

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

ANA CLARA DOS SANTOS SERRADOURADA

LETRAMENTO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA
2025

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

ANA CLARA DOS SANTOS SERRADOURADA

LETRAMENTO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO DISTRITO FEDERAL

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

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Katarinne Lima Moraes
Coorientadora: Carla de Paula Bernardes

BRASÍLIA
2025

Ficha Catalográfica

ANA CLARA DOS SANTOS SERRADOURADA

LETRAMENTO EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO DISTRITO FEDERAL

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

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologias em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e
Enfermagem.

Aprovado em 11 de julho de 2025.

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Katarinne Lima Moraes – Presidente da Banca
Universidade de Brasília



Profª Drª Dayze Djanira Furtado de Galiza - Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade Federal de Campina Grande



Profª Drª Odeony Paulo dos Santos, Externo ao Programa
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a Deus, meu Pai, que me assume todos os dias. À minha família, aos meus amigos, à minha comunidade de fé, que tanto me apoiaram neste processo. Dedico também a todos aqueles que buscam por inspiração, e veem significado real de mudanças a partir da pesquisa e do universo acadêmico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar. Porque eu não estaria aqui se não fosse Ele. Porque foi Ele quem me preparou, me sustentou e me conduziu até este momento. A mesma intensidade, paixão e temor com que iniciei o processo seletivo para o mestrado se aprofundaram ao longo do caminho.

Hoje, entrego o resultado de algo que Ele me concedeu: um privilégio raro, uma promessa cumprida. Não são muitos os que conseguem iniciar e menos ainda os que concluem uma jornada como essa, e com a certeza de terem feito o melhor trabalho possível. E sem Deus, nem mesmo o sonho teria sido possível. Em cada semestre, Ele me concedeu experiências espirituais profundas, únicas, marcadas por Sua presença. Experiências que só Ele e eu conhecemos — e que me constrangeram em amor, temor e esperança.

À minha família, Vó Zélia, Tia Maris, Tia Márcia e Tia Taty, pequena em tamanho, mas imensa em afeto. Mesmo sem compreender por completo o universo acadêmico, sempre celebraram cada conquista minha e jornada com orgulho e entusiasmo. A vocês, que me ofereceram não só amor, mas paciência, tempo e confiança, meu mais sincero agradecimento. Obrigada por respeitarem e admirarem o sentido que atribuo ao mestrado e à vida acadêmica. Obrigada por me apoiarem nos dias longos de aula, nas noites difíceis de escrita e nos momentos em que eu pensei em desistir. Obrigada por me olharem com generosidade e amor - sempre.

À minha irmã Giovanna, companheira de sempre, minha fã número um, meu espelho de amor e confiança. Obrigada por acreditar em mim quando eu mesma não conseguia, por me ouvir falar sem parar sobre o mestrado, por sonhar comigo, por vibrar comigo e, acima de tudo, por nunca desistir de mim. Principalmente quando eu não pude ser a melhor versão para você, você estava lá. Você sempre me fez acreditar que é possível ser muito feliz fazendo o que se ama, cercada daqueles que nos amam, e, sem você, nada disso teria se concretizado.

Ao meu cunhado, que foi presença essencial, sobretudo no último ano dessa escrita. Através de gestos concretos de cuidado, ele exerceu papéis de amor que eu nunca havia vivido antes. E esse amor me ajudou a conhecer uma Ana Clara forte suficiente para finalizar essa jornada. Seu apoio foi parte fundamental para que este trabalho fosse finalizado com a dedicação e excelência que ele exigia.

À minha mãe, de um jeito só dela, ela me impulsionou profissional e academicamente. Ela fez escolhas e sacrifícios que muitos não fariam. E, sem perceber, ela foi instrumento de um plano maior para mim. Dentro das possibilidades emocionais, financeiras e pessoais que

tinha, ela fez o que podia — e fez muito. A melhor forma de honrá-la e agradecê-la é mostrar que eu dei certo, e que ela foi, sim, uma parte importante disso.

À minha família espiritual, que me acolheu de forma integral: espiritual, emocional e financeiramente. Ao longo desses dois anos, fui apresentada a pessoas que se tornaram família, que mudaram a minha vida e me mostraram novas realidades e como viver em família. Cada gesto, cada palavra e cada apoio me ajudou a seguir — e sou profundamente grata por isso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPG-Enf), minha sincera gratidão por me permitir realizar esse sonho, tanto como pessoa, quanto como pesquisadora. A todos os professores com quem cursei disciplinas e tive a alegria de aprender, meu muito obrigada. E um agradecimento especial a CAPES e ao CNPq, pelo apoio financeiro, por acreditarem na importância da pesquisa e possibilitarem que eu gere algo, que de fato, contribua para a nossa sociedade de forma exclusiva.

Agradeço especialmente à Prof. Dra. Katarinne Moraes, minha orientadora. Nestes dois anos você me ensinou o que é viver com intensidade, fazendo o que se ama e o que faz sentido — aquilo que só pode ser feito quando nos toca profundamente. A temática desta pesquisa me contagia, mas foi o seu modo de ser, de orientar, de caminhar comigo que me contagiou ainda mais. Seu exemplo me alimentou, me deu coragem e me impulsionou a crescer como pessoa e como pesquisadora.

Obrigada por confiar em mim, por ter paciência com o meu processo, por compreender as adversidades que surgiram no caminho. Eu verdadeiramente acredito que era para ser você. O mundo não poderia ser tão grande assim a ponto de impedir nosso encontro. Afinal, frequentamos o mesmo lugar em Goiânia — sem saber — e, anos depois, viemos nos encontrar em um outro lugar comum: a Universidade de Brasília. Agradeço por ser essa presença transformadora na minha vida, por ser instrumento de mudança real da minha realidade.

À Prof. Dra. Carla, minha coorientadora, pelo seu olhar atento na construção deste trabalho, pela paciência em conduzir o projeto com explicações claras e com objetivo mútuo de melhoria contínua deste estudo. Obrigada por aceitar participar como coorientadora e elevar ainda mais os resultados dessa jornada.

A construção dessa dissertação é coletiva. Carrega muitas mãos, muitos rostos, muitos afetos. E é a vocês que agradeço por este trabalho. Com gratidão, com amor e com a certeza de que ele é fruto de muitas vidas que cruzaram a minha — e da fidelidade de um Deus que nunca me deixou só.

RESUMO

SERRADOURADA, Ana Clara dos Santos. **Letramento em Saúde de Pessoas Idosas Atendidas na Atenção Primária do Distrito Federal**. 2025. 79 folhas. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2025.

Introdução: A população idosa, definida no Brasil por indivíduos com 60 anos ou mais, tem crescido significativamente. Esse crescimento impõe desafios relevantes aos sistemas de saúde, às famílias e à sociedade, especialmente devido às múltiplas barreiras enfrentadas por esse grupo. Promover saúde na população idosa implica investigar como esses indivíduos acessam, compreendem e utilizam informações e serviços de saúde, ou seja, compreender as condições de Letramento em Saúde (LS). Nas pessoas idosas, esse fenômeno influencia diretamente na gestão de suas condições clínicas, impactando sua autonomia e adesão ao tratamento. Estudos sobre LS concentram-se predominantemente em análises epidemiológicas descritivas, fornecendo um panorama geral, porém não são capazes de identificar variações relevantes dentro da própria amostra, tampouco revelam padrões ocultos ou discrepantes em subgrupos populacionais. A inclusão da análise de cluster em estudos com LS consegue suprir essa lacuna ao identificar perfis semelhantes e maximizar a diferenciação entre os grupos formados. **Objetivo:** Realizar análise epidemiológica e de cluster para descrever os pontos fortes e os desafios de Letramento em Saúde de pessoas idosas atendidas na Atenção Primária a Saúde. **Método:** Estudo transversal utilizando a versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) para avaliar o LS de idosos com hipertensão e/ou diabetes mellitus em acompanhamento na atenção primária, no período de agosto de 2023 a fevereiro de 2024. Dados sociodemográficos também foram coletados. A epidemiologia descritiva incluiu pontuações médias, desvios padrão e correlação entre características sociodemográficas e LS. A análise de cluster foi baseada nas nove escalas do HLQ-Br para determinar diferentes perfis de letramento em saúde dentro da amostra. A análise epidemiológica forneceu pontuações gerais de LS e suas associações com características sociodemográficas. Já a análise de cluster revelou perfis diferenciados de LS, com potencial para informar o desenvolvimento de soluções adaptadas às necessidades de subgrupos. Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Resultados:** A amostra foi de 136 participantes com maior número de indivíduos com até 70 anos ($n = 85$), a maioria do sexo feminino, com escolaridade de quatro a oito anos, que não pratica atividades físicas e autopercebem estado de saúde nem bom, nem ruim. Os participantes relataram as menores médias na Escala 5 – Avaliação das informações em saúde (2,53) e na Escala 8 – Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde (3,18), indicando possíveis fragilidades nessas escalas. Pessoas com maiores rendas apresentaram melhores condições de LS. Três clusters foram a melhor solução para a amostra. O Cluster 1 ($n = 16$; 11,8%) representou o grupo de maior vulnerabilidade e menores médias em todas as escalas. O Cluster 3 ($n = 59$; 43,4%) obteve resultados intermediários, com médias superiores às do Cluster 1, mas inferiores às do Cluster 2. **Conclusão:** A epidemiologia evidenciou dificuldades de encontrar e avaliar informações em saúde na amostra. A análise de cluster descreveu três perfis de LS, informando caminhos para ações personalizadas que promovam equidade e não deixem ninguém para trás.

Palavras-chave: Letramento em Saúde; Idoso; Doenças Crônicas não Transmissíveis; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Análise por Conglomerados.

ABSTRACT

Introduction: The elderly population, defined in Brazil as individuals aged 60 years or older, has grown significantly. This growth poses significant challenges to health systems, families, and society, especially due to the multiple barriers faced by this group. Promoting health in the elderly population involves investigating how these individuals access, understand, and use health information and services, that is, understanding their health literacy (HL) status. In older adults, this phenomenon directly influences the management of their clinical conditions, impacting their autonomy and adherence to treatment. Studies on HL focus predominantly on descriptive epidemiological analyses, providing a general overview, but they are not able to identify relevant variations within the sample itself, nor do they reveal hidden or discrepant patterns in population subgroups. The inclusion of cluster analysis in HL studies fills this gap by identifying similar profiles and maximizing the differentiation between the groups formed.

Objective: To perform epidemiological and cluster analysis to describe the strengths and challenges of Health Literacy in older adults receiving Primary Health Care. **Method:** Cross-sectional study using the Brazilian version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) to assess HL in older adults with hypertension and/or diabetes mellitus receiving primary care from August 2023 to February 2024. Sociodemographic data were also collected. Descriptive epidemiology included mean scores, standard deviations, and correlation between sociodemographic characteristics and HL. Cluster analysis was based on the nine scales of the HLQ-Br to determine different health literacy profiles within the sample. The epidemiological analysis provided overall HL scores and their associations with sociodemographic characteristics. The cluster analysis revealed different HL profiles, with the potential to inform the development of solutions tailored to the needs of subgroups. This research was approved by the Research Ethics Committees of the University of Brasília and the Federal District Health Secretariat. **Results:** The sample consisted of 136 participants, with the largest number of individuals aged up to 70 years ($n = 85$), most of whom were female, with four to eight years of schooling, who did not engage in physical activity and self-reported their health status as neither good nor bad. Participants reported the lowest averages on Scale 5 – Evaluation of health information (2.53) and Scale 8 – Ability to find good health information (3.18), indicating possible weaknesses in these scales. People with higher incomes had better LS conditions. Three clusters were the best solution for the sample. Cluster 1 ($n = 16$; 11.8%) represented the most vulnerable group and had the lowest averages on all scales. Cluster 3 ($n = 59$; 43.4%) obtained intermediate results, with averages higher than those of Cluster 1 but lower than those of Cluster 2. **Conclusion:** Epidemiology revealed difficulties in finding and evaluating health information in the sample. The cluster analysis described three HL profiles, informing paths for personalized actions that promote equity and leave no one behind.

Keywords: Health Literacy; Aged; Noncommunicable Diseases; Hypertension; Diabetes Mellitus; Cluster Analysis.

RESUMEN

Introducción: La población de edad avanzada, definida en Brasil como las personas de 60 años o más, ha crecido significativamente. Este crecimiento plantea retos importantes para los sistemas de salud, las familias y la sociedad, especialmente debido a las múltiples barreras a las que se enfrenta este grupo. Promover la salud en la población de edad avanzada implica investigar cómo estas personas acceden, comprenden y utilizan la información y los servicios de salud, es decir, comprender las condiciones de alfabetización en salud (AS). En las personas mayores, este fenómeno influye directamente en la gestión de sus condiciones clínicas, lo que repercute en su autonomía y en la adherencia al tratamiento. Los estudios sobre LS se centran predominantemente en análisis epidemiológicos descriptivos, que proporcionan una visión general, pero no son capaces de identificar variaciones relevantes dentro de la propia muestra, ni revelan patrones ocultos o discrepantes en subgrupos de población. La inclusión del análisis de conglomerados en los estudios sobre LS logra suplir esta laguna al identificar perfiles similares y maximizar la diferenciación entre los grupos formados. **Objetivo:** Realizar un análisis epidemiológico y de conglomerados para describir los puntos fuertes y los retos de la alfabetización en salud de las personas mayores atendidas en la atención primaria de salud. **Método:** Estudio transversal utilizando la versión brasileña del Cuestionario de Alfabetización en Salud (HLQ-Br) para evaluar la AL de personas mayores con hipertensión y/o diabetes mellitus en seguimiento en atención primaria, en el período comprendido entre agosto de 2023 y febrero de 2024. También se recopilieron datos sociodemográficos. La epidemiología descriptiva incluyó puntuaciones medias, desviaciones estándar y correlación entre las características sociodemográficas y la LS. El análisis de conglomerados se basó en las nueve escalas del HLQ-Br para determinar diferentes perfiles de alfabetización en salud dentro de la muestra. El análisis epidemiológico proporcionó puntuaciones generales de LS y sus asociaciones con características sociodemográficas. Por su parte, el análisis de conglomerados reveló perfiles diferenciados de LS, con potencial para informar el desarrollo de soluciones adaptadas a las necesidades de los subgrupos. Esta investigación fue aprobada por los Comités de Ética en Investigación de la Universidad de Brasilia y de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. **Resultados:** La muestra fue de 136 participantes, con un mayor número de individuos de hasta 70 años ($n = 85$), en su mayoría mujeres, con una escolaridad de cuatro a ocho años, que no practican actividades físicas y que se autodefinen como personas con un estado de salud ni bueno ni malo. Los participantes reportaron los promedios más bajos en la Escala 5 - Evaluación de la información sobre salud (2,53) y en la Escala 8 - Capacidad para encontrar buena información sobre salud (3,18), lo que indica posibles debilidades en estas escalas. Las personas con mayores ingresos presentaron mejores condiciones de LS. Tres clústeres fueron la mejor solución para la muestra. El grupo 1 ($n = 16$; 11,8 %) representó al grupo de mayor vulnerabilidad y con las medias más bajas en todas las escalas. El clúster 3 ($n = 59$; 43,4 %) obtuvo resultados intermedios, con medias superiores a las del clúster 1, pero inferiores a las del clúster 2. **Conclusión:** La epidemiología puso de manifiesto las dificultades para encontrar y evaluar información sobre salud en la muestra. El análisis de conglomerados describió tres perfiles de LS, indicando vías para acciones personalizadas que promuevan la equidad y no dejen a nadie atrás.

Palabras-clave: Alfabetización en Salud; Anciano; Enfermedades no Transmisibles; Hipertensión; Diabetes Mellitus; Análisis por Conglomerados.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico métrico do Cotovelo (ou <i>Elbow Method</i>) para amostra de 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II. Brasília, DF, Brasil, 2025.	31
Gráfico 2 - Gráficos <i>boxplot</i> para cada uma das nove escalas do HLQ-BR considerando os três clusters identificados na amostra de 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II . Brasília, DF, Brasil 2025.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Escalas da versão brasileira do <i>Health Literacy Questionnaire</i> (HLQ - Br) com número de itens e intervalo de categorias de resposta.....	29
Quadro 2 - Perfis Identificados: Análise de Cluster.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II, com determinação das frequências absolutas e relativas percentuais. Brasília, DF, Brasil, 2025. ..	32
Tabela 2 - Resumo estatístico das escalas da versão brasileira do Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) aplicado para as 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II. Brasília, DF, Brasil, 2025.	33
Tabela 3 - Correlação de Spearman entre as variáveis contínuas e a escalas do HLQ para as 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II. Brasília, DF, Brasil, 2025.	35
Tabela 4 - Comparação das características sociodemográficas e de saúde das 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II, estratificadas pelos clusters. Brasília, DF, Brasil, 2025.	36
Tabela 5 - Cálculo das médias, desvios padrão e intervalos de confiança de 95%, das nove escalas do HLQ - Br, estratificadas pelos clusters na amostra total (N= 136) Brasília, DF, Brasil, 2025.	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Clusters
APS	Atenção Primária à Saúde
DP	Desvio Padrão
DM	Diabetes Mellitus
DM II	Diabetes Mellitus Tipo II
DF	Distrito Federal
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HLQ	<i>Health Literacy Questionnaire</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PA	Pressão Arterial
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCB	Universidade Católica de Brasília
UnB	Universidade de Brasília
HLQ-Br	Versão Brasileira do <i>Health Literacy Questionnaire</i>

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	16
2	INTRODUÇÃO	18
3	OBJETIVOS	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4	MÉTODOS.....	28
4.1	DESENHO E LOCAL DO ESTUDO	28
4.2	AMOSTRA.....	28
4.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	28
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	29
4.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	31
5	RESULTADOS	32
5.1	ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO LS.....	33
5.2	ANÁLISE DE CLUSTER.....	36
6	DISCUSSÃO	42
6.1	A ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO LS POR MEIO DAS ESCALAS DO HLQ- Br	42
6.2	CLUSTERS E AS NECESSIDADES DE LS	43
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE	55
	APÊNDICE A – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	55
	ANEXOS	57
	ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	57
	ANEXO B – VERSÃO BRASILEIRA DO HLQ (HLQ-Br)	72
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE... 	77

1 APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira, graduada pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), formada em dezembro de 2022. Ao longo dos meus quatro anos de graduação, tive pouco contato com aquilo que hoje, preenche o centro da minha atuação profissional. Apesar de ter absoluta certeza de que a enfermeira que me torno carrega sementes plantadas ainda na graduação, é fato que esse florescimento — que envolve minhas escolhas, habilidades, interesses e sentido de ser — não encontrou espaço para se desenvolver plenamente naquele momento.

Por outro lado, outras experiências na graduação foram cruciais para despertar as inquietações e os sonhos que me trouxeram até aqui. A iniciação científica, a monitoria e, especialmente, ter fundado e sido a primeira presidente de uma liga acadêmica, foram experiências que moldaram profundamente quem sou hoje. Elas foram as verdadeiras sementes desse caminho que se consolidou no campo da pesquisa.

A iniciação científica me ensinou que a pesquisa não é algo distante da prática, mas, ao contrário, nasce das demandas da assistência e precisa, obrigatoriamente, retornar a ela, melhorando-a de alguma maneira. Com ela, percebi a potência que a ciência tem em transformar vidas, qualificar o cuidado e construir soluções. A monitoria me fez compreender o valor de compartilhar conhecimento, de propagar ciência e de fortalecer a formação acadêmica na enfermagem. Já a fundação da liga acadêmica me apresentou, pela primeira vez, o papel da liderança, da gestão, da organização de pessoas e projetos — competências indispensáveis não apenas para um enfermeiro assistencial, mas também para quem trilha os caminhos da pesquisa. Afinal, nenhuma pesquisa se faz sozinha: ela nasce da complexidade da vida, da sociedade, e exige colaboração, rigor, planejamento e trabalho coletivo.

Antes mesmo da formatura, essas sementes já estavam pulsando em mim. No entanto, por influência de uma cultura que, muitas vezes, entende que o caminho natural do enfermeiro deve ser, exclusivamente, a prática assistencial, tentei sufocar esse desejo de ingressar no meio acadêmico logo de início. Acreditei, por algum tempo, que só poderia me permitir esse caminho após muitos anos na assistência. Por isso, aceitei o desafio de trabalhar em um hospital privado, onde, recém-formada, coordenei 28 leitos, sozinha, na clínica médica, cirúrgica e oncológica. Um ambiente extremamente desafiador, que exigia de mim a gestão de até 12 técnicos de enfermagem por turno, além da interlocução constante com diversos profissionais de saúde.

No entanto, não pude ignorar por muito tempo o chamado interno de permitir que aquelas sementes germinassem. Ainda no meu primeiro ano de formada, fui aprovada no processo seletivo do mestrado da Universidade Católica de Brasília (UCB), na área de

Gerontologia. Meu interesse por essa temática já vinha sendo construído desde a graduação, pelas vivências nos estágios e, mais fortemente, na prática assistencial. Eu observava, de forma constante, como a nossa sociedade tem dificuldades em lidar com o envelhecimento, seja no campo do autocuidado, da qualidade de vida ou da compreensão sobre os processos de saúde e doença.

Naquele momento, minha percepção era de que essas dificuldades estavam diretamente associadas ao pouco conhecimento que as próprias pessoas idosas tinham sobre sua saúde. Contudo, eu ainda não conhecia, formalmente, o conceito de *Letramento em Saúde*. Apenas intuía que existia ali um problema, uma lacuna, mas não sabia exatamente como nomeá-la.

Apesar de ter sido aprovada no processo da UCB, optei por não ingressar no programa e me lançar no desafio do processo seletivo da Universidade de Brasília (UnB). Nessa transição, comecei finalmente a me aproximar do conceito que, hoje norteia minha trajetória acadêmica e profissional: o letramento em saúde.

Foi na UnB, e especialmente sob a orientação da professora Katarinne, que conheci, de forma estruturada, o que é o Letramento em Saúde. Esse termo, até então ausente do meu vocabulário, trouxe significado as inquietações que me acompanhavam desde a graduação e da prática assistencial. Percebi que aquilo que eu observava — pessoas idosas que, muitas vezes, tinham acesso aos serviços de saúde (algumas, nem acesso tinham), mas não compreendiam as informações recebidas e, conseqüentemente, não conseguiam utilizar os recursos de forma efetiva - tinha um nome, um corpo teórico e uma relevância científica e social profunda.

Compreender o letramento em saúde me permitiu enxergar como a atenção primária, espaço estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), pode (e deve) ser o campo para promoção do entendimento, da autonomia e do cuidado qualificado para a população idosa. A intersecção entre letramento em saúde, envelhecimento e atenção primária fez meus olhos brilharem. Ali eu encontrei não só o nome, mas também o caminho para as respostas que eu buscava.

Ao conhecer esse fenômeno complexo, dentro de todo esse caminho que percorri, algo se tornou ainda mais claro para mim: era necessário olhar para as realidades mais próximas, para o que está dentro do nosso próprio SUS e que, muitas vezes, passa despercebido. Foi a partir dessa percepção que, em conjunto com minha orientadora e colegas da graduação da Universidade de Brasília (UnB), nos engajamos no desenvolvimento desta pesquisa — que, por sua vez, faz parte de um escopo maior, de uma pesquisa matriz, que já investiga essas mesmas inquietações em diferentes públicos e contextos.

O processo de construir essa pesquisa me levou, inevitavelmente, a refletir sobre as realidades específicas do Distrito Federal, mais particularmente da região onde os dados foram

coletados. E quanto mais eu me aprofundava, mais sentido fazia investigar o letramento em saúde de pessoas idosas nesse território.

Avançar nesse caminho me permitiu enxergar, de forma muito concreta, como o letramento em saúde se apresenta como um fenômeno complexo, dinâmico e absolutamente indispensável de ser considerado como um determinante social de saúde relevante, especialmente no cuidado com a população idosa. Percebi que, tanto as instituições de saúde, quanto os serviços e os próprios profissionais não reconhecerem o impacto dessa variável, e enquanto não houver investimento consistente em pesquisa e em práticas que qualifiquem a assistência sob essa perspectiva, continuaremos falhando repetidamente em vários pontos de atenção do sistema de saúde.

Essas reflexões e questionamentos não surgiram apenas da experiência prática, mas, sobretudo, da própria caminhada na ciência, da escuta ativa às pessoas, da análise dos dados, das leituras, das discussões e da busca incessante por compreender, de forma mais profunda, as necessidades da população. Esta pesquisa, portanto, não tem a pretensão de responder a toda a complexidade que envolve o letramento em saúde em pessoas idosas.

Mas acredito, com convicção, que ela dá um passo importante nessa direção. Ela oferece um olhar ampliado, um *zoom* que permite perceber que, mesmo dentro de uma amostra que, à primeira vista, poderia parecer homogênea, existem perfis distintos — pessoas que compartilham algumas características, mas que, ao mesmo tempo, possuem desafios e necessidades muito diferentes no que diz respeito ao seu nível de letramento em saúde.

E é justamente por reconhecer essas diferenças, esses perfis, que acredito que um dos grandes méritos dessa pesquisa é abrir caminhos para pensar em intervenções, políticas e práticas mais direcionadas, mais sensíveis, mais alinhadas à realidade concreta de quem vive o envelhecimento no território que estudamos.

Como toda pesquisadora — e aqui me reconheço plenamente nesse papel —, meu maior desejo é que esse campo continue se expandindo. Que o letramento em saúde, especialmente na população idosa, deixe de ser um conceito restrito à academia e passe a ser um eixo norteador na formulação de políticas, no desenho dos serviços e na prática cotidiana dos profissionais de saúde. Este trabalho, é, sem dúvida, uma pequena parte dessa construção. E se ele puder, ao menos, provocar reflexões, inspirar outros olhares e fomentar novos estudos, já terá cumprido seu papel.

2 INTRODUÇÃO

A população idosa, definida no Brasil como indivíduos com 60 anos ou mais, tem crescido de forma significativa, exigindo maior atenção às questões relacionadas à saúde. Esse crescimento acelerado impõe desafios relevantes aos sistemas de saúde, às famílias e à sociedade, especialmente em função das múltiplas barreiras enfrentadas por esse grupo populacional (Marais; Conradie; Kritzinger, 2006; Mohseni *et al.*, 2015; Brasil, 2022; Azami-Aghdash *et al.*, 2024).

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022 o número de pessoas idosas no Brasil correspondia a aproximadamente 11% da população total, representando um aumento de cerca de 57% nos últimos 14 anos. Especificamente no Distrito Federal (DF), nos últimos seis anos, o crescimento da população idosa já superou a média nacional em 10,5% e deverá atingir aproximadamente meio milhão de indivíduos até 2030 (Brasil, 2022; IBGE, 2023).

Nesse contexto, o envelhecimento ativo é compreendido como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Esse processo inclui a promoção da saúde, que busca ampliar o bem-estar e as condições de vida da população, atuando na identificação e no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. Além disso, promove mudanças nas condições sociais e ambientais, facilitando o acesso a escolhas de vida mais saudáveis, sempre com respeito à autonomia e à independência dos indivíduos (Freitas, 2017).

As ações de promoção da saúde são resultado da articulação entre políticas públicas, iniciativas comunitárias e o engajamento ativo dos próprios indivíduos no cuidado com sua saúde. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essas ações são operacionalizadas, prioritariamente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), que constitui a principal porta de entrada do sistema e desempenha um papel estratégico na melhoria das condições de vida da população, especialmente das pessoas idosas (Azevedo *et al.*, 2013; Brasil, 2017; Guibi *et al.*, 2017).

Dentre essas ações, a APS exerce função central tanto na promoção da saúde, quanto na prevenção de agravos e na redução de complicações associadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que apresentam elevada prevalência entre pessoas idosas (Silva *et al.*, 2022). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como o principal modelo de organização da APS, sendo, portanto, responsável pela ampliação do acesso, pela

qualificação do cuidado e pela melhoria de muitos indicadores de saúde da população idosa com DCNT (Azevedo *et al.*, 2013; Brasil, 2017; Guibi *et al.*, 2017).

No contexto da APS, observa-se que grande parte dos atendimentos realizados com pessoas idosas está voltada para o acompanhamento e o manejo de condições crônicas de elevada prevalência, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus tipo II (DMII). Evidências provenientes da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), confirmam essa realidade, destacando que essas duas condições concentram uma parcela expressiva da demanda assistencial na APS (Brasil, 2017; Guibi *et al.*, 2017).

O aumento da idade está diretamente associado à elevação dos níveis pressóricos, sendo a HAS a doença cardiovascular com maior prevalência entre pessoas idosas, com impacto significativo na qualidade e na expectativa de vida. Trata-se de uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis persistentemente elevados de Pressão Arterial (PA), frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, além de alterações metabólicas (Fontbonne *et al.*, 2018; SBH, 2020).

O processo de envelhecimento favorece o enrijecimento das grandes artérias, tornando o controle da PA um desafio ainda maior nessa população. Estima-se que cerca de 75% dos indivíduos com 60 anos ou mais sejam acometidos pela HAS. Com o aumento projetado do número de pessoas idosas, é esperado que o número de casos dessa condição e de suas complicações cresça substancialmente nos próximos anos (Fontbonne *et al.*, 2018; Brasil SBH, 2020).

Paralelamente, o DM II também apresenta aumento expressivo na população idosa. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o DMII é uma desordem metabólica caracterizada pela elevação persistente dos níveis de glicose no sangue, resultante da deficiência na ação da insulina, de defeitos na sua produção ou de ambos os mecanismos. Estima-se que, atualmente, 425 milhões de pessoas sejam diabéticas em todo o mundo, configurando uma condição de proporções epidêmicas (Brasil SBD, 2022).

Ademais, segundo o *International Diabetes Federation* (IDF) (2021), 90% a 95% dos casos de DM no mundo são do tipo II, e essa proporção é ainda maior em pessoas idosas, já que o DMII surge geralmente em idade adulta ou avançada, enquanto o DM tipo I ocorre principalmente na infância. No contexto brasileiro, 30,3% da população idosa tem DM e a maioria é do tipo II, segundo os relatórios oficiais (Brasil, 2023). Estudos locais também evidenciam a prevalência elevada do DMII em idosos, com números superiores a 10% em

diversas populações brasileiras, enquanto o DM tipo I é raríssimo nessa faixa etária (Francisco *et al.*, 2022; Colissi *et al.*, 2024).

Somado a estes dados, aproximadamente 50% dos indivíduos diagnosticados com DMII também apresentam HAS no Brasil, o que exige, em muitos casos, um manejo clínico concomitante. O controle eficaz dessas condições crônicas é influenciado por múltiplos fatores, que impactam diretamente a adesão e os resultados terapêuticos, tanto no controle glicêmico quanto pressórico (Brasil SBD, 2022).

Diante desse panorama, torna-se imprescindível a implementação de estratégias que promovam o envelhecimento ativo, com foco na otimização das oportunidades de saúde, preservação da autonomia e melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas (Brasil, 2022; IBGE, 2023). Promover a saúde dessa população implica, necessariamente, compreender como os indivíduos acessam, entendem e utilizam informações e serviços de saúde — aspecto que se relaciona diretamente às condições de Letramento em Saúde (LS) (Aboumatar *et al.*, 2013; OASH, 2020; Pasklan *et al.*, 2021; WHO, 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio do Glossário de Promoção a Saúde, o Letramento em Saúde é definido como o “conjunto de conhecimentos e competências pessoais acumulados ao longo das atividades cotidianas, das interações sociais e geracionais, mediadas por estruturas organizacionais”. Esse conjunto de saberes “permitem às pessoas acessarem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informações e serviços, com o propósito de promover e manter a boa saúde e o bem-estar, tanto para si quanto para aqueles que as cercam” (WHO, 2021; WHO, 2024).

A definição atual de LS adotada pela OMS transcende o domínio das habilidades funcionais, incorporando competências que capacitam os indivíduos a participarem de forma mais ativa na sociedade e a exercerem maior controle sobre sua saúde e sua vida cotidiana (OASH, 2020; WHO, 2021; Tavousi *et al.*, 2022; Cavalcanti *et al.*, 2024).

Evidências científicas demonstram que as baixas condições de LS estão associados a piores indicadores de saúde (Nutbeam, 2008; Berkman *et al.*, 2011; WHO, 2013). O LS baixo configura-se como um determinante social independente da saúde, associado a desfechos adversos, como aumento nas taxas de hospitalização, maior frequência de utilização de serviços de emergência e elevação da mortalidade (Nutbeam, 2008; Berkman *et al.*, 2011; WHO, 2013; Aboumatar *et al.*, 2013; Pasklan *et al.*, 2021).

Isso ocorre porque indivíduos com baixo LS enfrentam dificuldades significativas na compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde, possuem menor conhecimento sobre suas condições clínicas e demonstram limitações na capacidade de

dialogar, questionar e tomar decisões fundamentadas sobre sua saúde. Além disso, tendem a se sentir menos à vontade para esclarecer dúvidas durante os atendimentos, o que pode culminar em decisões inadequadas e, conseqüentemente, no agravamento do quadro clínico (Nutbeam, 2008; Berkman *et al.*, 2011; WHO, 2013; Aboumatar *et al.*, 2013; Pasklan *et al.*, 2021).

As implicações sociais e econômicas associadas ao baixo letramento em saúde também são expressivas. Indivíduos com LS baixo tendem a buscar os serviços de saúde, predominantemente, em situações de urgência e emergência, em vez de adotarem práticas regulares de prevenção e controle de doenças. Esse padrão de utilização acarreta maiores custos para o sistema de saúde e compromete a eficácia das intervenções preventivas. Ademais, essas pessoas apresentam maiores dificuldades em aderir corretamente aos regimes terapêuticos, o que impacta negativamente os processos de reabilitação e aumenta a ocorrência de complicações potencialmente evitáveis (Aboumatar *et al.*, 2013; Pasklan *et al.*, 2021).

Nesse sentido, torna-se evidente que a melhoria das condições de LS é fundamental não apenas para a redução de mortes evitáveis, mas também para subsidiar e redirecionar políticas públicas voltadas à promoção da saúde, e educação em saúde e ao fortalecimento das práticas de autocuidado na população (Aboumatar *et al.*, 2013; Pasklan *et al.*, 2021).

No caso específico da população idosa, esse fenômeno exerce influência direta sobre a gestão das próprias condições clínicas, impactando significativamente a autonomia, a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Tal contexto reforça a relevância da produção científica voltada a essa temática (Aboumatar *et al.*, 2013; Ganguli *et al.*, 2021).

O campo dos estudos sobre LS abrange discussões conceituais importantes acerca das diferentes tipologias de letramento e de sua aplicabilidade na vida cotidiana. Dentre essas tipologias, destacam-se o Letramento Funcional, o Letramento Interativo e o Letramento Crítico, cada um com características específicas, que se aplicam a distintos contextos e demandas (Freebody; Luke, 1990; Nutbeam, 2008).

Essas categorias refletem os diferentes níveis de complexidade com que as habilidades de LS são mobilizadas na prática. O LS funcional refere-se às competências básicas de leitura, escrita e compreensão necessárias para lidar com as demandas rotineiras de saúde, como interpretar prescrições ou seguir orientações simples (Freebody; Luke, 1990; Nutbeam, 2008).

O LS interativo abrange habilidades mais desenvolvidas, que permitem aos indivíduos participarem ativamente dos processos comunicativos, adaptar informações a diferentes contextos e tomar decisões mais informadas (Freebody; Luke, 1990; Nutbeam, 2008).

Por sua vez, o LS crítico diz respeito ao desenvolvimento de capacidades cognitivas avançadas, que capacitam os indivíduos a analisarem criticamente as informações, refletir sobre

os determinantes sociais da saúde e exercer maior controle sobre os fatores que impactam suas vidas e sua saúde (Freebody; Luke, 1990; Nutbeam, 2008).

Essas habilidades podem ser desenvolvidas tanto por meio da educação formal, quanto por meio de experiências informais e vivências no contexto social, especialmente a partir de interações significativas, como o estabelecimento de vínculos com os serviços de saúde (Freebody; Luke, 1990; Nutbeam, 2008).

A capacidade de ler, escrever e compreender informações de saúde, denominada letramento funcional em saúde, constitui a base para o desenvolvimento de competências mais complexas no âmbito do LS. Embora haja uma variedade de definições de letramento funcional, a maioria se concentra na capacidade de ler textos básicos e escrever uma frase simples sobre a vida cotidiana. E é por meio dessas habilidades de leitura e escrita que aqueles que são alfabetizados conseguem participar mais plenamente da sociedade, tanto econômica quanto socialmente, e conseguem compreender e exercer maior controle sobre os eventos rotineiros (Nutbeam, 2008).

Diante disso, é importante destacar a existência de instrumentos voltados à avaliação das diferentes formas de letramento. Uma revisão sistemática recente demonstra que os instrumentos utilizados para mensurar o LS variam entre modelos unidimensionais – que avaliam uma única dimensão do LS, como a compreensão de informações, capacidade de leitura ou só compreensão de textos; instrumentos direcionados a determinadas faixas etárias ou condições clínicas; e modelos multidimensionais - que avaliam um conjunto mais amplo de habilidades, incluindo leitura, compreensão, avaliação crítica e aplicação de informações em saúde. A literatura aponta que ainda muitos dos instrumentos têm sido empregados na avaliação apenas a nível funcional, especialmente nos estudos que priorizam a mensuração das habilidades básicas de leitura, compreensão e interpretação de informações em saúde (instrumentos unidimensionais) (Nutbeam, 2008; Osborne *et al.*, 2013; Tavousi *et al.*, 2022).

Nesse cenário, evidencia-se a relevância de expandir as investigações científicas e de desenvolver instrumentos capazes de avaliar o LS de maneira multidimensional, contemplando não apenas o LS funcional, mas também suas dimensões interativa e crítica. A utilização de instrumentos robustos, validados e abrangentes permite uma compreensão mais aprofundada dos desafios enfrentados pela população, favorece o delineamento de estratégias efetivas para a autogestão da saúde e fortalece ações de promoção da saúde, alinhadas aos seus determinantes sociais de saúde (Tavousi *et al.*, 2022; Cavalcanti *et al.*, 2024).

Além de estudos internacionais terem a tendência a concentrar-se predominantemente na avaliação do LS funcional, em detrimento das dimensões mais complexas, como o LS crítico,

há também a lacuna do desenvolvimento e da utilização de instrumentos culturalmente adaptados e validados, que considerem tanto o contexto sociocultural local quanto a avaliação de múltiplas dimensões do LS, sobretudo no enfrentamento dos desafios impostos às pessoas idosas com DCNT, como é o caso da realidade brasileira (Tavousi *et al.*, 2022; Osborne *et al.*, 2013).

Nutbeam (2008), propõe que o LS extrapole o simples domínio do conhecimento envolvendo também a capacidade de desenvolver por meio de intervenções educacionais. Além disso, o autor destaca que o LS é intrinsecamente contextual, sendo diretamente influenciado pelas interações estabelecidas entre os indivíduos e os sistemas de saúde, bem como pela organização e pela forma de prestação dos serviços. Essa perspectiva ressalta a necessidade de compreender os contextos locais para uma adequada promoção do LS (Nutbeam, 2008; Pace *et al.*, 2017; Moraes *et al.*, 2021; Roshan; Hosseinkhani; Norouzadeh, 2023; García-Vera *et al.*, 2024).

No entanto, observa-se que estudos internacionais não contemplam as especificidades do contexto brasileiro, particularmente no que se refere à população idosa com doenças crônicas acompanhada na APS, mantendo-se restritos às realidades de seus próprios países (Pace *et al.*, 2017; Roshan; Hosseinkhani; Norouzadeh, 2023; García-Vera *et al.*, 2024). Ademais, os instrumentos frequentemente utilizados na avaliação do LS carecem de adequação plena às necessidades informacionais e culturais da população brasileira (Nutbeam, 2008; Moraes *et al.*, 2021).

Adicionalmente, embora estudos nacionais tenham explorado as condições de LS entre pessoas idosas com HAS e DM II (Machado *et al.*, 2014; Santos; Portella, 2016; Borges *et al.*, 2019; Paes, 2021; Paes *et al.*, 2024), observa-se uma lacuna expressiva na literatura no que se refere à possibilidade de analisar, de forma integrada, o LS em pessoas idosas que podem conviver simultaneamente com ambas as condições crônicas. A maioria das investigações foca isoladamente na HAS ou na Diabetes Mellitus (DM), sem considerar os desafios específicos que emergem do manejo conjunto dessas doenças na população idosa.

Essa lacuna limita a compreensão dos impactos do LS sobre o autocuidado e os desfechos clínicos nesses casos, especialmente considerando que a gestão simultânea da HAS e do DM exige um conjunto ampliado de competências, diretamente influenciadas pelo nível de LS (Machado *et al.*, 2014; Santos; Portella, 2016; Borges *et al.*, 2019; Paes, 2021; Paes *et al.*, 2024).

Observa-se que além de grande parte dos estudos se concentrar exclusivamente na análise de somente uma das condições crônicas, também tem a tendência de avaliar o LS sob

uma ótica apenas a nível funcional. Esse contexto gera estudos com uso de instrumentos unidimensionais - avaliam habilidades básicas, como leitura, interpretação de números, reconhecimento de termos médicos e pronúncia, sem contemplar dimensões mais amplas, como o LS interativo e crítico (Machado *et al.*, 2014; Santos; Portella, 2016; Borges *et al.*, 2019; Paes, 2021; Paes *et al.*, 2022; Scortegagna *et al.*, 2021).

Ademais, em algumas pesquisas direcionadas à DM, assume-se previamente que as pessoas idosas apresentam baixas condições de LS, desconsiderando a possibilidade de que determinados indivíduos, especialmente aqueles com HAS associada, possam possuir condições mais elevadas de LS, capazes de impactar positivamente na gestão do seu cuidado (Machado *et al.*, 2014; Santos; Portella, 2016; Borges *et al.*, 2019; Paes, 2021; Paes *et al.*, 2022; Scortegagna *et al.*, 2021).

Com o intuito de superar essas lacunas, os instrumentos de avaliação multidimensional têm ganhado crescente relevância no campo do LS, uma vez que permitem mensurar, de forma integrada, competências relacionadas ao acesso, à compreensão, à avaliação e à utilização de informações e serviços de saúde. Esses instrumentos ampliam a análise para além das habilidades básicas, abrangendo aspectos relacionados à tomada de decisão, ao empoderamento do indivíduo e à capacidade de interação no contexto dos cuidados em saúde, sendo atualmente reconhecidos como uma das principais áreas de expansão nas pesquisas sobre LS (Osborne *et al.*, 2013; Marques; Lemos, 2017; Moraes *et al.*, 2021; Tavousi *et al.*, 2022).

Em razão de suas vantagens metodológicas associadas a abordagem multidimensional, observa-se no Brasil e em outros países uma crescente adoção do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) como instrumento de avaliação do Letramento em Saúde. O HLQ se destaca por mensurar, de forma abrangente, nove escalas distintas do letramento em saúde, que englobam desde o apoio social, relacionado à saúde, até as habilidades individuais para acessar, compreender, avaliar criticamente e aplicar informações no contexto do cuidado em saúde. Em outras palavras, tem preenchido progressivamente a lacuna de avaliação do LS a níveis interativo e crítico justamente por sua capacidade de captar, de maneira integrada, os diferentes domínios que compõem o letramento em saúde (Pace *et al.*, 2017; Moraes *et al.*, 2021; Tavousi *et al.*, 2022).

Adicionalmente, a robustez teórica e psicométrica do HLQ tem favorecido sua ampla adaptação e validação em diferentes contextos socioculturais, incluindo o Brasil, cuja versão validada reforça sua aplicabilidade em estudos que demandam uma análise mais abrangente e contextualizada das necessidades, desafios e pontos fortes relacionados ao letramento em saúde. Essa capacidade de adaptação não apenas comprova sua relevância científica, mas também

evidencia sua utilidade prática para subsidiar intervenções, políticas e práticas de cuidado mais alinhadas às realidades locais (Pace *et al.*, 2017; Tavousi *et al.*, 2022; Moraes *et al.*, 2021).

A lacuna entre LS, DM II e HAS reforça a importância da adoção de instrumentos com essa abrangência. O HLQ, ao permitir a avaliação integrada de múltiplas escalas do LS, torna-se particularmente relevante na identificação de barreiras enfrentadas por pessoas idosas no processo de autocuidado relacionado a essas doenças crônicas (Moraes *et al.*, 2021; Tavousi *et al.*, 2022).

Outra lacuna é que a maioria dos estudos existentes sobre LS em pessoas idosas tende a focar em apenas uma condição crônica — ou DM ou HAS —, negligenciando possibilidade da análise conjunta dessas enfermidades que, frequentemente, coexistem nessa população (Scortegagna *et al.*, 2021).

A ampliação de pesquisas que considerem a coexistência de múltiplas comorbidades em pessoas idosas, e avaliem o impacto do LS na gestão dessas condições em concomitância para o indivíduo se faz necessário, principalmente quando os dados estatísticos já demonstram que pelo menos metade da população idosa com DMII tem a tendência de conviver também com HAS (Pasklan *et al.*, 2021; Scortegagna *et al.*, 2021; Brasil SBD, 2022). O uso do HLQ pode ser uma ferramenta estratégica para preencher essa lacuna, uma vez que permite uma avaliação holística e aprofundada do LS, com potencial para apoiar intervenções clínicas, educativas e políticas mais eficazes (Tavousi *et al.*, 2022).

Por fim, uma revisão sistemática apontou que estudos sobre o LS em pessoas idosas, de modo geral, também se concentram predominantemente em análises epidemiológicas descritivas, nas quais se utilizam as pontuações médias da amostra para estimar associações entre LS e diversas variáveis (Geboers *et al.*, 2016). Embora essa abordagem forneça um panorama geral, ela não é capaz de identificar variações relevantes dentro da própria amostra, tampouco revela padrões ocultos ou discrepantes em subgrupos populacionais. Como consequência, tende a oferecer uma compreensão limitada dos aspectos mais complexos do LS, desconsiderando indivíduos que se afastam do perfil médio evidenciado nas análises epidemiológicas (Mantwill, Monestel-Umaña, Schulz, 2015; Geboers *et al.*, 2016).

Compreender as barreiras relacionadas ao LS é fundamental para a promoção de melhores desfechos em saúde e para o desenvolvimento de políticas públicas que priorizem a educação em saúde e o acesso as informações claras, acessíveis e culturalmente apropriadas. A fragmentação das análises entre DM e HAS tem limitado a efetividade das intervenções, uma vez que o manejo conjunto dessas condições exige um nível significativo de compreensão, engajamento e tomada de decisão por parte do paciente — todos esses aspectos profundamente

relacionados as suas condições de LS (Aboumatar *et al.*, 2013; Pasklan *et al.*, 2021; Scortegagna *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a Análise de Clusters (AC) surge como uma abordagem complementar promissora. Diferentemente da análise epidemiológica tradicional, a AC permite identificar grupos com perfis semelhantes de LS e características sociodemográficas dentro de uma população heterogênea, ao mesmo tempo em que maximiza a diferenciação entre os grupos formados. Essa técnica estatística é útil para revelar padrões distintos de LS, permitindo a identificação de necessidades específicas e favorecendo intervenções direcionadas e personalizadas (Batterham *et al.*, 2014).

A análise de clusters contribui, assim, para uma compreensão mais refinada do LS, pois viabiliza a identificação de interações entre múltiplas variáveis sociodemográficas, como escolaridade, idade, renda e condições clínicas. Ao permitir a categorização de subgrupos com base em suas singularidades, essa abordagem amplia o potencial das análises em saúde e orienta a formulação de estratégias mais eficazes para superar os desafios relacionados ao LS (Melwani *et al.*, 2023).

Dessa forma, o presente estudo propõe-se a ser pioneiro ao explorar e comparar, de maneira integrada, as abordagens epidemiológica e de análise de clusters para identificar os desafios e potencialidades do LS entre pessoas idosas que convivem simultaneamente com HAS e DM II. Ao evidenciar as distinções entre os métodos de análise, busca-se fornecer subsídios científicos para o planejamento, a avaliação e a implementação de estratégias de cuidado em saúde mais direcionadas à realidade de pessoas idosas no contexto comunitário.

Este projeto está vinculado ao Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Letramento em Saúde (GIPELS), da Universidade de Brasília (UnB), e à Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar análise epidemiológica e de cluster para descrever os pontos fortes e os desafios de letramento em saúde de pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus II atendidas na atenção primária a saúde no Distrito Federal, Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as condições de Letramento em Saúde de pessoas idosas que convivem com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus II atendidos na Atenção Primária da Saúde.
- Identificar agrupamentos homogêneos de Letramento em Saúde de pessoas idosas que convivem com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus II atendidos na Atenção Primária da Saúde.
- Verificar a correlação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com as condições de Letramento em Saúde de pessoas idosas que convivem com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus II atendidos na Atenção Primária da Saúde.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

Estudo transversal analítico, conduzido com pessoas idosas acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde na Região Administrativa de Ceilândia, no Distrito Federal, Brasil.

4.2 AMOSTRA

Estudo com amostra não probabilística, por conveniência, composta por pessoas idosas (60 anos ou mais), de ambos os sexos, com diagnóstico de HAS em quaisquer estágios e/ou DM II, em acompanhamento na UBS há pelo menos seis meses. Foram excluídas pessoas com deficiência auditiva, bem como aquelas com transtornos mentais que limitassem a participação.

As entrevistas foram inicialmente planejadas para serem conduzidas de forma presencial. Contudo, devido à intensificação dos casos de dengue na região durante o período de coleta de dados, os atendimentos presenciais na unidade de saúde foram suspensos, conforme orientação das autoridades sanitárias locais. Diante desse cenário, optou-se pela realização das entrevistas por meio de contato telefônico, entre agosto de 2023 e fevereiro de 2024, como alternativa para garantir a continuidade da pesquisa sem comprometer a segurança dos participantes. Para viabilizar esse processo, foi solicitada à Unidade Básica de Saúde (UBS) a lista de pessoas cadastradas no grupo Hiperdia que dispunham de número telefônico registrado nos sistemas da unidade.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para mensurar o letramento em saúde, foi usada a versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) (Moraes *et al.*, 2021). O instrumento inclui 44 itens distribuídos em nove escalas independentes e agrupadas em duas partes. Cada escala representa um elemento diferente do construto geral de LS. As cinco escalas iniciais (parte um) compreendem itens que solicitam aos respondentes que indiquem seu nível de concordância (pontuação de 1 a 4), e as demais escalas 6 a 9 (parte dois) incorporam faixas de capacidade autorrelatada (pontuação de 1 a 5) (Quadro 1).

Quadro 1 - Escalas da versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ - Br) com número de itens e intervalo de categorias de resposta.

Escalas	Número de itens	Respostas da escala
1 Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	4	1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = concordo; 4 = concordo totalmente.
2 Informações suficientes para cuidar da saúde	4	
3 Cuidado ativo em saúde	5	
4 Suporte social para saúde	5	
5 Avaliação das informações em saúde	5	
6 Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	5	1 = não consigo fazer ou sempre difícil; 2 = geralmente difícil; 3 = às vezes fácil; 4 = geralmente fácil; 5 = sempre fácil.
7 Navegar no sistema de saúde	6	
8 Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	5	
9 Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	5	

Fonte: Moraes *et al.* (2021).

O HLQ completo oferece nove pontuações individuais baseadas em uma média dos itens dentro de cada uma das nove escalas, com pontuações mais altas indicando um LS mais alto (Osborne *et al.*, 2013; Beauchamp *et al.*, 2016; Hawkins *et al.*, 2017).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Realizada análise exploratória dos dados, por meio de estatística descritiva. Neste contexto, foram calculadas, para as variáveis categóricas: as frequências absolutas e relativas percentuais e para as variáveis contínuas: média e mediana (medidas de tendência central), desvio padrão (DP), intervalo de confiança de 95% (IC95%) (Field, 2021).

As variáveis explicativas neste estudo foram a caracterização dos participantes (sexo, idade, escolaridade, renda, situação de trabalho e condições de saúde autorreferida). Essas variáveis também foram exploradas nos estudos de letramento em saúde de pessoas idosas (Smith *et al.*, 2022; Lu *et al.*, 2023; Pagán *et al.*, 2024; Aragão *et al.*, 2025).

A média de idade da amostra foi de 70 anos, valor utilizado como ponto de corte para a dicotomização da variável idade. Dessa forma, os participantes foram agrupados em dois estratos: menores de 70 anos e com 70 anos ou mais.

Para o tratamento dos dados ausentes na variável "renda pessoal", optou-se pela imputação com base na média condicional por sexo. Foram calculadas separadamente a média das rendas dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino. Em seguida, os valores ausentes (55 participantes não informaram) foram preenchidos com a respectiva média condicional. A média dos homens foi de R\$ 2.234,00; esse valor foi adicionado às células vazias dos homens (16 de 47 participantes; 34,4%). A média das mulheres foi de R\$ 1.644,00; esse valor foi adicionado às células vazias das mulheres (39 em 98 participantes; 43,8%) adições. Essa abordagem de imputação por média condicional é amplamente aceita em bases de dados como alternativa para minimizar a perda de casos e preservar a representatividade da amostra (Nunes; Kluck; Fachel., 2009).

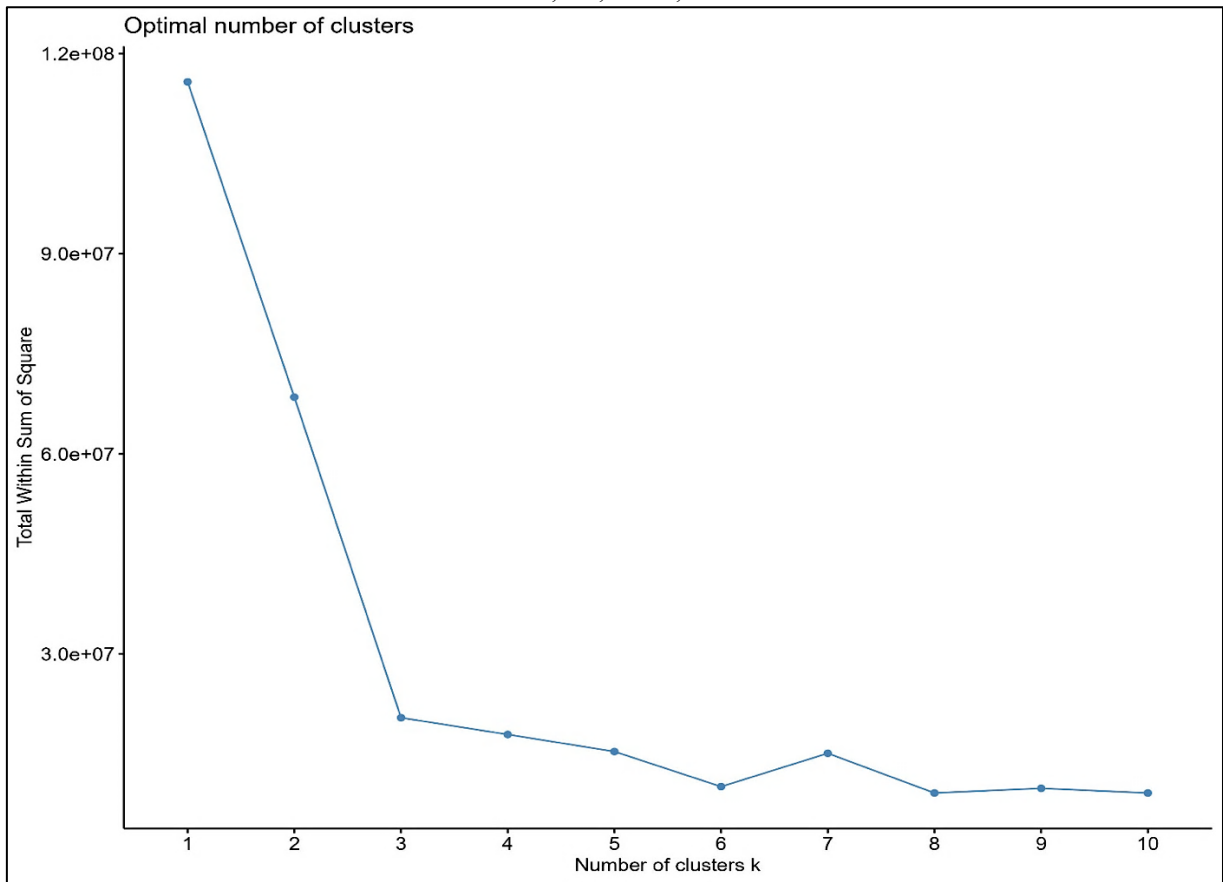
A análise epidemiológica do LS foi realizada por meio da estatística descritiva com apresentação das médias, desvio padrão (DP), intervalo de confiança de 95% (IC95%) para cada uma das nove escalas do HLQ-Br. As pontuações obtidas nas nove escalas do HLQ-Br foram estabelecidas como variáveis dependentes e as características sociodemográficas como variáveis independentes contínuas, onde realizamos correlação de Spearman. As variáveis independentes incluíram renda e anos de estudo (escolaridade). A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$.

A análise de cluster foi realizada pelo do método de Ward, para identificar grupos com perfis semelhantes de letramento em saúde, com base nas nove escalas do HLQ-Br. O método hierárquico de Ward avalia a adequação dos clusters medindo a soma dos quadrados das distâncias euclidianas dentro de cada grupo.

O número ideal de clusters foi definido com base em três critérios: (1) métrica do cotovelo; (2) análise do cronograma de aglomeração; e (3) índice de silhueta. Os resultados do índice de silhueta mostraram que o valor da largura de silhueta para os clusters indica boa separação entre eles, com a maioria dos valores acima de 0,5, o que é geralmente interpretado como uma separação aceitável. A decisão final, baseada na convergência dos resultados do método do cotovelo e do índice de silhueta.

Para determinar o número ideal de clusters, foram testadas as soluções com quatro e cinco agrupamentos. No entanto, o ponto de inflexão no gráfico do WSS ($k = 3$) indicou que três era o número mais adequado para esta amostra, garantindo uma separação satisfatória entre os grupos e evitando o ajuste excessivo ao conjunto de dados (*overfitting*). Soluções com quatro ou cinco clusters apresentaram indícios de sobreposição entre grupos e redução na distinção entre os perfis identificados (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Gráfico métrico do Cotovelo (ou *Elbow Method*) para amostra de 136 idosas com HAS e/ou DM II. Brasília, DF, Brasil, 2025.



Fonte: Autoria própria.

Para a realização dos cálculos estatísticos, foram utilizados os softwares: Microsoft Excel[®], o R v.4.4.3 for Windows, por meio do ambiente de desenvolvimento integrado RStudio[®] e o IBM[®] SPSS[®] (*Statistical Package for the Social Sciences*), adotando, para todos os testes, o nível de significância de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Esta pesquisa faz parte do estudo “Explorando as condições de letramento em saúde na rede de atenção à saúde: estudo misto exploratório sequencial”, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, parecer nº 5.901.042 e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal parecer nº 6.436.112, conforme as diretrizes éticas, preconizadas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

5 RESULTADOS

Das pessoas cadastradas nos grupos de Hiperdia da UBS que possuíam contato telefônico, 243 eram de pessoas idosas com HAS e/ou DMII e nenhum tinha DM tipo I. Houve 63 recusas após realizar três tentativas de ligação para inclusão dos participantes e 44 perdas por incompletude de dados e por apresentarem idade menor que 60 anos. Assim, a amostra foi de 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II que completaram a coleta de dados.

A média de idade da amostra foi de 70,2 ($\pm 7,6$), sendo essa utilizada para ponto de corte da população. A maioria do sexo feminino (n=89; 65,4%), referiram que não possuíam plano de saúde (n = 128; 94,1%) e que majoritariamente viviam com outras pessoas (n = 86; 63,2%). Quanto a escolaridade, observou-se predomínio de indivíduos com 4 a 8 anos de estudo (n = 74; 54,4%), seguidos por aqueles com 1 a 3 anos de estudo (n = 43; 31,6%).

Do ponto de vista clínico, 64,0% (n = 87) relataram diagnóstico de HAS, 8,1% (n = 11) relataram apenas Diabetes Mellitus tipo II, e 27,9% (n = 38) conviviam com ambas as condições. Os participantes referiram que sempre que buscavam o serviço de saúde eram atendidos pelos mesmos profissionais (n = 116; 85,3%).

Em relação à renda pessoal mensal, 63,2% (n = 86) declararam rendimentos superiores a um salário-mínimo, enquanto 36,8% (n = 50) relataram rendimentos de até um salário-mínimo. As características sociodemográficas detalhadas deste estudo estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II, com determinação das frequências absolutas e relativas percentuais. Brasília, DF, Brasil, 2025.

Variáveis (N=136)	n	f(%)
Idade (anos)		
Até 70 anos	85	62,5
Acima de 70 anos	51	37,5
<i>Média (DP)</i>	70,2 ($\pm 7,6$)	
<i>IC95%</i>	68,9 – 71,5	
<i>Mín – Máx</i>	60,0 – 89,8	
Sexo		
Masculino	47	34,6
Feminino	89	65,4
Escolaridade		
Nenhuma	5	3,7
1 a 3 anos	43	31,6
4 a 8 anos	74	54,4
9 anos	10	7,4

>9 anos	4	2,9
Prática Atividade Física		
Não	99	72,8
Sim	37	27,2
Estado de saúde autorreferido		
Ruim	20	14,7
Nem boa e nem ruim	87	64,0
Boa	28	20,6
Excelente	1	0,7
Renda Pessoal (R\$)		
Até 1 SM	50	36,8
Acima de 1 SM	86	63,2
<i>Média (DP)</i>	1.849,89 (\pm 926,05)	
<i>IC95%</i>	1.692,85 – 2.006,93	
<i>Mín – Máx</i>	1.000,00 – 9.000,00	

N: amostra total; *n*: frequência absoluta; *f*(%): frequência relativa percentual; DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%; Mín.: valor mínimo; Máx.: valor máximo; SM: salário-mínimo (referência: 1 SM = R\$ 1.518,00).

5.1 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO LS

As pontuações das médias por escala do HLQ-Br de ambas as partes 1 e 2 do instrumento estão descritas na Tabela 2. No geral, as pontuações mais baixas nas escalas da parte 1 foram registradas nas escalas 4 (*Suporte social para saúde*) com 2,60 (DP = 0,63; IC95%: 2,54–2,65); e 5 (*Avaliação das informações em saúde*) com 2,53 (DP = 0,59; IC95%: 2,46–2,56), indicando possíveis fragilidades nessas escalas. Na parte 2, as escalas com médias mais baixas foram na escala 8 (*Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde*), com média de 3,18 (DP=1,03; IC95%: 3,12 – 3,29) e 9 (*Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer*), com valor de média 3,23 (1,05; IC 95% 3,03 – 3,21).

Tabela 2 - Resumo estatístico das escalas da versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) aplicado para as 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II. Brasília, DF, Brasil, 2025.

Escala HLQ-Br	Média (DP) [95% IC]
	Score 1 (menor) - 4 (maior)
1 Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	2,68 (0,60) [2,63 – 2,73]
2 Informações suficientes para cuidar da saúde	2,77 (0,54) [2,72 – 2,81]
3 Cuidado ativo em saúde	2,72 (0,57) [2,64 – 2,74]

4 Suporte social para saúde	2,60 (0,63) [2,54 – 2,65]
5 Avaliação das informações em saúde	2,53 (0,59) [2,46 – 2,56]
Escore 1 (menor) - 5 (maior)	
6 Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	3,41 (0,93) [3,30 – 3,46]
7 Navegar no sistema de saúde	3,24 (1,0) [3,16 – 3,33]
8 Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	3,18 (1,03) [3,12 – 3,29]
9 Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	3,23 (1,05) [3,03 – 3,21]

DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Na parte 1 do HLQ-Br as maiores médias foram identificadas nas escalas 2 (*Informações suficientes para cuidar da saúde*), com média de 2,77 (DP = 0,54; 2,72 – 2,81) e 3 (*Cuidado ativo em saúde*) com média de 2,72 (DP=0,57; IC%: 2,64 – 2,74). As maiores médias na parte 2 foram observadas nas escalas 6 (*Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde*) e 7 (*Navegar no sistema de saúde*), com valores de 3,41 (DP = 0,93; IC95%: 3,30–3,46) e 3,24 (DP = 1,00; IC95%: 3,16–3,33).

As correlações de Spearman entre as variáveis contínuas e as escalas do HLQ-Br revelou correlações positivas entre renda e várias escalas do HLQ, especialmente Escala 6 ($\rho = 0,208$; $p = 0,0150$), Escala 7 ($\rho = 0,343$; $p < 0,0001$), Escala 8 ($\rho = 0,242$; $p = 0,0050$) e Escala 9 ($\rho = 0,225$; $p = 0,0080$), indicando que indivíduos com maior renda tendem a ter maior potencialidades relacionadas ao LS nessas escalas. E correlações negativas, embora não significativas, entre idade e algumas escalas do HLQ-Br, sugerindo que o letramento em saúde pode diminuir com o aumento da idade (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação de Spearman entre as variáveis contínuas e a escalas do HLQ para as 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II. Brasília, DF, Brasil, 2025. 35

Variáveis (N=136)		Idade	Renda	Escala 1 Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	Escala 2 Informações suficientes para cuidar da saúde	Escala 3 Cuidado ativo em saúde	Escala 4 Suporte social para saúde	Escala 5 Avaliação das informações em saúde	Escala 6 Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	Escala 7 Navegar no sistema de saúde	Escala 8 Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	Escala 9 Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer
Idade	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	1										
Renda	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	-0,128 0,1380	1									
Escala 1	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	0,004 0,9650	0,150 0,0810	1								
Escala 2	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	-0,100 0,2470	0,142 0,0990	0,457 <0,0001	1							
Escala 3	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	-0,144 0,0940	0,108 0,2090	0,399 <0,0001	0,425 <0,0001	1						
Escala 4	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	0,059 0,4960	-0,038 0,6630	0,391 <0,0001	0,323 <0,0001	0,500 <0,0001	1					
Escala 5	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	-0,014 0,8690	0,043 0,6200	0,412 <0,0001	0,330 <0,0001	0,444 <0,0001	0,633 <0,0001	1				
Escala 6	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	-0,048 0,5770	0,208 0,0150	0,351 <0,0001	0,250 0,0030	0,254 0,0030	0,289 0,0010	0,339 <0,0001	1			
Escala 7	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	-0,160 0,0620	0,343 < 0,0001	0,334 <0,0001	0,226 0,0080	0,167 0,0520	0,058 0,5010	-0,002 0,9780	0,499 <0,0001	1		
Escala 8	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	-0,164 0,0570	0,242 0,0050	0,405 <0,0001	0,240 0,0050	0,119 0,1670	0,065 0,4490	0,169 0,0490	0,561 <0,0001	0,706 <0,0001	1	
Escala 9	ρ (<i>rho</i>) <i>p</i> -valor	-0,088 0,3100	0,225 0,0080	0,184 0,0320	0,138 0,1090	0,107 0,2170	0,159 0,0650	0,258 0,0020	0,551 <0,0001	0,549 <0,0001	0,563 <0,0001	1

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

5.2 ANÁLISE DE CLUSTER

Foram constados que três clusters é a melhor solução para essa amostra com base na identificação do tamanho do cluster e na pontuação do LS. O número de pacientes em cada cluster HLQ-Br variou de 16 a 61. A comparação entre os três clusters identificados revelou diferenças estatisticamente significativas em cinco variáveis: escolaridade ($p=0,0008$), prática de atividade física ($p=0,0492$), estado de saúde autorreferido ($p=0,0020$), renda pessoal ($p<0,0001$) e atendimento contínuo pelo mesmo profissional ($p=0,0211$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação das características sociodemográficas e de saúde das 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II, estratificadas pelos clusters. Brasília, DF, Brasil, 2025.

Variáveis (N=136)	Cluster 1 (n=16; 11,8%)		Cluster 2 (n=61; 44,9%)		Cluster 3 (n=59; 43,4%)		p-valor
	N	f(%)	n	f(%)	n	f(%)	
Idade (anos)							
Até 70 anos	7	43,8	36	59,0	34	57,6	
Acimas de 70 anos	9	56,3	25	41,0	25	42,4	0,5363
Sexo							
Masculino	7	43,8	21	34,4	19	32,2	
Feminino	9	56,3	40	65,6	40	67,8	0,6897
Escolaridade							
Nenhuma	3	18,8	1	1,6	1	1,7	
1 a 3 anos	7	43,8	12	19,7	24	40,7	
4 a 8 anos	4	25,0	38	62,3	32	54,2	
9 anos	2	12,5	6	9,8	2	3,4	
>9 anos	0	0,0	4	6,6	0	0,0	0,0008
Problema de saúde							
HAS	11	68,8	38	62,3	38	64,4	
Diabetes Mellitus tipo II	2	12,5	3	4,9	6	10,2	
HAS e Diabetes Mellitus tipo II	3	18,8	20	32,8	15	25,4	0,0624
Pratica Atividade Física							
Não	8	50,0	49	80,3	42	71,2	
Sim	8	50,0	12	19,7	17	28,8	0,0492
Estado de saúde autorreferido							
Ruim	7	43,8	7	11,5	6	10,2	
Nem boa e nem ruim	3	18,8	44	72,1	40	67,8	
Boa	6	37,5	9	14,8	13	22,0	
Excelente	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0,0020
Renda Pessoal (R\$)							
Até 1 SM	14	87,5	14	23,0	22	37,3	
Acima de 1 SM	2	12,5	47	77,0	37	62,7	<0,0001

Atendido pelo mesmo profissional

Não	6	37,5	8	13,1	6	10,2	
Sim	10	62,5	53	86,9	53	89,8	0,0211

N: amostra total; n: frequência absoluta; f(%): frequência relativa percentual; HAS: hipertensão arterial sistêmica; SM: salário-mínimo (referência: 1 SM = R\$ 1.518,00).

O Quadro 2 apresenta uma síntese das principais características de cada grupo. O Cluster 1 foi composto por indivíduos com maior vulnerabilidade social e em saúde, apresentando as piores médias nas escalas do HLQ. O Cluster 2 reuniu participantes com melhores escores nas escalas, maior autonomia e acesso contínuo aos cuidados, além de melhores condições socioeconômicas e de letramento em saúde. Já o Cluster 3 apresentou um perfil intermediário, com destaque para limitações nas habilidades críticas de letramento.

Quadro 2 - Perfis Identificados: Análise de Cluster.

Cluster	Perfil
Cluster 1	Alta vulnerabilidade e piores médias; Participantes mais velhos; Baixa escolaridade e renda; Percepção negativa da saúde; Menor condição de LS.
Cluster 2	Melhores escores e maior autonomia; Melhores condições socioeconômicas; Acesso contínuo aos cuidados de saúde; Maior condição de LS.
Cluster 3	Perfil intermediário, com limitações nas habilidades críticas.

Fonte: Autoria própria.

CLUSTER 1

O Cluster 1 compreendeu 11,8% da amostra (n=16) e representou o grupo de maior vulnerabilidade social e em saúde em comparação com a amostra total. Este grupo foi caracterizado pelas menores médias em todas as escalas, com destaque para as escalas interativas da parte 2 do instrumento, definidos conforme relação com as condições de LS de Nutbeam (2008) e Osborne *et al.* (2013): *Navegar no sistema de saúde* (Escala 7 - média: 1,82) e *Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde* (Escala 8 - média: 1,66). Esses

resultados indicam maiores dificuldades desses participantes em encontrar, compreender e utilizar informações para tomar decisões em saúde.

Esse cluster também concentrou participantes em situação socioeconômica mais limitada, 87,5% possuíam renda pessoal de até um salário-mínimo ($p < 0,0001$) e 62,6% tinham até 3 anos de escolaridade (sendo 18,8% analfabetos). Do ponto de vista da saúde, 43,8% relataram estado de saúde ruim ($p = 0,0020$), e 18,8% conviviam com hipertensão e diabetes simultaneamente, indicando maior complexidade clínica. Destaca-se que 62,5% eram atendidos pelo mesmo profissional de saúde, o menor percentual entre os grupos ($p = 0,0211$). Além disso, esse cluster apresentou a maior proporção de pessoas sem plano de saúde (81,3%).

Observou-se também que, apesar de o Cluster 1 reunir participantes mais vulneráveis em aspectos sociais, metade deles relatou prática regular de atividade física, o que contrasta com os outros clusters, especialmente o 2 (apenas 19,7% praticam atividades físicas).

CLUSTER 2

O Cluster 2 ($n=61$; 44,9%) apresentou as maiores médias em todas as escalas, com valores próximos ao ponto máximo da escala especialmente nas dimensões relacionadas a interação com os serviços de saúde: *Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde* (Escala 6 - Média: 3,78) e *Navegar no sistema de saúde* (Escala 7 - média: 3,78), ambas muito próximas ao ponto máximo da escala.

Também foram altas as médias nas escalas *Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer* (Escala 9 – 3,69) e *Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde* (Escala 8 – 3,70), o que revela maior autonomia no cuidado à saúde.

No aspecto social, esse cluster se destacou por maior escolaridade, com 62,3% dos participantes tendo entre 4 e 8 anos de estudo ($p = 0,0008$) e 77% com renda pessoal superior a um salário-mínimo. Apenas 11,5% relataram estado de saúde ruim, e um vínculo forte com o mesmo profissional de saúde (86,9%), o que pode contribuir diretamente para melhores experiências e resultados em saúde. Contudo, apresentou a menor frequência de atividade física regular (19,7%), o que pode representar um ponto de atenção na promoção da saúde nesse grupo.

CLUSTER 3

O Cluster 3 ($n = 59$; 43,4%) obteve resultados intermediários, com médias geralmente superiores às do Cluster 1, mas inferiores às do Cluster 2. Suas maiores médias foram observados nas escalas: *Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde*

(Escala 6 - Média: 3,41) e *Navegar no sistema de saúde* (Escala 7 - Média: 3,08), enquanto as menores médias apareceram nas escalas: *Avaliação das informações em saúde* (Escala 5 - Média: 2,54) e *Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer* (Escala 9 - Média: 3,02). Esses resultados sugerem maior familiaridade com o sistema de saúde e boa comunicação com profissionais de saúde que acompanham estes participantes, mas ainda com desafios na análise crítica e aplicação de informações em contextos práticos.

Quanto ao perfil sociodemográfico, 54,2% tinham entre 4 e 8 anos de escolaridade, e 62,7% possuíam renda superior a um salário-mínimo. Apesar de 67,8% relatarem sua saúde como "nem boa nem ruim", apenas 10,2% classificaram como ruim. Em termos de continuidade do cuidado, 89,8% eram atendidos pelo mesmo profissional de saúde, o maior percentual entre os grupos. Além disso, 28,8% realizavam atividade física, situando-se entre os Clusters 1 e 2.

Esses achados reforçam que as condições de letramento em saúde variam significativamente entre os grupos e estão alinhados aos seus respectivos perfis sociodemográficos e de saúde (Tabelas 4), o que permitiu identificar padrões distintos de vulnerabilidade e potencialidades relacionadas ao LS.

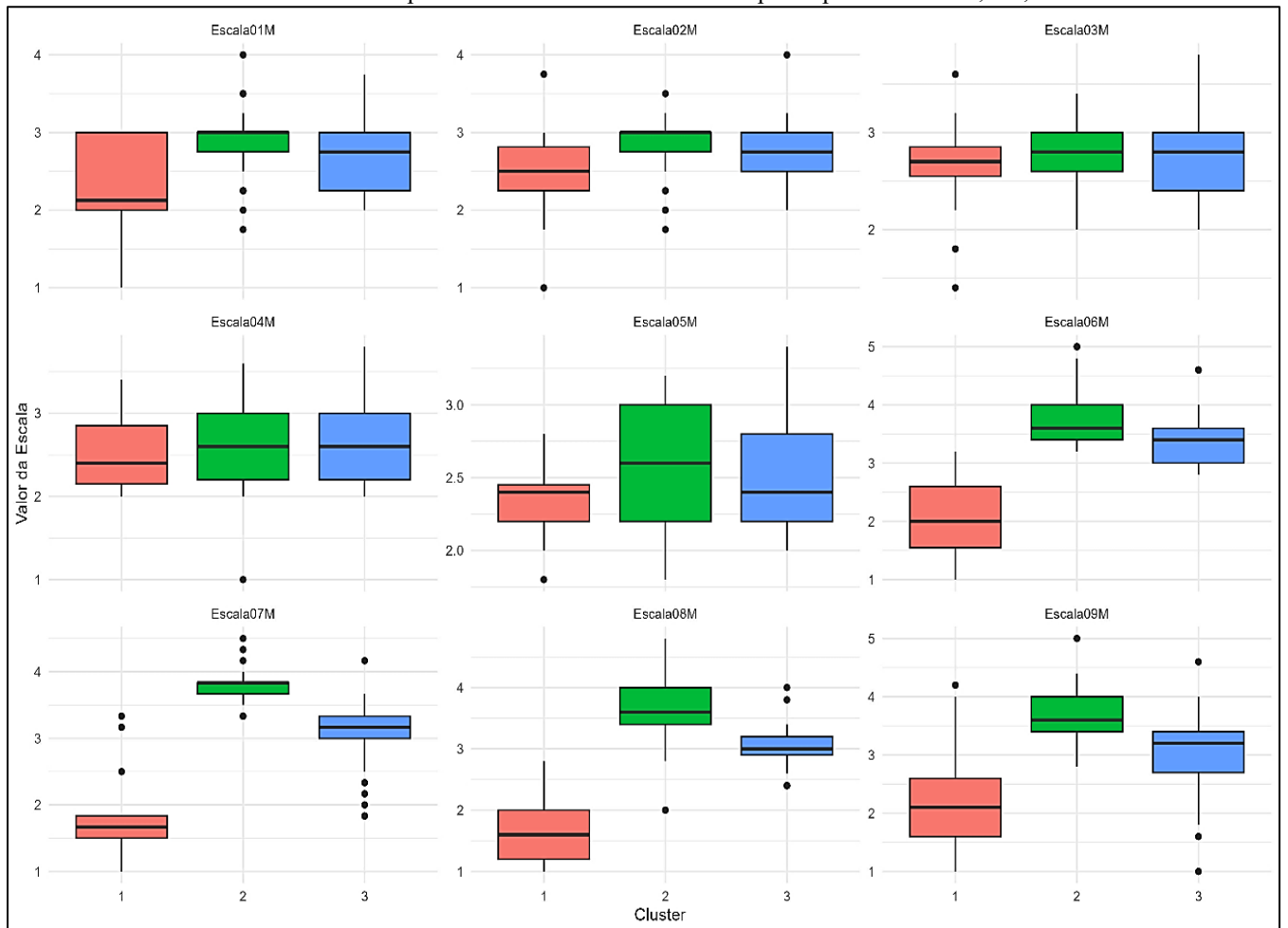
As nove escalas do HLQ-Br estratificadas pelos clusters estão apresentadas na Tabela 5. A representação visual (diagrama de caixa – *boxplot*) da distribuição das escalas do HLQ-Br pelos clusters a partir da Tabela 5 está apresentada no Gráfico 2.

Tabela 5 - Cálculo das médias, desvios padrão e intervalos de confiança de 95%, das nove escalas do HLQ - Br, estratificadas pelos clusters na amostra total (N= 136) Brasília, DF, Brasil, 2025.

Escalas do HLQ-Br	Escala 1 Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	Escala 2 Informações suficientes para cuidar da saúde	Escala 3 Cuidado ativo em saúde	Escala 4 Suporte social para saúde	Escala 5 Avaliação das informações em saúde	Escala 6 Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	Escala 7 Navegar no sistema de saúde	Escala 8 Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	Escala 9 Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer
Cluster 1 (n=16; 11,8%)									
Média	2,28	2,52	2,64	2,53	2,35	2,03	1,82	1,66	2,26
DP	0,61	0,62	0,52	0,48	0,26	0,61	0,66	0,50	0,90
IC95% Menor	1,96	2,19	2,36	2,27	2,21	1,70	1,47	1,40	1,78
IC95% Maior	2,61	2,84	2,92	2,78	2,49	2,35	2,18	1,93	2,74
Cluster 2 (n=61; 44,9%)									
Média	2,84	2,84	2,78	2,62	2,57	3,78	3,78	3,70	3,69
DP	0,36	0,31	0,30	0,44	0,38	0,44	0,22	0,41	0,41
IC95% Menor	2,74	2,76	2,70	2,50	2,47	3,66	3,72	3,59	3,59
IC95% Maior	2,93	2,92	2,86	2,73	2,66	3,89	3,84	3,80	3,80
Cluster 3 (n=59; 43,4%)									
Média	2,63	2,76	2,67	2,61	2,54	3,41	3,08	3,05	3,02
DP	0,38	0,38	0,37	0,44	0,39	0,40	0,46	0,32	0,62
IC95% Menor	2,53	2,66	2,57	2,49	2,43	3,31	2,96	2,97	2,86
IC95% Maior	2,73	2,86	2,77	2,72	2,64	3,52	3,20	3,14	3,19

N: amostra total; DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Gráfico 2 - Gráficos *boxplot* para cada uma das nove escalas do HLQ-BR considerando os três clusters identificados na amostra das 136 pessoas idosas com HAS e/ou DM II participantes. Brasília, DF, Brasil 2025.



Cada *boxplot* representa os escores das nove escalas do HLQ-Br, distribuídos entre os três clusters (1, 2 e 3, no eixo X). As caixas indicam a mediana, os quartis e os limites de 1,5 vezes o intervalo interquartil ("bigodes"), com outliers representados por pontos fora desse intervalo. As cores correspondem aos clusters: vermelho (Cluster 1), verde (Cluster 2) e azul (Cluster 3).

Fonte: Autoria própria.

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, conduzimos uma análise epidemiológica descritiva e uma análise de cluster para explorar o LS, e as características sociodemográficas de pessoas idosas que convivem com HAS e/ou DM II no contexto da atenção primária da saúde. Buscamos gerar uma compreensão diferenciada do significado dos dados, evidenciando a heterogeneidade presente mesmo dentro de uma amostra relativamente homogênea. O estudo também permitiu a comparação de métodos pelos quais os dados podem ser interpretados contribuindo com evidências que podem influenciar decisões sobre iniciativas e políticas de saúde pública.

6.1 A ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO LS POR MEIO DAS ESCALAS DO HLQ-BR

Na análise epidemiológica dos escores do HLQ-Br, os menores desempenhos dos participantes, na parte 1, foram observados nas escalas 5 – *Avaliação das informações em saúde* e 4 – *Suporte social para saúde*, sugerindo que muitas pessoas idosas enfrentam dificuldades para julgar a confiabilidade das informações disponíveis e contar com redes de apoio para lidar com questões de saúde. Estudos que apresentaram resultados semelhantes de médias mais baixas em pessoas idosas apontam que a Escala 5 tende a apresentar médias reduzidas porque seus itens são, por natureza, mais difíceis de alcançar níveis elevados, dado o nível de julgamento crítico exigido em seu conteúdo. Por outro lado, as médias mais elevadas nas escalas 2 – *Informações suficientes para cuidar da saúde* e 3 – *Cuidado ativo em saúde* indicam que os participantes em sua maioria, percebem-se como minimamente informados e engajados no cuidado com a própria saúde (Ganguli *et al.*, 2021; Fry *et al.*, 2024).

Na Parte 2, as médias se concentraram nas faixas superiores da escala, especialmente nas escalas 6 – *Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde* e 7 – *Navegar no sistema de saúde*, apontando maior confiança para lidar com os serviços de saúde. Já as escalas 8 – *Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde* e 9 – *Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer* revelaram desafios persistentes na obtenção e interpretação da informação em saúde. Resultados análogos foram igualmente descritos em investigações conduzidas com populações idosas na Malásia e na Austrália, reforçando a recorrência desses achados em diferentes contextos internacionais (Ganguli *et al.*, 2021; Jacinto *et al.*, 2021).

6.2 CLUSTERS E AS NECESSIDADES DE LS

O Cluster 1, que apresentou a menor condição de LS, é composto predominantemente por indivíduos mais velhos, com baixa escolaridade, baixa renda e percepção negativa do estado de saúde. Já o Cluster 2, com maiores condições de LS, agregou participantes com melhores condições socioeconômicas e acesso contínuo aos cuidados em saúde. O Cluster 3 ocupou uma posição intermediária, apresentando condições razoáveis de LS, mas com escalas que ainda requerem atenção e intervenção.

As correlações observadas entre renda e as escalas do HLQ reforçam a influência dos determinantes sociais da saúde sobre o LS. O Cluster 1, caracterizado por maior vulnerabilidade em saúde, também apresentou as maiores dificuldades financeiras. Em contrapartida, os Clusters 2 e 3, que demonstraram condições mais elevadas de LS, incluíram participantes com renda superior a um salário-mínimo. Esse padrão reforça evidências já documentadas na literatura, segundo as quais indivíduos com maior status socioeconômico tendem a apresentar melhor capacidade de lidar com questões de saúde (Beauchamp *et al.*, 2016; Smith; Ho; Poon, 2022; Lu *et al.*, 2023; Pagán; Schmitter-Edgecombe, 2024; Cheng, *et al.*, 2024; Aragão *et al.*, 2025).

Os resultados também confirmam a forte associação entre escolaridade e LS. O Cluster 1 concentrou 62,6% dos participantes com até três anos de escolaridade e apresentou as médias mais baixas em todas as escalas do HLQ, sobretudo nas escalas interativas e funcionais como *Navegar no sistema de saúde* (Escala 7) e *Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer* (Escala 9). Em contraste, o Cluster 2, formado majoritariamente por pessoas com quatro a oito anos de escolaridade (62,3%), obteve os maiores escores em todas as escalas, incluindo “*Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde* (Escala 6) e *Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde* (Escala 8). Esses achados reiteram que a escolaridade, mesmo que básica, constitui um determinante relevante da autonomia e da competência para o cuidado, mediando o acesso, a compreensão e o uso crítico das informações em saúde (Lima *et al.*, 2024; Aragão *et al.*, 2025).

Embora a condição de saúde autorreferida não tenha sido estatisticamente significativa, observou-se que o Cluster 1 concentrou a maior proporção de participantes que avaliaram negativamente sua própria saúde. Uma possível explicação para esse achado é que pessoas idosas com baixa condição de LS tendem a ter maiores dificuldades com o autocuidado, o que pode influenciar negativamente a percepção sobre sua saúde (Maximiano-Barreto *et al.*, 2025).

Por outro lado, apenas 10,2% dos participantes do Cluster 3 relataram estado de saúde ruim, sendo este um grupo com alto percentual de vínculo com a equipe de saúde - 89,8% relataram consultar com o mesmo profissional de saúde. Ao analisar a amostra sem clusterização, 85,3% dos participantes do total referiram que sempre usavam o serviço de saúde com os mesmos profissionais, sugerindo que mais da metade possuem o mesmo perfil. Com a clusterização, tornou-se possível compreender o perfil daqueles que não tem o mesmo acompanhamento comparado aos que possuem e expondo as diferenças da amostra que aparentam ser gerais do grupo inteiro (Lima *et al.*, 2024; Cheng *et al.*, 2024).

A literatura aponta que o vínculo, por meio de relações duradouras com profissionais de saúde, contribui para maior confiança, comunicação eficaz e, conseqüentemente, melhor condição de LS entre pessoas idosas (Carollo, 2015; Fagundes *et al.*, 2023). Adicionalmente, estudos demonstram que a autoavaliação positiva da saúde tende a ser mais comum entre indivíduos com condições mais elevadas de LS, independentemente de fatores sociodemográficos (Nie *et al.*, 2021).

Apesar do Cluster 2 demonstrar altas médias de LS, este foi o grupo com menor proporção de pessoas idosas que relataram praticar atividade física. Em contrapartida, o Cluster 1 - com maior vulnerabilidade social e a maior proporção de pessoas idosas acima de 70 anos - apresentou um equilíbrio, com 50% relatando praticar atividade física. Esses achados corroboram com uma revisão sistemática que identificou que pessoas idosas com LS baixo têm 38% menos probabilidade de praticar atividade física do que aqueles com LS adequado (Lim *et al.*, 2021).

Uma hipótese para essa aparente contradição pode estar relacionada à dificuldade dos participantes do Cluster 1 em compreender e aplicar corretamente as informações sobre atividade física, devido à baixa pontuação em escalas críticas, como *compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer* (Escala 9) e *Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde* (Escala 8). Um estudo identificou que pessoas idosas com baixo LS enfrentam dificuldades para compreender corretamente recomendações sobre atividade física, especialmente quando a linguagem utilizada não é acessível ou adaptada às suas necessidades (Geboers *et al.*, 2016; Babak *et al.*, 2022).

De forma geral, os resultados obtidos com o uso do HLQ destacaram a fragilidade de determinadas escalas, particularmente as escalas 8 (*Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde*) e 9 (*Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer*), que apresentaram as médias mais baixas nos Clusters 1 e 3. Isso evidencia desafios importantes quanto à localização, compreensão e aplicação de informações em saúde para tomada de

decisão assertiva, sendo esse um aspecto frequentemente não identificado em análises que não empregam técnicas de agrupamento (Passi *et al.*, 2023; Andersen *et al.*, 2024; Cheng *et al.*, 2024).

Embora a presença de HAS e/ou DM II não tenha apresentado associação estatisticamente significativa entre os clusters, observou-se que o Cluster 2 — com maiores condições de letramento em saúde — concentrou a maior proporção de indivíduos que relataram ambas as comorbidades (32,8%), em contraste com o Cluster 1 (18,8%), o qual apresentou as menores médias na Escala 9 do HLQ-Br (Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer). Ainda que o tempo de diagnóstico e tratamento não tenha sido considerado neste estudo, é possível que níveis mais elevados de LS estejam associados não somente a maior escolaridade, como também ao maior reconhecimento e autogestão/controle de condições crônicas simultâneas, conforme apontado em estudos prévios com adultos e pessoas idosas com HAS e/ou DM II (Paes *et al.*, 2022; Maximiano-Barreto *et al.*, 2025; Paes *et al.*, 2025).

A identificação de perfis distintos de LS em uma amostra atendida na atenção primária mostra o potencial analítico da técnica de clusterização. Essa abordagem possibilitou o reconhecimento de fragilidades específicas, contribuindo para a formulação de estratégias de intervenção mais direcionadas. As ações voltadas para a promoção do LS devem considerar as necessidades específicas de cada grupo, incluindo barreiras cognitivas, sociais e organizacionais.

Este estudo constatou que a análise de clusters é útil para ir além das generalizações sobre populações e identificar os pontos fortes e as necessidades específicas dos diversos grupos de pessoas dentro de uma população. Pessoas com diferentes padrões de pontos fortes e necessidades podem precisar de apoio para superar barreiras de acesso a serviços de saúde de maneiras diferentes de pessoas com outros pontos fortes e necessidades. A análise de clusters amplia a análise epidemiológica descritiva para revelar as diferentes necessidades de diferentes grupos, de modo que as intervenções possam ser adaptadas para promover saúde e equidade para pessoas em toda a sua diversidade (Passi *et al.*, 2023).

O estudo permitiu expandir detalhes de análises epidemiológicas do letramento em saúde e identificou três subgrupos de pessoas idosas que convivem com HAS e/ou DM II atendidas na atenção primária a saúde. A análise de clusters forneceu uma compreensão mais detalhada do LS dentro de uma população subsidiando ações personalizadas para o desenvolvimento do LS e promover a equidade em saúde e não deixar ninguém para trás.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo realizar análise epidemiológica e de cluster para descrever os pontos fortes e os desafios de letramento em saúde de pessoas idosas com HAS e/ou DM II atendidas na atenção primária à saúde no Distrito Federal, Brasil. A partir da utilização do HLQ-Br, foi possível identificar não apenas a condição geral de LS da amostra, mas também compreender a heterogeneidade dos perfis existentes dentro da população estudada.

Os achados da análise epidemiológica evidenciaram que o LS da população idosa com HAS e/ou DM II na APS apresenta importantes fragilidades, sobretudo nas escalas relacionadas à “capacidade de avaliar informações” e “encontrar boas informações sobre saúde”. Essas escalas se mostraram especialmente críticas para pessoas idosas que apresentam baixa escolaridade, menor renda e menor acesso a redes de apoio social. Por outro lado, escalas como a interação com os profissionais de saúde e a navegação nos serviços apresentaram médias mais elevadas, sugerindo que o vínculo estabelecido com os serviços da APS e seus profissionais contribui positivamente para a experiência desses indivíduos no cuidado em saúde.

A análise de cluster, de forma inovadora, permitiu aprofundar a compreensão sobre a heterogeneidade do LS na amostra. Foram identificados três perfis distintos: um grupo de alta vulnerabilidade, com piores médias em quase todas as escalas do HLQ-Br; um grupo intermediário, com bom desempenho nas escalas referente as interações com os serviços, mas com limitações nas habilidades críticas e na gestão da própria saúde; e um grupo de melhor desempenho nas escalas, caracterizado por melhores condições socioeconômicas, maior escolaridade e maior autonomia na busca, compreensão e aplicação de informações em saúde.

O uso da AC agregou robustez à análise quantitativa e reforçou que o letramento em saúde não é um fenômeno homogêneo na população. Ele evidencia que análises baseadas apenas em médias populacionais, como nas abordagens epidemiológicas tradicionais, são insuficientes para capturar a complexidade e a diversidade das capacidades em saúde. A análise de clusters demonstrou ser uma ferramenta sensível e eficaz para identificar grupos com perfis e necessidades distintas, permitindo compreender como fatores sociais, econômicos e contextuais se associam ao LS e, conseqüentemente, contribuindo para a formulação de estratégias de intervenção mais direcionadas, equitativas e efetivas.

Os resultados aqui apresentados reforçam que o LS não é uma habilidade meramente individual, mas um fenômeno social, relacional e profundamente dependente dos determinantes sociais, econômicos e culturais. Portanto, os desafios identificados transcendem a

responsabilidade dos indivíduos e devem ser compartilhados sobretudo, com os serviços de saúde e os sistemas públicos, que precisam se adaptar para serem verdadeiramente letrados em saúde. Isso inclui, entre outros aspectos, a simplificação da comunicação, o fortalecimento do vínculo profissional-usuário, a criação de materiais acessíveis e compreensíveis, bem como a adoção de práticas centradas no usuário, respeitando seus saberes, suas experiências e sua autonomia.

Adicionalmente, os achados revelam alerta importante para a gestão das condições crônicas na APS. A coexistência de HAS e/ou DM II que impõem demandas significativas ao LS das pessoas idosas. O manejo conjunto dessas condições exige não apenas compreensão sobre os regimes terapêuticos, mas também a capacidade de avaliar riscos, interpretar sintomas, tomar decisões cotidianas informadas e navegar adequadamente pelo sistema de saúde. Quando há limitações no LS, esse processo se torna comprometido, aumentando o risco de descompensações clínicas, hospitalizações e, conseqüentemente, maior carga sobre o sistema de saúde.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o uso de uma amostra não probabilística e por conveniência, o que limita a representatividade da população e a generalização dos achados para outras populações. Além disso, não foram exploradas de forma aprofundada as relações entre o letramento em saúde e as condições clínicas dos participantes, bem como este estudo não foi capaz de identificar ou levantar hipóteses sobre as causas das diferenças observadas entre os clusters, o que representa uma oportunidade relevante para investigações futuras.

Pesquisas com abordagens mistas, incorporando dados qualitativos que permitam compreender mais profundamente os significados, as barreiras e os facilitadores do LS na vida de pessoas idosas com HAS e/ou DM tipo II podem preencher essas lacunas. Além disso, seria relevante expandir a utilização da análise de clusters para outros contextos populacionais e condições clínicas, fortalecendo sua aplicabilidade no planejamento de políticas e serviços de saúde.

Por fim, os resultados desta pesquisa fornecem subsídios valiosos para a prática dos profissionais de saúde, para a gestão dos serviços e para a formulação de políticas públicas. Eles reafirmam a necessidade de que a APS seja não apenas um espaço de assistência, mas também de promoção do LS, contribuindo para a autonomia da pessoa idosa no manejo de suas condições de saúde e, conseqüentemente, para a melhoria de seus desfechos em saúde e qualidade de vida.

Considerando o envelhecimento acelerado da população brasileira e a elevada prevalência de doenças crônicas como HAS e DM II entre pessoas idosas, investir no

desenvolvimento do LS emerge como uma estratégia indispensável para fortalecer a atenção primária, reduzir iniquidades e garantir que ninguém seja abandonado no acesso, na compreensão e na utilização dos cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Aboumatar, H.J. *et al.* The Impact of Health Literacy on Desire for Participation in Healthcare, Medical Visit Communication, and Patient Reported Outcomes among Patients with Hypertension. **J Gen Intern Med**, v. 28, 1469–1476, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2466-5>.
2. Andersen, M.H. *et al.* Profiles of health literacy and digital health literacy in clusters of hospitalised patients: a single-centre, cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 14, n. 5, e077440, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077440>.
3. Aragão, B.M. *et al.* Associação entre letramento em saúde e aspectos sociodemográficos, funcionalidade, felicidade e percepção da pandemia de COVID-19 de pessoas idosas: estudo preliminar. **CoDAS**, v. 37, n. 2, e20240082, 2025. Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/e20240082pt>.
4. Azami-Aghdash, S. *et al.* The impact of professional oral health care on the oral health of older people: a systematic review and meta-analysis. **BMC Oral Health**, v.24, n.1, 2024. Doi:<https://doi.org/10.1186/s12903-024-05382-4>.
5. Azevedo, A.L.S. *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 29, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00134812>.
6. Babak, M. *et al.* The factors in older adults' health literacy in the field of physical activity: a qualitative study. **BMC Geriatrics**, v.22, n.630, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03320-z>.
7. Batterham, R.W. *et al.* The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. **BMC Public Health**, v.14, n.694, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-694>.
8. Beauchamp, A. *et al.* Optimising health literacy and access of service provision to community dwelling older people with diabetes receiving home nursing support. **Journal of Diabetes Research**, e2483263, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/2483263>.
9. Berkman, N.D. *et al.* Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v.155, n.2, 2011. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>.

10. Brasil. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2022.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>. Acesso: 2 jul. 2025.
13. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2012.
14. Brasil. SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 4 abr. 2025.
15. Brasil. SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Novas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020. Disponível em: <https://www.sbh.org.br/arquivos/novas-diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 3 abr. 2025.
16. Carollo, S. Low health literacy in older women: the influence of patient–clinician relationships. **Geriatric Nursing**, v.36, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.017>.
17. Cavalcanti, E. O. *et al.* Multidimensional view of the Health Literacy level of adult patients in primary healthcare. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 33, p. e20240082, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0082pt>.
18. Cheng, C. *et al.* Measuring health literacy to inform actions to address health inequities: a cluster analysis approach based on the Australian national health literacy survey. **Journal of Public Health** (Oxford), v.46, n.4, e663–e674, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdae165>.
19. Colissi, J. K. *et al.* Prevalência de Diabetes Mellitus tipo II diagnosticada em idosos usuários do SUS do município de Osório-RS. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, 2024, ISSN: 25661514.
20. Fagundes, A.J. *et al.* Letramento em saúde e a prática do profissional da enfermagem nos cuidados aos idosos. **Revista Nursing**, v.26, n.305, 2023. Doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i305p9986-9992>.
21. Field A. Descobrimo a estatística usando o SPSS. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.

22. Fontbonne, A. *et al.* Relações entre os atributos de qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família e o controle dos fatores prognósticos de complicações. **Cadernos saúde coletiva**, v. 26, p. 418-424, 2018.
23. Francisco, P. M. S. B. *et al.* Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do Estudo Fibra. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.25, n.5, e210203, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210203.pt>.
24. Freebody, P.; Luke, A. 'Literacies' programs: debates and demands in cultural context. **Prospect: an Australian journal of TESOL**, 5(3), pp. 7-16, 1990.
25. Freitas EV. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
26. Fry, J.M. *et al.* Health literacy and older adults: findings from a national population-based survey. **Health Promotion Journal of Australia**, v.35, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1002/hpja.779>.
27. Ganguli, M. *et al.* Aging and functional health literacy: a population-based study. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v.29, n.9, 2021. Doi:<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.12.007>.
28. García-Vera, E.M. *et al.* Health literacy and its association with the control of hypertension. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v.62, n.3, 2024. Doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10998845>.
29. Geboers, B. *et al.* Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults: results from the LifeLines Cohort Study. **Journal of Health Communication**, v.21, n.2, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1201174>.
30. Guibi, I.A. *et al.* Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 51, 2017. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007070>.
31. Hawkins, M. *et al.* The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores. **BMC Health Services Research**, v.17, n.1, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2221-9>.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo de 2022. População por idade e sexo. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>.
33. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Brussels: 11th ed., 2025. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>. Acesso em: 2 jul. 2025.

34. Jacinto, A.F. *et al.* Test-retest reliability of the Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) in Brazilian carers of older people. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.67, n.4, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20201102>.
35. Lima, E. *et al.* Factors associated with poor health literacy in older adults: a systematic review. **Geriatric Nursing**, v.55, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.11.016>.
36. Lim, M.L. *et al.* Association between health literacy and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. **Health Promotion International**, v.36, n.5, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa072>.
37. Lu, J. *et al.* Health literacy and health outcomes among older patients suffering from chronic diseases: a moderated mediation model. **Frontiers in Public Health**, v.10, n1069174, 2023. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1069174>.
38. Machado, A. L. G. *et al.* Instruments of health literacy used in nursing studies with hypertensive elderly. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 101–107, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45139>.
39. Mantwill, S.; Monestel-Umaña, S.; Schulz, P.J. The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. **PLoS One**, v.10, n. e0145455, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145455>.
40. Marais, S.; Conradie, G.; Kritzinger, A. Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa. **International Journal of Older People Nursing**, v.1, n.3, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2006.00025.x>.
41. Marques, S.R.L.; Lemos, S.M.A. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. **Audiology - Communication Research**, v.22, e1757, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1757>.
42. Maximiano-Barreto, M.A. *et al.* Chronic conditions and health literacy in Brazilian community-dwelling older people: a cross-sectional study. **Health Literacy Communications Open**, v.3, n.1, 2025. Doi: <https://doi.org/10.1080/28355245.2025.2465310>.
43. Melwani, S. *et al.* Health literacy profiles of pregnant women and mothers in Tasmania: a cluster analysis. **Health Promotion Journal of Australia**, v.365, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1002/hpja.854>.
44. Mohseni, M. *et al.* The relationship between health literacy and health status among elderly people in Kerman, Iran. **Salmand Iran Journal of Ageing**, v.10, n.4, 2015.
45. Moraes, K. L. *et al.* Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) to Brazilian Portuguese. **Acta Paul Enferm**, v. 34, eAPE02171, 2021. Doi: [10.37689/acta-ape/2021AO02171](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171).

46. Nie, X. *et al.* The association between health literacy and self-rated health among residents of China aged 15–69 years. **American Journal of Preventive Medicine**, v.60, n.4, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.05.032>.
47. Nguena, N.H.L. *et al.* Trajectory modelling techniques useful to epidemiological research: a comparative narrative review of approaches. **Clinical Epidemiology**, v.12, 2020. Doi: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S265287>.
48. Nunes, L.M.; Kluck, M.M.; Fachel, J.M.G. Uso da imputação múltipla de dados faltantes: uma simulação utilizando dados epidemiológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.2, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200005>.
49. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, v. 67, n. 2, 2008. Doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
50. Office of Disease Prevention and Health Promotion (OASH). Health literacy in Healthy People 2030. 2020. Disponível em: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>.
51. Osborne, R.H. *et al.* The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC Public Health**, 13:658, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>.
52. Pace, A.E. *et al.* Adaptation and validation of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale to Brazilian Portuguese. **Revista Latino-Am**, v. 25, e2861, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1543.2861>.
53. Pagán, C.R.; Schmitter-Edgecombe, M. Health literacy in older adults: the newest vital sign and its relation to cognition and healthy lifestyle behaviors. **Applied Neuropsychology: Adult**, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1080/23279095.2024.2334348>.
54. Paes, R.G. A influência da literacia em saúde e do conhecimento da doença na autogestão do cuidado em adultos com diabetes mellitus tipo 2: subsídios para enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.
55. Paes, R. G. *et al.* Efeitos de intervenção educativa no letramento em saúde e no conhecimento sobre diabetes: estudo quase-experimental. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210313, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0313pt>.
56. Paes, R.G. *et al.* Health literacy of adults from primary care with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.59, e20240338, 2025. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0338en>.

57. Passi, R. *et al.* Health literacy strengths and challenges among residents of a resource-poor village in rural India: epidemiological and cluster analyses. **PLOS Global Public Health**, v.3, n.2, e0001595, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001595>.
58. Pasklan, A.N.P. *et al.* Letramento em saúde e características socioeconômicas das pessoas idosas: uma abordagem da comunicação no sistema único de saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 10, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i2.4487>.
59. Roshan, A.G.; Hosseinkhani, S.N.; Norouzadeh, R. Health literacy and self-efficacy of the elderly with diabetes. **J Diabetes Metab Disord**, v. 22, n. 01, 2023. Doi: [10.1007/s40200-023-01181-w](https://doi.org/10.1007/s40200-023-01181-w).
60. Santos, M.I.P.O.; Portella, M.R. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.1, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690121i>.
61. Scortegagna, H.M. *et al.* Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. **Rev.Esc.Anna Nery**, v. 25, n. 04, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0199>.
62. Silva, D.S.M. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.25, n.5, e210204, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210204.pt>.
63. Smith, G.D.; Ho, K.H.M; Poon, S.; Chan, S.W. Beyond the tip of the iceberg: health literacy in older people. **Journal of Clinical Nursing**, v.31, 5-6, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.16109>.
64. Tavousi, M. *et al.* Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. **Plos One**, v. 17, n. 7, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>.
65. World Health Organization (WHO). Health Literacy. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>. Acesso em: 7 de maio de 2025.
66. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf> Acesso em: 7 de maio de 2025.
67. World Health Organization (WHO). Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> Acesso em: 7 de maio de 2025.

APÊNDICE

APÊNDICE A – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Ficha de Caracterização dos Participantes

Nome: _____	Data de nascimento: __/__/__
Data da coleta: __/__/__	
Local coleta de dados:	Telefone: _____
<input type="checkbox"/> UBS 02	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> UBS 09	Vive só: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (especificar): _____
	Renda pessoal (valor): _____
	Renda familiar (valor): _____
	Qual sua situação de trabalho hoje (marque apenas uma opção):
Escolaridade (anos de estudo): _____	<input type="checkbox"/> Trabalho tempo integral _____
<input type="checkbox"/> 0 ano	<input type="checkbox"/> Trabalho meio período (especificar) _____
<input type="checkbox"/> 1 – 3 anos	<input type="checkbox"/> Tarefas do lar
<input type="checkbox"/> 4- 8 anos	<input type="checkbox"/> Estudante em tempo integral
<input type="checkbox"/> 9 anos	<input type="checkbox"/> Estudante meio período
<input type="checkbox"/> 9 – 11 anos	<input type="checkbox"/> Aposentado
<input type="checkbox"/> ≥ 12 anos	<input type="checkbox"/> Temporariamente afastado devido a doença
	<input type="checkbox"/> Outro _____

Acesso e utilização dos Serviços de Saúde

Qual fonte de informação você utiliza com mais frequência para obter informação sobre saúde? (marque apenas uma opção)	Qual dos meios de transporte você frequentemente utiliza para chegar aos serviços de saúde que você precisa? (marque apenas uma opção).
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Transporte coletivo
<input type="checkbox"/> Televisão	<input type="checkbox"/> Carro próprio
<input type="checkbox"/> Rádio	<input type="checkbox"/> Ambulância (SAMU)
<input type="checkbox"/> Jornal	<input type="checkbox"/> Não utilizo meio de transporte (a pé)
<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Outros _____
Você utiliza algum plano de saúde particular?	Dificuldade de compreender informações sobre saúde de maneira escrita?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A última vez que você procurou atendimento de saúde você foi atendido por qual tipo de serviço?	Quando você precisa de atendimento à saúde você procura sempre o mesmo serviço e/ou profissional de saúde?
<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Condição de Saúde

Você tem algum problema de saúde?	
<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Problemas cardíaco (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica
<input type="checkbox"/> Câncer (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Asma ou problemas pulmonares
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Outro (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Depressão ou ansiedade	

Quanto tempo de diagnóstico da doença? _____ Quanto tempo em tratamento da doença? _____

Usa alguma medicação? () Não () Sim especificar quantidade) _____

Qual atendimento de saúde você precisa hoje?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhum, estou acompanhando | <input type="checkbox"/> Consulta médica |
| <input type="checkbox"/> Atendimento farmacêutico (buscar medicação) | <input type="checkbox"/> Vacinação |
| <input type="checkbox"/> Curativo | <input type="checkbox"/> Emergência |
| <input type="checkbox"/> Laboratório para exames | <input type="checkbox"/> Consulta odontológica |
| <input type="checkbox"/> Consulta com outro profissional (psicólogo/ enfermeiro) | <input type="checkbox"/> Marcação de consulta |

Número de vezes que procurou este serviço de saúde no último ano? _____

Atrasou ou recusou vacinar-se no último ano:

- não () sim

Tabagista? () não () sim

Etilismo? () não () sim

Pratica atividades física? () sim () não

IMC: _____

Participa de atividades sociais para saúde: () sim () não

Como você considera sua saúde (estado de saúde auto referido):

- Excelente
 Muito boa
 Boa
 Nem boa nem ruim
 Ruim

Uso do serviço de saúde por meio digitais último ano:

_____ qual : _____

Número de internações no último ano _____ Motivo: _____

Uso de drogas ilícitas? () não () sim

PA _____

Peso: _____ Altura: _____

ANEXOS

ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Explorando as condições de letramento em saúde na rede de atenção à saúde: estudo misto exploratório sequencial

Pesquisador: Katarinne Lima Moraes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67093323.4.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.913.168

Apresentação do Projeto:

Título: "Explorando as condições de letramento em saúde na rede de atenção à saúde: estudo misto exploratório sequencial"

Resumo:

"Introdução: O letramento em saúde (LS) é essencial para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 2030 sendo ferramenta crucial para ofertar cobertura universal de saúde. O baixo LS é uma preocupação global de saúde pública por elemento mediador de diversos desfechos em saúde. Assim, sendo é preciso identificar os níveis de LS e conhecer as experiências pessoais e coletivas do dia a dia no acesso, compreensão e uso das informações e serviços de saúde. Objetivo geral: analisar os determinantes sociais e de saúde relacionados as condições de letramento em saúde e o letramento digital em saúde de grupos populacionais atendidos na rede de atenção à saúde. Método: estudo misto com delineamento exploratório sequencial que será realizado em duas etapas distintas: quantitativa seguida de qualitativa a ser realizado com grupos populacionais (pessoas saudáveis - autorreferido que não realizam tratamento para saúde, pessoas em tratamento para diabetes, hipertensão arterial e mulheres no período gravídico-puerperal que estiveram nas Unidades Básicas de Saúde 02 e 09 de Ceilândia no período de coleta de dados de abril de 2023 a dezembro de 2025. Para primeira etapa do estudo estima-se uma amostra de aproximadamente 200 participantes por grupo populacional, que responderão questionários sociocultural, clínicos e instrumentos para avaliação do LS, letramento digital em

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.913.168

saúde, hesitação vacinal e adesão medicamentosa. A amostra de participantes da segunda etapa será obtida a partir da análise dos dados da etapa anterior em que serão selecionados participante com alto e baixo nível de letramento em saúde para entrevistas qualitativas para explorar como as pessoas acessam, compreendem e usam as informações e serviços de saúde. Os dados serão analisados de acordo com a abordagem metodológica em cada etapa e ao final do estudo serão analisados conjuntamente (quanti e qualitativamente). Resultados: os resultados podem viabilizar a elaboração de propostas para reorientação das práticas em saúde bem como para transição do cuidado seguro para o ambiente em que vive a partir da inclusão do letramento em saúde como ferramenta para promoção da saúde do cuidado centrado na pessoa. O projeto está vinculado ao Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Letramento em Saúde (GIPELS) da UnB e a Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS).

Descritores: Letramento em saúde; Assistência Centrada no Paciente; Adesão à medicação; Hesitação vacinal; Promoção da Saúde

Se necessário adicionar informações sobre a metodologia do trabalho a ser executado.

O estudo é composto por duas etapas:

"Na etapa quantitativa serão coletados dados das condições de letramento em saúde e letramento digital em saúde e possíveis variáveis preditivas: caracterização sociocultural, clínica e de condições e comportamentos de saúde, bem como os desfechos de adesão medicamentosa e hesitação vacinal. A etapa qualitativa será conduzida a partir dos resultados quantitativos para auxiliar a melhor explicar os dados obtidos na primeira etapa. Nesse acompanhamento exploratório sequencial, o plano é explorar a experiência vivenciadas por cada um dos grupos populacionais atendidos na rede de atenção à saúde no acesso, compreensão e uso das informações e serviços de saúde e no ambiente digital em saúde. Nesta etapa serão desenvolvidos estudos descritivos exploratórios segundo os pressupostos metodológicos de Bardin (2002)."

Critérios de inclusão e exclusão:

"Na etapa quantitativa do estudo a amostra será constituída por pessoas saudáveis (autorreferido que não realizam tratamento para saúde), pessoas que estiverem em tratamento para diabetes, hipertensão arterial e mulheres no período gravídico-puerperal (grupos populacionais) que

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.913.168

estiveram nas Unidades Básicas de Saúde 02 e 09 de Ceilândia no período de coleta de dados de abril de 2023 a julho 2024.

Serão incluídas as pessoas que estiveram nas unidades de saúde: 1) idade igual ou superior a 18 anos capazes de compreender os objetivos do estudo; estiverem em acompanhamento para hipertensão e diabetes nas unidades há pelo menos seis meses; estiverem realizando em acompanhamento regular do pré-natal (consultas mensais) nas unidades.

Serão excluídas pessoas que estiverem sob efeito de álcool e/ou drogas no dia da coleta de dados; apresentar comprometimento de cognição evidenciado em prontuário.

Para o cálculo da amostra nessa etapa utilizaremos a recomendação de Everit (1975) de estimar de 5-10 participantes por questão do instrumento de medida, assim considerando o HLS-16 (16 questões) estima-se amostra de aproximadamente 200 pessoas por grupo populacionais (pessoas saudáveis - autorreferido; pessoas que estiverem em tratamento para diabetes, hipertensão arterial e mulheres no período gravídico-puerperal), assim totalizando 800 pessoas, com estimativa 400 entrevistas em cada uma das UBS no total."

Objetivo da Pesquisa:

2.1 Objetivo geral

Analisar os determinantes sociais e de saúde relacionados as condições de letramento em saúde e o letramento digital em saúde de grupos populacionais atendidos na rede de atenção à saúde.

Objetivos específicos

Objetivos eixo temático 1: Análise das condições de letramento em saúde e letramento digital em saúde na rede de atenção à saúde

Verificar o nível de letramento em saúde e letramento digital em saúde nos diferentes grupos populacionais atendidos na rede de atenção à saúde.

Verificar a associação do letramento em saúde e letramento digital em saúde com as variáveis clínicas, socioculturais nos diferentes grupos populacionais atendidos na rede de atenção à saúde.

Verificar a associação do letramento em saúde e letramento digital em saúde com a adesão medicamentosa de pessoas com hipertensão e/ diabetes atendidas na rede de atenção à saúde.

Verificar a associação do letramento em saúde e letramento digital em saúde com a hesitação

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.913.168

vacinal de pessoas atendidas na rede de atenção à saúde.

Objetivos eixo temático 2: Experiência vivenciada no acesso, compreensão e uso das informações e serviços de saúde.

Descrever como as pessoas atendidas na rede de atenção à saúde percebem sua capacidade para acessar, compreender e usar das informações e serviços de saúde.

Descrever como as pessoas atendidas na rede de atenção à saúde percebem sua capacidade para acessar, compreender e usar das informações e serviços de saúde no ambiente digital.

Compreender como as percepções no acesso, na compreensão e uso das informações e serviços de saúde estão relacionados aos níveis de letramento em saúde e letramento em saúde digital."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Entre os possíveis riscos incluem-se as reações emocionais, como o choro, a inibição, a vergonha, o receio no momento da entrevista, a impaciência relacionada ao processo de coleta de dados. Para minimizar esses riscos caso sejam identificados, a entrevista será pausada e só retornará quando o participante se sentir bem e autorizar a continuação, caso o paciente não se sinta bem a entrevista será encerrada. Os participantes terão a garantia de que todas as medidas cabíveis serão asseguradas para manter a privacidade e preservar a sua identidade."

"Os benefícios imediatos esperados com essa pesquisa incluem esclarecimentos de possíveis dúvidas que os participantes tenham a respeito de acessar, compreender e usar os serviços ofertados pela rede de atenção à saúde e outras dúvidas sobre sua condição de saúde, logo após a coleta de dados. E, ainda, a pesquisa terá como benefícios o conhecimento das condições de letramento em saúde e letramento digital em saúde, considerados resultados intermediários de saúde, que podem ser utilizados como subsídios para traçar intervenções de promoção da saúde e melhoria de desfechos em saúde. Além disso, espera-se compreender quais são os desafios encontrados pelas pessoas no acesso, compreensão e uso das informações e serviços de saúde para que se possa transpô-los."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de pesquisadoras com expertise em letramento em saúde, sob responsabilidade da Profª Katarine Lima Moraes (SIAPE 1065067), Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.913.168

Fazem parte da equipe os seguintes docentes: Odeony Paulo dos Santos – Docente do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão; Ana Clara Farias Melo - Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia ; Larissa Silva de Amorim - Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia; Yuri Henrique Fonseca de Abreu - Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia; Virginia Visconde Brasil – Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2065964.pdf	18/02/2023 19:33:38		Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_para_encaminhamento_de_pendencias_LS_estudo_misto.doc	18/02/2023 19:30:56	Katarinne Lima Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_etapa_qualitativa_novo.docx	18/02/2023 19:30:24	Katarinne Lima Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_quantitativa_novo.docx	18/02/2023 19:30:10	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Cronograma	Cronograma_final.doc	17/02/2023 11:38:07	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	carta_para_encaminhamento_de_pendencias.doc	06/02/2023 12:36:41	Katarinne Lima Moraes	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.913.168

Outros	Termo_imagem_voz.doc	02/02/2023 12:28:59	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Encaminhamento_projeto_FEPECS_atualizado.pdf	02/02/2023 11:05:39	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Termo_compromisso_FEPECS_atualiza do.pdf	02/02/2023 11:04:30	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Termo_coparticipante_Superintendencia Regiao_Oeste.pdf	27/01/2023 08:41:07	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_final.pdf	26/01/2023 11:24:11	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Termo_coparticipante_UBS_09.pdf	26/01/2023 10:54:46	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Termo_coparticipante_UBS_02.pdf	26/01/2023 10:54:15	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_LS_FEPECS.docx	26/01/2023 10:30:23	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Virginia.pdf	26/01/2023 10:29:14	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_encaminhamento_projeto.pdf	16/01/2023 08:55:18	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_pesquisador.pdf	16/01/2023 08:54:50	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura.pdf	16/01/2023 08:39:31	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Odeony.pdf	16/01/2023 08:31:53	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Larissa.pdf	16/01/2023 08:31:28	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Katarinne.pdf	16/01/2023 08:31:05	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Ana_Clara.pdf	16/01/2023 08:30:08	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Orçamento	Planilha_orcamento_LS.doc	16/01/2023 08:10:56	Katarinne Lima Moraes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB

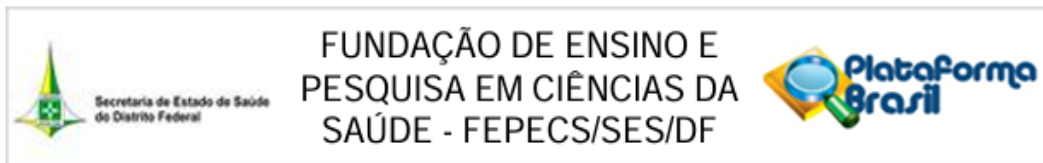


Continuação do Parecer: 5.913.168

BRASILIA, 27 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
MARIANA SODARIO CRUZ
(Coordenador(a))

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Explorando as condições de letramento em saúde na rede de atenção à saúde: estudo misto exploratório sequencial

Pesquisador: Katarinne Lima Moraes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67093323.4.3001.5553

Instituição Proponente: Superintendência da Regional de Saúde Oeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.112.173

Apresentação do Projeto:

Resposta ao Parecer: 6.060.085

1. Tipo de Projeto:

Projeto de Pesquisa não relacionado à TCC

Projeto de Pesquisa para o Programa de Iniciação Científica

2. Instituição Proponente:

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

3. Trata-se de um Estudo Multicêntrico?

Sim Não

4. Se Multicêntrico, qual a origem? NSA

Nacional Internacional

5. Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa? NSA

6. A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?

Patrocinada Financiamento Próprio

7. Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es): NSA

8. Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF?

1ª Etapa: 800 participantes

2ª Etapa: será considerado o critério de saturação teórica, definida como um ponto em que

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

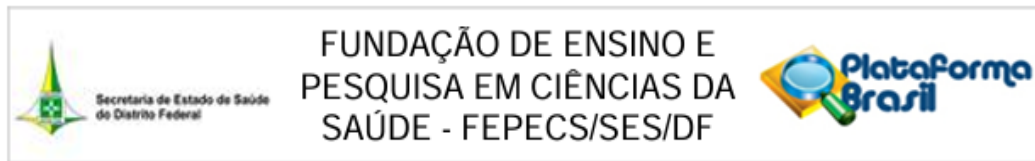
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.112.173

nenhuma informação nova é adicionada ao entendimento global do assunto investigado (POUPART, DESLAURIERS, GROULX et al., 2008)

9. Citar TODOS os locais da SES-DF onde a pesquisa será realizada:

UBS 02 e 09 de Ceilândia

10. Qual a População que será estudada:

- RNs
 Lactentes
 Crianças
 Adolescentes
 Adultos
 Idosos

11. Envolve População em situação de vulnerabilidade? Não

12. Hipótese(s): NÃO APRESENTADA

13. Critério de Inclusão:

ETAPA QUANTITATIVA: "Serão incluídas as pessoas que estiverem nas unidades de saúde: idade igual ou superior a 18 anos capazes de compreender os objetivos do estudo; estiverem em acompanhamento para hipertensão e diabetes nas unidades há pelo menos seis meses; estiverem realizando em acompanhamento regular do pré-natal (consultas mensais) nas unidades."

ETAPA QUALITATIVA: "Os participantes serão selecionados a partir da amostra quantitativa com base na pontuação alcançada ao responder a escala de LS HLS-EU-Q16. Serão selecionados os participantes dos diferentes grupos populacionais (pessoas saudáveis, pessoas com diabetes, hipertensão e gestantes) que alcancem as pontuações mais altas na mensuração do LS como representantes típicos de indivíduos com LS suficiente e os participantes que obtiveram as pontuações mais baixas como representantes típicos de indivíduos com LS inadequado. Essa etapa ocorrerá de dezembro de 2024 a dezembro de 2025."

14. Critério de Exclusão:

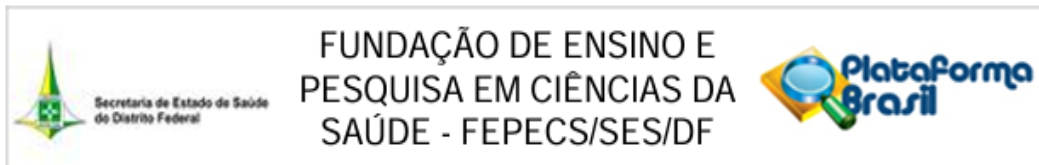
"Serão excluídas pessoas que estiverem sob efeito de álcool e/ou drogas no dia da coleta de dados; apresentar comprometimento de cognição evidenciado em prontuário."

15. Breve consideração sobre a metodologia (metodologia utilizada e descrição das etapas):

"Este projeto empregará métodos mistos com delineamento exploratório sequencial que será realizado em duas etapas distintas: quantitativa seguida de qualitativa.

Neste projeto serão coletados e analisados primeiramente dados quantitativos e em sequência os dados qualitativos serão coletados e analisados para explicar os resultados obtidos na primeira

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.112.173

etapa.

Na etapa quantitativa do estudo a amostra será constituída por pessoas saudáveis (autorreferido que não realizam tratamento para saúde), pessoas que estiverem em tratamento para diabetes, hipertensão arterial e mulheres no período gravídico-puerperal (grupos populacionais) que estiveram nas Unidades Básicas de Saúde 02 e 09 de Ceilândia no período de abril de 2023 a julho 2024 (etapa quantitativa) e de dezembro de 2024 a dezembro de 2025 (etapa qualitativa).

Os participantes serão abordados nas unidades de saúde enquanto esperam atendimento. Aqueles que aceitarem participar do estudo serão esclarecidos sobre os objetivos dos estudos, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e serão entrevistados em local privativo nas unidades de saúde. A partir da análise dos resultados da etapa quantitativa os pesquisadores entrarão em contato via telefone convidando os participantes de diferentes grupos populacionais com LS suficiente, bem como com aqueles LS inadequado. Aqueles que concordarem em participar dessa etapa terão entrevista agendada no dia em que as pessoas referirem retornar nas unidades e/ou poderá ser realizada por ligação telefônica de acordo com a preferência dos participantes e assinarão novo TCLE (etapa qualitativa). Para aqueles que optarem por responder via telefone, o TCLE será enviado em até 48 horas antes da entrevista via aplicativo de mensagem ou e-mail e será lido antes de iniciar a entrevista e esclarecida as dúvidas, a gravação da ligação será utilizada para obter o consentimento oral (gravado).

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo geral

Analisar os determinantes sociais e de saúde relacionados as condições de letramento em saúde e o letramento digital em saúde de grupos populacionais atendidos na rede de atenção à saúde."

"Objetivos específicos

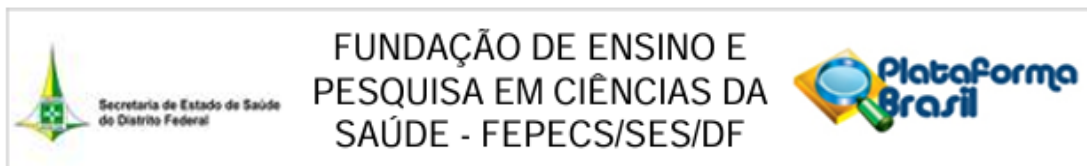
Objetivos eixo temático 1:

Análise das condições de letramento em saúde e letramento digital em saúde na rede de atenção à saúde
Verificar o nível de letramento em saúde e letramento digital em saúde nos diferentes grupos populacionais atendidos na rede de atenção à saúde.

Verificar a associação do letramento em saúde e letramento digital em saúde com as variáveis clínicas, socioculturais nos diferentes grupos populacionais atendidos na rede de atenção à saúde.

Verificar a associação do letramento em saúde e letramento digital em saúde com a adesão medicamentosa de pessoas com hipertensão e/ diabetes atendidas na rede de atenção à saúde.

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.112.173

Verificar a associação do letramento em saúde e letramento digital em saúde com a hesitação vacinal de pessoas atendidas na rede de atenção à saúde.

Objetivos eixo temático 2:

Experiência vivenciada no acesso, compreensão e uso das informações e serviços de saúde.

Descrever como as pessoas atendidas na rede de atenção à saúde percebem sua capacidade para acessar, compreender e usar das informações e serviços de saúde.

Descrever como as pessoas atendidas na rede de atenção à saúde percebem sua capacidade para acessar, compreender e usar das informações e serviços de saúde no ambiente digital.

Compreender como as percepções no acesso, na compreensão e uso das informações e serviços de saúde estão relacionados aos níveis de letramento em saúde e letramento em saúde digital."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Entre os possíveis riscos incluem-se as reações emocionais, como o choro, a inibição, a vergonha, o receio no momento da entrevista, a impaciência relacionada ao processo de coleta de dados. Para minimizar esses casos sejam identificados, a entrevista será pausada e só retornará quando o participante se sentir bem e autorizar a continuação, caso o paciente não se sinta bem a entrevista será encerrada. Os participantes terão a garantia de que todas as medidas cabíveis serão asseguradas para manter a privacidade e preservar a sua identidade.

BENEFÍCIOS

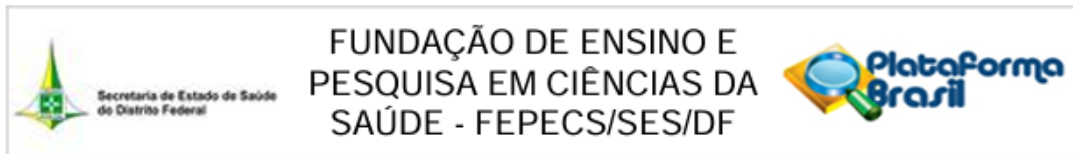
Os benefícios imediatos esperados com essa pesquisa incluem esclarecimentos de possíveis dúvidas que os participantes tenham a respeito de acessar, compreender e usar os serviços ofertados pela rede de atenção à saúde e outras dúvidas sobre sua condição de saúde, logo após a coleta de dados.

E, ainda, a pesquisa terá como benefícios o conhecimento das condições de letramento em saúde e letramento digital em saúde, considerados resultados intermediários de saúde, que podem ser utilizados como subsídios para traçar intervenções de promoção da saúde e melhoria de desfechos em saúde. Além disso, espera-se compreender quais são os desafios encontrados pelas pessoas no acesso, compreensão e uso das informações e serviços de saúde para que se possa transpô-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Ponderação entre os riscos e benefícios da pesquisa: Adequados

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.112.173

- 2.Relevância social: Relevante
- 3.Processo de recrutamento: Adequado
- 4.Critérios para inclusão e exclusão de participantes na pesquisa: Adequado
- 5.Processo de obtenção do TCLE: Adequado
- 6.Justificativa de Dispensa do TCLE: Não se aplica
- 7.Procedimentos efetivos para garantia do sigilo e confidencialidade: Adequado
- 8.Proteção de participantes de pesquisa em situação de vulnerabilidade: Não se aplica
- 9.Orçamento para realização da pesquisa: Próprio. Adequado
- 10.Cronograma de Execução da pesquisa: Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1.Carta de encaminhamento do Projeto: Devidamente preenchida e assinada em 23/01/2023.
- 2.Declaração de Compromisso do Pesquisador responsável: Devidamente preenchida e assinada em 02/02/2023.
- 3.Folha de Rosto: Devidamente apresentada e assinada pela vice-diretora da FUB
- 4.Termo de Anuência ou Coparticipação:
 - * Termo de anuência da Superintendência da Região Oeste - Devidamente preenchido e assinado pela pesquisadora, pelo superintendente e pela Diretora da DIRAPS da SRSOE em 26/01/2023.
 - * Termo de anuência da UBS 09 - Devidamente preenchido e assinado pela pesquisadora, pelo pela Diretora da DIRAPS da SRSOE e pela enfermeira responsável pela UBS 09 de Ceilândia em 13/01/2023.
 - * Termo de anuência da UBS 02 - Devidamente preenchido e assinado pela pesquisadora, pelo pela Diretora da DIRAPS da SRSOE e pela Supervisora da UBS 02 de Ceilândia em 19/01/2023.
- 5.Projeto Brochura: Apresentado
- 6.Currículo Lattes de todos os envolvidos na pesquisa: Apresentado
- 7.TCLE (ou Termo de Assentimento) ou Dispensa dos mesmos: Devidamente apresentado.

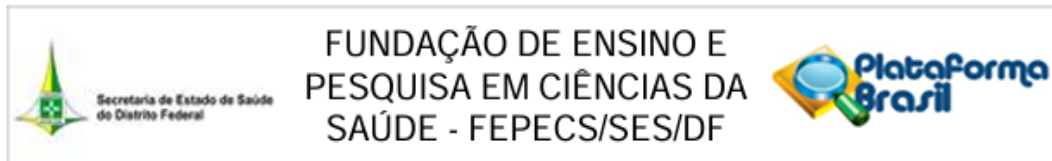
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências elencadas por este CEP foram sanadas.

*** A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.112.173

privacidade dos participantes da pesquisa e de que os dados obtidos na mesma deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Cabe, ainda, ao pesquisador:

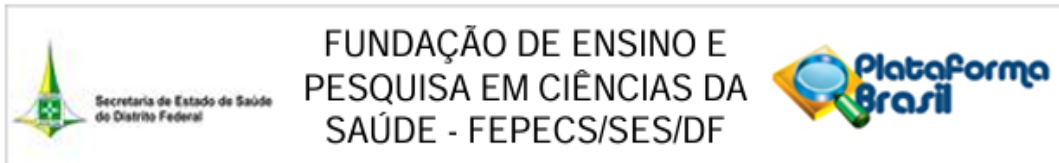
- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2094867.pdf	23/05/2023 18:09:13		Aceito
Outros	Carta_pendencia_23_MAI0.pdf	23/05/2023 18:08:48	Katarinne Lima Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_quantitativa_pos_pendencia.docx	23/05/2023 18:08:11	Katarinne Lima Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_etapa_qualitativa_pos_pendencia.docx	23/05/2023 18:07:54	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Cronograma	Cronograma_pos_pendencia.doc	22/04/2023 11:41:29	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	curriculo_Yuri.pdf	22/04/2023 10:36:54	Katarinne Lima Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Entrevista_etapa_qualitativa_novo.docx	18/02/2023 19:30:24	Katarinne Lima Moraes	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.112.173

Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_etapa_qualitativa_novo.docx	18/02/2023 19:30:24	Katarinne Lima Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Entrevista_quantitativa_novo.docx	18/02/2023 19:30:10	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	carta_para_encaminhamento_de_pendencias.doc	06/02/2023 12:36:41	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Termo_imagem_voz.doc	02/02/2023 12:28:59	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Encaminhamento_projeto_FEPECS_atualizado.pdf	02/02/2023 11:05:39	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Termo_compromisso_FEPECS_atualizado.pdf	02/02/2023 11:04:30	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Termo_coparticipante_Superintendencia_Regiao_Oeste.pdf	27/01/2023 08:41:07	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Termo_coparticipante_UBS_09.pdf	26/01/2023 10:54:46	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Termo_coparticipante_UBS_02.pdf	26/01/2023 10:54:15	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_LS_FEPECS.docx	26/01/2023 10:30:23	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Virginia.pdf	26/01/2023 10:29:14	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Odeony.pdf	16/01/2023 08:31:53	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Larissa.pdf	16/01/2023 08:31:28	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Katarinne.pdf	16/01/2023 08:31:05	Katarinne Lima Moraes	Aceito
Outros	Curriculo_Ana_Clara.pdf	16/01/2023 08:30:08	Katarinne Lima Moraes	Aceito

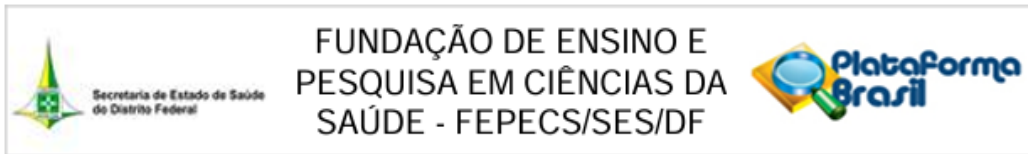
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br






Continuação do Parecer: 6.112.173

BRASILIA, 12 de Junho de 2023

Assinado por:
Maria Cristina de Paula Scanduzzi
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

ANEXO B – VERSÃO BRASILEIRA DO HLQ (HLQ-BR)

 MONASH University Medicine, Nursing and Health Sciences		
Portuguese (Brazil)		
Identificação do Participante _____		
<h2>Questionário sobre Compreensão da Saúde e Cuidados de Saúde</h2>		
<p>Obrigado por dedicar seu tempo para preencher este questionário. Esperamos que os resultados nos ajudem a melhorar a forma como prestamos assistência à nossa comunidade.</p>		
<p>Nós queremos saber como você encontra, entende e utiliza informações sobre saúde, e como você gerencia sua saúde e interage com médicos e outros profissionais de saúde.</p>		
<p>Neste questionário, o termo profissionais de saúde se refere a médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e qualquer outro trabalhador da área da saúde a quem você recorre em busca de conselho ou tratamento.</p>		
<small>The Health Literacy Questionnaire (HLQ). © Copyright 2014 Swinburne University of Technology. Authors: Richard H Osborne, Rachelle Buchbinder, Roy Batterham, Gerald R Elsworth. No part of the HLQ can be reproduced, copied, altered or translated without the permission of the authors. Further information: ghe-licences@swin.edu.au</small>		

Informações sobre este questionário e como preenchê-lo.

Esse questionário contém duas partes.

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

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

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

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

Um exemplo:

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

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

A Parte 1 do questionário começa aqui.

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

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

Marque o quadro fazendo um X dessa forma:



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

Continuação da **Parte 1**


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

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

Por favor, continue na próxima página.

A Parte 2 do questionário começa aqui.

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

Marque o quadro fazendo um X dessa forma: 

Não consigo fazer
ou sempre difícil
Geralmente difícil
Às vezes difícil
Geralmente fácil
Sempre fácil

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

Por favor, continue na próxima página.

Continuação da **Parte 2**

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

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

Obrigado por completar esse questionário.

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – Análise quantitativa

Prezado(a) participante,

Convidamos o(a) Senhor(a)/ Você a participar do projeto de pesquisa *“Explorando as condições de letramento em saúde na rede de atenção à saúde: estudo misto exploratório sequencial”*, sob a responsabilidade da Profª. Drª. Katarinne Lima Moraes da Universidade de Brasília, e equipe de pesquisa.

O projeto tem a intenção de conhecer as condições de letramento em saúde (como acessam, avaliam e utilizam as informações e serviços de saúde) de pessoas que usam os serviços de saúde da rede de saúde da Região Oeste do Distrito Federal. O projeto será realizado em duas etapas e, por isso, poderemos entrar em contato com o (a) Senhor (a)/ você no futuro.

O **objetivo geral desta pesquisa** é analisar os fatores relacionados aos níveis de letramento em saúde e o letramento digital em saúde digital de grupos populacionais atendidos na rede de atenção à saúde. Este estudo poderá ajudar na compreensão de quais são os desafios encontrados no acesso, na compreensão, no uso das informações e serviços para que as pessoas consigam tomar decisões informadas sobre sua própria saúde. E, assim, possibilitar que ações sejam planejadas e realizadas para superar esses desafios.

O(a) senhor(a)/você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação nesta primeira etapa se dará por meio de entrevista individual, a ser realizada em ambiente privativo na Unidade de Saúde, e terá aproximadamente 30 minutos de duração. E, ainda, após essa entrevista poderemos entrar em contato com você novamente para responder um outro questionário sobre suas experiências ao acessar, compreender e usar as informações e serviços de saúde.

Os riscos decorrentes em participar dessa pesquisa são mínimos, como possíveis reações emocionais, como o choro, a inibição, a vergonha, o receio no momento da entrevista e a impaciência em responder as perguntas. Para minimizá-los serão garantidos esclarecimentos sobre o estudo em qualquer tempo da pesquisa; a entrevista será pausada e só retornará quando o(a) Senhor(a)/Você se sentir bem e autorizar a continuação e, caso não se sinta bem a entrevista será encerrada sem qualquer prejuízo ao Senhor/você.

Se o(a) Senhor(a)/Você aceitar participar, contribuirá para que possamos planejar e implementar ações, cujo objetivo será melhorar o acesso, compreensão e uso das informações e serviços de saúde que influenciam diretamente no modo como você lida com sua condição de saúde.

O(a) Senhor(a)/Você pode recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Não há despesas pessoais para o(a) Senhor(a)/Você nas etapas do estudo e, também, não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária.

Caso haja algum dano direto ou indireto, legalmente comprovado, decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/ responsável legal



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Caso o(a) Senhor(a)/Você sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) poderá procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados nos espaços acadêmicos da Universidade de Brasília e/ou outras instituições de ensino, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, e após serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a)/Você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Katarinne Lima Moraes na Universidade de Brasília, no telefone (62) 98226-6273, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou no e-mail: katarinne.moraes@unb.br

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou seus direitos como participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-8434 ou pelo e-mail: cep.fce@gmail.com, no horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) - Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900. E, ainda, podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Profa. Dra. Katarinne Lima Moraes
Pesquisadora Responsável



Testemunhas em caso de uso da assinatura datiloscópica (participante não alfabetizado)

Brasília, ____ de _____ de _____.