tanto cuidado e seriedade.

Ao NEPE e aos professores da Odontopediatria UFPR, por ser um grupo acolhedor e inspirador de trocas, crescimento e aprendizado.

À Ana Clara Pedrazani, que participou da equipe por meio da iniciação científica, por toda dedicação e comprometimento.

À Camila Martinelli, por ter nos orientado e realizado a parte estatística.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, estiveram comigo nesta caminhada. Cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio e cada presença contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

*Entre o que eu penso,  
o que quero dizer,  
o que digo e o que você ouve,  
o que você quer ouvir  
e o que você acha que entendeu,  
há um abismo.*

Alejandro Jodorowsky

## RESUMO

Os profissionais da atenção à saúde (PAS) devem apresentar competências que incluem conhecimento, habilidades e atitudes para a prática do Letramento em Saúde (LS). Essas competências, já elencadas em um consenso brasileiro, ainda não possuem um instrumento capaz de mensurá-las. Assim, este estudo teve como objetivo validar um instrumento para avaliar as competências dos PAS para a prática do LS no Brasil (*Health Literacy Competencies of Health Care Professionals - HeLProComp*). Trata-se de estudo metodológico, quantitativo, seguido de um estudo transversal conduzido com PAS, recrutados por amostragem bola de neve. O instrumento foi baseado na estrutura conceitual, domínios e itens definidos anteriormente pelo consenso brasileiro. Os itens foram organizados em um questionário de autoavaliação com escala de concordância para cada afirmação. Foram incluídos PAS das áreas de educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social que estavam em exercício profissional no momento da coleta de dados; e aceitaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Profissionais sem contato direto regular com pacientes nos seis meses anteriores ou sem formação superior completa foram excluídos. Foram seguidas as diretrizes do COSMIN (*Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments*). A validade de conteúdo foi previamente estabelecida pelo consenso brasileiro. A validade da estrutura interna foi investigada por meio de análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC), a confiabilidade pela consistência interna ( $\alpha$ Cronbach  $\geq 0,70$ ) e a estabilidade pelo teste-reteste em 30% da amostra mínima ( $r \geq 0,70$ ). A validade de construto convergente e discriminante foram avaliadas com instrumentos validados para o português do Brasil: “Autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal entre enfermeiro e paciente” e “*Oral Health Impact Profile-14*” (OHIP-14), respectivamente. Participaram 451 PAS de todas as regiões do Brasil. O instrumento apresentou consistência interna quase perfeita ( $\alpha$ Cronbach = 0,95) e estabilidade moderada (IC 95% 0,40–0,73;  $r = 0,59$ ). Após a AFE, a AFC sugeriu um modelo de cinco fatores. As propriedades psicométricas foram analisadas para o modelo de três fatores (do consenso) e o modelo de cinco fatores proposto. Embora nenhum dos modelos tenha alcançado plenamente os critérios ideais (CFI/TLI  $> 0,90$ ; RMSEA  $\leq 0,08$ ), o modelo de cinco fatores apresentou melhor ajuste: menor qui-quadrado ( $\chi^2 = 1321,47$ ), RMSEA mais próximo do ideal (0,080 vs. 0,088), CFI (0,875 vs. 0,846), TLI (0,861 vs. 0,832) e menor AIC (27.409,37 vs. 27.627,98). Houve correlação moderada com o instrumento convergente ( $R = 0,39$ ;  $p < 0,001$ ) e ausência de correlação com o discriminante ( $p = 0,724$ ). Após a validação, o HeLProComp foi utilizado na etapa transversal, com comparações entre grupos por testes não paramétricos. Menos da metade dos profissionais (44,8%) teve contato com o termo LS. Não houve diferença entre categorias profissionais quanto aos escores. Profissionais que conheciam o termo LS apresentaram escores de HeLProComp significativamente maiores ( $p = 0,045$ ) do que aqueles que não haviam entrado em contato com o termo anteriormente. As variáveis tipo de instituição, tipo de serviço, sexo e região geográfica não mostraram diferenças relevantes no escore geral. O instrumento HeLProComp apresentou propriedades psicométricas adequadas para a avaliação das competências em LS dos PAS.

Palavras-chave: letramento em saúde; pessoal de saúde; competência profissional.

## ABSTRACT

Health care professionals (HCPs) must demonstrate competencies encompassing knowledge, skills, and attitudes to effectively engage in Health Literacy (HL) practices. Although these competencies have been previously outlined in a Brazilian consensus, no validated instrument currently exists to assess them. This study aimed to validate an instrument designed to evaluate the HL competencies of HCPs in Brazil, named the Health Literacy Competencies of Health Care Professionals (HeLProComp). This methodological, quantitative study was followed by a cross-sectional phase involving HCPs recruited through snowball sampling. The instrument was developed based on the conceptual framework, domains, and items established by the Brazilian consensus. Items were formatted into a self-assessment questionnaire using a Likert-type agreement scale. Eligible participants included professionals from physical education, nursing, pharmacy, physiotherapy, speech therapy, medicine, nutrition, dentistry, psychology, and social work, who were actively practicing and consented to participate. Exclusion criteria included lack of regular patient contact in the preceding six months or incomplete higher education. The study adhered to COSMIN (Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments) guidelines. Content validity was previously established through the Brazilian consensus. Internal structure validity was assessed via exploratory (EFA) and confirmatory factor analyses (CFA). Reliability was evaluated through internal consistency (Cronbach's  $\alpha \geq 0.70$ ) and test-retest stability in 30% of the minimum sample ( $r \geq 0.70$ ). Convergent and discriminant construct validity were examined using two validated instruments in Brazilian Portuguese: the "Self-assessment of Professionalism and Interpersonal Communication between Nurse and Patient" and the "Oral Health Impact Profile-14" (OHIP-14), respectively. A total of 451 HCPs from all Brazilian regions participated. The instrument demonstrated near-perfect internal consistency (Cronbach's  $\alpha = 0.95$ ) and moderate stability (95% CI: 0.40–0.73;  $r = 0.59$ ). Following EFA, CFA suggested a five-factor model. Psychometric properties were analyzed for both the original three-factor model and the proposed five-factor model. Although neither model fully met ideal fit criteria (CFI/TLI  $> 0.90$ ; RMSEA  $\leq 0.08$ ), the five-factor model showed superior fit: lower chi-square ( $\chi^2 = 1321.47$ ), RMSEA closer to the ideal (0.080 vs. 0.088), higher CFI (0.875 vs. 0.846), TLI (0.861 vs. 0.832), and lower AIC (27,409.37 vs. 27,627.98). Moderate correlation was observed with the convergent instrument ( $R = 0.39$ ;  $p < 0.001$ ), and no correlation with the discriminant instrument ( $p = 0.724$ ). In the cross-sectional phase, non-parametric tests were used to compare groups. Less than half of the participants (44.8%) were familiar with the term HL. No significant differences in scores were found across professional categories. However, professionals familiar with HL scored significantly higher on HeLProComp ( $p = 0.045$ ). Variables such as institution type, service type, gender, and geographic region did not significantly affect overall scores. The HeLProComp instrument demonstrated adequate psychometric properties for assessing HL competencies among Brazilian HCPs.

Keywords: health literacy; health personnel; professional competence.

## SUMÁRIO

|          |                                                                                                                                                           |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                                    | <b>12</b> |
| <b>2</b> | <b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>                                                                                                                         | <b>14</b> |
| 2.1      | COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS RELACIONADAS AO LETRAMENTO EM SAÚDE.....                                                                                       | 14        |
| 2.2      | CONSENSOS SOBRE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA A PRÁTICA DO LS.....                                                                                      | 18        |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS.....</b>                                                                                                                                     | <b>24</b> |
| 3.1      | OBJETIVO GERAL.....                                                                                                                                       | 24        |
| 3.2      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                                                                                                                                | 24        |
| <b>4</b> | <b>MATERIAIS E MÉTODO.....</b>                                                                                                                            | <b>25</b> |
| 4.1      | POPULAÇÃO E TIPO DE ESTUDO.....                                                                                                                           | 25        |
| 4.2      | INSTRUMENTOS USADOS NA COLETA DE DADOS.....                                                                                                               | 26        |
| 4.3      | PRÉ-TESTE.....                                                                                                                                            | 29        |
| 4.4      | ANÁLISE ESTATÍSTICA.....                                                                                                                                  | 29        |
| 4.5      | ASPÉCTOS ÉTICOS.....                                                                                                                                      | 31        |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS.....</b>                                                                                                                                    | <b>32</b> |
| 5.1      | ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS.....                                                                                                           | 32        |
| 5.2      | VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....                                                                                                                             | 33        |
| 5.2.1    | Análise Fatorial Exploratória (AFE) .....                                                                                                                 | 33        |
| 5.2.2    | Análise de Confiabilidade.....                                                                                                                            | 39        |
| 5.2.3    | Análise Fatorial Confirmatória (AFC).....                                                                                                                 | 39        |
| 5.2.4    | Análise de constructo convergente e discriminante.....                                                                                                    | 40        |
| 5.2.5    | Análise de Estabilidade.....                                                                                                                              | 42        |
| 5.3      | COMPETÊNCIAS PARA A PRÁTICA DO LS.....                                                                                                                    | 42        |
| <b>6</b> | <b>DISCUSSÃO.....</b>                                                                                                                                     | <b>53</b> |
| <b>7</b> | <b>CONCLUSÃO.....</b>                                                                                                                                     | <b>57</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                                                   | <b>58</b> |
|          | <b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO (FORMULÁRIO ELETRÔNICO).....</b>                                                                              | <b>65</b> |
|          | <b>APÊNDICE B - PROPOSTA INICIAL DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE NA PRÁTICA DE LETRAMENTO EM SAÚDE.....</b> | <b>67</b> |

|                                                                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PRÁTICA DO LETRAMENTO EM SAÚDE (HeLProComp).....</b> | <b>70</b> |
| <b>ANEXO 1 – CONSENSO SOBRE COMPETÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE PARA A PRÁTICA DO LETRAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL.....</b>                      | <b>73</b> |
| <b>ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO “AUTOAVALIAÇÃO SOBRE PROFISSIONALISMO E COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE” .....</b>                        | <b>75</b> |
| <b>ANEXO 3 - <i>ORAL HEALTH IMPACT PROFILE-14</i> (OHIP-14) EM SUA VERSÃO VALIDADA PARA O IDIOMA PORTUGUÊS DO BRASIL</b>                                 | <b>76</b> |
| <b>ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>                                                                                                     | <b>77</b> |

*Entre o que eu penso,  
o que quero dizer,  
o que digo e o que você ouve,  
o que você quer ouvir  
e o que você acha que entendeu,  
há um abismo.*

Alejandro Jodorowsky

## 1 INTRODUÇÃO

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, aliada às desigualdades no acesso à informação e aos serviços, tem intensificado a necessidade de promover o letramento em saúde (LS) como estratégia essencial para o fortalecimento da saúde pública (Sørensen *et al.*, 2012). O LS refere-se ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que permitem aos indivíduos acessar, compreender, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde de forma eficaz (WHO, 2022a). Esse conceito, anteriormente focado nas competências individuais, passou a incluir também a influência das estruturas organizacionais e a disponibilidade de recursos (Smith *et al.*, 2025), bem como a capacidade dos profissionais de atenção à saúde (PAS) se adaptarem às necessidades de letramento dos usuários (Cesar *et al.*, 2022a).

A importância do LS ultrapassa o âmbito individual, repercutindo diretamente na saúde coletiva, na redução de desigualdades sociais e no uso mais eficiente dos recursos econômicos (Nutbeam; Lloyd, 2021). Evidências demonstram que indivíduos com maior nível de LS apresentam comportamentos mais favoráveis à promoção da saúde (Kim *et al.*, 2023), melhor autogestão de doenças crônicas como o diabetes (Butayeva *et al.*, 2023; Tørris; Nortvedt, 2024), maior adesão à atividade física (Buja *et al.*, 2020) e menor incidência de multimorbidades (Chauhan *et al.*, 2024). Em contrapartida, baixos níveis de LS estão associados à menor adesão a tratamentos (Miller, 2016; Coskun; Bagcivan, 2021), busca tardia por atendimento (Fan *et al.*, 2021) e dificuldades de compreensão de temas de saúde (Berkman *et al.*, 2011).

O tema tem sido cada vez mais estudado nos últimos anos (Qi *et al.*, 2021), com maior número de publicações provenientes de países desenvolvidos, como Estados Unidos e Austrália (Wang; Shahzad, 2021; Paucar-Cáceres *et al.*, 2023). Apesar de sua relevância, os estudos têm se concentrado majoritariamente na aferição dos níveis de LS da população (Liu *et al.*, 2018; Rigolin *et al.*, 2018; Arrighi *et al.*, 2022), com menos ênfase na formação dos profissionais da atenção à saúde para atuarem segundo seus princípios. Pesquisas indicam que os PAS, embora corresponsáveis pelo LS dos pacientes (Cesar *et al.*, 2024), ainda não estão plenamente preparados para essa tarefa (Güner; Ekmekci, 2019), principalmente devido à ausência de conteúdos específicos nos currículos acadêmicos (Roberts *et al.*, 2012). Nesse contexto, o desenvolvimento de competências profissionais

específicas torna-se essencial, abarcando conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a prática do LS (Frank *et al.*, 2010).

Diversos consensos internacionais têm buscado definir tais competências (Coleman; Hudson; Maine, 2013; Chang *et al.*, 2017a; Karuranga *et al.*, 2017; Cesar *et al.*, 2022a; Tsai *et al.*, 2024), sendo o consenso brasileiro o único elaborado especificamente para a realidade da América Latina, resultando na definição de 28 competências organizadas em três domínios (Cesar *et al.*, 2022a). Contudo, ainda não há no Brasil um instrumento capaz de mensurar essas competências, o que compromete a avaliação e o aprimoramento das estratégias de formação profissional e de educação continuada.

Atualmente, apenas o consenso asiático embasou um instrumento (IOHLC) com o objetivo de aferir de maneira mais rigorosa as competências profissionais relacionadas ao LS. O instrumento IOHLC seguiu uma metodologia rigorosa, resultando em um instrumento com 49 itens para embasar formações teóricas e práticas profissionais de indivíduos na língua chinesa. (Chang *et al.*, 2017a)

Este estudo busca sanar essa lacuna ao propor a construção e validação de um instrumento de avaliação das competências profissionais dos PAS em letramento em saúde. Espera-se que esse instrumento colabore com a compreensão do panorama da prática do LS no Brasil, bem como, a identificação das fragilidades na formação dos PAS e subsidiando intervenções educacionais mais eficazes. Com base nos consensos já estabelecidos e nas evidências disponíveis, a hipótese do estudo é que a existência de um instrumento validado permitirá uma análise mais criteriosa da atuação dos PAS no campo do LS, favorecendo, assim, a qualidade da atenção em saúde e a equidade no cuidado.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS RELACIONADAS AO LETRAMENTO EM SAÚDE

Letramento em saúde pode ser definido pelo conceito de acessar, compreender, avaliar as informações em saúde e tomar decisões em relação aos cuidados da saúde (WHO, 2022a; Liu, 2020). Indivíduos letrados em saúde tendem a aplicar de maneira criteriosa essas informações de saúde durante todo seu percurso de vida, influenciando sua família e comunidade (NUTBEAM, 2000; SØRENSEN et al., 2012). No Brasil, o tema surgiu há mais de 15 anos e ganhou maior foco nos últimos anos, com variações de terminologia como “Alfabetismo em saúde” e “Literacia em saúde”, ao decorrer desse tempo (MARTINS et al., 2022).

Nutbeam (2000) apresentou três níveis de letramento em saúde, os quais são crescentes, e permeiam toda a vida do indivíduo. O primeiro nível é denominado **funcional**, definido como a habilidade mais básica de leitura e escrita dos termos da saúde. O segundo, **interativo**, envolve habilidades cognitivas e letramento mais avançado que podem ser aplicadas no cotidiano. Já o terceiro nível, **crítico**, permite avaliar as informações e exercer maior controle sobre as ações na vida do indivíduo. (Nutbeam, 2000)

O nível de LS dos indivíduos pode ser aferido por meio de alguns instrumentos específicos. Há diversos instrumentos descritos na literatura, alguns são utilizados em diferentes países e passaram pelo processo de validação em diferentes línguas (Liu et al., 2018; Martins et al., 2022; Sørensen et al., 2012). Alguns deles avaliam aspectos mais básicos, como de leitura e pronúncia, enquanto outros buscam combinar capacidades de compreensão, avaliação e aplicabilidade das informações da área de saúde. (Liu et al., 2018).

O nível de letramento em saúde é dependente do conteúdo e específico ao contexto em que o indivíduo está inserido (Sørensen et al., 2012). Dessa forma, uma pessoa pode apresentar elevado letramento em determinado tema da saúde e, ao mesmo tempo, baixa proficiência em outros. Além disso, alguns fatores socioeconômicos e culturais podem facilitar ou dificultar o acesso às informações em saúde. São exemplos desses fatores: escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde, suporte social, barreiras linguísticas e culturais, e até a forma como a informação é comunicada pelos profissionais de saúde, impactando diretamente as

decisões e comportamentos relacionados ao estilo de vida (Güner; Ekmekci, 2019; Sørensen *et al.*, 2012).

Níveis baixos de LS estão associados a piores desfechos clínicos (Chauhan *et al.*, 2024). Esses indivíduos com baixo letramento tendem a apresentar menor adesão a esquemas terapêuticos prescritos e dificuldade para compreender orientações verbais ou escritas fornecidas por PAS (Passamai *et al.*, 2012), além de utilizarem com maior frequência os serviços de urgência (Shahid *et al.*, 2022). Além disso, o LS pode impactar não só o indivíduo, mas também sua família e comunidade, influenciando o manejo de doenças crônicas e infecto contagiosas (Larsen *et al.*, 2022), assim como aspectos relacionados às crianças, como a qualidade do sono dos filhos (Ogi *et al.*, 2018) e maior experiência de cárie dentária infantil (Firmino *et al.*, 2017).

Os PAS desempenham um papel importante no LS da população em geral, sendo que as competências profissionais relacionadas ao LS podem ser precursoras de ações e mudanças comportamentais dos indivíduos e comunidade (Cesar *et al.*, 2022a). Assim, os princípios do LS tendem a melhorar o contexto de saúde da população em geral através de uma interação profissional-paciente mais comprometida e humanizada (Cesar *et al.*, 2022b; Wood *et al.*, 2023).

A construção do conceito de competências profissionais em letramento em saúde fundamenta-se em uma perspectiva que articula conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para que os PAS promovam, na prática, a equidade no cuidado por meio da comunicação efetiva e da valorização do saber do usuário (Cesar *et al.*, 2022a,b). As competências profissionais em LS não se restringem ao domínio técnico-informacional; envolvem também a capacidade de compreender contextos socioculturais, adaptar a linguagem à realidade dos pacientes, identificar barreiras de compreensão e adotar estratégias que favoreçam o empoderamento dos indivíduos no processo de cuidado (Cesar *et al.*, 2022a,b).

De acordo com os consensos internacionais e nacionais já estabelecidos (Coleman; Hudson; Maine, 2013; Chang *et al.*, 2017a; Cesar *et al.*, 2022a), o domínio das competências em LS se distribui em eixos principais: conhecimento sobre o conceito e os determinantes do LS; habilidades comunicativas, pedagógicas e de escuta ativa; e atitudes éticas, empáticas e centradas no paciente.

Nesse sentido, os PAS desempenham papel central na construção de um cuidado responsivo ao LS (Cesar *et al.*, 2022b). A literatura aponta que organizações

que promovem práticas de LS, as chamadas organizações letradas em saúde (OLS), são aquelas que desenvolvem estruturas e processos acessíveis, compreensíveis e inclusivos, garantindo que todos os usuários, independentemente de seu nível de LS, tenham igualdade de acesso e compreensão dos serviços (Rosenfeld *et al.*, 2023). Assim, o profissional de saúde não apenas aplica seus conhecimentos técnicos, mas também atua como mediador entre o sistema e o usuário, ajustando suas práticas à realidade do paciente e contribuindo para ambientes de cuidado mais democráticos (Cesar *et al.*, 2022b).

Para o aprimoramento do LS, é essencial o envolvimento de múltiplas esferas: desde organizações internacionais e políticas nacionais e locais, até os profissionais que atuam nos serviços de saúde (Wood *et al.*, 2023; Gama *et al.*, 2025; Efthymiou, Rovithis, Kalaitzaki, 2022; Mehlis, Locher, Hornberg, 2021; Zhu *et al.*, 2024). As OLS têm papel fundamental nesse processo, ao capacitarem continuamente suas equipes para aplicar os princípios do LS no cuidado (Weaver; Dy; Rosen, 2014; Martins *et al.*, 2022). Profissionais de atenção à saúde são corresponsáveis pela superação das barreiras culturais, econômicas, linguísticas e de acesso, sendo suas competências em LS determinantes para promover mudanças comportamentais e melhorar o engajamento dos usuários (Güner; Ekmekci, 2019; Cesar *et al.*, 2022a; Luz *et al.*, 2023; Wood *et al.*, 2023).

Internacionalmente, o LS tem sido consolidado como política pública estratégica para a melhoria dos indicadores de saúde (Trezona; Rowlands; Nutbeam, 2018; WHO/Europe, 2018). Iniciativas como o projeto *Optimising Health Literacy and Access* (Ophelia), na Austrália, têm se destacado por desenvolver modelos participativos para identificar necessidades de LS nas comunidades e adaptar os serviços de saúde a essas demandas (Osborne *et al.*, 2022; WHO, 2022b). Nos Estados Unidos, o governo federal, por meio do *Office of Disease Prevention and Health Promotion*, integra o LS ao conjunto das iniciativas nacionais de saúde, reconhecendo-o como componente essencial da equidade em saúde e da efetividade das políticas públicas (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Ainda em âmbito global, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), estabelece 17 objetivos interconectados que visam promover um desenvolvimento inclusivo e equitativo (ONU, 2015). Entre as metas prioritárias da saúde estão a redução da mortalidade e da incidência de doenças infecciosas, aspectos que podem ser favorecidos pelo

fortalecimento do LS da população, uma vez que pode melhorar a compreensão e o uso de informações em saúde. O LS dialoga com o princípio de "não deixar ninguém para trás", garantindo que todos, independentemente de suas condições socioeconômicas, tenham acesso às informações e serviços essenciais para o bem-estar. (ONU, 2015)

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo antes da difusão do conceito de letramento em saúde (LS), já incorporava em suas diretrizes os princípios fundamentais desse conceito, ao priorizar a prevenção de doenças e a promoção da equidade, integralidade e universalidade do cuidado (BRASIL, 2018). O LS promove a autonomia dos indivíduos, permitindo-lhes navegar pelo sistema de saúde com maior segurança e acesso qualificado aos serviços (Berkman *et al.*, 2011; Sørensen *et al.*, 2012). Há uma associação positiva entre melhores níveis de LS e tomada de decisões informadas pelos usuários (Rüegg, 2022), tendendo ao uso racional dos serviços (Rosário *et al.*, 2025) e a adoção de comportamentos preventivos (Odunsi; Farris, 2023).

Embora o reconhecimento formal do LS no Brasil ainda seja incipiente em termos de política pública estruturada (Martins *et al.*, 2022), observa-se um movimento progressivo de inserção do tema em agendas estratégicas. A criação da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS), representa um avanço nesse cenário, alinhando o LS às diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, da Educação Popular em Saúde e da Comunicação em Saúde do Ministério da Saúde. A REBRALS tem atuado como articuladora de saberes, promovendo discussões interinstitucionais, principalmente por meio de podcasts, e fomentando pesquisas que contribuem para a qualificação do cuidado. (REBRALS, 2021)

Nesse contexto, a presente pesquisa contribui significativamente para o escopo de conhecimento ao propor a construção e validação de um instrumento nacionalmente contextualizado para mensuração das competências profissionais em LS. Além de preencher uma lacuna metodológica, o estudo alinha-se aos esforços internacionais e fortalece as iniciativas brasileiras voltadas à institucionalização do LS como um pilar das práticas em saúde. Ao oferecer uma ferramenta de avaliação robusta, a pesquisa permite identificar lacunas formativas e orientar estratégias pedagógicas, contribuindo, de forma concreta, para a consolidação do LS como prática transformadora no SUS e na formação de profissionais mais preparados e sensíveis às demandas sociais.

## 2.2 CONSENSOS SOBRE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA A PRÁTICA DO LS

A construção de consensos internacionais tem se mostrado uma estratégia fundamental para sistematizar as competências profissionais em LS, reunindo especialistas para definir itens relacionados a conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais. Esses consensos permitem padronizar parâmetros, orientar currículos acadêmicos, subsidiar instrumentos de avaliação e apoiar políticas de saúde voltadas ao fortalecimento do LS em diferentes contextos.

O primeiro consenso sobre competências profissionais em LS foi estabelecido nos Estados Unidos da América (EUA) por Coleman, Hudson e Maine (2013). Especialistas da área participaram de um processo de consenso baseado no método *Delphi* modificado, com o objetivo de identificar as competências essenciais aos PAS na prática do LS. Ao final, foram definidos 95 itens, dos quais 63 correspondem a competências organizadas em conhecimentos, habilidades e atitudes, e 32 a práticas específicas (Coleman; Hudson; Maine, 2013).

Entre os conhecimentos essenciais, destacou-se a capacidade de reconhecer ao menos uma definição de LS. No campo das habilidades, incluiu-se o uso da técnica *Teach-back*, que convida o paciente a explicar, com suas palavras, as informações recebidas, o que permite ao profissional verificar a efetividade da comunicação (AHRQ, 2010). Quanto às atitudes, o consenso apontou a importância de adotar uma postura não julgadora nem constrangedora diante dos pacientes (Coleman; Hudson; Maine, 2013).

Em 2017, um outro estudo dos EUA (Coleman; Hudson; Pederson, 2017) teve como objetivo estabelecer uma lista de prioridades das práticas já definidas pelo consenso anterior (Coleman; Hudson; Maine, 2013), podendo ser considerada um requisito mínimo para a prática do LS. Foram identificados oito itens promissores para reduzir os efeitos negativos do baixo LS da população. Esse compilado foca principalmente na comunicação, destacando técnicas como o *teach-back* e o uso de linguagem simples, além de priorizar a abordagem centrada no paciente, que considera suas demandas e atende às suas preocupações (Coleman; Hudson; Pederson, 2017).

A relevância da iniciativa estadunidense impulsionou a realização de consensos em outros contextos. Na Europa, pesquisadores de diversos países

também recorreram ao *Delphi* modificado para estabelecer competências voltadas ao LS (Karuranga *et al.*, 2017). O consenso identificou 56 competências e 38 práticas. Um dos alertas centrais foi o risco de rotular indivíduos com base no nível aferido de LS, o que poderia levar à negligência de explicações necessárias. Para mitigar esse problema, recomendou-se assumir, como princípio, que todos os usuários do sistema de saúde podem apresentar dificuldades de compreensão (Karuranga *et al.*, 2017).

Posteriormente, países de língua alemã desenvolveram um consenso próprio (Beese *et al.*, 2025), tomando como referência o estudo europeu anterior (Karuranga *et al.*, 2017). A lista de competências foi reduzida para 14 itens, sendo cinco de conhecimento, sete de habilidades e dois de atitudes. A comunicação efetiva emergiu como ponto-chave, com destaque para a necessidade de treinar os PAS no uso de linguagem clara e no respeito ao direito do paciente à informação compreensível sobre sua saúde (Beese *et al.*, 2025).

Na Ásia, foi realizado um consenso para PAS no idioma chinês (Chang *et al.*, 2017a). A primeira etapa do consenso envolveu uma revisão de literatura e entrevista com profissionais com a prática clínica do LS. As rodadas seguintes seguiram o método *Delphi* tradicional, obtendo 99 competências profissionais, alocadas em dois domínios (um deles relacionado ao conhecimento e outro com habilidades), e seis subdomínios. Ao final, 92 competências atingiram níveis consensuais. Foi ressaltado a necessidade de estudos posteriores para validar e priorizar quais dessas competências seriam utilizadas para direcionar currículos acadêmicos e educação continuada para melhorar o cuidado centrado no paciente. (Chang *et al.*, 2017a).

Esse consenso (Chang *et al.*, 2017a) embasou o desenvolvimento e validação de um instrumento (IOHLC) para avaliar competências profissionais relacionadas a prática do LS (Chang *et al.*, 2017b). O domínio de conhecimento englobou 12 questões com opções de verdadeiro ou falso, sendo que a cada acerto, era atribuído um ponto. Já o domínio de habilidades, envolveu 57 questões com escala de concordância, variando de 1 a 5 (discordo totalmente a concordo totalmente). As propriedades psicométricas foram avaliadas por meio do método estatístico IRT (teoria de resposta ao item) para o domínio de conhecimento, e análise fatorial exploratória (AFE), seguida de análise fatorial confirmatória (AFC). Após os ajustes fatoriais, o IOHLC chegou a 49 itens, mantendo os dois domínios principais e 9 subdomínios em habilidades. O IOHLC atendeu a todos os critérios psicométricos de maneira adequada, com bons resultados. (Chang *et al.*, 2017b)

Participaram do estudo de validação do IOHLC 736 profissionais não médicos, recrutados por amostra de conveniência de 6 hospitais de Taiwan. Os resultados revelaram fragilidades dos PAS nas áreas de avaliação do nível de LS dos indivíduos e no suporte a pacientes com baixos níveis de compreensão. Por outro lado, as pontuações mais elevadas foram observadas no domínio conceitual do LS e seus fatores de risco. A produção de materiais educativos foi identificada como uma habilidade crítica ainda pouco desenvolvida. (Chang *et al.*, 2017b)

Um estudo mais recente no Taiwan teve como objetivo estabelecer prioridades para o desenvolvimento profissional em LS (Tsai *et al.*, 2024). Identificou-se como desafio central a alta ocorrência de informações de saúde no idioma em inglês ou com tradução literal de termos técnicos, o que dificulta a compreensão da informação por parte da população em geral. Dessa forma, “usar linguagem simples e evitar jargões técnicos” foi classificada como a principal competência a ser promovida. A técnica *Teach-back*, amplamente valorizada em outros contextos, foi considerada de menor relevância, devido à percepção negativa que pode causar entre pacientes taiwaneses, evidenciando que fatores culturais devem orientar as práticas locais. (Tsai *et al.*, 2024)

Frente à diversidade de contextos, torna-se evidente a necessidade de adaptações ao desenvolver instrumentos voltados ao LS. No Brasil, foi conduzido recentemente um consenso nacional com base no método *e-Delphi* modificado (Cesar *et al.*, 2022a). A primeira fase incluiu uma revisão de escopo da literatura (Cesar *et al.*, 2022b) e entrevistas com profissionais da linha de frente nos serviços de saúde (Cesar *et al.*, 2024), resultando em uma lista preliminar de 30 competências. Nas três rodadas seguintes, especialistas brasileiros em LS, avaliaram um total de 56 itens. Adequando às realidades e necessidades do sistema de saúde nacional, 28 atingiram consenso entre os especialistas e foram divididos em 3 domínios: conhecimento, habilidades e atitudes. (Cesar *et al.*, 2022a)

O Quadro 1 apresenta um panorama comparativo das principais características metodológicas dos consensos internacionais sobre competências profissionais na prática do LS. Abrangendo sete países ou regiões (incluindo Estados Unidos, Europa, Ásia, Brasil, Taiwan e países de língua alemã), observa-se diversidade quanto ao público-alvo, ao número de especialistas envolvidos e à quantidade de competências identificadas. A maioria dos estudos utilizou o método Delphi modificado, com variações nas estratégias complementares, como entrevistas e revisões da literatura. Destaca-se que os consensos mais amplos, como os conduzidos nos EUA (2013) e

na Ásia (2017), identificaram mais de 90 competências, abrangendo conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas. Já consensos mais recentes, como o da Alemanha, Áustria e Suíça (2025), priorizaram a síntese, apresentando um número mais enxuto de competências (n=14), alinhadas às particularidades culturais e linguísticas da região, semelhante ao estudo realizado no Brasil.

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DOS CONSENSOS SOBRE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA PRÁTICA DO LS

| Local                    | Autor, Ano             | Público-alvo                                      | Método Delphi (modificado)                                           | Painel de Especialistas                                                   | Nº de Itens (C-H-A-P)*                   |
|--------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EUA                      | Coleman et al., 2013   | Estudantes e profissionais de saúde               | Revisão de literatura + 4 rodadas                                    | 23 da educação em saúde                                                   | 62 (24 C, 27 H, 11 A + 32 P)             |
| Europa                   | Karuranga et al., 2017 | Profissionais de saúde                            | Consenso americano + 3 rodadas                                       | 20 especialistas de 13 países, 10 categorias                              | 94 (20 C, 25 H, 11 A + 38 P)             |
| Ásia                     | Chang et al., 2017     | Profissionais de saúde que utilizam idioma chinês | Revisão de literatura + 2 etapas: entrevistas + 3 rodadas de e-mails | 24 (12 acadêmicos em LS e 12 profissionais com experiência prática em LS) | 92 (12 K, 15 R, 11 D, 5 Av, 44 S, 5 E)** |
| Brasil                   | Cesar et al., 2022     | Profissionais de saúde brasileiros                | Revisão de literatura + entrevistas + 4 rodadas                      | 25 especialistas em LS de diversas áreas da saúde                         | 28 (6 C, 16 H, 6 A)                      |
| Taiwan                   | Tsai et al., 2024      | Profissionais de saúde                            | Tradução do consenso americano + 3 rodadas                           | 20 especialistas em LS de diferentes áreas                                | 42 (12 C, 21 H, 9 A)                     |
| EUA                      | Meyers et al., 2024    | Residentes em pediatria                           | Consenso americano + 3 rodadas                                       | 13 pediatras especialistas em LS                                          | 27 (11 C, 10 H, 6 A)                     |
| Alemanha, Áustria, Suíça | Beese et al., 2025     | Profissionais de saúde de língua alemã            | Consenso europeu adaptado + 3 rodadas                                | 24 especialistas em LS na língua alemã                                    | 14 (5 C, 7 H, 2 A)                       |

FONTE: elaborado pela autora a partir de Coleman et al. (2013), Karuranga et al. (2017), Chang et al. (2017), Cesar et al. (2022), Tsai et al. (2024), Meyers et al. (2024) e Beese et al. (2025).

Legenda: \* C = Conhecimentos, H = Habilidades, A = Atitudes, P = Práticas \*\* K = Conhecimento sobre letramento em saúde; R = Reconhecimento de atributos dos pacientes; Av = Avaliação do letramento; D = Desenvolvimento de plano de educação em saúde; E = Avaliação de plano de educação em saúde; S = Adoção de estratégias de educação em saúde

A busca por um modelo específico capaz de identificar as competências profissionais relacionadas ao LS é de grande relevância para o fortalecimento dos serviços de saúde (Coleman; Hudson; Maine, 2013; Cesar *et al.*, 2022a). A ausência de padronização nesse campo compromete tanto a elaboração de currículos acadêmicos quanto o planejamento de atividades formativas continuadas, elementos

fundamentais para a consolidação da prática do LS nos diferentes níveis de atenção (Cesar *et al.*, 2022a,b; Coleman; Hudson; Maine, 2013; Luz *et al.*, 2023).

A responsabilidade pelo LS é compartilhada, de modo que não recai exclusivamente sobre os usuários dos serviços de saúde. Cabe também às instituições e aos profissionais — em âmbitos públicos e privados — a competência para desenvolver ações que acompanhem o indivíduo ao longo de seu processo de compreensão e engajamento com o cuidado em saúde e doença (Cesar *et al.*, 2022b; Luz *et al.*, 2023).

Observa-se, entretanto, que muitos profissionais subestimam ou interpretam de forma inadequada o nível de LS dos pacientes (Zawilinski *et al.*, 2019), ou ainda, não incorporam práticas de LS em sua rotina assistencial (Coleman; Hudson; Maine, 2013). Tais limitações geram impactos significativos, sobretudo entre indivíduos com baixos níveis de LS, que tendem a não questionar seu estado de saúde nem os procedimentos propostos. Além disso, esses pacientes frequentemente não expressam dúvidas ou dificuldades de compreensão, situação que se agrava quando o profissional não possui habilidade para identificar tais barreiras (Morony *et al.*, 2018; Güner; Ekmekci, 2019).

Outro aspecto que requer atenção refere-se às fontes de informação utilizadas pela população. Atualmente, o acesso à informação em saúde é predominantemente digital, abrangendo mecanismos de busca, como o *Google*, e redes sociais. Essas fontes influenciam decisões importantes, como o momento de buscar atendimento e o grau de confiança atribuído aos profissionais e às orientações recebidas (Wood *et al.*, 2023). Diante desse cenário, torna-se imperativo que os profissionais estejam capacitados e atualizados, por meio de processos sistemáticos de educação permanente (Coleman; Hudson; Maine, 2013; Luz *et al.*, 2023), para orientar os usuários na obtenção de informações confiáveis e no uso adequado dessas informações para a tomada de decisões (Cesar *et al.*, 2022a).

As estratégias voltadas à melhoria do LS nos sistemas de saúde não devem se limitar à produção de materiais educativos ou ao aprimoramento da comunicação e navegação no sistema. É igualmente necessário investir na formação inicial e continuada de educadores e profissionais de saúde (Passamai *et al.*, 2012). Nesse contexto, espera-se que os profissionais desenvolvam uma comunicação dialógica, baseada em linguagem simples e objetiva, aliada à empatia e ao estímulo à reflexão crítica (Passamai *et al.*, 2012; Güner; Ekmekci, 2019).

Dessa forma, o desenvolvimento de um instrumento de avaliação das competências profissionais para a prática do LS no Brasil representa um avanço estratégico. Tal ferramenta permitirá identificar lacunas na formação e nas práticas em serviço, subsidiando ações de qualificação que promovam maior efetividade na comunicação e no cuidado em saúde.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Validar um instrumento para avaliar o nível de competências de profissionais da atenção à saúde para a prática do letramento em saúde no Brasil.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Testar a validade de construto do instrumento por meio de Análise Fatorial Exploratória (AFE), identificando a estrutura latente subjacente às dimensões das competências em letramento em saúde.

Confirmar a estrutura dimensional do instrumento por meio de Análise Fatorial Confirmatória (AFC), avaliando a qualidade do ajuste do modelo proposto.

Avaliar a consistência interna do instrumento por meio do coeficiente alfa de *Cronbach* e outros indicadores de confiabilidade.

Analisar os fatores sociodemográficos e profissionais associados às competências de profissionais da atenção à saúde para a prática do letramento em saúde.

## 4 MATERIAIS E MÉTODO

### 4.1 POPULAÇÃO E TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, seguido de um estudo transversal, conduzidos com PAS atuantes no Brasil, recrutados por meio da técnica de amostragem bola de neve, conforme descrita por Costa (2018) e Marcus *et al.* (2017). Essa estratégia visou alcançar participantes inseridos em diferentes contextos dos serviços de saúde, tanto no setor público quanto no privado, em todas as regiões do país.

Foram adotados como critérios de inclusão: ser profissional da atenção à saúde nas áreas de enfermagem, nutrição, farmácia, odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia, educação física, psicologia, serviço social ou medicina, estar em exercício profissional no momento da coleta de dados; e aceitar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram considerados critérios de exclusão: profissionais que não mantivessem contato direto regular com pacientes nos seis meses anteriores à pesquisa, bem como aqueles sem formação superior completa.

O cálculo amostral foi fundamentado nas diretrizes do *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (COSMIN) (Gagnier *et al.*, 2021), que estabelece critérios de qualidade metodológica para estudos de validação de instrumentos. Segundo o instrumento COSMIN *Risk of Bias checklist*, recomenda-se a inclusão de pelo menos sete participantes por item do instrumento, sendo que o total não deve ser inferior a 100 respondentes (Mokkink *et al.*, 2019). Essa condição representa o padrão de qualidade mais elevado segundo o COSMIN (Gagnier *et al.*, 2021).

Considerando que o instrumento de competências em letramento em saúde é composto por 28 itens, o tamanho mínimo da amostra foi estimado em 196 participantes. Adicionalmente, visando ampliar a representatividade das diferentes categorias profissionais e minimizar os potenciais vieses associados à técnica de amostragem utilizada, definiu-se um teto de até 1.000 respondentes. Durante o processo de coleta de dados, a equipe de pesquisa monitorou continuamente os questionários respondidos, com o objetivo de garantir a qualidade da amostra e o cumprimento rigoroso dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

A primeira onda de recrutamento foi iniciada com a ampla divulgação de um convite para participação. Os participantes foram identificados por meio das redes sociais *Instagram* e *Facebook*, utilizando-se recursos de impulsionamento e segmentação de público-alvo disponibilizados pelas próprias plataformas de forma gratuita. Para o envio de convites via *WhatsApp*, além de contatos dos próprios autores, os convites foram distribuídos em grupos já existentes, com destaque para o grupo da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS), composto majoritariamente por profissionais da saúde com interesse na temática. A estratégia visou ampliar o alcance da pesquisa entre participantes potencialmente qualificados e engajados com o objeto de estudo.

Outro recurso utilizado foi o correio eletrônico, por meio de contatos com programas de pós-graduação, associações profissionais e conselhos de classe que se disponibilizaram a distribuir o convite para suas listas de contatos. Foram convidados profissionais de diferentes áreas da atenção à saúde, independentemente da localização geográfica. Os participantes dessa fase inicial acessaram um questionário digital cuja primeira página continha a descrição dos objetivos do estudo, suas principais características e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após o aceite formal do TCLE, o participante pôde prosseguir com o preenchimento do instrumento.

Ao final do questionário, cada respondente era convidado a compartilhar o *link* da pesquisa com colegas de profissão, promovendo o alargamento progressivo da amostra nas ondas subsequentes de recrutamento. Estimou-se que cada participante encaminhasse o instrumento a dois ou três profissionais de sua rede, ampliando de forma controlada e dirigida o alcance do estudo. Essa fase da pesquisa teve um intervalo de duração de agosto de 2024 a abril de 2025.

#### 4.2 INSTRUMENTOS USADOS NA COLETA DE DADOS

O questionário digital foi estruturado em três seções: dados sociodemográficos e profissionais; avaliação das competências dos PAS na prática LS através do instrumento adaptado a partir do consenso (Cesar, 2022a) denominado *Health Literacy Competencies of Health Care Professionals* (HeLProComp); e aplicação de dois instrumentos complementares, previamente validados para a língua

portuguesa no Brasil, voltados à análise das competências em comunicação em saúde e da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

As informações sociodemográficas incluíram idade, sexo, escolaridade, tipo de instituição de formação, ocupação atual e tempo de atuação com contato direto com pacientes. Foi incluída, ainda, uma questão sobre o conhecimento prévio do participante com o termo letramento em saúde e seus correlatos (APÊNDICE A). Após essa seção, o formulário disponibilizava aos participantes a definição do LS:

O Letramento em Saúde representa o conhecimento e as competências pessoais que se acumulam através de atividades diárias, interações sociais e através gerações. O conhecimento e as competências pessoais são mediados pelas estruturas organizacionais e a disponibilidade de recursos que permitem que as pessoas acessem, compreendam, avaliem e utilizem informações e serviços de forma a promover e manter a saúde e o bem-estar para eles mesmos e aqueles ao seu redor (WHO, 2021).

A avaliação das competências em LS foi realizada por meio de um instrumento autoaplicável em formato eletrônico, denominado *Health Literacy Competencies of Health Care Professionals* (HeLProComp). O HeLProComp foi desenvolvido a partir do consenso brasileiro publicado por Cesar *et al.* (2022) (Anexo 1), que estabeleceu 28 competências distribuídas em três domínios: conhecimento, habilidades e atitudes (Cesar *et al.*, 2022a). As competências foram organizadas em itens de autoavaliação formulados como afirmações, às quais os respondentes indicaram seu grau de concordância utilizando uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente). A soma das pontuações atribuídas aos itens gera um escore total de 28 a 140, em que valores mais altos indicam níveis mais elevados de competência na prática do LS (APÊNDICE B).

A dimensão conhecimento refere-se à base teórica e técnica que sustenta a prática profissional voltada ao LS. Inclui a compreensão sobre o conceito de letramento em saúde, sua relação com os desfechos clínicos e o sistema de saúde, bem como a capacidade de identificar sinais indicativos de baixo LS nos pacientes e reconhecer as implicações desse fenômeno no acesso, adesão e autocuidado. (Cesar *et al.*, 2022a)

A dimensão habilidade diz respeito à capacidade prática de aplicar o conhecimento em contextos reais de atendimento. Envolve o uso de estratégias de comunicação eficazes e acessíveis, como a linguagem simples, o reforço de mensagens por meios visuais e a verificação do entendimento. Inclui também a

competência para adaptar o plano de cuidado ao nível de LS do paciente, utilizando recursos pedagógicos e tecnológicos de forma ética, empática e centrada na pessoa. (Cesar *et al.*, 2022a)

Por fim, a dimensão atitude compreende as disposições afetivas, éticas e comportamentais do profissional frente ao LS. Reflete o compromisso com a escuta ativa, o respeito à diversidade sociocultural, a empatia com as dificuldades de compreensão dos pacientes e a responsabilização do profissional pela eficácia da comunicação em saúde. Atitudes responsivas ao LS traduzem-se em posturas acolhedoras, colaborativas e inclusivas, essenciais para a redução das iniquidades em saúde. (Cesar *et al.*, 2022a)

Como complemento, a última etapa do questionário contou com dois instrumentos já validados que foram incorporados na análise psicométrica do instrumento de competências no LS, descrita na próxima sessão. O instrumento “Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiro e Paciente”, validado por Pereira e Puggina (2017), investiga a competência de comunicação dos profissionais no contexto assistencial. Esse instrumento é composto por 11 itens, sendo dez respondidos em escala de frequência de cinco pontos (1 = nunca a 5 = sempre), seguidos por uma pergunta de autoavaliação sobre o nível de profissionalismo percebido, em escala de 1 (baixo) a 5 (alto). O escore varia de 11 a 55 pontos, sendo que valores mais altos refletem maior domínio em comunicação em saúde (Pereira; Puggina, 2017). (Anexo 2) Considerando que a comunicação eficaz é uma competência essencial ao profissional responsivo ao LS, espera-se que indivíduos com maior escore nesse instrumento apresentem também maior competência em letramento em saúde. Além disso, apesar de inicialmente idealizado para o público da enfermagem, os itens são comuns a diversas áreas da atenção à saúde.

Adicionalmente, foi aplicada a versão brasileira do “*Oral Health Impact Profile-14*” (OHIP-14), validada por Oliveira (2005), que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. O instrumento contém 14 itens distribuídos em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. As respostas são dadas em escala de frequência de cinco pontos (0 = nunca a 4 = sempre), com base nos impactos percebidos nos últimos seis meses. O escore total pode variar de 0 a 56, sendo que pontuações mais altas indicam maior prejuízo na qualidade de vida

(Oliveira, 2015) (Anexo 3). A escolha desse instrumento justifica-se por seus bons índices psicométricos e por avaliar construtos que não se relacionam diretamente às competências profissionais para prática do LS.

#### 4.3 PRÉ-TESTE

Com o objetivo de avaliar a clareza da linguagem, a formatação dos itens e a funcionalidade do questionário digital, foi conduzido um pré-teste com 30 profissionais da atenção à saúde, selecionados por conveniência, respeitando os mesmos critérios de inclusão adotados no estudo principal. Essa etapa corresponde ao processo de avaliação da aceitabilidade e da compreensibilidade do instrumento, conforme recomendado pelo COSMIN, que orienta a realização de testes preliminares antes da aplicação definitiva, com foco na validade de conteúdo e na qualidade da mensuração (Gagnier *et al.*, 2021).

Durante o pré-teste, os participantes foram convidados a relatar eventuais dificuldades na interpretação dos itens, a sugerir melhorias na estrutura do questionário e a avaliar a usabilidade da plataforma. Também foi estimado o tempo médio necessário para o preenchimento completo, que foi de 12 minutos. Adicionalmente, testaram-se dois formatos de apresentação dos itens validados que compõem o questionário digital, utilizando-se os recursos do *Google Forms*: o formato em "grade" e o formato em escala "linear". Com base no retorno dos participantes, optou-se pela versão em escala linear, por apresentar melhor desempenho em termos de navegabilidade e compreensão.

As contribuições dos participantes foram majoritariamente voltadas a correções ortográficas e ajustes mínimos de terminologia, sem implicações para o conteúdo conceitual do instrumento. Assim, uma vez que não houve necessidade de alterações substantivas, os participantes do pré-teste foram incorporados à amostra do estudo principal, conforme permitido por diretrizes metodológicas em estudos de validação.

#### 4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada utilizando o software SPSS (*Statistical Package for the Social Science*, versão 20.0, IBM Corp., Armonk, NY) e o ambiente R

4.2.1 (*R Core Team*, 2021). As propriedades psicométricas do instrumento destinado à mensuração das competências dos PAS na prática do LS foram examinadas conforme as diretrizes COSMIN. (Gagnier *et al.*, 2021).

Inicialmente, foi realizada uma descrição das características sociodemográficas. Para as variáveis quantitativas, foram calculadas média, mediana e desvio padrão. Para as variáveis qualitativas, foram apresentadas frequências absolutas e relativas. A normalidade das variáveis quantitativas foi testada pelo método de *Shapiro-Wilk*. Diante da distribuição não normal dos dados, optou-se pela aplicação de testes não paramétricos: teste U de *Mann-Whitney* para comparações entre dois grupos independentes e teste de *Kruskal-Wallis* para três ou mais grupos. O nível de significância adotado foi de 5%.

A validade de conteúdo do instrumento foi anteriormente estabelecida pelo consenso nacional conduzido por Cesar e colaboradores (Cesar *et al.*, 2022a). Para a avaliação da validade estrutural, foram realizadas análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC), conforme recomendado por Watkins (2018). A AFC foi precedida pela análise de viabilidade da estrutura fatorial por meio do índice *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), considerando aceitáveis valores iguais ou superiores a 0,5 (Hair *et al.*, 2005), e pelo teste de esfericidade de *Bartlett*, utilizado para verificar a adequação da matriz de correlação. As Medidas de Adequação da Amostra (*Measure of Sampling Adequacy* - MSA) também foram calculadas para avaliar a contribuição individual de cada variável. Os critérios de *Kaiser-Guttman* (autovalores >1) e a análise visual do *screeplot* foram empregados para a definição do número de fatores. A rotação *varimax* foi utilizada para facilitar a interpretação dos componentes extraídos, assumindo independência entre os fatores.

A estrutura fatorial obtida na AFE foi submetida à AFC para avaliação dos índices de ajuste do modelo: *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI), com valores desejáveis superiores a 0,90; e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), cujo valor ideal é inferior ou próximo a 0,08. Todas as análises fatoriais foram realizadas no ambiente R.

A confiabilidade do instrumento foi verificada em dois aspectos: consistência interna e estabilidade. A consistência interna foi mensurada pelo coeficiente alfa de *Cronbach* (Cronbach, 1951), adotando-se como parâmetro mínimo de aceitabilidade o valor de 0,70, calculado para o escore total e para cada domínio individual. A estabilidade foi estimada por meio do coeficiente de correlação intraclasse (ICC), com

reteste aplicado em 30% da amostra mínima (60 profissionais), com intervalo mínimo de 15 dias entre as aplicações. De acordo com Koo e Li (2016), o ICC é classificado como:  $<0,50$  (baixa confiabilidade), entre 0,50 e 0,75 (moderada), entre 0,75 e 0,90 (boa), e  $>0,90$  (excelente).

Para avaliar a validade de construto convergente, foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman* entre o instrumento do estudo e outro instrumento que avalia um construto similar sobre comunicação (Pereira; Puggina, 2017), esperando resultados de altas correlações entre os dois. Para avaliar a validade de construto discriminante foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman* entre o instrumento do estudo e outro instrumento que avalia um construto diferente, o OHIP-14 (Oliveira, 2005), esperando resultados de baixas correlações entre os dois. O coeficiente de *Spearman* varia de -1 a +1, sendo que valores próximos aos extremos indicam uma forte correlação entre as variáveis.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsinki e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer consubstanciado do protocolo CAAE nº 78675324.9.0000.0102 (Anexo 4).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo e consentiram voluntariamente em participar, por meio da assinatura eletrônica do TCLE, disponibilizado na primeira página do questionário digital. A participação foi voluntária, sem qualquer tipo de incentivo ou compensação financeira.

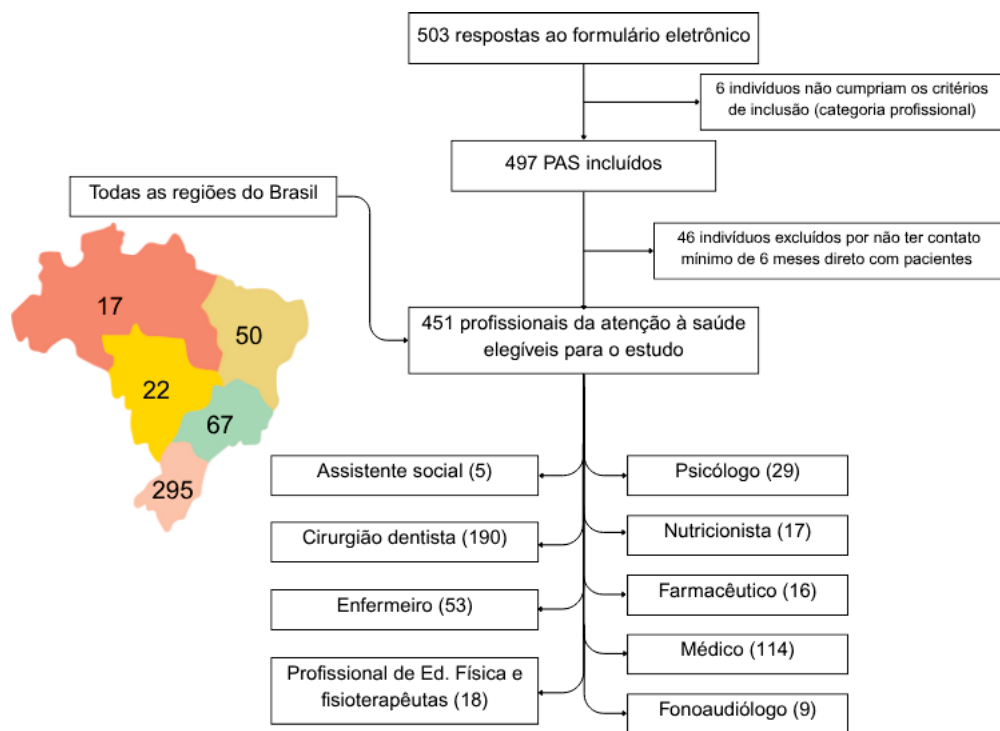
Para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados, todas as respostas foram coletadas de forma anônima, sem identificação pessoal, e armazenadas em ambiente digital seguro, específico para a pesquisa, com acesso restrito à equipe responsável pela pesquisa. Os dados foram utilizados exclusivamente para fins científicos, em conformidade com a legislação vigente e com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS nº 466/2012).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

Ao todo, 503 profissionais da atenção à saúde concordaram em participar do estudo, tendo lido e aceitado o TCLE, e responderam ao questionário. Destes, 497 preencheram os critérios de inclusão. Foram excluídos 46 profissionais que não apresentavam tempo mínimo de seis meses de contato direto com pacientes, resultando em uma amostra final de 451 PAS. (Figura 1)

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DE CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO, INCLUINDO CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO



FONTE: Autoria própria (2025).

Mulheres (71,8%), cirurgiões dentistas, com idade de 41,8 anos (DP = 12) e residentes na Região Sul do país (Figura 1) representaram a maior parte da amostra. A maioria realizou a graduação em instituições públicas (58,98%). (Tabela 1)

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO. BRASIL (N=451)

| <b>Variável</b>                                                |                   | <b>Frequência (%)</b>   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Sexo                                                           | Feminino          | 324 (71.8)              |
|                                                                | Masculino         | 127 (28.2)              |
| Contato prévio com o termo LS ou similares                     | Sim               | 202 (44.8)              |
|                                                                | Não ou não lembra | 249 (55.2)              |
| Tipo de Instituição na Graduação                               | Privadas          | 185 (41.0)              |
|                                                                | Públicas          | 266 (59.0)              |
| Tipo de serviço atual                                          | Serviço Privado   | 185 (41.0)              |
|                                                                | Serviço Público   | 163 (36.1)              |
|                                                                | Ambos             | 103 (22.8)              |
| <b>Variável</b>                                                | <b>Média (DP)</b> | <b>Mediana(Min-Max)</b> |
| Idade                                                          | 41.8 (12.0)       | 40 (21 – 74)            |
| Tempo de atuação profissional com contato direto com pacientes | 16,8 (12.2)       | 15 (0 - 50)             |

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Nota: (%) = percentual; DP = desvio padrão; Min = mínimo; Max = máximo.

No momento da pesquisa, 41,02% dos participantes trabalhavam em serviço privado, 36,1% no serviço público e o restante em ambos. A mediana de tempo de atuação com contato direto com pacientes foi de 15 anos (min-máx.: 6 meses - 50 anos). (Tabela 1)

Todas as regiões do Brasil foram contempladas neste estudo, com uma maior representatividade da região Sul (65,4%). (Figura 1) Um total de 44,8% dos profissionais teve contato prévio com os termos “Letramento em saúde”, “Alfabetismo em saúde” ou “Literacia em Saúde”. (Tabela 1)

## 5.2 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

### 5.2.1 Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A Tabela 2 apresenta os resultados do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* e das Medidas de Adequação da Amostra para os itens do instrumento, no contexto da Análise Fatorial Exploratória. O valor global do KMO foi de 0,95, indicando excelente adequação dos dados para a aplicação de análise fatorial. Além disso, todas as

medidas individuais de MSA foram superiores a 0,5 — com valores variando de 0,90 a 0,97 — o que confirma que cada item contribui de forma satisfatória para a estrutura fatorial do instrumento.

TABELA 2 – VALORES DO TESTE DE KMO E MEDIDA DE ADEQUAÇÃO DA AMOSTRA

| Item/Questão | KMO/MSA | Item/Questão | KMO/MSA | Item/Questão | KMO/MSA |
|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| Geral        | 0,95    | Q12          | 0,95    | Q24          | 0,93    |
| Q1           | 0,90    | Q13          | 0,97    | Q25          | 0,95    |
| Q2           | 0,92    | Q14          | 0,96    | Q26          | 0,93    |
| Q3           | 0,96    | Q15          | 0,95    | Q27          | 0,94    |
| Q4           | 0,97    | Q16          | 0,95    | Q28          | 0,93    |
| Q5           | 0,96    | Q17          | 0,94    |              |         |
| Q6           | 0,94    | Q18          | 0,98    |              |         |
| Q7           | 0,92    | Q19          | 0,98    |              |         |
| Q8           | 0,95    | Q20          | 0,97    |              |         |
| Q9           | 0,96    | Q21          | 0,96    |              |         |
| Q10          | 0,96    | Q22          | 0,95    |              |         |
| Q11          | 0,96    | Q23          | 0,96    |              |         |

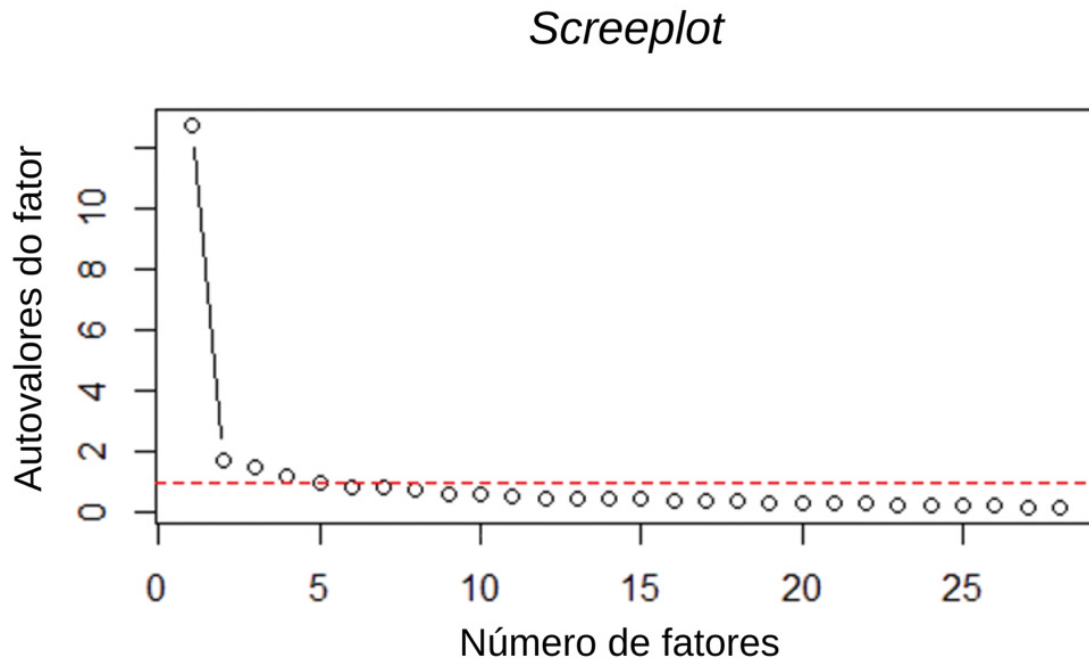
Fonte: Dados da pesquisa (2025).

\*Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO)/Medida de adequação da amostra (MSA)

O teste de esfericidade de *Bartlett* apresentou valor de  $p$  inferior a 0,001, rejeitando a hipótese nula de que a matriz de correlação seja uma matriz identidade. Isso indica que as variáveis estão suficientemente correlacionadas entre si, o que justifica a continuidade da análise fatorial. Esses resultados validam a estrutura dos dados para a extração de fatores latentes, sustentando a robustez metodológica da AFE neste estudo.

A Figura 4 apresenta o gráfico *screeplot* dos autovalores obtidos na AFE. No “eixo x” estão representados os fatores extraídos, enquanto no “eixo y” constam os respectivos autovalores. De acordo com o critério de *Kaiser-Guttman*, que recomenda a retenção dos fatores com autovalores superiores a 1, observa-se que cinco fatores atendem a esse critério. Esses fatores explicam uma proporção relevante da variância total dos dados e, portanto, devem ser mantidos no modelo fatorial. O comportamento do gráfico evidencia uma inflexão acentuada após o quinto ponto, corroborando a escolha do número de fatores a ser retido.

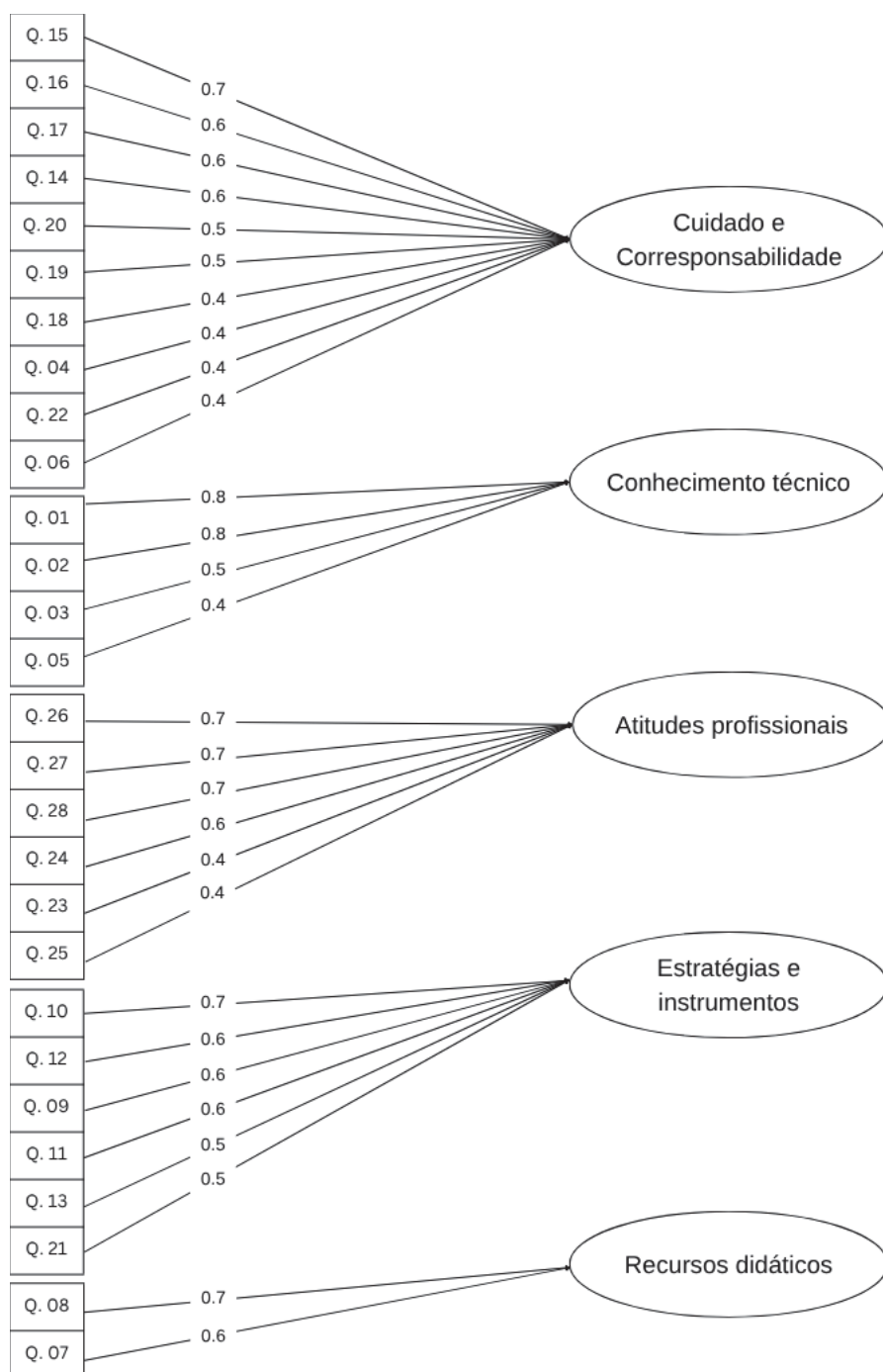
FIGURA 2 - GRÁFICO SCREEPLOT DOS AUTOVALORES OBTIDOS NA ANÁLISE FATORIAL.



Fonte: Dados da pesquisa (2025)

A Figura 3 apresenta o diagrama das cargas fatoriais extraídas na análise fatorial exploratória, após rotação ortogonal do tipo *varimax*, representando graficamente a associação dos itens aos fatores latentes identificados.

FIGURA 3 - DIAGRAMA DA ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA



Fonte: Dados da pesquisa (2025)

A Tabela 3 apresenta as cargas fatoriais rotacionadas dos itens do questionário, distribuídos nos cinco fatores extraídos por meio da AFE. A rotação *varimax* permitiu melhor distinção entre os fatores, revelando a organização estrutural do instrumento. Cada item está associado ao fator para o qual apresentou maior carga fatorial, com ponto de corte mínimo adotado de 0,30.

TABELA 3 - CARGAS FATORIAIS PARA CADA QUESTÃO DO QUESTIONÁRIO FATORIAIS PARA CADA ITEM DO QUESTIONÁRIO

| Questão                | Descrição                                   | Fator 1 | Fator 2 | Fator 3 | Fator 4 | Fator 5 |
|------------------------|---------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Q 15                   | Envolve paciente nos cuidados               | 0,70    |         |         |         |         |
| Q 16                   | Decide junto com paciente/família           | 0,64    |         |         |         |         |
| Q 17                   | Fortalece autonomia                         | 0,63    |         |         |         |         |
| Q 14                   | Guia autogestão do paciente                 | 0,58    |         |         |         |         |
| Q 19                   | Identifica contexto social e cultural       | 0,54    |         |         |         |         |
| Q 20                   | Adapta plano às características do paciente | 0,54    |         |         |         |         |
| Q 18                   | Relaciona conteúdo com realidade            | 0,45    |         |         |         |         |
| Q 04                   | Reconhece modelos e autogestão em saúde     | 0,44    |         |         |         |         |
| Q 22                   | Ensina a buscar informação confiável        | 0,40    |         |         |         |         |
| Q 06                   | Avalia necessidade de suporte social        | 0,39    |         |         |         |         |
| Q 01                   | Conhece impacto do letramento em saúde      |         | 0,82    |         |         |         |
| Q 02                   | Identifica sinais de baixo letramento       |         | 0,75    |         |         |         |
| Q 03                   | Conhece o tema a ensinar                    |         | 0,50    |         |         |         |
| Q 05                   | Avalia acesso e compreensão do material     |         | 0,42    |         |         |         |
| Q 08                   | Adapta conduta/material ao letramento       |         |         |         |         | 0,66    |
| Q 07                   | Usa linguagem simples                       |         |         |         |         | 0,62    |
| Q 10                   | Usa estratégias de reforço do aprendizado   |         |         |         | 0,74    |         |
| Q 12                   | Aplica estratégias de letramento            |         |         |         | 0,64    |         |
| Q 09                   | Cria/adapta material educativo              |         |         |         | 0,62    |         |
| Q 11                   | Verifica aprendizado do paciente            |         |         |         | 0,62    |         |
| Q 13                   | Comunica com linguagem acessível e visual   |         |         |         | 0,49    |         |
| Q 21                   | Usa tecnologias no ensino                   |         |         |         | 0,47    |         |
| Q 26                   | Respeita pacientes com baixo letramento     |         |         | 0,71    |         |         |
| Q 27                   | Demonstra atitude educadora                 |         |         | 0,69    |         |         |
| Q 28                   | Engaja o paciente sem culpa                 |         |         | 0,68    |         |         |
| Q 24                   | Tem empatia por dificuldades dos pacientes  |         |         | 0,60    |         |         |
| Q 23                   | É corresponsável pelo letramento            |         |         | 0,40    |         |         |
| Q 25                   | Sente-se responsável pela comunicação       |         |         | 0,39    |         |         |
| Proporção da variância |                                             | 0,15    | 0,10    | 0,12    | 0,13    | 0,08    |

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

O **Fator 1** (15% da variância explicada) agrupa questões relacionadas ao envolvimento do paciente no cuidado, à promoção da autonomia e à adaptação do plano terapêutico ao contexto sociocultural, como Q.15 (0,70), Q.16 (0,64) e Q.17

(0,63), entre outros. Essas questões indicam competências voltadas ao **cuidado centrado na pessoa e à responsabilização do paciente**, foi denominado **“Domínio Cuidado e Corresponsabilidade”**.

O **Fator 2** (10%) concentra questões relacionados ao **conhecimento técnico sobre letramento em saúde**, como o impacto do LS nos desfechos (Q.01, 0,82) e a identificação de sinais de baixo letramento (Q.02, 0,75), além do conhecimento sobre os temas de saúde a serem ensinados (Q.03, 0,50) e acesso e compreensão aos materiais didáticos (Q.05, 0,42). Esse agrupamento sugere um domínio cognitivo específico e fundamental para a prática clínica baseada em evidências, denominado como **“Domínio Conhecimento técnico”**.

O **Fator 3** (12%) representa **atitudes profissionais frente ao LS**, como empatia (Q.24, 0,60), respeito (Q.26, 0,71), comunicação adequada (Q.23, 0,40) e responsabilização pela comunicação (Q.25, 0,39). Essas questões, somadas as demais (Q.27, 0,69 e Q.28, 0,68), destacam a dimensão ética e relacional da prática profissional, agrupados em **“Domínio Atitudes profissionais”**.

O **Fator 4** (13%) reúne **estratégias pedagógicas e instrumentos de apoio ao ensino** aplicadas na interação com o paciente, como o uso de estratégias e linguagem do LS (Q.12, 0,64 e Q.13, 0,49), identificação e reforço do aprendizado (Q.11, 0,62 e Q.10, 0,74), criação de materiais educativos (Q.09, 0,62) e uso de tecnologia para o ensino (Q.21, 0,47). As questões desse fator – **“Domínio Estratégias e Instrumentos”** - expressam habilidades práticas fundamentais para adequar a comunicação ao nível de letramento do usuário.

Por fim, o **Fator 5** (8%) incorpora questões que refletem o **uso de tecnologias e recursos didáticos acessíveis**, como Q.08 (0,66) e Q.07 (0,62), denominado **“Domínio Recursos didáticos”**. Embora a variância explicada por esse fator seja menor, ele acrescenta uma dimensão operacional importante.

A consistência dos agrupamentos fatuais evidencia a validade estrutural do instrumento, com coerência entre os construtos teóricos propostos e a distribuição empírica das questões. Esses resultados sustentam a organização do instrumento em cinco dimensões distintas, cada uma refletindo aspectos complementares das competências profissionais para a prática do letramento em saúde. A proporção da variância explicada pelos cinco fatores foi igual a 58%.

### 5.2.2 Análise de Confiabilidade

A consistência interna dos 5 fatores resultantes da AFE foi avaliada por meio do coeficiente alfa de *Cronbach*, cujos valores indicam confiabilidade quase perfeita (fatores 1 a 4) ou substancial (fator 5). Esse resultado demonstra que os itens apresentam alta homogeneidade, ou seja, estão fortemente correlacionados entre si e medem, de forma consistente, o mesmo construto proposto. (Tabela 5)

TABELA 5 - CÁLCULO DO ALFA DE CRONBACH PARA O MODELO DE CINCO FATORES.

|         | $\alpha$ | Consistência interna |
|---------|----------|----------------------|
| Total   | 0,95     | Quase Perfeita       |
| Fator 1 | 0,92     | Quase Perfeita       |
| Fator 2 | 0,81     | Quase Perfeita       |
| Fator 3 | 0,81     | Quase Perfeita       |
| Fator 4 | 0,90     | Quase Perfeita       |
| Fator 5 | 0,75     | Substancial          |

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

$\alpha$  = alfa de *Chronbach*

### 5.2.3 Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

A Análise Fatorial Confirmatória foi utilizada para avaliar o instrumento com três fatores (dimensões originais) e com cinco fatores (resultado da AFE). A avaliação dos modelos foi realizada com base em índices de qualidade de ajuste, como o CFI e o TLI, que idealmente devem ser superiores a 0,90, e o RMSEA, cujo valor ideal é próximo ou inferior a 0,08.

Além do modelo de 5 fatores indicados pela AFE, optou-se, a título de comparação, realizar também uma análise com um modelo de 3 fatores, baseados no consenso (competências, habilidades e atitudes). Embora nenhum dos modelos tenha alcançado plenamente os critérios ideais, o modelo de 5 fatores apresentou índices mais favoráveis em comparação ao modelo de 3 fatores. Especificamente, o modelo de 5 fatores apresentou menor qui-quadrado ( $\chi^2 = 1321,47$ ), RMSEA mais próximo do ideal (0,080 vs. 0,088), além de valores mais altos de CFI (0,875 vs. 0,846) e TLI (0,861 vs. 0,832). O menor AIC (27409,37 vs. 27627,98) também indica melhor parcimônia, assim, optou-se por manter o fator de 5 fatores. (Tabela 4)

TABELA 4 - ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA PARA TRÊS E CINCO FATORES

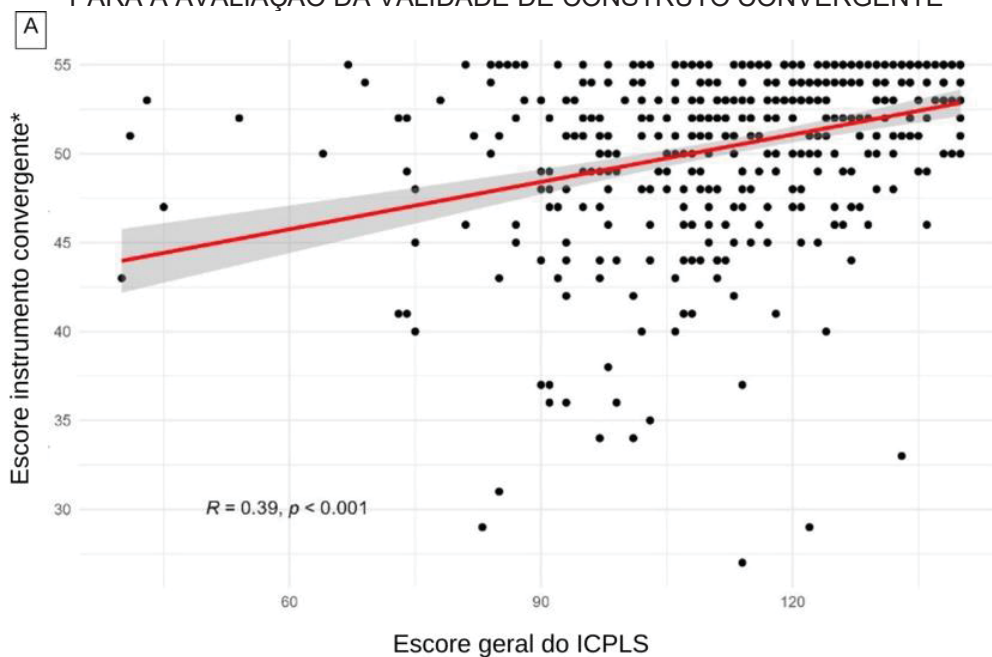
| Modelo    | $\chi^2$ | <i>p</i> | RMSEA | CFI   | TLI   | AIC      |
|-----------|----------|----------|-------|-------|-------|----------|
| 3 fatores | 1554,08  | <0,001   | 0,088 | 0,846 | 0,832 | 27627,98 |
| 5 fatores | 1321,47  | <0,001   | 0,080 | 0,875 | 0,861 | 27409,37 |

Nota:  $\chi^2$  = qui-quadrado; *p* = valor de P; RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*; CFI = *Comparative Fit Index*; TLI = *Tucker-Lewis Index*; AIC = *Akaike Information Criterion*

#### 5.2.4 Análise de constructo convergente e discriminante

As figuras 4 e 5 apresentam os gráficos de dispersão utilizados na avaliação da validade de construto convergente e discriminante do instrumento de competências profissionais na prática do letramento em saúde. Observa-se correlação positiva e moderada entre o escore geral do instrumento e o escore do questionário de autoavaliação sobre profissionalismo e comunicação interpessoal, com coeficiente de *Spearman* igual a 0,39 ( $p < 0,001$ ), o que sugere relação convergente entre as variáveis, como esperado (Figura 4). Na figura 5 o gráfico apresenta uma correlação entre o escore geral do instrumento e o escore do OHIP-14 ( $R = -0,02$ ;  $p = 0,724$ ), indicou ausência de associação estatisticamente significativa (Figura 5). Essa baixa correlação reforça a validade de construto discriminante, demonstrando que o instrumento avaliado mede construtos distintos daqueles relacionados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

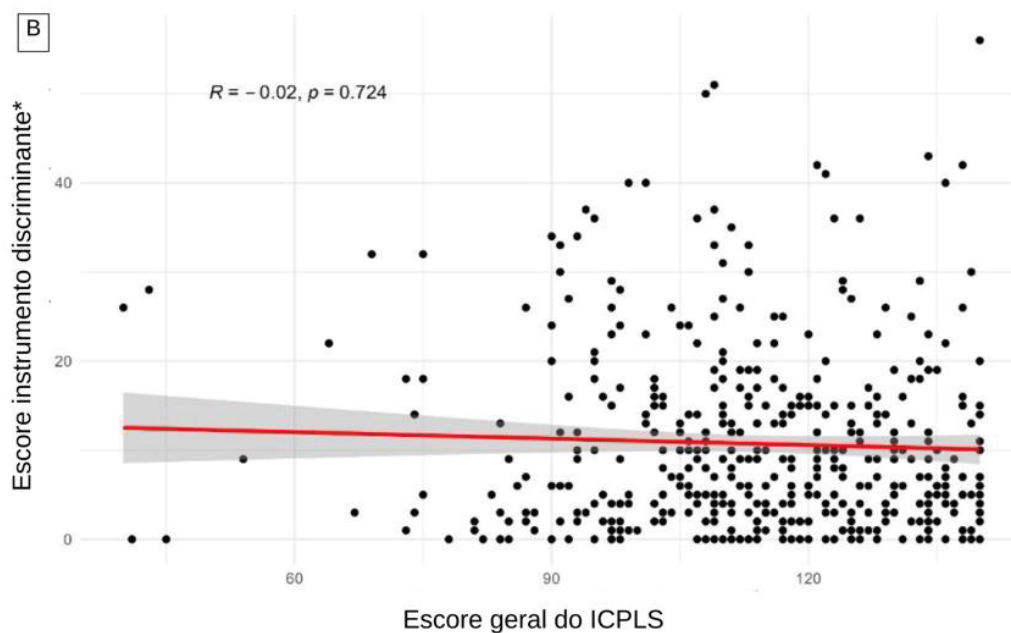
FIGURA 4 - GRÁFICO DE DISPERSÃO COM COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE *SPEARMAN*, PARA A AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONSTRUTO CONVERGENTE



FONTE: Dados da pesquisa (2025)

Nota: Correlação positiva moderada entre o HeLProComp e o instrumento de comunicação (validade de construto convergente).

FIGURA 5 - GRÁFICO DE DISPERSÃO COM COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE *SPEARMAN*, PARA A AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONSTRUTO DISCRIMINANTE



FONTE: Dados da pesquisa (2025)

Nota: Ausência de correlação significativa entre o HeLProComp e o OHIP-14 (validade de construto discriminante).

### 5.2.5 Análise de Estabilidade

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise descritiva do escore geral do instrumento nos dois momentos de aplicação, utilizados para avaliar a estabilidade do instrumento por meio do teste-reteste. O questionário foi reaplicado em uma subamostra de 62 participantes, com intervalo mínimo de 15 dias entre as aplicações. No primeiro momento, a média do escore geral foi de 116,98 (DP = 15,40), enquanto no segundo momento foi de 119,24 (DP = 14,16). O teste de Shapiro-Wilk indicou distribuição não normal dos dados em ambos os momentos ( $p < 0,05$ ).

TABELA 6 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DO ESCORE GERAL DO INSTRUMENTO EM DOIS MOMENTOS (TESTE-RETESTE).

| Escore Geral | M (DP)         | MD                | Q1     | Q3     | IIQ   | p-valor* |
|--------------|----------------|-------------------|--------|--------|-------|----------|
| Momento 1    | 116,98 (15,40) | 114,00 (75 - 140) | 106,00 | 130,00 | 24,00 | 0,021    |
| Momento 2    | 119,24 (14,16) | 122,00 (88 - 140) | 111,25 | 128,50 | 17,25 | 0,025    |

Teste de Shapiro-Wilk\*; N = número de observações; M = média; MD = mediana; Mín = mínimo; Máx= máximo; DP = desvio padrão; Q1= 1º quartil; Q3= 3º quartil; IIQ= intervalo interquartil. N=62

A concordância entre os dois momentos foi analisada pelo coeficiente de correlação intraclasse (ICC), cujo valor foi 0,59 (IC 95%: 0,40–0,73;  $p < 0,001$ ), o que, segundo os critérios de Koo e Li (2016), corresponde a uma confiabilidade moderada. Esses resultados indicam estabilidade aceitável do instrumento ao longo do tempo, reforçando sua adequação para mensuração confiável das competências profissionais na prática do letramento em saúde (Koo, Li, 2016).

### 5.3 COMPETÊNCIAS PARA A PRÁTICA DO LS

Os resultados descritivos dos escores obtidos nos instrumentos aplicados estão apresentados na tabela 7. O escore geral do HeLProComp apresentou média de 113,76 (DP = 17,87) e mediana de 115, com valores variando entre 40 e 140 pontos. A média do escore do OHIP-14 foi 10,72 e do escore do questionário de comunicação foi 50,52. Para ambos não houve aderência à distribuição normal ( $p < 0,001$ ). Esses resultados indicam níveis elevados de competência percebida em letramento em saúde e comunicação profissional, bem como baixo impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida dos participantes.

TABELA 7 - ESCORES MÉDIOS E MEDIANA DOS INSTRUMENTOS HeLProComp, “AUTOAVALIAÇÃO SOBRE PROFISSIONALISMO E COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE” E “ORAL HEALTH IMPACT PROFILE-14”

| Variável           | M      | MD  | Min | Max | DP    | Q1   | Q3  | IIQ   | p-valor* |
|--------------------|--------|-----|-----|-----|-------|------|-----|-------|----------|
| <b>HeLProComp</b>  | 113,76 | 115 | 40  | 140 | 17,87 | 104  | 127 | 23,00 | <0,001   |
| <b>OHIP-14</b>     | 10,72  | 8   | 0   | 56  | 10,06 | 3    | 15  | 12    | <0,001   |
| <b>Comunicação</b> | 50,52  | 52  | 27  | 55  | 4,80  | 48,5 | 5   | 5,5   | <0,001   |

FONTE: Dados da pesquisa (2025)

Legenda: Teste de Shapiro-Wilk\*; M = média; MD = mediana; Mín = mínimo; Máx = máximo; DP = desvio padrão; Q1= 1º quartil; Q3= 3º quartil; IIQ= intervalo interquartil. N = 451

A tabela 8 apresenta a distribuição percentual de respostas dos participantes em relação às 28 questões do instrumento em função grau de concordância em escala tipo Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente), agrupadas nos cinco fatores.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES PARA CADA QUESTÃO DO INSTRUMENTO HeLProComp, DIVIDIDO EM 5 FATORES (1 = DISCORDO TOTALMENTE A 5 = CONCORDO TOTALMENTE). BRASIL (N=451) (continua)

| Domínio | Questão | Descrição                                   | 1(%) | 2(%)  | 3(%)  | 4(%)  | 5(%)  |
|---------|---------|---------------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|
| 1       | Q15     | Envolve paciente nos cuidados               | 3,77 | 11,09 | 25,06 | 36,14 | 23,95 |
|         | Q16     | Decide junto com paciente/família           | 2,66 | 3,99  | 15,52 | 40,35 | 37,47 |
|         | Q17     | Fortalece autonomia                         | 1,33 | 2,88  | 15,30 | 42,13 | 38,36 |
|         | Q14     | Guia autogestão do paciente                 | 3,10 | 10,42 | 22,39 | 38,36 | 25,72 |
|         | Q19     | Identifica contexto social e cultural       | 2,44 | 3,55  | 21,51 | 42,35 | 30,16 |
|         | Q20     | Adapta plano às características do paciente | 2,00 | 7,54  | 22,84 | 38,14 | 29,49 |
|         | Q18     | Relaciona conteúdo com realidade            | 1,11 | 2,44  | 12,20 | 44,12 | 40,13 |
|         | Q4      | Reconhece modelos e autogestão em saúde     | 2,00 | 5,32  | 18,40 | 37,92 | 36,36 |
|         | Q22     | Ensina a buscar informação confiável        | 1,11 | 7,10  | 19,73 | 34,15 | 37,92 |
|         | Q6      | Avalia necessidade de suporte social        | 3,55 | 5,99  | 21,06 | 35,03 | 34,37 |

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES PARA CADA QUESTÃO DO INSTRUMENTO HeLProComp, DIVIDIDO EM 5 FATORES (1 = DISCORDO TOTALMENTE A 5 = CONCORDO TOTALMENTE). BRASIL (N=451) (continuação)

|   |     |                                            |      |      |       |       |       |
|---|-----|--------------------------------------------|------|------|-------|-------|-------|
| 2 | Q1  | Conhece impacto do letramento em saúde     | 4,88 | 5,32 | 17,74 | 27,49 | 44,57 |
|   | Q2  | Identifica sinais de baixo letramento      | 6,43 | 7,98 | 19,73 | 37,47 | 28,38 |
|   | Q3  | Conhece o tema a ensinar                   | 3,33 | 4,66 | 13,75 | 30,60 | 47,67 |
|   | Q5  | Avalia acesso e compreensão do material    | 3,33 | 4,66 | 19,51 | 40,58 | 31,93 |
| 3 | Q26 | Respeita pacientes com baixo letramento    | 0,22 | 0,67 | 6,65  | 22,17 | 70,29 |
|   | Q27 | Demonstra atitude educadora                | 0,22 | 1,11 | 6,21  | 26,16 | 66,30 |
|   | Q28 | Engaja o paciente sem culpa                | 0,22 | 1,55 | 6,65  | 26,61 | 64,97 |
|   | Q24 | Tem empatia por dificuldades dos pacientes | 0,22 | 2,66 | 10,64 | 31,04 | 55,43 |
|   | Q23 | É corresponsável pelo letramento           | 2,00 | 2,66 | 17,29 | 26,61 | 51,44 |
|   | Q25 | Sente-se responsável pela comunicação      | 2,22 | 3,55 | 20,4  | 34,59 | 39,25 |
| 4 | Q10 | Usa estratégias de reforço do aprendizado  | 1,77 | 6,65 | 21,06 | 39,47 | 31,04 |
|   | Q12 | Aplica estratégias de letramento           | 5,76 | 9,98 | 23,73 | 34,37 | 26,16 |
|   | Q9  | Cria/adapta material educativo             | 3,33 | 5,54 | 26,61 | 30,60 | 33,92 |
|   | Q11 | Verifica aprendizado do paciente           | 2,22 | 6,43 | 21,95 | 41,02 | 28,38 |
|   | Q13 | Comunica com linguagem acessível e visual  | 2,88 | 6,87 | 16,85 | 36,59 | 36,81 |
|   | Q21 | Usa tecnologias no ensino                  | 1,11 | 5,99 | 23,73 | 37,92 | 31,26 |
| 5 | Q8  | Adapta conduta/material ao letramento      | 1,33 | 2,44 | 11,31 | 36,36 | 48,56 |
|   | Q7  | Usa linguagem simples                      | 0,89 | 1,11 | 6,65  | 25,06 | 66,30 |

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

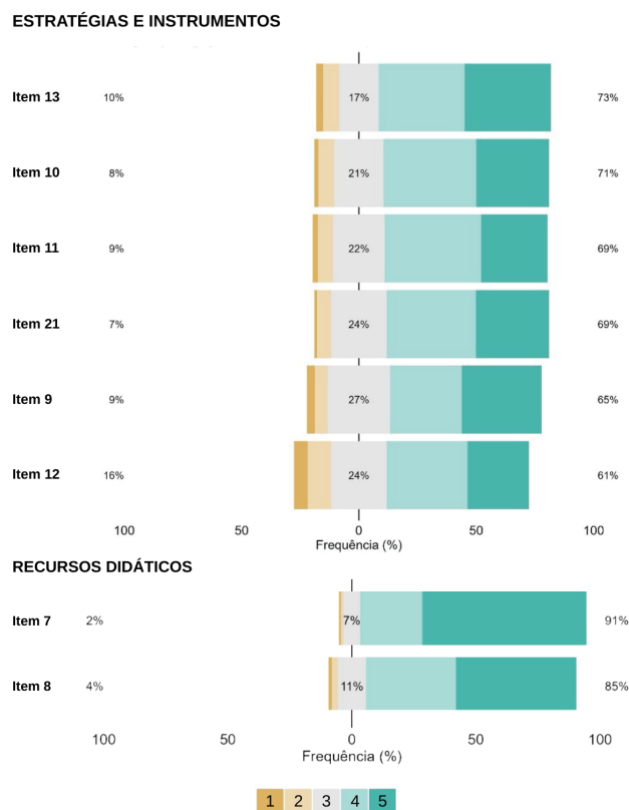
Os gráficos de barras empilhadas expressam a frequência de concordância em escala Likert de 5 pontos, onde 1 (Discorda totalmente) e 5 (Concorda totalmente). As porcentagens dos gráficos indicam a soma dos valores de discordância (lado esquerdo), a porcentagem de respostas neutras (faixa central) e a soma dos valores de concordância (lado direito). As questões encontram-se ordenadas da maior porcentagem de valores concordantes para o menor, alocadas em cada fator que as representa. (Figuras 6 e 7)

FIGURA 6 - GRÁFICOS DE *LIKERT* PARA CADA QUESTÃO DOS DOMÍNIOS CUIDADO E CORRESPONSABILIZAÇÃO, CONHECIMENTO TÉCNICO E ATITUDES PROFISSIONAIS



FONTE: Dados da pesquisa (2025)

FIGURA 7 - GRÁFICOS DE *LIKERT* PARA CADA QUESTÃO DOS DOMÍNIOS ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS E RECURSOS DIDÁTICOS



FONTE: Dados da pesquisa (2025)

No domínio **Cuidado e corresponsabilização**, observa-se dispersão de respostas, com pequena predominância na categoria 4, seguida por distribuições nas categorias 3 e 5, indicando uma possível insegurança dos participantes em relação a esse domínio.

O domínio **Conhecimento técnico** apresenta maior prevalência das categorias 4 e 5. Destaca-se a questão 3 (conhecimento sobre o assunto a ser ensinado ao paciente) com quase 50% de respostas concordando totalmente sobre o conhecer o tema a ser ensinado aos pacientes.

O domínio **Atitudes profissionais**, as respostas concentram-se majoritariamente nas categorias de concordância elevada (4 e 5), com destaque para as questões 26 (atitude respeitosa e não crítica em relação a indivíduos com habilidades limitadas de LS), 27 (atitude educadora, expressando gostar do que faz, é comprometido, dinâmico, proativo, tem paciência e desejo de querer ajudar o paciente a desenvolver seu LS) e 28 (busca comprometimento do paciente com o

cuidado à saúde, sem culpabilizar, mas torna-o corresponsável), totalizando 92% de concordância, evidenciando forte disposição dos participantes para incorporar o LS na prática clínica.

Assim como o segundo domínio, **Estratégias e instrumentos** teve maior dispersão de respostas, demonstrando um ponto de fragilidade em utilizar instrumentos de apoio para a conduzir e facilitar o ensino sobre os temas de saúde durante os contatos com pacientes.

Por fim, em **Recursos didáticos**, houve maior concentração de respostas nas categorias 4 e 5, com destaque para o uso de linguagem simples, item 7, no qual 91% relataram possuir habilidades em utilizar a linguagem simples na comunicação.

Em relação as médias dos escores, analisando separadamente, observaram-se médias de 39,5 para o domínio “cuidado centrado nas pessoas”, 15,8 para “conhecimento técnico”, 26,4 para “Atitudes profissionais”, 23,2 para “estratégias e instrumentos” e 8,8 para “recursos didáticos”. Todos os domínios apresentaram  $p$ -valor  $<0,001$  no teste de *Shapiro-Wilk*, indicando ausência de distribuição normal. (Tabela 9)

TABELA 9 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ESCORES GERAL E DE CADA DOMÍNIO DO HeLProComp. BRASIL (N=451)

| Escores                       | Amp.     | M      | MD     | Min   | Max    | DP    | p-valor* |
|-------------------------------|----------|--------|--------|-------|--------|-------|----------|
| <b>Geral</b>                  | 28 – 140 | 113,76 | 115,00 | 40,00 | 140,00 | 17,87 | $<0,001$ |
| Cuidado e corresponsabilidade | 10 – 50  | 39,5   | 40,0   | 10,0  | 50,0   | 7,4   | $<0,001$ |
| Conhecimento técnico          | 4 – 20   | 15,8   | 16,0   | 4,0   | 20,0   | 3,5   | $<0,001$ |
| Atitudes profissionais        | 6 – 30   | 26,4   | 27,0   | 11,0  | 30,0   | 3,5   | $<0,001$ |
| Estratégias e instrumentos    | 6 – 30   | 23,2   | 24,0   | 6,0   | 30,0   | 5,0   | $<0,001$ |
| Recursos didáticos            | 2 – 10   | 8,8    | 9,0    | 2,0   | 10,0   | 1,4   | $<0,001$ |

Teste de Shapiro-Wilk\*; M = média; MD = mediana; Mín = mínimo; Máx = máximo; DP = desvio padrão; Amp. = amplitude, N = 451

Ter conhecimento prévio do termo LS e suas variações foi associado a maiores valores do escore geral do instrumento ( $p=0,044$ ) (Tabela 10) e com maiores valores nos domínios Conhecimento técnico ( $p<0,001$ ) (Tabela 11) e Atitudes profissionais ( $p<0,001$ ) (Tabela 12).

TABELA 10 - ESCORE GERAL DO HeLProComp SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES. BRASIL (N=451)

| Variáveis                                 |                           | Escore geral do HeLProComp |        |       |       |         |
|-------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|--------|-------|-------|---------|
|                                           |                           | M                          | MD     | DP    | IIQ   | p-valor |
| Faixa etária                              | 21 a 30 anos              | 113,08                     | 113,00 | 15,27 | 19,50 | 0,028** |
|                                           | 31 a 40 anos              | 111,07                     | 113,00 | 18,77 | 28,00 |         |
|                                           | 41 a 50 anos              | 113,57                     | 115,00 | 19,19 | 23,00 |         |
|                                           | 51 a 60 anos              | 116,71                     | 116,50 | 15,51 | 24,25 |         |
|                                           | Mais de 60 anos           | 120,36                     | 126,50 | 18,88 | 27,50 |         |
| Sexo                                      | Feminino                  | 114,47                     | 115,00 | 17,08 | 21,00 | 0,315*  |
|                                           | Masculino                 | 111,93                     | 114,00 | 19,70 | 30,50 |         |
| Categorias que representa a atuação atual | Enfermeiro                | 116,45                     | 118,00 | 17,45 | 22,00 | 0,097** |
|                                           | Farmacêutico              | 111,94                     | 112,00 | 14,28 | 18,75 |         |
|                                           | Fisioterapeuta/Ed. física | 120,00                     | 124,00 | 16,06 | 23,75 |         |
|                                           | Fonoaudiólogo             | 121,56                     | 126,00 | 22,36 | 21,00 |         |
|                                           | Médico                    | 110,26                     | 111,00 | 18,32 | 23,50 |         |
|                                           | Nutricionista             | 118,76                     | 124,00 | 14,67 | 19,00 |         |
|                                           | Cirurgião-dentista        | 113,83                     | 115,00 | 18,65 | 23,75 |         |
|                                           | Psicólogo                 | 113,72                     | 113,00 | 13,33 | 15,00 |         |
|                                           | Assistente Social         | 114,40                     | 108,00 | 14,50 | 21,00 |         |
| Graduação                                 | Instituições privadas     | 114,95                     | 116,00 | 16,07 | 22,00 | 0,490*  |
|                                           | Instituições públicas     | 112,93                     | 114,00 | 19,00 | 24,50 |         |
| Tipo de serviço que trabalha              | Serviço privado           | 113,06                     | 115,00 | 18,75 | 22,00 | 0,915** |
|                                           | Serviço público           | 114,42                     | 114,00 | 16,79 | 22,00 |         |
|                                           | Ambos                     | 113,95                     | 115,00 | 18,02 | 25,50 |         |
| Tempo de atuação                          | Até 5 anos                | 112,65                     | 113,00 | 15,21 | 21,00 | 0,141** |
|                                           | De 6 a 10 anos            | 111,43                     | 113,00 | 18,46 | 26,50 |         |
|                                           | De 11 a 20 anos           | 112,78                     | 115,00 | 20,05 | 21,50 |         |
|                                           | De 21 a 30 anos           | 114,98                     | 115,00 | 17,23 | 22,00 |         |
|                                           | Mais de 30 anos           | 118,08                     | 120,00 | 18,03 | 30,50 |         |
| Já teve contato com o termo LS?           | Sim                       | 116,23                     | 117,00 | 14,98 | 22,50 | 0,044** |
|                                           | Não/não lembro            | 111,75                     | 114,00 | 19,71 | 24,00 |         |

\* Teste U de Mann-Whitney; \*\*Teste de Kruskal-Wallis; M= média; MD = mediana; DP= desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil.

TABELA 11 - ESCORE DO DOMÍNIO CONHECIMENTO TÉCNICO SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES. BRASIL (N=451) (continua)

| Variáveis    |                 | Domínio Conhecimento técnico |       |      |      |         |
|--------------|-----------------|------------------------------|-------|------|------|---------|
|              |                 | M                            | MD    | DP   | IIQ  | p-valor |
| Faixa etária | 21 a 30 anos    | 16,04                        | 16,00 | 2,82 | 3,00 | 0,079** |
|              | 31 a 40 anos    | 15,32                        | 16,00 | 3,67 | 4,00 |         |
|              | 41 a 50 anos    | 15,65                        | 16,00 | 3,75 | 6,00 |         |
|              | 51 a 60 anos    | 16,24                        | 17,00 | 3,27 | 4,25 |         |
|              | Mais de 60 anos | 16,92                        | 17,50 | 3,28 | 4,25 |         |
| Sexo         | Feminino        | 15,97                        | 16,00 | 3,35 | 5,00 | 0,335*  |
|              | Masculino       | 15,47                        | 16,00 | 3,71 | 5,00 |         |

TABELA 11 - ESCORE DO DOMÍNIO CONHECIMENTO TÉCNICO SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES. BRASIL (N=451) (continuação)

| Variáveis                                 |                           | Domínio Conhecimento técnico |       |      |      |         |
|-------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|-------|------|------|---------|
|                                           |                           | M                            | MD    | DP   | IIQ  | p-valor |
| Categorias que representa a atuação atual | Enfermeiro                | 15,60                        | 16,00 | 3,44 | 4,00 | 0,102** |
|                                           | Farmacêutico              | 16,94                        | 17,00 | 2,43 | 3,00 |         |
|                                           | Fisioterapeuta/Ed. física | 15,72                        | 17,50 | 4,61 | 5,50 |         |
|                                           | Fonoaudiólogo             | 16,78                        | 19,00 | 4,38 | 4,00 |         |
|                                           | Médico                    | 15,30                        | 16,00 | 3,47 | 4,75 |         |
|                                           | Nutricionista             | 16,71                        | 17,00 | 2,69 | 2,00 |         |
|                                           | Cirurgião-dentista        | 16,12                        | 17,00 | 3,48 | 4,75 |         |
|                                           | Psicólogo                 | 15,38                        | 16,00 | 2,80 | 3,00 |         |
|                                           | Assistente Social         | 13,80                        | 14,00 | 3,77 | 3,00 |         |
| Graduação                                 | Instituições privadas     | 15,71                        | 16,00 | 3,38 | 4,00 | 0,387*  |
|                                           | Instituições públicas     | 15,91                        | 16,00 | 3,51 | 5,00 |         |
| Tipo de serviço que trabalha              | Serviço privado           | 15,70                        | 16,00 | 3,66 | 5,00 | 0,948** |
|                                           | Serviço público           | 15,87                        | 17,00 | 3,40 | 4,00 |         |
|                                           | Ambos                     | 15,99                        | 16,00 | 3,18 | 4,00 |         |
| Tempo de atuação                          | Até 5 anos                | 15,95                        | 16,00 | 2,96 | 3,00 | 0,213** |
|                                           | De 6 a 10 anos            | 15,61                        | 16,00 | 3,34 | 4,00 |         |
|                                           | De 11 a 20 anos           | 15,29                        | 16,00 | 3,85 | 4,00 |         |
|                                           | De 21 a 30 anos           | 16,03                        | 17,00 | 3,61 | 6,00 |         |
|                                           | Mais de 30 anos           | 16,46                        | 17,00 | 3,37 | 6,00 |         |
| Já teve contato com o termo LS?           | Sim                       | 16,63                        | 17    | 2,75 | 4    | <0,001* |
|                                           | Não/não lembro            | 15,18                        | 16    | 3,82 | 5    |         |

\* Teste U de Mann-Whitney; \*\*Teste de Kruskal-Wallis; M= média; MD = mediana; DP= desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil.

TABELA 12 - ESCORE DO DOMÍNIO ATITUDES PROFISSIONAIS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES. BRASIL (N=451) (continua)

| Variáveis                                 |                           | Domínio Atitudes profissionais |       |      |      |         |
|-------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|------|------|---------|
|                                           |                           | M                              | MD    | DP   | IIQ  | p-valor |
| Faixa etária                              | 21 a 30 anos              | 26,59                          | 27,00 | 3,10 | 4,00 | 0,553** |
|                                           | 31 a 40 anos              | 26,08                          | 27,00 | 3,50 | 5,00 |         |
|                                           | 41 a 50 anos              | 26,26                          | 27,00 | 3,91 | 5,00 |         |
|                                           | 51 a 60 anos              | 26,81                          | 27,50 | 3,07 | 5,00 |         |
|                                           | Mais de 60 anos           | 26,75                          | 29,00 | 3,62 | 4,50 |         |
| Sexo                                      | Feminino                  | 26,61                          | 27,00 | 3,30 | 4,00 | 0,097*  |
|                                           | Masculino                 | 25,86                          | 27,00 | 3,85 | 5,00 |         |
| Categorias que representa a atuação atual | Enfermeiro                | 26,79                          | 28,00 | 3,82 | 5,00 | 0,304** |
|                                           | Farmacêutico              | 26,94                          | 27,00 | 2,91 | 2,25 |         |
|                                           | Fisioterapeuta/Ed. física | 27,11                          | 28,00 | 2,83 | 3,25 |         |
|                                           | Fonoaudiólogo             | 27,89                          | 28,00 | 2,03 | 3,00 |         |
|                                           | Médico                    | 25,72                          | 27,00 | 3,77 | 5,75 |         |
|                                           | Nutricionista             | 26,76                          | 27,00 | 2,61 | 4,00 |         |
|                                           | Cirurgião-dentista        | 26,45                          | 27,00 | 3,52 | 4,00 |         |
|                                           | Psicólogo                 | 26,86                          | 27,00 | 2,56 | 4,00 |         |
|                                           | Assistente Social         | 25,00                          | 26,00 | 3,32 | 6,00 |         |
| Graduação                                 | Instituições privadas     | 26,31                          | 27,00 | 3,46 | 5,00 | 0,583*  |
|                                           | Instituições públicas     | 26,46                          | 27,00 | 3,50 | 4,75 |         |
| Tipo de serviço que trabalha              | Serviço privado           | 26,48                          | 28,00 | 3,56 | 5,00 | 0,259** |
|                                           | Serviço público           | 26,68                          | 27,00 | 3,13 | 4,00 |         |
|                                           | Ambos                     | 25,83                          | 27,00 | 3,82 | 5,00 |         |

TABELA 12 - ESCORE DO DOMÍNIO ATITUDES PROFISSIONAIS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES. BRASIL (N=451) (continuação)

| Variáveis                       |                 | Domínio Atitudes profissionais |       |      |      |         |
|---------------------------------|-----------------|--------------------------------|-------|------|------|---------|
|                                 |                 | M                              | MD    | DP   | IIQ  | p-valor |
| Tempo de atuação                | Até 5 anos      | 26,29                          | 27,00 | 3,28 | 4,00 | 0,724** |
|                                 | De 6 a 10 anos  | 26,03                          | 27,00 | 3,76 | 5,00 |         |
|                                 | De 11 a 20 anos | 26,35                          | 27,00 | 3,86 | 4,00 |         |
|                                 | De 21 a 30 anos | 26,66                          | 27,00 | 3,11 | 4,00 |         |
|                                 | Mais de 30 anos | 26,71                          | 28,00 | 3,41 | 4,50 |         |
| Já teve contato com o termo LS? | Sim             | 27,08                          | 28,00 | 2,98 | 5,00 | <0,001* |
|                                 | Não/não lembro  | 25,85                          | 27,00 | 3,75 | 5,00 |         |

\* Teste U de Mann-Whitney; \*\*Teste de Kruskal-Wallis; M= média; MD = mediana; DP = desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil.

Já a faixa etária dos profissionais esteve associada ao escore geral (Tabela 10) e aos domínios Cuidado e responsabilização, Estratégias e instrumentos, Recursos didáticos (Tabelas de 11 a 14), indicando que, quanto maior a faixa etária, maiores os escores nesses domínios. O maior tempo de atuação também mostrou associação com maiores valores dos domínios Estratégias e instrumentos e Recursos pedagógicos (Tabelas 14 e 15).

TABELA 13 - ESCORE DO DOMÍNIO CUIDADO E CORRESPONSABILIZAÇÃO SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES. BRASIL (N=451) (continua)

| Variáveis                                              |                                 | Domínio Cuidado e responsabilização |       |       |       |         |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------|-------|-------|---------|
|                                                        |                                 | M                                   | MD    | DP    | IIQ   | p-valor |
| Faixa etária                                           | 21 a 30 anos                    | 38,83                               | 40,00 | 6,46  | 9,00  | 0,049** |
|                                                        | 31 a 40 anos                    | 38,66                               | 39,00 | 7,44  | 9,50  |         |
|                                                        | 41 a 50 anos                    | 39,61                               | 40,00 | 8,02  | 10,00 |         |
|                                                        | 51 a 60 anos                    | 40,62                               | 41,00 | 6,56  | 10,25 |         |
|                                                        | Mais de 60 anos                 | 41,83                               | 45,00 | 8,12  | 11,25 |         |
| Qual é o seu sexo?                                     | Feminino                        | 39,60                               | 40,00 | 7,08  | 9,00  | 0,951*  |
|                                                        | Masculino                       | 39,25                               | 41,00 | 8,09  | 10,00 |         |
| Qual destas categorias representa a sua atuação atual: | Enfermeiro                      | 40,81                               | 41,00 | 7,21  | 10,00 | 0,059** |
|                                                        | Farmacêutico                    | 38,25                               | 39,00 | 6,22  | 9,50  |         |
|                                                        | Fisioterap./Prof. de ed. física | 42,61                               | 42,00 | 6,14  | 9,00  |         |
|                                                        | Fonoaudiólogo                   | 42,11                               | 43,00 | 10,04 | 8,00  |         |
|                                                        | Médico                          | 38,75                               | 39,00 | 7,65  | 8,75  |         |
|                                                        | Nutricionista                   | 41,71                               | 42,00 | 5,91  | 7,00  |         |
|                                                        | Cirurgião-dentista              | 38,84                               | 39,00 | 7,61  | 9,00  |         |
|                                                        | Psicólogo                       | 40,28                               | 40    | 5,44  | 5,00  |         |
| Você realizou a sua graduação em:                      | Assistente Social               | 44,00                               | 45,00 | 4,64  | 1,00  | 0,244*  |
|                                                        | Instituições privadas           | 40,20                               | 41,00 | 6,64  | 9,00  |         |
| Em que tipo de serviço você trabalha?                  | Instituições públicas           | 39,02                               | 40,00 | 7,82  | 9,75  | 0,467** |
|                                                        | Serviço privado                 | 38,98                               | 40,00 | 7,58  | 9,00  |         |
|                                                        | Serviço público                 | 39,78                               | 40,00 | 7,08  | 10,00 |         |
|                                                        | Ambos                           | 39,99                               | 40,00 | 7,46  | 9,50  |         |

TABELA 13 - ESCORE DO DOMÍNIO CUIDADO E CORRESPONSABILIZAÇÃO SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES. BRASIL (N=451) (continuação)

| Variáveis                       |                 | Domínio Cuidado e corresponsabilização |       |      |       |         |
|---------------------------------|-----------------|----------------------------------------|-------|------|-------|---------|
|                                 |                 | M                                      | MD    | DP   | IIQ   | p-valor |
| Tempo de atuação                | Até 5 anos      | 39,05                                  | 40,00 | 6,24 | 8,00  | 0,194** |
|                                 | De 6 a 10 anos  | 38,64                                  | 39,00 | 7,29 | 9,50  |         |
|                                 | De 11 a 20 anos | 39,28                                  | 40,00 | 8,16 | 9,50  |         |
|                                 | De 21 a 30 anos | 39,83                                  | 40,00 | 7,43 | 11,00 |         |
|                                 | Mais de 30 anos | 41,13                                  | 42,00 | 7,63 | 12,00 |         |
| Já teve contato com o termo LS? | Sim             | 40,14                                  | 40,00 | 6,39 | 9,00  | 0,310*  |
|                                 | Não/não lembro  | 38,98                                  | 40,00 | 8,05 | 10,00 |         |

FONTE: Dados da pesquisa (2025)

\* Teste U de Mann-Whitney; \*\*Teste de Kruskal-Wallis; M= média; MD = mediana; DP = desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil.

TABELA 14 - ESCORE DO DOMÍNIO ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES. BRASIL (N=451)

| Variáveis                                              |                           | Domínio Estratégias e instrumentos |       |      |      |         |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|-------|------|------|---------|
|                                                        |                           | M                                  | MD    | DP   | IIQ  | p-valor |
| Faixa etária                                           | 21 a 30 anos              | 22,72                              | 23,00 | 4,86 | 7,00 | 0,004** |
|                                                        | 31 a 40 anos              | 22,49                              | 23,00 | 5,21 | 6,00 |         |
|                                                        | 41 a 50 anos              | 23,16                              | 24,00 | 5,34 | 7,00 |         |
|                                                        | 51 a 60 anos              | 23,96                              | 24,00 | 4,27 | 7,00 |         |
|                                                        | Mais de 60 anos           | 25,72                              | 27,00 | 4,32 | 6,25 |         |
| Qual é o seu sexo?                                     | Feminino                  | 23,40                              | 24,00 | 4,82 | 7,00 | 0,336*  |
|                                                        | Masculino                 | 22,68                              | 24,00 | 5,54 | 8,00 |         |
| Qual destas categorias representa a sua atuação atual: | Enfermeiro                | 24,06                              | 24,00 | 4,27 | 6,00 | 0,018** |
|                                                        | Farmacêutico              | 22,06                              | 22,00 | 4,49 | 3,25 |         |
|                                                        | Fisioterapeuta/Ed. física | 25,39                              | 26,50 | 4,15 | 7,75 |         |
|                                                        | Fonoaudiólogo             | 25,11                              | 28,00 | 7,17 | 4,00 |         |
|                                                        | Médico                    | 21,82                              | 22,00 | 5,34 | 7,50 |         |
|                                                        | Nutricionista             | 24,41                              | 26,00 | 4,61 | 5,00 |         |
|                                                        | Cirurgião-dentista        | 23,55                              | 24,00 | 5,05 | 8,00 |         |
|                                                        | Psicólogo                 | 22,69                              | 24,00 | 4,38 | 6,00 |         |
| Você realizou a sua graduação em:                      | Assistente Social         | 23,00                              | 21,00 | 4,18 | 7,00 | 0,039*  |
|                                                        | Instituições privadas     | 23,91                              | 24,00 | 4,38 | 7,00 |         |
| Em que tipo de serviço você trabalha?                  | Instituições públicas     | 22,70                              | 23,00 | 5,39 | 7,00 | 0,914** |
|                                                        | Serviço privado           | 23,12                              | 24,00 | 5,15 | 7,00 |         |
|                                                        | Serviço público           | 23,19                              | 23,00 | 4,88 | 7,00 |         |
| Tempo de atuação                                       | Ambos                     | 23,34                              | 24,00 | 5,11 | 7,00 | 0,040** |
|                                                        | Até 5 anos                | 22,58                              | 23,00 | 4,56 | 6,00 |         |
|                                                        | De 6 a 10 anos            | 22,60                              | 24,00 | 5,25 | 7,50 |         |
|                                                        | De 11 a 20 anos           | 23,06                              | 24,00 | 5,53 | 6,50 |         |
|                                                        | De 21 a 30 anos           | 23,53                              | 24,00 | 4,88 | 7,00 |         |
| Já teve contato com o termo LS?                        | Mais de 30 anos           | 24,62                              | 26,00 | 4,70 | 8,00 | 0,659*  |
|                                                        | Sim                       | 23,45                              | 24,00 | 4,53 | 6,00 |         |
|                                                        | Não/não lembro            | 22,99                              | 23,00 | 5,41 | 7,00 |         |

FONTE: Dados da pesquisa (2025)

\* Teste U de Mann-Whitney; \*\*Teste de Kruskal-Wallis; M= média; MD = mediana; DP = desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil.

TABELA 15 - ESCORE DO DOMÍNIO RECURSOS DIDÁTICOS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES. BRASIL (N=451)

|                                                                   |                           | Domínio Recursos didáticos |       |      |      |         |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------|------|------|---------|
| Variáveis                                                         |                           | M                          | MD    | DP   | IIQ  | p-valor |
| Faixa etária                                                      | 21 a 30 anos              | 8,91                       | 9,00  | 1,20 | 2,00 | 0,016** |
|                                                                   | 31 a 40 anos              | 8,51                       | 9,00  | 1,62 | 2,00 |         |
|                                                                   | 41 a 50 anos              | 8,88                       | 9,00  | 1,49 | 2,00 |         |
|                                                                   | 51 a 60 anos              | 9,09                       | 9,00  | 1,18 | 2,00 |         |
|                                                                   | Mais de 60 anos           | 9,14                       | 10,00 | 1,44 | 1,25 |         |
| Qual é o seu sexo?                                                | Feminino                  | 8,90                       | 9,00  | 1,35 | 2,00 | 0,384*  |
|                                                                   | Masculino                 | 8,67                       | 9,00  | 1,65 | 2,00 |         |
| Qual destas categorias representa a sua atuação atual:            | Enfermeiro                | 9,19                       | 10,00 | 1,09 | 1,00 | 0,005** |
|                                                                   | Farmacêutico              | 7,75                       | 8,00  | 1,95 | 2,00 |         |
|                                                                   | Fisioterapeuta/Ed. física | 9,17                       | 9,50  | 1,15 | 1,00 |         |
|                                                                   | Fonoaudiólogo             | 9,67                       | 10,00 | 0,71 | 0,00 |         |
|                                                                   | Médico                    | 8,68                       | 9,00  | 1,54 | 2,00 |         |
|                                                                   | Nutricionista             | 9,18                       | 10,00 | 1,07 | 1,00 |         |
|                                                                   | Cirurgião-dentista        | 8,87                       | 9,00  | 1,47 | 2,00 |         |
|                                                                   | Psicólogo                 | 8,52                       | 8,00  | 1,30 | 2,00 |         |
|                                                                   | Assistente Social         | 8,60                       | 8,00  | 1,34 | 2,00 |         |
| Você realizou a sua graduação em: (considere sua atividade atual) | Instituições privadas     | 8,81                       | 9,00  | 1,43 | 2,00 | 0,792*  |
|                                                                   | Instituições públicas     | 8,85                       | 9,00  | 1,45 | 2,00 |         |
| Em que tipo de serviço você trabalha?                             | Serviço privado           | 8,78                       | 9,00  | 1,58 | 2,00 | 0,880** |
|                                                                   | Serviço público           | 8,90                       | 9,00  | 1,32 | 2,00 |         |
|                                                                   | Ambos                     | 8,81                       | 9,00  | 1,37 | 2,00 |         |
| Tempo de atuação                                                  | Até 5 anos                | 8,78                       | 9,00  | 1,29 | 2,00 | 0,036** |
|                                                                   | De 6 a 10 anos            | 8,55                       | 9,00  | 1,57 | 2,00 |         |
|                                                                   | De 11 a 20 anos           | 8,80                       | 9,00  | 1,57 | 2,00 |         |
|                                                                   | De 21 a 30 anos           | 8,92                       | 9,00  | 1,35 | 2,00 |         |
|                                                                   | Mais de 30 anos           | 9,16                       | 10,00 | 1,38 | 1,00 |         |
| Já teve contato com o termo LS?                                   | Sim                       | 8,93                       | 9,00  | 1,23 | 2,00 | 0,593*  |
|                                                                   | Não/não lembro            | 8,75                       | 9,00  | 1,59 | 2,00 |         |

FONTE: Dados da pesquisa (2025)

\* Teste U de Mann-Whitney; \*\*Teste de *Kruskal-Wallis*; M= média; MD = mediana; DP = desvio padrão; IIQ= intervalo interquartil.

Quando analisado os tipos de instituições, graduados em instituições públicas tiveram maiores escores gerais que instituições privadas ( $p=0,040$ ). No entanto, no domínio Estratégias e instrumentos, graduados em instituições privadas obtiveram melhores escores (Tabela 14).

Além disso, em Estratégias e instrumentos e Recursos pedagógicos, houve diferenças significativas nos escores por categorias profissionais ( $p=0,018$  e  $p=0,005$ ). Fonoaudiólogos, fisioterapeutas e profissionais de educação física e nutricionistas apresentaram melhores escores, enquanto médicos os escores mais baixos no domínio Estratégias e instrumentos (Tabela 14).

## 6 DISCUSSÃO

Este é o primeiro instrumento capaz de mensurar competências dos profissionais da atenção à saúde voltadas para o LS na América Latina. O estudo adotou cuidados metodológicos para abranger todas as regiões do Brasil, visando uma aplicabilidade nacional apesar das diferenças sociodemográficas e culturais. A técnica de amostragem e o formato virtual utilizados possibilitaram a participação de PAS com diferentes perfis, atuantes nos setores público e privado e em distintos períodos de atuação, reforçando a representatividade e a generalização do instrumento.

Um profissional da atenção à saúde competente ou responsivo ao letramento em saúde é aquele capaz de reconhecer as limitações de compreensão de seus pacientes, adaptar sua comunicação e suas estratégias de cuidado de maneira acessível e sensível às necessidades do usuário, promovendo autonomia, segurança e corresponsabilidade no processo terapêutico. Esse profissional atua com base em princípios de equidade e inclusão, reconhecendo que o LS é um determinante social da saúde e uma dimensão crítica da qualidade do cuidado (Cesar *et al.*, 2022a,b).

As competências profissionais para o LS são fundamentais para aprimorar o nível de LS da população (César *et al.*, 2022a). Diversos esforços a nível mundial delineiam competências essenciais para a prática efetiva do LS (Coleman; Hudson; Maine, 2013; Chang *et al.*, 2017a; Karuranga *et al.*, 2017; Cesar *et al.*, 2022a; Tsai *et al.*, 2024). Aliado a isso, políticas públicas, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, reforçam a necessidade de alcançar melhores índices de saúde para os indivíduos e “não deixar ninguém para trás” (ONU, 2015). O aprimoramento das competências profissionais associadas ao LS, pode tornar o cuidado com a saúde mais efetivo e centrado na pessoa.

O processo de validação do HeLProComp apresentou semelhanças ao do IOHLC (Chang *et al.*, 2017b), ambos fundamentados nos consensos sobre competências para a prática do LS (Cesar *et al.*, 2022a; Chang *et al.*, 2017a). O instrumento brasileiro contou com 28 itens distribuídos em três domínios teóricos (conhecimento, habilidades e atitudes), que, após a AFE, foram redistribuídos em cinco fatores pela AFC, mantendo todas as questões. Já o instrumento em chinês, após ajustes fatoriais, reduziu de 92 para 57 itens, originando dois fatores,

conhecimentos e habilidades, sendo o segundo subdividido em nove dimensões de competências profissionais.

Os cinco fatores do HeLProComp preservaram os contextos iniciais do consenso, baseados nos princípios do LS. A maior parte das questões do domínio “conhecimento” foi alocada em “conhecimento técnico do LS”, mantendo a avaliação da base conceitual necessária para implementar os princípios do LS na população. Os itens restantes foram realocados em “cuidado centrado na pessoa”, por estarem relacionados à autogestão da saúde e ao reconhecimento da necessidade de suporte governamental. A literatura evidencia que a abordagem centrada na pessoa é essencial para o LS (Coleman et al., 2017; Karuranga et al., 2017; Yang, 2022). Profissionais capacitados devem ser capazes de avaliar o nível de LS dos pacientes e envolvê-los ativamente no cuidado à saúde, respeitando suas necessidades individuais (César et al, 2022a). Estudos apontam dificuldades na estimativa correta do LS da população (Zawilinski et al., 2019), o que pode comprometer a comunicação e o uso de técnicas de confirmação de aprendizagem, impactando o plano de cuidado centrado na pessoa.

No domínio de habilidades, algumas questões foram realocadas para o “cuidado centrado no paciente”, enquanto outras foram distribuídas entre “estratégias pedagógicas” e “recursos didáticos”. Apesar da redução contínua do analfabetismo no Brasil, quase 30% da população ainda é considerada analfabeta funcional (INAF, 2024), reforçando a necessidade de adaptação dos profissionais para transmitir conhecimento de forma efetiva e aplicável à rotina dos pacientes (Cesar et al., 2022b). Considerou-se a possibilidade de remover o fator relacionado ao uso de tecnologia e recursos didáticos no aprendizado do paciente, uma vez apresentou menor contribuição para a explicação do constructo. No entanto, seus indicadores permaneceram dentro de limites aceitáveis, e a análise comparativa com alternativas de ajuste indicou que mantê-lo era a opção mais adequada. Além disso, os itens desse domínio são relevantes para a prática do letramento em saúde, reforçando sua inclusão no instrumento.

Embora essenciais para a prática do LS, os domínios “estratégias pedagógicas” e “recursos didáticos” demonstraram maior dispersão de respostas, indicando insegurança por parte dos profissionais. A diferença significativa entre os escores de diferentes tipos de instituição, sugere que currículos não padronizados

podem interferir no desenvolvimento de competências profissionais relacionados ao LS.

Todas as questões do domínio “atitudes” permaneceram no mesmo fator, abordando respeito, empatia e corresponsabilidade dos PAS com o LS da população. Esse fator apresentou os escores mais altos, possivelmente porque vai além dos princípios restritos ao LS. No entanto, Dullius e Remor (2022) destacam que a empatia autorreferida pelos profissionais pode ser percebida de maneira diferente pelos usuários do sistema de saúde e que o estresse ocupacional pode interferir na manutenção de boas atitudes durante os atendimentos (Dullius; Remor, 2022).

Em relação à estrutura fatorial, o modelo de cinco fatores apresentou melhores índices que o modelo inicial de três fatores. Embora alguns indicadores tenham ficado abaixo dos pontos de corte mais conservadores (Chang et al, 2017b), os valores podem ser considerados moderados para modelos iniciais. O instrumento apresentou boa confiabilidade, evidenciada pela consistência interna quase perfeita no instrumento geral e na maioria dos domínios individualmente, além de estabilidade adequada. Também mostrou evidências de validade convergente e discriminante, com correlações adequadas com medidas teoricamente relacionadas e distinção em relação a construtos diferentes. O ligeiro aumento nos escores do reteste pode estar relacionado ao contato prévio dos participantes com o tema no momento do teste, o que possivelmente despertou maior interesse. Assim, embora haja espaço para aprimoramento do modelo, os resultados obtidos são promissores e fornecem uma base sólida para investigações subsequentes.

O panorama geral mostra que a média de escores do HeLProComp sugere resultados satisfatórios, tanto no escore global quanto nos cinco fatores individuais. No entanto, há necessidade de aprofundar, principalmente, conhecimentos técnicos, estratégias pedagógicas e utilização de instrumentos para a prática do LS. Similarmente ao estudo de Güner e Ekmekci (2019), uma parcela significativa dos profissionais de saúde não teve contato com o LS durante sua formação (Guner; Ekmekci, 2019), reforçando a necessidade de inclusão do tema desde a graduação, bem como atualizações de profissionais já formados.

Entre as limitações do estudo, destacam-se a baixa adesão de algumas categorias profissionais e maior concentração de participantes na região sul, fatores que exigem cautela na generalização dos resultados. Isso pode refletir desconhecimento do termo LS e menor interesse pelo tema. A concentração regional

também pode ser consequência do viés da amostragem em bola de neve (Marcus et al., 2017), embora a estratégia tenha permitido alcançar participantes de todas as regiões do país.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam que o instrumento HeLProComp é capaz de mensurar de maneira confiável as competências de profissionais da atenção à saúde na prática do letramento em saúde, apresentando índices adequados para uma validação inicial. Por meio dele, foi possível mapear o panorama atual da prática do LS tanto no serviço público quanto no privado, e em diferentes categorias profissionais, evidenciando os pontos fortes e lacunas nas competências avaliadas.

O desconhecimento do tema LS por parte de muitos profissionais revelou uma fragilidade na formação acadêmica, que interfere diretamente no desenvolvimento das competências relacionadas à prática do LS. Esses achados reforçam a necessidade de reformulação de currículos e da inserção do tema em cursos de formação continuada, garantindo que profissionais já graduados possam aprimorar suas habilidades e atitudes voltadas para o cuidado centrado na pessoa.

Por fim, o HeLProComp representa uma contribuição inédita na América Latina, fornecendo um instrumento aplicável nacionalmente que permite orientar políticas educacionais, estratégias de capacitação profissional e futuras pesquisas sobre letramento em saúde. A continuidade do estudo e a ampliação de sua aplicação poderão fortalecer ainda mais a prática do LS, promovendo cuidados mais eficazes e inclusivos à população.

## REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Health Literacy Universal Precautions Toolkit**. Rockville, MD: AHRQ, 2010.
- ARRIGHI E, RUIZ DE CASTILLA EM, PERES F et al. **Scoping health literacy in Latin America**. Global Health Promotion, v. 29, n. 2, p. 78–87, 2022.
- BEESE, A.; JAKS, R.; ALDER, E.; GANI, S. **A Delphi study on health literacy competencies for health professionals**. BMC Medical Education, v. 25, n. 1, p. 38, 2025.
- BERKMAN, N. D., SHERIDAN, S. L., DONAHUE, K. E. et al. **Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review**. Annals of Internal Medicine, v. 155, n. 2, p. 97–107, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 588, de 2018. Estabelece diretrizes e estratégias do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>
- BUJA, A.; RABENSTEINER, A., SPEROTTO, M. et al. **Health Literacy and Physical Activity: A Systematic Review**. J Phys Act Health. v. 17, n. 12, p. 1259-1274, 2020. ISSN 1543-3080. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0161>.
- BUTAYEVA, J.; RATAN, Z.A., DOWNIE, S., HOSSEINZADEH, H. **The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: A systematic review**. J Diabetes. v. 15, n. 9, p. 724-735, 2023. ISSN 1753-0393. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1753-0407.13436>.
- CESAR, F. C. R. et al. **Competencies of health personnel for the practice of health literacy in Brazil: a Delphi consensus survey**. PLOS ONE, v. 17, n. 7, 2022a.
- CESAR, F.C.R.; MORAES, K.L.; BRASIL, V.V. et al. **Professional Responsiveness to Health Literacy: A Scoping Review**. Health Lit Res Pract. v. 6, n. 2, p. e96-e103, 2022b. ISSN 2475-6024
- CESAR, F.C.R.; OLIVEIRA, L.M.A.C.; GALVÃO, M.C.; LACERDA, A.L.A. **How do healthcare professionals develop the communication process to promote patients' health literacy?** International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 21, n. 5, 2024.
- CHANG, L. C. et al. **Validation of the instrument of health literacy competencies for Chinese-speaking health professionals**. PLOS ONE, v. 12, n. 3, 2017b.
- CHANG, L.C.; CHEN, Y.C.; WU, F.L.; LIAO, L.L. **Exploring health literacy competencies towards patient education programme for Chinese-speaking healthcare professionals: a Delphi study**. BMJ Open, v. 7, p. 11772, 2017a.

CHAUHAN, A.; LINARES-JIMENEZ, F.G.; DASH, G.C. et al. **Unravelling the role of health literacy among individuals with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis.** BMJ Open. v. 14, n. 12, p. e073181, 2024. ISSN 2044-6055.

COLEMAN, C. A.; HUDSON, S.; MAINE, L. L. **Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study.** Journal of Health Communication, v. 18, n. Supl. 1, p. 82–102, 2013.

COLEMAN, C.; HUDSON, S.; PEDERSON, B. **Prioritized health literacy and clear communication practices for health care professionals.** HLRP: Health Literacy Research and Practice, v. 1, n. 3, 2017.

COSKUN S, BAGCIVAN G. **Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy.** Appl Nurs Res. 2021 Feb;57:151368. doi: 10.1016/j.apnr.2020.151368. Epub 2020. PMID: 33092934.

COSTA, B. R. L. **Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica.** Revista Interdisciplinar de Gestão Social, [S. l.], v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>. Acesso em: 14 set. 2025.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951. DOI: 10.1007/BF02310555.

DULLIUS, Luana; REMOR, Eduardo. **Congruência entre a empatia autorreferida de enfermeiros(as) da atenção primária em saúde e a percepção do usuário sobre a relação empática.** Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, Canoas, v. 10, n. 1, p. 1-13, 8 mar. 2022. DOI: 10.18316/sdh.v10i1.7263. Disponível em: [https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento/article/view/7263](https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/7263). Acesso em: 14 ago. 2025.

EFTHYMIU, A.; ROVITHIS, M.; KALAITZAKI, A. **The Perspectives on Barriers and Facilitators in Communication by the Healthcare Professionals and Older Healthcare Users: The Role of Health Literacy.** Journal of Psychology and Psychotherapy Research, v. 9, p. 1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.12974/2313-1047.2022.09.1>.

FAN ZY, YANG Y, YIN RY, TANG L, ZHANG F. **Effect of Health Literacy on Decision Delay in Patients With Acute Myocardial Infarction.** Front Cardiovasc Med. 2021. doi: 10.3389/fcvm.2021.754321. PMID: 34917660; PMCID: PMC8669267.

FIRMINO, R.T.; FERREIRA, F.M.; PAIVA, S.M. et al. **Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review.** J Am Dent Assoc. 2017 Aug;148(8):604-613. doi: 10.1016/j.adaj.2017.04.012. Epub 2017 May 3. PMID: 28477838.

FRANK, J. R.; SNELL, L.S., CATE, O.T. et al. **Competency-based medical education: theory to practice.** Medical Teacher, v. 32, n. 8, p. 638–645, 2010.

GAGNIER JJ, LAI J, MOKKINK LB, TERWEE CB. **COSMIN reporting guideline for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures.** Qual Life Res. 2021 Aug;30(8):2197-2218. doi: 10.1007/s11136-021-02822-4. Epub 2021 Apr 5. PMID: 33818733.

GAMA A, KINAAN W, MARQUES P, PERUHYPE R, DIAS S. **Barriers and facilitators of implementing a health literacy-based intervention in Portugal.** Eur J Public Health. 2024; 34(Suppl 3): ckae144.1807. Published 2024 Oct 28. doi:10.1093/eurpub/ckae144.1807

GÜNER, M. D.; EKMEKCI, P. E. **A survey study evaluating and comparing the health literacy knowledge and communication skills used by nurses and physicians.** Inquiry, v. 56, 2019.

HAIR, J.F.Jr.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. **Multivariate data analysis.** 5th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2005.

Instituto Paulo Montenegro. Indicador de Alfabetismo Funcional – INAF 2024. **Ação Educativa & Conhecimento Social.** Disponível em: <https://alfabetismofuncional.org.br/> (acessado em 13/08/2025)

Karuranga, S.; Sørensen, K.; Coleman, C.; Mahmud, A.J. **Health literacy competencies for European health care personnel.** HLRP: Health Literacy Research and Practice, v. 1, n. 4, out. 2017.

KIM K, SHIN S, KIM S, LEE E. **The Relation Between eHealth Literacy and Health-Related Behaviors: Systematic Review and Meta-analysis.** J Med Internet Res. 2023; 25:e40778. doi: 10.2196/40778. PMID: 36716080; PMCID: PMC9926349.

KOO TK, LI MY. **A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research.** J Chiropr Med. 2016 Jun;15(2):155-63. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012. Epub 2016 Mar 31. Erratum in: J Chiropr Med. 2017 Dec;16(4):346. doi: 10.1016/j.jcm.2017.10.001. PMID: 27330520; PMCID: PMC4913118.

LARSEN, M. H.; Mengshoel, A.M.; ANDERSEN, M.H. et al. **“A bit of everything”: health literacy interventions in chronic conditions - a systematic review.** Patient Education and Counseling, v. 105, n. 10, p. 2999–3016, 1 out. 2022.

LIU H, ZENG H, SHEN Y *et al.* **Assessment tools for health literacy among the general population: a systematic review.** International Journal of Environmental Research and Public Health, 10 ago. 2018.

LIU, C. et al. **What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis.** Family Medicine and Community Health, v. 8, n. 2, 14 maio 2020.

LUZ, R.M.D, MARINHO, D.C.B, LIMA, A.P.E., CORIOLANO-MARINUS, M.W.L. **Educational interventions in child development and health literacy assumptions: an integrative review.** Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20220116. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0116pt>

MARCUS, B.; MACHLEIDT, D.; HIGGINS, C.; KELLEY, H.; RICHTER. **The use of snowball sampling for multi-source organizational research: some cause for concern.** *Personnel Psychology*, v. 70, n. 3, p. 635–673, 2017. DOI: 10.1111/peps.12169.

Maria da Penha Baião Passamai Helena A. C. Sampaio Helena A. C. Sampaio Ana Maria Iorio Dias Lisidna Almeida Cabral

MARTINS, A.; SAMPAIO, H.; SILVA E DIOGO, A. et al. **História do letramento em saúde: uma revisão narrativa.** *Revista Unimontes Científica*, v. 24, n. 2, p. 1–23, 15 set. 2022.

MEHLIS A, LOCHER V, HORNBERG C. **Barriers to Organizational Health Literacy at Public Health Departments in Germany.** *HLRP: Health Literacy Research and Practice*. 2021;5(3):e264-e271. doi:10.3928/24748307-20210809-01

MILLER, T. A. **Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis.** *Patient Education and Counseling*, v. 99, n. 7, p. 1079, 1 jul. 2016.

MOKKINK, L.B.; PRINSEN, C.A.C.; PATRICK, et al. **COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments.** Version July 2019.

MORONY, S., WEIR, K., DUNCAN, G. et al. **Enhancing communication skills for telehealth: development and implementation of a Teach-Back intervention for a national maternal and child health helpline in Australia.** *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 1, 7 mar. 2018.

NUTBEAM, D. **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.** *Health Promotion International*, v. 15, n. 3, p. 259–267, 2000.

ODUNSI, I.A.; FARRIS, K.L. **Predicting College Students' Preventative Behavior During a Pandemic: The Role of the Health Belief Model, Source Credibility, and Health Literacy.** *Am Behav Sci*. 2023 Apr 12:00027642231164044. doi: 10.1177/00027642231164044. PMID: PMC10186130.

OGI, H.; NAKAMURA, D.; OGAWA, M. et al. **Associations between parents' health literacy and sleeping hours in children: a cross-sectional study.** *Healthcare*, v. 6, n. 2, p. 32, 1 jun. 2018.

OLIVEIRA BH, NADANOVSKY P. **Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form.** *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Aug;33(4):307-14. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x. PMID: 16008638.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Nova Iorque: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>

OSBORNE RH, ELMER S, HAWKINS M, CHENG CC. **The Ophelia Manual. The Optimising Health Literacy and Access (Ophelia) process to plan and implement National Health Literacy Demonstration Projects.** Melbourne (Vic): Swinburne University of Technology Centre for Global Health and Equity; 2022.

PASSAMAI, M.P.B.; SAMPAIO, H.; DIAS, A.M.; CABRAL, L.A. **Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde.** Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, n. 41, p. 301–315, 2012.

PAUCAR-CACERES A, VÍLCHEZ-ROMÁN C, QUISPE-PRIETO S. **Health Literacy Concepts, Themes, and Research Trends Globally and in Latin America and the Caribbean: A Bibliometric Review.** Int J Environ Res Public Health. 2023 Nov 20;20(22):7084. doi: 10.3390/ijerph20227084. PMID: 37998315; PMCID: PMC10671712.

PEREIRA TJ, PUGGINA AC. **Validation of the self-assessment of communication skills and professionalism for nurses.** Rev Bras Enferm. 2017 May-Jun;70(3):588-594. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0133. PMID: 28562808.

QI S, HUA F, XU S, ZHOU Z, LIU F. **Trends of global health literacy research (1995-2020): Analysis of mapping knowledge domains based on citation data mining.** PLoS One. 2021. doi: 10.1371/journal.pone.0254988. PMID: 34370749; PMCID: PMC8351965.

REDE BRASILEIRA DE LETRAMENTO EM SAÚDE (REBRALS). **Quem somos nós.** 2021. Disponível em: [rebrals.com.br/rebrals/](http://rebrals.com.br/rebrals/). Acesso em: 28 agosto 2024.

RIGOLIN, C. C. D. et al. **A produção científica brasileira de teses e dissertações sobre health literacy.** Revista Tecnologia e Sociedade, v. 14, n. 34, p. 178–195, 2018.

Roberts, D.M.; Reid, J.R.; Conner, A.L. et al. **A replicable model of a health literacy curriculum for a third-year clerkship.** Teaching and Learning in Medicine, v. 24, n. 3, p. 200–210, jul. 2012.

ROSÁRIO, J., DIAS, S.S., DIAS S., PEDRO, A.R. **Navigational health literacy and health service use among higher education students in Alentejo, Portugal - A cross-sectional study.** PLOS ONE 20(5): e0322181. 2025. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322181>

ROSENFELD, L.E.; MCCULLAGH, K.; KING, C.J. et al. **Organizational Health Literacy as a Tool for Health Equity: Application in a High-Risk Infant Follow-Up Program.** Children (Basel). 2023 Oct 6;10(10):1658. doi: 10.3390/children10101658. PMID: 37892321; PMCID: PMC10605611.

RÜEGG R. **Decision-Making Ability: A Missing Link Between Health Literacy, Contextual Factors, and Health.** Health Lit Res Pract. 2022 Jul;6(3):e213-e223. doi: 10.3928/24748307-20220718-01. Epub 2022 Sep 12. PMID: 36099035; PMCID: PMC9469777.

Shahid, R.; Shoker, M.; Chu, L.M. et al. **Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study.** BMC Health Services Research, v. 22, n. 1, p. 1–9. 2022.

SMITH C, BEHAN S, BELTON S, NICHOLL C, MURRAY M, GOSS H. **An update on health literacy dimensions:** An umbrella review. PLoSOne 20(6): e0321227. 2025. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0321227>

SØRENSEN, K.; VAN DEN BROUCKE, S.; FULLAM, J. et al. **Health literacy and public health:** A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12, 80 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

TØRRIS C, NORTVEDT L. Health literacy and self-care among adult immigrants with type 2 diabetes: a scoping review. BMC Public Health. 2024 Nov 22;24(1):3248. doi: 10.1186/s12889-024-20749-6. PMID: 39578821; PMCID: PMC11583541.

TREZONA, A., ROWLANDS, G., NUTBEAM, D. **Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy-What Have We Learned so Far?** Int J Environ Res Public Health. 2018;15(7):1554. Published. doi:10.3390/ijerph15071554

TSAL, HY.; LEE, SY.D.; COLEMAN, C. *et al.* **Health literacy competency requirements for health professionals: a Delphi consensus study in Taiwan.** BMC Medical Education, v. 24, n. 1, 1 dez. 2024.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Office of Disease Prevention and Health Promotion. National action plan to improve health literacy.** Washington, DC: Author, 2010. Disponível em: <https://odphp.health.gov/our-work/national-health-initiatives/health-literacy/national-action-plan-improve-health-literacy>. Acesso em: 1 set. 2025.

WANG J, SHAHZAD F. **A visualized and scientometric analysis of health literacy research.** Frontiers in Public Health, v. 9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.811707>.

WATKINS, Marley W. **Exploratory Factor Analysis:** A Guide to Best Practice. Journal of Black Psychology, v. 44, n. 3, p. 219-246, 2018. DOI: 10.1177/0095798418771807.

WEAVER, S. J.; DY, S. M.; ROSEN, M. A. **Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature.** BMJ Quality and Safety, v. 23, n. 5, p. 359–372, 2014.

WHO **Regional Office for Europe**, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/europe/news-room/11-07-2018-empowerment-through-understanding-helping-policy-makers-improve-health-literacy-across-all-societal-levels>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary of Terms 2021.** Geneva: WHO, 2021. ISBN 978-92-4-003834-9. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

WOOD, H., BENINO, D., BRAND, G. et al. **“You have to have a level of trust”: consumer-described health literacy barriers and enablers to engaging with health care professionals**. *Health Promotion Journal of Australia*, v. 34, n. 1, p. 173–184, 1 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1. Overview**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022a. ISBN 978-92-4-005533-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 3. Recommended actions**. Geneva: World Health Organization, 2022b. ISBN 978-92-4-005537-7.

YANG Y. **Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses**. *BMC Health Serv Res.*; 22(1):1172. 2022. doi: 10.1186/s12913-022-08550-w. PMID: 36123686; PMCID: PMC9484165.

ZAWILINSKI LL, KIRKPATRICK H, PAWLACZYK B, YARLAGADDA H. **Actual and perceived patient health literacy: how accurate are residents’ predictions?** *International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 54, n. 4–5, p. 290–295, 2019.

ZHU, J., FU, H., LEUNG, A.Y.M. et al. **Exploring the barriers to the development of organizational health literacy in health institutions to meet the needs of older patients from multiple perspectives: a mixed-methods study**. *BMC Geriatr* 24, 920. 2024. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05530-z>

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**  
**(FORMULÁRIO ELETRÔNICO - *Google Forms*)**

1. Qual é a sua idade? (em anos) \_\_\_\_\_
2. Qual é o seu sexo?
  - a. Masculino
  - b. Feminino
  - c. Prefiro não informar
3. Qual destas categorias representa a sua atuação atual?
  - a. Médico
  - b. Odontólogo / Cirurgião-dentista
  - c. Farmacêutico
  - d. Enfermeiro
  - e. Fisioterapeuta
  - f. Nutricionista
  - g. Fonoaudiólogo
  - h. Psicólogo
  - i. Profissional de educação física
  - j. Profissionais de saúde em práticas integrativas e complementares
  - k. Outra \_\_\_\_\_
4. Qual o seu maior nível acadêmico?
  - a. Doutorado
  - b. Mestrado
  - c. Especialização
  - d. Graduação
5. Você realizou a sua graduação em:
  - a. Instituições públicas
  - b. Instituições privadas
6. Em que região do país você trabalha?
  - a. Norte
  - b. Nordeste
  - c. Centro-Oeste
  - d. Sudeste

- e. Sul
7. Em que estado do Brasil você trabalha? \_\_\_\_\_
8. Em que tipo de serviço você trabalha?
- a. Serviço Público
  - b. Serviço Privado
  - c. Ambos
9. Há quanto tempo atua profissionalmente com contato direto com pacientes?  
(em anos) \_\_\_\_\_
10. Já teve contato com os termos "Letramento em Saúde?", "Literacia em Saúde" ou "Alfabetismo em Saúde"?
- a. Sim
  - b. Não
  - c. Não lembro

**APÊNDICE B - PROPOSTA INICIAL DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO  
DAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA PRÁTICA DE LETRAMENTO EM  
SAÚDE (HeLProComp)**

Nas respostas abaixo sobre seu conhecimento, suas habilidades e atitudes (considere 1 quando DISCORDA TOTALMENTE da afirmação e 5 quando CONCORDA PLENAMENTE com a afirmação)

|    | <b>Conhecimento</b>                                                                                                                                | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Q1 | Eu tenho conhecimento para reconhecer o impacto do letramento em saúde no cuidado ao paciente                                                      |          |          |          |          |          |
| Q2 | Eu tenho conhecimento para identificar os sinais de baixo letramento em saúde                                                                      |          |          |          |          |          |
| Q3 | Eu tenho conhecimento sobre o assunto a ser ensinado                                                                                               |          |          |          |          |          |
| Q4 | Eu reconheço o cuidado centrado em pessoas, os modelos de atenção à saúde, o autogerenciamento da saúde e a autoeficácia                           |          |          |          |          |          |
| Q5 | Eu tenho conhecimento para reconhecer a facilidade e a dificuldade de acesso e se o material permite ou favorece a compreensão sobre tema abordado |          |          |          |          |          |
| Q6 | Eu tenho conhecimento para reconhecer se o paciente ou pessoa precisa de suporte social governamental para colocar em prática o que aprendeu       |          |          |          |          |          |
|    | <b>Habilidades</b>                                                                                                                                 |          |          |          |          |          |
| Q7 | Eu tenho habilidade para utilizar linguagem simples no repasse de informações em saúde                                                             |          |          |          |          |          |
| Q8 | Eu tenho habilidade para identificar a necessidade de adequar a conduta e os materiais de aprendizado ao nível de letramento em saúde do paciente  |          |          |          |          |          |

|     |                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Q9  | Eu tenho habilidade para desenvolver e adaptar materiais educativos a cada público-alvo segundo os fundamentos do letramento em saúde                                                                             |  |  |  |  |  |
| Q10 | Eu tenho habilidade para usar estratégias de reforço do aprendizado do paciente em saúde                                                                                                                          |  |  |  |  |  |
| Q11 | Eu tenho habilidade para verificar o aprendizado do paciente em saúde                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |
| Q12 | Eu tenho habilidade para aplicar estratégias de educação do paciente em saúde elaboradas com os pressupostos do letramento em saúde                                                                               |  |  |  |  |  |
| Q13 | Eu tenho habilidade para desenvolver comunicação voltada para o letramento em saúde por meio do diálogo, linguagem simples, termos culturais/regionais, linguagem imagética, contato visual e materiais didáticos |  |  |  |  |  |
| Q14 | Eu tenho habilidade para guiar e habilitar os clientes para a autogestão de saúde                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |
| Q15 | Eu tenho habilidade para envolver os pacientes na consolidação dos seus direitos em saúde e plano de cuidados                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| Q16 | Eu tenho habilidade para construir tomada de decisão compartilhada e relacionamento com o paciente/família/cuidador                                                                                               |  |  |  |  |  |
| Q17 | Eu tenho habilidade para fortalecer autonomia do indivíduo                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |
| Q18 | Eu tenho habilidade para associar o conteúdo educativo com realidade do paciente                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Q19 | Eu tenho habilidade para identificar o contexto social, letramento geral e em saúde, fontes de conhecimento habituais do paciente e determinantes de saúde                                                        |  |  |  |  |  |
| Q20 | Eu tenho habilidade para adaptar o plano de cuidado e materiais de aprendizado às características biopsicossociais,                                                                                               |  |  |  |  |  |

|     |                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|     | emocionais, educacionais, faixa etária, culturais, linguísticas e nível do letramento em saúde do paciente                                                                                       |  |  |  |  |  |
| Q21 | Eu tenho habilidade para utilizar sempre que possível tecnologia de informação e comunicação para auxiliar no processo de ensinar pacientes                                                      |  |  |  |  |  |
| Q22 | Eu tenho habilidade para ensinar o paciente a acessar informações em saúde confiáveis.                                                                                                           |  |  |  |  |  |
|     | <b>Atitudes</b>                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |
| Q23 | Eu sou corresponsável pelo letramento em saúde do paciente                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| Q24 | Eu sou sensível e empático às experiências não exitosas dos pacientes no sistema de saúde                                                                                                        |  |  |  |  |  |
| Q25 | Eu me sinto responsável por cuidar das necessidades de comunicação dos pacientes                                                                                                                 |  |  |  |  |  |
| Q26 | Eu demonstro atitude respeitosa e não crítica em relação a indivíduos com habilidades limitadas de letramento em saúde                                                                           |  |  |  |  |  |
| Q27 | Eu demonstro atitude educadora, expressando gostar do que faço, sou comprometido, dinâmico, proativo, tenho paciência e desejo de querer ajudar o paciente a desenvolver seu letramento em saúde |  |  |  |  |  |
| Q28 | Eu busco o comprometimento do paciente com o cuidado à saúde, sem culpabilizá-lo, mas procurando torná-lo corresponsável.                                                                        |  |  |  |  |  |

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PRÁTICA DO LETRAMENTO  
EM SAÚDE (HeLProComp)**

Nas respostas a seguir, considere 1 quando DISCORDA TOTALMENTE da afirmação e 5 quando CONCORDA PLENAMENTE.

| Questão | CONHECIMENTO TÉCNICO SOBRE LETRAMENTO EM SAÚDE                                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1       | Eu tenho conhecimento sobre o assunto a ser ensinado                                                                                               |   |   |   |   |   |
| 2       | Eu tenho conhecimento para reconhecer a facilidade e a dificuldade de acesso e se o material permite ou favorece a compreensão sobre tema abordado |   |   |   |   |   |
| 3       | Eu tenho conhecimento para identificar os sinais de baixo letramento em saúde                                                                      |   |   |   |   |   |
| 4       | Eu tenho conhecimento para reconhecer o impacto do letramento em saúde no cuidado ao paciente                                                      |   |   |   |   |   |
|         | <b>USO DE TECNOLOGIAS E RECURSOS DIDÁTICOS ACESSÍVEIS</b>                                                                                          |   |   |   |   |   |
| 5       | Eu tenho habilidade para utilizar linguagem simples no repasse de informações em saúde                                                             |   |   |   |   |   |
| 6       | Eu tenho habilidade para identificar a necessidade de adequar a conduta e os materiais de aprendizado ao nível de letramento em saúde do paciente  |   |   |   |   |   |
|         | <b>ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS E INSTRUMENTOS DE APOIO AO ENSINO</b>                                                                                   |   |   |   |   |   |
| 7       | Eu tenho habilidade para desenvolver e adaptar materiais educativos a cada público-alvo segundo os fundamentos do letramento em saúde              |   |   |   |   |   |
| 8       | Eu tenho habilidade para aplicar estratégias de educação do paciente em saúde elaboradas com os pressupostos do letramento em saúde                |   |   |   |   |   |
| 9       | Eu tenho habilidade para utilizar sempre que possível tecnologia de informação e comunicação para auxiliar no processo de ensinar pacientes        |   |   |   |   |   |
| 10      | Eu tenho habilidade para usar estratégias de reforço do aprendizado do paciente em saúde                                                           |   |   |   |   |   |
| 11      | Eu tenho habilidade para verificar o aprendizado do paciente em saúde                                                                              |   |   |   |   |   |

|    |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 12 | Eu tenho habilidade para desenvolver comunicação voltada para o letramento em saúde por meio do diálogo, linguagem simples, termos culturais/regionais, linguagem imagética, contato visual e materiais didáticos              |  |  |  |  |  |
|    | <b>CUIDADO CENTRADO NA PESSOA E À CORRESPONSABILIZAÇÃO DO PACIENTE.</b>                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |
| 13 | Eu tenho habilidade para ensinar o paciente a acessar informações em saúde confiáveis.                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| 14 | Eu reconheço o cuidado centrado em pessoas, os modelos de atenção à saúde, o autogerenciamento da saúde e a autoeficácia                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 15 | Eu tenho habilidade para identificar o contexto social, letramento geral e em saúde, fontes de conhecimento habituais do paciente e determinantes de saúde                                                                     |  |  |  |  |  |
| 16 | Eu tenho habilidade para adaptar o plano de cuidado e materiais de aprendizado às características biopsicossociais, emocionais, educacionais, faixa etária, culturais, linguísticas e nível do letramento em saúde do paciente |  |  |  |  |  |
| 17 | Eu tenho habilidade para associar o conteúdo educativo com realidade do paciente                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |
| 18 | Eu tenho conhecimento para reconhecer se o paciente ou pessoa precisa de suporte social governamental para colocar em prática o que aprendeu                                                                                   |  |  |  |  |  |
| 19 | Eu tenho habilidade para fortalecer autonomia do indivíduo                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| 20 | Eu tenho habilidade para envolver os pacientes na consolidação dos seus direitos em saúde e plano de cuidados                                                                                                                  |  |  |  |  |  |
| 21 | Eu tenho habilidade para construir tomada de decisão compartilhada e relacionamento com o paciente/família/cuidador                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| 22 | Eu tenho habilidade para guiar e habilitar os clientes para a autogestão de saúde                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |
|    | <b>ATITUDES PROFISSIONAIS FRENTE AO LS</b>                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |
| 23 | Eu busco o comprometimento do paciente com o cuidado à saúde, sem culpabilizá-lo, mas procurando torná-lo corresponsável.                                                                                                      |  |  |  |  |  |

|    |                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 24 | Eu demonstro atitude respeitosa e não crítica em relação a indivíduos com habilidades limitadas de letramento em saúde                                                                           |  |  |  |  |  |
| 25 | Eu demonstro atitude educadora, expressando gostar do que faço, sou comprometido, dinâmico, proativo, tenho paciência e desejo de querer ajudar o paciente a desenvolver seu letramento em saúde |  |  |  |  |  |
| 26 | Eu me sinto responsável por cuidar das necessidades de comunicação dos pacientes                                                                                                                 |  |  |  |  |  |
| 27 | Eu sou corresponsável pelo letramento em saúde do paciente                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 28 | Eu sou sensível e empático às experiências não exitosas dos pacientes no sistema de saúde                                                                                                        |  |  |  |  |  |

Ao final, realizar a soma de todos os itens. Quanto maior o escore, maior a competência profissional na prática do letramento em saúde.

## ANEXO 1 – CONSENSO SOBRE COMPETÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE PARA A PRÁTICA DO LETRAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL

Consenso de competências dos profissionais de saúde para a prática do letramento em saúde no Brasil (n = 12). Brasil, 2021.

| CONHECIMENTO                                                                                                                                                                             | Rodada de<br>aceitação |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Reconhecer o impacto do letramento em saúde (LS) no cuidado ao paciente                                                                                                                  | 2                      |
| Identificar sinais de baixo letramento em saúde                                                                                                                                          | 1                      |
| Ter conhecimento sobre o assunto a ser ensinado                                                                                                                                          | 3                      |
| Reconhecer o cuidado centrado na pessoa, modelos de atenção à saúde, autogerenciamento da saúde e autoeficácia                                                                           | 2                      |
| Reconhecer a facilidade e a dificuldade de acesso e se o material permite ou favorece a compreensão sobre o tema abordado                                                                | 2                      |
| Reconhecer se o paciente ou a pessoa precisa de suporte social governamental para colocar em prática o que aprendeu                                                                      | 2                      |
| HABILIDADES                                                                                                                                                                              |                        |
| Utilizar linguagem simples na transmissão de informações em saúde                                                                                                                        | 3                      |
| Identificar a necessidade de adaptar a conduta e os materiais de aprendizagem ao nível de letramento em saúde do paciente                                                                | 1                      |
| Desenvolver e adaptar materiais educativos para cada público-alvo de acordo com os fundamentos do letramento em saúde                                                                    | 2                      |
| Utilizar estratégias para reforçar o aprendizado do paciente em saúde                                                                                                                    | 2                      |
| Verificar o aprendizado do paciente em saúde                                                                                                                                             | 2                      |
| Aplicar estratégias de educação em saúde elaboradas com os pressupostos do letramento em saúde                                                                                           | 3                      |
| Desenvolver comunicação voltada para o letramento em saúde por meio do diálogo, linguagem simples, termos culturais/regionais, linguagem imagética, contato visual e materiais didáticos | 1                      |
| Orientar e capacitar os clientes para o autogerenciamento da saúde                                                                                                                       | 1                      |
| Envolver os pacientes na consolidação de seus direitos em saúde e no plano de cuidados                                                                                                   | 1                      |
| Construir tomada de decisão compartilhada e relacionamento com o paciente/família/cuidador                                                                                               | 2                      |
| Fortalecer a autonomia do indivíduo                                                                                                                                                      | 2                      |
| Associar o conteúdo educativo à realidade do paciente                                                                                                                                    | 1                      |

|                                                                                                                                                                                           |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Identificar o contexto social, o letramento geral e em saúde, as fontes habituais de conhecimento do paciente e os determinantes de saúde                                                 | 1 |
| Adaptar o plano de cuidado e os materiais de aprendizagem ao nível biopsicossocial, emocional, educacional, faixa etária, cultural, linguístico e de letramento em saúde do paciente      | 1 |
| Utilizar tecnologias da informação e comunicação sempre que possível para auxiliar no processo de ensino aos pacientes                                                                    | 1 |
| Ensinar o paciente a acessar informações confiáveis em saúde                                                                                                                              | 3 |
| <b>ATITUDES</b>                                                                                                                                                                           |   |
| Sentir-se corresponsável pelo letramento em saúde do paciente                                                                                                                             | 2 |
| Ser sensível e empático às experiências não exitosas dos pacientes no sistema de saúde                                                                                                    | 3 |
| Sentir-se responsável por cuidar das necessidades de comunicação dos pacientes                                                                                                            | 1 |
| Demonstrar uma atitude respeitosa e não crítica em relação a indivíduos com habilidades limitadas de letramento em saúde                                                                  | 1 |
| Demonstrar uma atitude educadora, expressando gostar do que faz, sendo comprometido, dinâmico, proativo, paciente e com desejo de ajudar o paciente a desenvolver seu letramento em saúde | 1 |
| Buscar o comprometimento do paciente com o cuidado em saúde, sem culpabilizá-lo, mas procurando torná-lo corresponsável                                                                   | 2 |

Fonte: Adaptado de César et al. (2022).

## ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO “AUTOAVALIAÇÃO SOBRE PROFISSIONALISMO E COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE”

| 1- nunca, 2- raramente, 3- algumas vezes, 4- frequentemente, 5- sempre                                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Digo-lhes tudo; sou verdadeiro, aberto e franco; não escondo as coisas que eles deveriam saber.                                                                         |   |   |   |   |   |
| Cumprimento-os calorosamente; chamo-os pelo nome que preferem; sou amigável, não mal-humorado ou rude.                                                                  |   |   |   |   |   |
| Trato-os no mesmo nível; não os menosprezo, não os trato como criança                                                                                                   |   |   |   |   |   |
| Deixo-os contar as suas histórias; ouço-os com atenção; faço perguntas pertinentes; não os interrompo enquanto estão falando.                                           |   |   |   |   |   |
| Mostro interesse por eles como pessoa; não ajo entediado; não ignoro o que eles têm a dizer.                                                                            |   |   |   |   |   |
| Aviso-os durante o exame físico sobre o que vou fazer e porquê; digo-lhes o que encontro.                                                                               |   |   |   |   |   |
| Discuto as opções com eles; peço sua opinião; ofereço alternativas e deixo-os ajudar a decidir o que fazer; pergunto o que eles pensam antes de dizer-lhes o que fazer. |   |   |   |   |   |
| Incentivo-os a fazer perguntas; respondendo-lhes claramente; não evitando seus questionamentos ou suas falas.                                                           |   |   |   |   |   |
| Explico o que eles precisam saber sobre seus problemas, como e por que ocorreram, e o que esperar em seguida.                                                           |   |   |   |   |   |
| Uso palavras que eles possam compreender quando explico seus problemas e o tratamento; explico termos técnicos em linguagem simples                                     |   |   |   |   |   |
| 1-baixo, 2- baixo a moderado, 3- moderado, 4- moderado a alto, 5- alto                                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Como classifico meu nível de profissionalismo?                                                                                                                          |   |   |   |   |   |

### ANEXO 3 - ORAL HEALTH IMPACT PROFILE-14 (OHIP-14) EM SUA VERSÃO VALIDADA PARA O IDIOMA PORTUGUÊS DO BRASIL

Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

| Perguntas                                                                                                        | Respostas |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|---|---|---|
|                                                                                                                  | 0         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?                   |           |   |   |   |   |
| 2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?                |           |   |   |   |   |
| 3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?                                                              |           |   |   |   |   |
| 4.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?               |           |   |   |   |   |
| 5.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?                                           |           |   |   |   |   |
| 6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?                                       |           |   |   |   |   |
| 7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?                               |           |   |   |   |   |
| 8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?                              |           |   |   |   |   |
| 9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?                         |           |   |   |   |   |
| 10.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?                                    |           |   |   |   |   |
| 11.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?                         |           |   |   |   |   |
| 12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?     |           |   |   |   |   |
| 13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?                   |           |   |   |   |   |
| 14.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes? |           |   |   |   |   |

CONST. SEMPRE

NUNCA RARAM. AS VEZES

## ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Competências de profissionais da saúde para prática do Letramento em Saúde

**Pesquisador:** Fabian Calixto Fraiz

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 78675324.9.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Odontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.199.962

#### Apresentação do Projeto:

Protocolo intitulado Competências de Profissionais da saúde para prática do Letramento em Saúde, proveniente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Trata-se de um estudo transversal, que será conduzido em ambiente virtual, a fim de construir e validar um instrumento para avaliar o nível de competências dos profissionais de saúde para a prática do letramento em saúde. Enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, profissionais de educação física e médicos serão convidados para participar do estudo. A amostragem será por conveniência, utilizando o método bola de neve".

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Construir e validar um instrumento para avaliar o nível de competências dos profissionais de saúde para a prática do letramento em saúde.

Objetivo Específico

- Analisar os fatores socioeconômicos, demográficos e profissionais associados ao nível de

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR**



Continuação do Parecer: 7.199.962

competências dos profissionais de saúde para a prática do letramento em saúde. "

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quais os benefícios, diretos ou indiretos, para a população e a sociedade?

A elaboração de um instrumento brasileiro válido para mensurar as competências dos profissionais de saúde no letramento em saúde pode auxiliar na formação acadêmica e continuada.

O impacto desses resultados e ações para melhorias dos serviços objetiva que os pacientes tenham o nível de LS aumentado e adquiram mais autonomia em relação a sua saúde, além de uma postura de vida mais saudável.

Para as políticas públicas, a melhoria na saúde dos indivíduos pode ampliar ações preventivas, reduzir custos inerentes a cuidados curativos e reduzir a iniquidade de acesso a saúde da população. Para os participantes da pesquisa, terão a oportunidade de autoavaliação por meio do instrumento a ser validado. Ao final do questionário, podem optar por receber materiais científicos relacionados a pesquisa e aprofundar seus conhecimentos no tema para aplicar em sua prática clínica.

Quais os riscos inerentes ou decorrentes da pesquisa?

Os riscos estão associados ao constrangimento do entrevistado no preenchimento de informações pessoais ou durante a aplicação do instrumento de avaliação das competências profissionais no LS. Outro risco seria o extravio de dados eletrônicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Protocolo previamente aprovado, pesquisadores apresentam uma solicitação de emenda assim justificada:

Ampliação da amostra de pesquisa, abrangendo além de profissionais de saúde, graduandos dos cursos de saúde e inclusão da pesquisadora Ana Clara Gongora Pedrazani na equipe como aluna de graduação (iniciação científica) para aplicação do questionário on-line para os graduandos e descrevem detalhadamente as pequenas alterações a serem realizadas no projeto, que não interferem de maneira significativa com o descrito no projeto original.

Além disso, descrevem que a emenda se faz necessária dada à baixa adesão de respostas dos profissionais de saúde, espera-se que a aplicação de amostra para o grupo de graduandos possa tornar os resultados mais confiáveis e aplicáveis de maneira mais assertiva para a formação profissional.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR**



Continuação do Parecer: 7.199.962

**A inclusão**

da aluna Ana Clara, irá permitir que a pesquisa aumente a sua contribuição científica para a aluna de graduação durante a sua formação, além de contribuir para a coleta de dados do grupo de graduandos. Pretende-se ampliar a amostra de pesquisa, abrangendo além de profissionais de saúde, graduandos dos cursos de saúde. Também será necessário a inclusão da pesquisadora Ana Clara Gongora Pedrazani na equipe como aluna de graduação (iniciação científica) para aplicação do questionário on-line para os graduandos. Salienta-se que todas as alterações propostas se encontram destacadas em vermelho em cada item dos documentos em word anexados a emenda conforme descritas anteriormente neste documento.

O pesquisador informa ainda que as alterações são necessárias e factíveis visando ampliar a representatividade da população estudada. Além disso, a inclusão de graduandos da área de saúde permitirá refletir como a formação dos profissionais interfere em suas competências para as práticas profissionais para o letramento em saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios estão adequados

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

TCLE reapresentado de maneira adequada.

Pendência Atendida

**Considerações Finais a critério do CEP:**

01 - Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Para o próximo relatório, favor utilizar o modelo atualizado, (abril/22), de relatório parcial.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-240

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR**



Continuação do Parecer: 7.199.962

02 - Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo. Emenda, ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio).

03 - Importante:(Caso se aplique): Pendências de Coparticipante devem ser respondidas pelo acesso do Pesquisador principal. Para projetos com coparticipante que também solicitam relatórios semestrais, estes relatórios devem ser enviados por Notificação, pelo login e senha do pesquisador principal no CAAE correspondente a este coparticipante, após o envio do relatório à instituição proponente.

04 - Inserir nos TCLE e TALE o número do CAAE e o número do parecer consubstanciado aprovado, para aplicação dos termos.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                     | Postagem               | Autor                           | Situação |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2419210_E1.pdf       | 30/10/2024<br>16:05:54 |                                 | Aceito   |
| Outros                                                    | carta_resposta_emenda.docx                  | 30/10/2024<br>16:05:26 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_versao_final_emenda.docx               | 30/10/2024<br>16:05:08 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito   |
| Outros                                                    | carta_justificativa_emenda.docx             | 22/10/2024<br>14:59:41 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | declaracao_comprometimento_equipe_final.pdf | 22/10/2024<br>14:56:58 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_ultima_versao_Graduandos.docx       | 22/10/2024<br>14:55:51 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ultima_versao_Graduandos.docx          | 22/10/2024<br>14:54:13 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito   |
| Outros                                                    | Ata_07122023assinado.pdf                    | 03/04/2024<br>16:04:03 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito   |
| Folha de Rosto                                            | folhaDeRosto_correta.pdf                    | 26/03/2024             | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito   |

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR**



Continuação do Parecer: 7.199.962

|                |                                             |                        |                                 |        |
|----------------|---------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| Folha de Rosto | folhaDeRosto_correta.pdf                    | 13:20:02               | Santos Hochuli                  | Aceito |
| Outros         | analise_de_merito_para_assinar_assinado.pdf | 20/03/2024<br>22:09:08 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito |
| Outros         | checklistassinado.pdf                       | 20/03/2024<br>22:04:42 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito |
| Outros         | Ata_aprovacao_colegiado.pdf                 | 20/03/2024<br>22:03:26 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito |
| Outros         | carta_de_encaminhamento_ao_cepassinado.pdf  | 20/03/2024<br>22:00:55 | Rafaella Bom dos Santos Hochuli | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 01 de Novembro de 2024

Assinado por:  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-240  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br