



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA INTEGRADA**

TÂNIA HARUMI UCHIDA

**PRÁTICAS DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE E PACIENTES**

**MARINGÁ
2021**

TÂNIA HARUMI UCHIDA

**PRÁTICAS DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE E PACIENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada apresentado à Universidade Estadual de Maringá para obtenção do título de Doutor em Odontologia Integrada.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Mitsue Fujimaki

**Maringá
2021**

Tânia Harumi Uchida

Práticas de Letramento Funcional em Saúde de profissionais de saúde e pacientes

Este trabalho de conclusão de Doutorado foi julgado e aprovado para obtenção do título de Doutora em Odontologia Integrada através da Universidade Estadual de Maringá

Tese aprovada em: 19/03/2021.

BANCA EXAMINADORA

fksuefujimaki

Presidente – Profª. Dra. Mitsue Fujimaki
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

pl fksuefujimaki

Membro Avaliador – Profª. Dra. Raquel Sano Suga Terada
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

pl fksuefujimaki

Membro Avaliador – Prof. Dr. José de Oliveira Siqueira
Instituto de Psicologia / Universidade de São Paulo (IP/USP)

pl fksuefujimaki

Membro Avaliador – Profª. Dra. Sandra Mara Maciel
Universidade Estadual de Maringá (PGO/UEM)

pl fksuefujimaki

Membro Avaliador – Profª. Dra. Evelyln Claudia Wietzikoski Lovato
Universidade Paranaense (Unipar)

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

U17p

Uchida, Tânia Harumi

Práticas de letramento funcional em saúde de profissionais da saúde e pacientes /
Tânia Harumi Uchida. – Maringá, PR, 2021.
91 f.: il. color., figs., tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Mitsue Fujimaki.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2021.

1. Letramento em saúde. 2. Letramento funcional em saúde . 3. Equações estruturais -
Análise. 4. Comunicação em saúde. I. Fujimaki, Mitsue , orient. II. Universidade Estadual
de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.
III. Título.

CDD 23.ed. 610.7

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que tanto amo. Aos meus pais por sempre me proporcionarem o que há de melhor, fazendo o possível e o impossível pela minha felicidade. Obrigada pai e mãe por apoiarem todos os meus sonhos, por serem exemplos de amor, carinho, humildade, compreensão e justiça. Enfim, por serem LUZ na minha vida.

As minhas irmãs, que além de laços sanguíneos somos unidas por laços de amizade. Sou grata por todas as conversas, discussões, por muitas vezes não concordarem com as minhas ideias e por serem um dos alicerces da minha vida. Sei que posso confiar em todas vocês. São as minhas parceiras de toda a vida e não é em vão sermos irmãs nesta vida. Temos muito amor e carinho uma com as outras. Amo vocês.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha orientadora Profa Dra Mitsue Fujimaki pelo carinho e amizade. A ela devo todas as oportunidades como graduanda e pós-graduanda. Sou grata por todo carinho que sempre teve comigo, pela amizade que construímos ao longo desses anos de trabalho e por estar presente nos momentos importantes da minha vida. Obrigada por todos os ensinamentos, por todo conhecimento compartilhado, pelo exemplo de inteligência, sabedoria, profissionalismo e dedicação em tudo que faz. Agradeço pela orientação firme e segura, sempre estimulando todos os seus alunos a serem melhores. Continue sendo esse exemplo de ser humano, irradiando luz e alegria por onde passa. A professora é um grande espelho para mim e com certeza sempre terá um pedacinho da professora por onde eu passar. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar vivo em meu coração, me orientando a seguir pelos caminhos por Ele traçado, por me fazer ter força nos meus momentos de fraqueza e pela graça de ter permitido concluir este trabalho. A Deus agradeço pela minha família, por tudo de maravilhoso que me proporciona e por nunca desistir de mim e dos meus sonhos.

A querida amiga Josely Emiko Umeda. Em palavras não é possível descrever o quanto te admiro, tanto como pessoa, como profissional. Sempre disposta a me ajudar no que fosse preciso. Sou extremamente grata por todo o trabalho que desenvolvemos juntas ao longo desses anos de doutorado. Que Deus te conceda em dobro, todo crescimento que me proporcionou.

A querida amiga Maura Sassahara Higasi, um lindo presente que o doutorado proporcionou. Sem você o doutorado não teria sido o mesmo, com certeza. Grata pela rica experiência de podermos dividir todo o nosso conhecimento ao longo desses anos, por dividirmos momentos de alegria, felicidade, angústias e incertezas, ajudando uma a outra no que fosse preciso. A sua amizade, conselhos, alegria e carinho ficarão para sempre guardado em meu coração.

Aos colegas de doutorado: Maura, Diogo, Juliano, Fernanda, Ilma, Jennifer, Larissa e Joana, aqui ficam registrados os meus agradecimentos pelos anos de convívio, parceria e amizade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelas bolsas de estudos concedidas.

Todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, pelo privilégio de convivência durante as disciplinas, pelos ensinamentos, por todo conhecimento repassado. Sou grata por nos estimular a sermos melhores e tantas outras coisas que colaboraram tanto para o meu crescimento e formação.

Ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá por oportunizar a realização da pesquisa.

A querida professora Dr^a. Raquel Sano Suga Terada, por ser essa pessoa tão cheia de carinho, transmitindo uma paz enorme por onde passa e por estar sempre disposta a ajudar. Obrigada por ser esse exemplo de dedicação e inteligência, sempre incentivando a sermos melhores.

A Sônia Maria Borean Borghi, secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá, por sempre ajudar e auxiliar os alunos nos momentos de dúvidas e confusão. Obrigada pelo carinho.

Ao professor Dr. José Siqueira, pela paciência e persistência em nos auxiliar na parte estatística do trabalho. Foi um enorme prazer e um grande crescimento pessoal conviver com o professor ao longo dessa caminhada. Obrigada por todas as contribuições e ensinamentos.

Ao professor Dr. Paulo Sergio Panse Silveira, obrigada por todas as contribuições na parte estatística da pesquisa.

Expresso aqui também a minha enorme gratidão aos professores Dr. José Siqueira, Dr^a. Raquel Sano Suga Terada, Dr^a. Sandra Mara Maciel e Dr^a. Evellyn Wietzikoski Lovato, por terem aceitado participar da minha banca. Sinto-me muitíssimo honrada e privilegiada por ter uma banca de tamanha grandeza e competência.

RESUMO

Objetivo: os objetivos desse estudo foram: Fase I - Identificar práticas adotadas pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento do Letramento Funcional em Saúde (LFS) nos pacientes. Fase II: Avaliar o Letramento em Saúde (LS) de profissionais de saúde que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal (4º. CQGSB). **Metodologia:** Fase I – foi realizado um estudo de revisão sistemática e por meio da metodologia da metassumariação buscou-se identificar práticas adotadas pelos profissionais para o LFS dos pacientes. Fase II – trata-se de um estudo ecológico, temporal, transversal e observacional, onde foi aplicado um questionário estruturado aos profissionais de saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, que participaram do 4º. CQGSB (2017 a 2019). O questionário foi composto com questões múltipla escolha de 5 pontos e aplicado de forma online, por meio do Google Formulário. E para a análise dos dados foi realizada a Análise de Equações Estruturais (AEE) com o objetivo de avaliar a associação entre as variáveis latentes conhecimento e prática dos participantes do curso. **Resultados:** Fase I – Das 8.292 referências recuperadas, foram incluídos 5 estudos qualitativos, 12 pesquisas de opinião e 1 estudo misto. Foi realizada uma análise descritiva dos estudos incluídos, as práticas (códigos) foram organizadas em dois grupos principais (famílias) e foi calculada a frequência do tamanho do efeito (FE) de cada código. Dentre os 11 códigos identificados, os mais relevantes foram: *Práticas diferenciadas para pacientes com graus diferentes de letramento* (FE=72,22%) e *Prática de comunicação eficaz com o paciente* (FE=72,22%). Fase II – participaram desse estudo 377 profissionais de saúde após as AEE os modelos psicométricos foram aceitáveis estatisticamente (valores-p>5%), evidenciando forte associação positiva entre as variáveis latentes. **Conclusão:** As evidências emergentes dessa revisão sistemática e metassumariação mostraram que *Prática de comunicação eficaz com o paciente* e *Práticas diferenciadas para pacientes com graus diferentes de letramento* foram condutas adotadas pelos profissionais de saúde para elevar o nível de letramento funcional em saúde dos pacientes. E a partir das AEE foi possível verificar que as variáveis Gestão do Trabalho, Cuidado e Estrutural são relevantes para o Letramento em Saúde, evidenciando uma correlação significativa, forte e positiva do conhecimento e prática. Dessa forma, foi possível perceber a importância do processo de qualificação da gestão para agregar conhecimento ao profissional de saúde e mudança na prática diária do serviço.

Palavras-chaves: Letramento em Saúde, Letramento Funcional em Saúde, Análise de Equações Estruturais.

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO I

Figura 1	Fluxograma do processo de seleção dos estudos	30
Tabela 1	Características dos estudos e risco de viés (N = 18)	31
Tabela 2	Avaliação da Qualidade dos estudos incluídos	34
Tabela 3	Famílias (direcionada para pacientes e para profissionais de saúde) e códigos com suas respectivas frequência do tamanho de efeito (FE)	36
Tabela 4	Intensidade de tamanho de efeito (IE) em relação a todos os códigos e códigos com tamanho de efeito >25%	37

CAPÍTULO II

Quadro 1	Itens do Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal na Gestão Estrutural, Gestão do Cuidado e Gestão do Trabalho	50
Figura 1	Modelo Teórico representativo sobre fatores que influenciam no Letramento em Gestão em Saúde Bucal dos profissionais que participaram do 4o. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal	53
Figura 2	Etapas da Análise de Equações Estruturais	53
Tabela 1	Perfil dos profissionais que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal, no período 2017 a 2019	54
Tabela 2	Características descritivas dos itens do questionário do Instrumento de diagnóstico de Letramento da GE, GC e GT	56
Figura 3	Gráfico radial com características descritivas dos itens do questionário do Instrumento de diagnóstico do Letramento em Gestão de Saúde Bucal na GE, GC e GT	57
Figura 4	Distribuição de porcentagem de respostas do Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal na Gestão Estrutural, Gestão do Cuidado e Gestão do Trabalho	58
Tabela 3	Porcentagem de resposta do Instrumento de Diagnóstico de Letramento de GE, GC e GT, para o LGSB-C e LGSB-P, de acordo com as categorias de resposta	58

Tabela 4	Níveis de Letramento em Saúde dos participantes que responderam ao instrumento e selecionaram o escore 4 e respectiva porcentagem de resposta	59
Tabela 5	Resultados estatísticos dos Modelos Psicométricos	60
Figura 5	Diagrama do modelo bifatorial com variáveis latentes geral LS e três específicas correlacionadas GT, GE e GC de Conhecimento	61
Figura 6	Diagrama do modelo bifatorial com variáveis latentes geral LS e três específicas correlacionadas GT, GE e GC de Prática	62
Figura 7	Diagrama das variáveis latentes Conhecimento e Prática com itens ordinais de cinco pontos	63

SUMÁRIO

1. REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
1.1. Letramento Funcional em Saúde	15
1.2. Letramento Funcional em Saúde com Profissionais de Saúde	17
1.3. Letramento Funcional em Saúde com Pacientes	18
2. OBJETIVOS	19
2.1. Fase I	19
2.2. Fase II	20
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
CAPÍTULO I	
RESUMO	23
INTRODUÇÃO	24
METODOLOGIA	25
Protocolo e Registro	25
Fontes de Informação	25
Estratégia de Busca	26
Critérios de Elegibilidade	26
Seleção dos Estudos	27
Avaliação de Qualidade dos Estudos	27
Extração dos Dados	28
Análise dos Dados	28
RESULTADOS	29
Seleção dos estudos	29
Características dos estudos	31
Avaliação da qualidade dos estudos	33

Frequência de tamanho de efeito	36
Intensidade de tamanho de efeito	37
DISCUSSÃO	38
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
CAPÍTULO II	
RESUMO	46
INTRODUÇÃO	46
METODOLOGIA	48
Delineamento da Pesquisa	48
Referencial Teórico	48
Participantes da Pesquisa	48
Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal (IDL-GSB) na Gestão Estrutural, Gestão do Cuidado e Gestão do Trabalho	49
Coleta de Dados	51
Variáveis do Estudo	52
Análise Estatística	53
RESULTADOS	54
Resultados Descritivos	54
Resultados Estatísticos	55
DISCUSSÃO	63
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICE A: Estratégia de Busca – PubMed	78

APÊNDICE B: Artigos potencialmente elegíveis	79
APÊNDICE C: Análises e citações de referências	82
APÊNDICE D: Artigos indicados pelos autores	84
APÊNDICE E: Quadro de avaliação de qualidade de Estudos Qualitativos ..	86
APÊNDICE F: Quadro de avaliação de qualidade de <i>Surveys</i>	87
APÊNDICE G: Quadro de avaliação de qualidade de Estudo Misto	88
APÊNDICE H: Script R	90

1. REFERÊNCIAL TEÓRICO

1.1. Letramento Funcional em Saúde

O Letramento em Saúde (LS) compreende um campo de atuação de caráter interprofissional, envolvendo aspectos funcionais e práticos da interpretação de mensagens, meios de divulgação e ferramentas da educação em saúde e apontado como importante fator para a promoção de saúde¹. Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o LS como competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação em meios que promovem e mantêm uma boa saúde². Em 1999, o termo LS foi reelaborado pela Associação Médica Americana (AMA) como Letramento Funcional em Saúde (LFS), reconhecendo-o como um conjunto de habilidades que contemplem a leitura, entendimento e comunicação sobre a informação em saúde³. Em 2004, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos definiu LFS como o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões que promovam a saúde⁴. Essas definições vêm contribuindo para ressaltar a relevância do letramento no cuidado da saúde, tanto no que se refere à prevenção⁵ quanto ao tratamento de doenças⁵.

Em 2012, Sorensen e colaboradores realizaram um estudo de revisão sistemática para identificar definições e mapas conceituais sobre letramento em saúde. Foram encontradas 17 definições e 12 mapas conceituais. Este foi o conceito gerado e foi baseado nas 17 definições encontradas na literatura: O letramento em saúde refere-se ao conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acessarem, compreenderem, avaliarem e aplicarem as informações de saúde, a fim de fazerem julgamentos e tomarem decisões no cotidiano a respeito de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida⁶.

O termo letramento começou a ser utilizado no Brasil na década de 80 por estudiosos das áreas da Educação e da Linguística e constitui um tema de interesse para pesquisadores e profissionais da saúde^{7,8}. Por um determinado período foi confundido com alfabetização, observa-se na literatura, além de letramento funcional em saúde, o uso dos termos letramento em saúde e

alfabetização em saúde. Vale considerar que, embora os termos em muitos momentos sejam usados como sinônimos em pesquisas há distinções importantes a serem consideradas. O termo alfabetização e letramento referem-se ao resultado do processo de aprendizagem da leitura e da escrita. O letramento funcional indica os conhecimentos e habilidades de leitura e escrita que dão condições ao indivíduo de participar das atividades específicas de determinada área⁹. Ao aplicar este conceito à área da saúde chega-se ao LFS, que representa a capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas acerca da saúde¹⁰. Ao considerar o letramento como um conjunto de habilidades e conhecimentos de leitura, oralidade, escrita, cálculo básico, e compreensão de materiais impressos de práticas sociais e culturais de leitura e de escrita de um indivíduo ou um grupo, o LFS deve ser entendido num sentido mais amplo do que a alfabetização, como fenômeno que influencia também, indiretamente, os indivíduos que não dominam a escrita¹¹.

Existem diferentes tipos de letramento com diferentes aplicações em atividades cotidianas. Esses tipos de letramento foram classificados com base nos diferentes graus de autonomia que eles possam fornecer aos indivíduos. O letramento em saúde pode ser classificado como básico ou funcional; comunicativo ou interativo e crítico. Esses diferentes níveis representam habilidades progressivas do indivíduo para compreender as questões de saúde e exercer maior controle sobre elas¹².

- I. Letramento Funcional em Saúde - Comunicação de informações sobre os riscos para a saúde e sobre como usar o sistema de saúde. Tal ação tem metas limitadas direcionadas a um melhor conhecimento dos riscos à saúde e dos serviços de saúde ao cumprimento das ações prescritas.
- II. Letramento Interativo em Saúde - Foco no desenvolvimento de habilidades pessoais em um ambiente de apoio. Esta abordagem é direcionada para melhorar a capacidade pessoal de agir de forma independente com o conhecimento adquirido, melhorar a motivação e autoconfiança.
- III. Letramento Crítico em Saúde - Reflete os resultados de desenvolvimento cognitivo e de habilidades orientados para apoiar uma ação social e política eficaz, bem como a ação individual.

Esses conceitos evidenciam que o importante não é apenas saber se o indivíduo domina a leitura e a escrita, mas o que ele é capaz de fazer com essas habilidades, especificamente no âmbito da saúde.

O termo LFS passou a ser difundido mundialmente a partir da publicação de um estudo internacional sobre os níveis de leitura e escrita, para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO): Uma pessoa é funcionalmente letrada quando adquire o conhecimento e as habilidades em leitura e escrita que a capacitam efetivamente a todas as atividades nas quais o letramento é normalmente necessário em sua cultura ou grupo¹³.

1.2. Letramento Funcional em Saúde com Profissionais de Saúde

Práticas de letramento podem contribuir para o esclarecimento, a reflexão e a atuação consciente dos cidadãos em quaisquer instâncias da sociedade, inclusive no domínio profissional, uma vez que a linguagem não reflete meramente uma realidade social existente, mas também ajuda a criar essa realidade¹⁴. E discutir o letramento na esfera do trabalho implica em analisar a forma como os sujeitos lidam com a linguagem para executar atividades laborais. A linguagem e a forma como ela é utilizada no espaço profissional pode, de certa forma, orientar a execução do trabalho, articular os interesses comuns, agrupar, unir pessoas e interesses¹⁵.

Na relação médico e paciente é possível identificar barreiras que comumente dificultam uma comunicação efetiva. Os entraves podem se originar por meio das dificuldades do profissional de saúde em fornecer instruções em uma linguagem adequada e clara, bem como por parte dos pacientes, no entendimento incorreto ou incompleto das orientações recebidas¹⁶. Ambos fatores têm um impacto importante para o desenvolvimento dos agravos de saúde e para a adesão às medidas médicas propostas. Assim, ainda persistem consideráveis dificuldades na compreensão das recomendações médicas importantes à prática do autocuidado devido a um eventual déficit de LFS na população¹⁷. Em termos práticos, indivíduos com letramento satisfatório tendem a apresentar melhores condições de saúde, uma vez que teriam maior noção da importância de medidas preventivas ou maior

facilidade para entender instruções sobre medicação¹⁸. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, identificou o LFS como um dos determinantes sociais da saúde, estabelecendo uma relação entre esse e a qualidade de vida da população, ao considerá-lo como fundamental ao autocuidado¹⁹.

As limitações quanto ao LFS dificultam a promoção e a educação em saúde e devem ser foco da atenção de profissionais da área e gestores²⁰. O LFS inadequado está associado a comportamentos de risco, redução do autocuidado e aumento de hospitalizações e custos^{21,22}. O baixo letramento em saúde, relativo à comunicação verbal entre pacientes e profissionais de saúde, também está associado a piores resultados de saúde e deve ser pesquisado²³. Em contrapartida, fortalecer o LFS tem demonstrado favorecer a resiliência individual e comunitária, auxilia no enfrentamento das iniquidades e melhora a saúde e o bem-estar²¹.

Os estudos dos letramentos nos espaços de trabalho ou na formação para o trabalho se constituem como campo fértil de pesquisa e de interpretação que podem, sobremaneira, dar mais visibilidade acerca desses fazeres, bem como contribuir para novos direcionamentos no que se refere ao cuidado e à proteção dos diversos atores sociais por meio da construção de agendas de políticas públicas que atendam às suas necessidades de forma mais efetiva²⁴.

1.3. Letramento Funcional em Saúde com Pacientes

Os pacientes precisam entender as informações de saúde de uma maneira que lhes permite agir com algum grau de autonomia médica para a prevenção e, como comumente é o caso, tratamento da doença. Pacientes e médicos precisam de uma estrutura que capture a complexidade da comunicação, particularmente comunicação repleta de emoção, cultura, linguística, tecnologia, religião e níveis de educação. Talvez o que seria melhor nesta conjuntura é reconhecer que o objetivo deve ser para comunicação de saúde eficaz, por qualquer meios e habilidades disponíveis²⁵. Uma nova estrutura de comunicação de saúde deve reconhecer que existem muitas estratégias e métodos para comunicar e cada pessoa é responsável por organizar e processar uma grande quantidade de informações, explícita ou implicitamente, normalmente em um período de tempo relativamente curto¹⁶.

Desta forma, o objetivo final na comunicação em saúde, principalmente entre o paciente e o médico destina-se em melhorar a saúde do paciente.

Em termos práticos, uma pessoa com nível de letramento satisfatório teria melhor condição de saúde do que um indivíduo com nível de letramento limitado, que teria menos noção da importância de medidas preventivas, por exemplo, ou maior dificuldade de entender instruções sobre a medicação¹⁸. Como resultado, os pacientes com dificuldades em avaliar informações de saúde pode ser exposto a erros ou informações incompletas, que se mostraram relacionadas a resultados adversos para a saúde, como a baixa participação em programas de rastreio ou baixa adesão aos tratamentos²⁶. Evidentemente, mais atenção precisa ser dada à questão de qualidade da informação online sobre saúde e em particular para as pessoas com capacidade de avaliá-lo, sendo os mais relutantes para fazer perguntas no ambiente clínico²⁷.

Vários estudos forneceram evidências das formas diversificadas que as pessoas com diferentes níveis de letramento em saúde procuram, encontram, compreendem e usam as informações de saúde. Por exemplo, pessoas com baixo nível de letramento em saúde demonstraram pesquisar menos por informações de saúde, apresentaram menos possibilidades de escolhas por diferentes fontes de informação e tiveram menor capacidade de interpretar rótulos de medicamentos ou mensagens relacionadas a saúde^{28,29}.

O conhecimento do nível de LFS da população é de extrema importância para garantir a promoção da saúde. No entanto, trata-se de um assunto cuja abordagem é recente no Brasil, sendo escassos os estudos nacionais que versam sobre a influência desse fator no manejo à saúde pelos pacientes¹⁶. Pacientes com letramento adequado em saúde compreendem melhor no que diz respeito aos cuidados com a saúde e bem-estar²¹.

2. OBJETIVOS

2.1. Fase I

Identificar práticas adotadas pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento do Letramento Funcional em Saúde nos pacientes.

2.2. Fase II

Avaliar o Letramento em Saúde dos profissionais de saúde que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* 2004; 19(12): 1228-1239.
2. World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Geneva: OMS, 1998.
3. American Medical Association ad hoc committee on health literacy (AMA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. *JAMA* 1999; 281(6):552-557.
4. Institute of Medicine - IOM. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington (DC): National Academies Press, 2004.
5. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2009;16(41):301-14.
6. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12(80):1-13.
7. Soares M. Letramento: Um tema em três gêneros. Autêntica: Belo Horizonte, 2004.
8. Tfouni LV. Letramento e Alfabetização. 6ª Edição, São Paulo: Cortez, 2004.
9. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interf.* 2009;16(41):301-14.
10. Rocha PC, Lemos SMA. Aspectos conceituais e fatores associados ao letramento funcional em saúde: revisão de literatura. *Rev. CEFAC.* 2016; 18(1):214-225.
11. Tfouni LV, Monte-Serrat DM, Martha DJB. A abordagem histórica do letramento: ecos da memória na atualidade. *Scripta.* 2013;17(32):23-48.
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science and medicine.* 2008;67(12):2072-2078.

13. Gray SW. The teaching of reading and writing. Unesco, 1969.
14. Berger P, Luckmann T. A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes, 2009.
15. Costa KR, Paz AMO. Letramento Profissional: estudos em perspectivas. Revista do GELNE. 2017;19(especial):199-209.
16. Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, Ferreira RE. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. Ciência & Saúde Coletiva. 2019;24(3):1121-1132.
17. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Interface (Botucatu.) 2012; 16(41):301-314.
18. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beibly JJ. Health literacy: a new concept for general practice? Aust Fam Physician. 2009;38(3):144-147.
19. World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation: healthy equity through action on the social determinants of health. Geneva: Commission Social Determinants of Health (CSDH); 2008.
20. Coelho MAM. et al. Functional health literacy and healthy eating: understanding the Brazilian food guide recommendations. Revista de Nutrição. 2014;27(6):715-723.
21. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Health literacy: the solid facts. 2013.
22. Ruiz RB, et al. Alfabetización en salud en medicina general integral: perspectivas em Santiago de Cuba. Medisan, Santiago de Cuba. 2013;13(1):126-140.
23. Nouri SS, Rudd RE. Health literacy in the 'oral exchange': an important element of patient-provider communication. Patient Education and Counseling. 2015;98:565-571.
24. Marques SRL, Lemos SMA. Letramento em Saúde e fatores associados em adultos usuários da Atenção Primária. Trabalho, Educação e Saúde. 2018;16(2):535-559.
25. McNeil A, Arena R. The Evolution of Health Literacy and Communication: Introducing Health Harmonics. Progress in Cardiovascular Diseases, 2017:1-8.
26. Cline RJ, Haynes KM. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. Health Educ Res. 2001;16(6):671-692.

27. Berland GK, Elliott MN, Morales LS, Algazy JI, Kravitz RL, Broder MS, et al. Health information on the Internet: accessibility, quality, and readability in English and Spanish. *JAMA* 2001;285(20):2612-2621.

28. Anker AE, Reinhart AM, Feeley TH. Health information seeking: a review of measures and methods. *Patient Educ Couns* 2011 Mar;82(3):346-354.

29. Von WC, Semmler C, Good A, Wardle J. Health literacy and self-efficacy for participating in colorectal cancer screening: The role of information processing. *Patient Educ Couns* 2009;75(3):352-357.

CAPÍTULO I

Práticas adotadas por profissionais de saúde para o Letramento Funcional em Saúde dos pacientes: revisão sistemática e metassumarização

RESUMO

OBJETIVO: Foi identificar práticas adotadas pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento do Letramento Funcional em Saúde nos pacientes.

MÉTODOS: As seguintes bases de dados eletrônicas foram pesquisadas: PubMed, Embase, Web of Science, Scopus e Lilacs. Foi realizada busca manual nas referências dos textos completos recuperados e nas citações do Google Scholar para os mesmos artigos. Dois revisores avaliaram, independentemente, os títulos e resumos, e posteriormente os textos completos dos estudos incluídos para a determinação da elegibilidade de cada estudo, avaliaram a qualidade dos estudos e extraíram dados. As discordâncias foram resolvidas por meio de consenso realizado semanalmente na presença de um terceiro revisor, cabendo ao terceiro revisor a decisão final, caso a discordância persistisse. Foi realizada uma análise descritiva dos estudos incluídos, e foram criados códigos de análise, agrupamento dos achados relevantes, a partir dos quais foi calculada a frequência do tamanho de efeito (FE) dos temas e intensidade do tamanho de efeito (IE) dos estudos.

RESULTADOS: Das 8.292 referências recuperadas, foram incluídos 5 estudos qualitativos, 12 pesquisas de opinião e 1 estudo misto. Emergiram dessa revisão sistemática 11 práticas (códigos), foram organizados em dois grupos principais (famílias) “Profissionais de Saúde” e “Pacientes” e foi calculado a frequência do tamanho do efeito (FE) de cada código. Dentre os códigos identificados, os mais relevantes foram: Práticas diferenciadas para pacientes com graus diferentes de letramento (FE=72,22%) e Prática de comunicação eficaz com o paciente (FE=72,22%). Em relação à qualidade metodológica dos estudos incluídos, a maioria apresentou baixo risco de viés. **CONCLUSÃO:** As evidências dessa revisão sistemática e metassumarização mostraram que prática de comunicação eficaz com o paciente e práticas diferenciadas para pacientes com graus diferentes de letramento foram condutas adotadas pelos profissionais de saúde para elevar o nível de letramento funcional em saúde dos pacientes.

Palavras-chaves: Letramento em Saúde, Letramento Funcional em Saúde, Profissionais de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o Letramento Funcional em Saúde (LFS) considerando as habilidades cognitivas e sociais como determinantes da motivação e capacidade dos indivíduos em ter acesso, compreender e utilizar as informações obtidas, como forma de promoção e manutenção da saúde¹. Essa habilidade impacta positivamente a autonomia das pessoas para tomarem decisões em saúde e incorporá-las no cotidiano². O LFS tem sido uma questão de destaque na agenda da OMS por quase duas décadas. A OMS estabeleceu para a agenda de 2030 um forte mandato global sobre letramento em saúde, posicionando-a como um dos três pilares principais para alcançar desenvolvimento sustentável e igualdade na saúde³. Tornou-se um assunto de amplo interesse e em vários países existem políticas nacionais de letramento em saúde ou incorporaram o letramento em saúde como uma questão prioritária dentro de estratégias de saúde mais amplas⁴.

Embora até recentemente o interesse no LFS fosse principalmente concentrado nos Estados Unidos e Canadá, tornou-se mais internacionalizado na última década⁵. Um dos maiores estudos desenvolvidos nesse campo demonstrou que no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Canadá, 20% a 50% da população tem baixa competência em LFS, o que pode comprometer o estado da saúde individual e coletivo⁶, resultando em baixa adesão às medidas de promoção da saúde, baixos níveis de conhecimento sobre as condições crônicas de saúde e baixa capacidade para gerir a própria saúde e o processo de adoecimento⁷. Os profissionais de saúde tem falhado em vincular o letramento com as necessidades de saúde do paciente e da população, sendo necessário o conhecimento do contexto do LFS mediante seus desafios e potencialidades na população atendida, para que o profissional de saúde possa agir com ferramentas para o empoderamento em saúde do sujeito, família e comunidade⁸.

A Comissão Global Independente para a Educação de Profissionais de Saúde para o século 21 publicou recentemente um argumento baseado em evidências para a transformação da formação dos profissionais de saúde⁹. Segundo essa comissão, uma importante barreira para alcançar a saúde é a aplicação de conhecimentos dentro da maioria dos sistemas, em que os profissionais de saúde são os mediadores de conhecimento entre aqueles que

o geram (pesquisadores) e quem precisa (pacientes e comunidades). Dessa forma, concluíram que todos os profissionais de saúde em todos os países devem ser educados para mobilizar conhecimento e para se envolver em raciocínio crítico e conduta ética para que eles sejam competentes para participar do paciente e da população em sistemas de saúde centrados como membros de organizações locais e equipes conectadas globalmente¹⁰.

Com isso, a análise das produções científicas sobre LFS mostra que o letramento ocorre sobretudo em cenários assistenciais, sendo poucos os que identificam condutas adotadas pelos profissionais de saúde nos cenários de prática dos serviços de saúde¹¹. Porém, essas práticas não devem ser destacadas como únicas determinantes do déficit de compreensão. A inabilidade dos profissionais de saúde em reconhecer níveis de LFS inadequados e por sua vez comunicar-se por meio de linguagem compreensível foi alertada por outras pesquisas, o que demonstra a importância da sua avaliação¹². A Sociedade Americana de Insuficiência Cardíaca sugere que o grau de LFS do paciente seja obtido e registrado no prontuário médico, tamanha a importância desse fator na relação médico e paciente¹³. Os profissionais da saúde, desconhecendo o grau de LFS dos seus pacientes, por vezes, utilizam uma linguagem especializada, fornecem informações insuficientes e não se certificam se foram assimiladas¹⁴.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar práticas adotadas por profissionais de saúde para o desenvolvimento do Letramento Funcional em Saúde nos pacientes.

METODOLOGIA

Protocolo e Registro

Esta revisão sistemática foi realizada de acordo com os itens descritos em Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁵ e será registrada no International Register of Prospective Systematic Review (Prospero).

Fontes de Informação

A questão de pesquisa que norteou esse estudo de revisão sistemática, de acordo com a estratégia PICOS, foi: “Quais práticas foram adotadas pelos

profissionais de saúde para o desenvolvimento do Letramento Funcional em Saúde (LFS) dos pacientes?”. Para responder essa pergunta de pesquisa foram realizadas buscas em cinco bases de dados eletrônicas: PubMed, Embase, Web of Science, Scopus e Lilacs, no período de junho de 2019 a julho de 2020. No momento em que as buscas foram realizadas não foram considerados limites para datas e idiomas ou tipo de estudo. Em seguida, foram realizadas buscas manuais nas referências dos artigos incluídos, bem como análise de citações destes estudos utilizando-se o Google Scholar. Os autores dos estudos incluídos foram contatados por e-mail, para identificação de estudos adicionais.

Estratégia de Busca

Para o início da elaboração da estratégia de busca, foram selecionadas algumas palavras-chaves. Procederam-se então os testes das estratégias nas bases de dados, com acréscimo ou supressão de palavras-chaves, conforme os resultados obtidos. A estratégia de busca final compreendeu na utilização dos seguintes termos: “*Functional health literacy*”, “*professional education*”, “*health education*” bem como os termos “MeSH” (PubMed), “entry terms” (Embase) e “Decs” (Lilacs) relacionados para estabelecer uma estratégia de busca de maior sensibilidade. Para a pesquisa nas bases de dados, não foram utilizados termos relacionados ao tipo de estudo, já que o termo “*qualitative research*” foi introduzido como palavra-chave somente em 1988 na base de dados Embase e em 2003 no PubMed¹⁶. A estratégia de busca completa usada para o banco de dados PubMed é mostrada no Apêndice A.

Crítérios de Elegibilidade

Foram considerados estudos com os seguintes critérios de inclusão: estudo qualitativo, pesquisa de opinião (*surveys*) ou artigos mistos (quantitativo-qualitativo) que apontem práticas que foram adotadas pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento do LFS nos pacientes. Os seguintes critérios de exclusão foram utilizados: pesquisas não científica; estudos onde não está claro quem é o participante da pesquisa e estudos cujos participantes da pesquisa sejam profissional técnico, auxiliar e estudante. Não foram impostos limites de data, idioma ou tipo de estudo. Nenhum estudo foi

excluído por razões de qualidade, estudos prévios direcionam a não exclusão *a priori* de estudos por razões de qualidade^{17,18}. No *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions*¹⁹ é apontada como uma das possibilidades, a de não exclusão, permitindo que temas potencialmente valiosos continuem incluídos, desde que seja explicitado o potencial risco de viés.

A seleção do estudo, avaliação da qualidade e extração de dados seguiram um procedimento semelhante. Dois revisores (THU e JEU) inicialmente realizaram a tarefa de forma independente e, em seguida, encontraram-se com um terceiro revisor (MF) para consulta e consenso.

Seleção dos Estudos

Todos os títulos e resumos dos artigos recuperados foram avaliados independentemente por dois revisores (THU e JEU) e consensuados, em reuniões semanais, na presença de um terceiro revisor (MF) com experiência em LFS, pesquisa qualitativa e revisão sistemática. Os resumos que não forneceram informações suficientes sobre os critérios de elegibilidade foram mantidos para avaliação do texto completo. Dois revisores (THU e JEU) avaliaram independentemente os artigos com texto completo para determinar a elegibilidade do estudo. Reuniões semanais foram realizadas, na presença de um terceiro revisor (MF), para a avaliação de todos os artigos e em casos de divergências foram resolvidas por consenso. Após a seleção dos estudos, todos os autores dos artigos incluídos foram consultados, por e-mail, para verificar a existência de outras publicações.

Avaliação da Qualidade dos Estudos

Os estudos qualitativos foram avaliados segundo itens de qualidade adaptados do Critical Appraisal Skills Program (CASP)²⁰; as surveys foram avaliadas com base nos itens de qualidade adaptados por Bennett²¹, enquanto os estudos de modelos mistos foram avaliados de acordo com O'Cathain²².

Os itens de qualidade foram avaliados e classificados como presentes (sim) ou ausentes (não). Os estudos que apresentaram prevalência de "sim" (>60% dos itens avaliados) na avaliação da qualidade foram considerados de baixo risco de viés. Estudos com 40% - 60% de "sim" foram considerados risco

moderado de viés. E os estudos com prevalência "não" (<40% dos itens) foram classificados como de alto risco de viés.

Extração de Dados

Os seguintes dados gerais foram coletados dos estudos: autores, ano de publicação e região geográfica do primeiro autor. Além disso, as seguintes características específicas também foram recuperadas: objetivo do estudo, tipo de estudo, local de pesquisa, intervenção, número de participantes na amostra, critérios de inclusão e exclusão, características dos participantes, métodos de coleta de dados, análise de dados, principais resultados e conclusões.

Análise de Dados

Para a análise dos dados foi realizada metassumarização, a qual é uma abordagem orientada para agregação quantitativa da síntese tanto de pesquisas qualitativas, como de *surveys*²³. A metodologia envolve extração, agrupamento e formatação dos resultados, e o cálculo da frequência e intensidade do tamanho do efeito.

Após a extração dos resultados dos estudos incluídos e agrupar os achados relevantes, foram criadas “Famílias” (representações concisas, mas abrangentes) referentes às práticas adotadas por profissionais de saúde para o desenvolvimento do LFS dos pacientes. Em cada família, os “Códigos” foram agrupados por similaridade. Para a etapa de codificação, foi utilizado o Software ATLAS.ti 8.0 - *Qualitative Data Analysis* (Atlas.ti® Scientific Software Development, Berlim, Alemanha).

Para avaliar a magnitude dos resultados extraídos, foi calculada a frequência do tamanho do efeito (FE), na qual consiste em verificar o número de vezes que o respectivo código emergiu entre todos os artigos incluídos. Para tanto, o número de estudos que apresentavam determinado código foi dividido pelo número total de estudos incluídos e apresentado em forma de porcentagem.

A intensidade do tamanho do efeito (IS) de cada estudo foi calculada verificando o número de vezes que os códigos surgiram em cada um dos artigos incluídos. O cálculo foi realizado para indicar quais códigos com FE > 25% contribuíram para responder à questão de pesquisa. Para isso, os códigos

numéricos contidos em um estudo foram divididos pelo número total de códigos em todos os estudos. Com esse cálculo, os artigos foram considerados "mais fortes" ou "mais fracos" a partir de sua contribuição para responder à questão de pesquisa. Assim, o número de códigos com FE > 25% em um determinado estudo foi dividido pelo número de códigos com FE > 25% em todos os estudos²⁴. Essas informações auxiliaram na interpretação dos dados do metassumário, determinando a contribuição individual dos estudos para as conclusões desta revisão sistemática¹⁸.

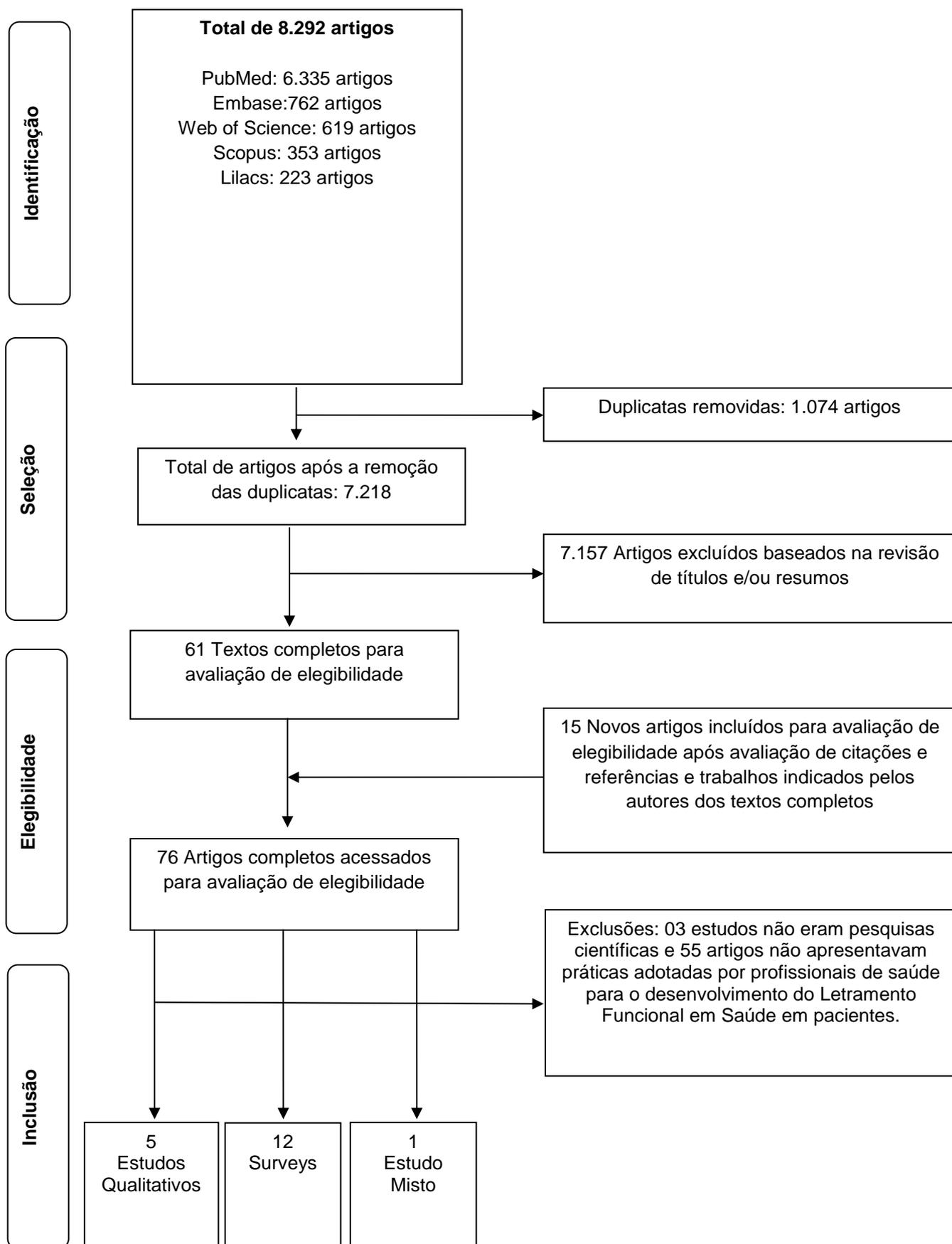
RESULTADOS

Seleção dos Estudos

A Figura 3 apresenta o Fluxograma do processo de seleção dos estudos. A busca inicial nas bases de dados eletrônicas identificou 8.292 referências. Após a remoção de duplicatas (1.074 referências) e avaliação de título e resumos (7.157 referências), 61 artigos foram considerados potencialmente elegíveis. Os textos completos foram recuperados e analisados, aplicando-se os critérios de elegibilidade. Por meio da análise das referências destes artigos, bem como citações no Google Scholar e trabalhos indicados pelos autores dos textos completos 15 novos artigos foram incluídos para avaliação de elegibilidade.

Dos 76 artigos selecionados, 58 foram excluídos pelas seguintes razões: 03 estudos não eram pesquisas científicas e 55 artigos não apresentavam práticas adotadas por profissionais de saúde para o desenvolvimento do LFS em pacientes. No final das avaliações, 18 artigos foram incluídos na revisão sistemática e metassumariação: 5 estudos qualitativos, 12 *surveys* e 1 estudo misto.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Características dos estudos

A tabela 1 apresenta as características dos estudos: número de participantes, o local da realização da pesquisa e o contexto do estudo. Foram totalizados 2.133 participantes, onde 1.390 eram médicos, 125 farmacêuticos, 109 enfermeiros, 5 fisioterapeutas, 1 assistente social e 1 terapeuta ocupacional e 498 profissionais de saúde. A distribuição geográfica da realização dos estudos (Figuras 1) foi a seguinte: Estados Unidos (10 estudos), China, Canadá, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia e África do Sul com 1 estudo e 2 estudos multicêntricos, envolvendo os países, Irlanda, Itália e Holanda.

Tabela 1. Características dos estudos e risco de viés (N = 18).

Estudo	Número de Participantes	Local de realização da pesquisa	Objetivo do Estudo	Risco de Viés
Estudos Qualitativos (n=5)				
Blake et al. (2010) ²⁵	4 Farmacêuticos	Estados Unidos	Avaliar a implementação de uma intervenção de letramento em saúde para melhorar a adesão à medicação entre pacientes de um sistema de saúde.	Baixo
Brooks et al. (2019) ²⁶	22 Enfermeiros e profissionais de saúde de outras áreas	Reino Unido	Explorar as práticas e habilidades de enfermeiros e outros profissionais de saúde no letramento em saúde com idosos e seus pontos de vista sobre o uso de ferramentas de triagem e cuidados na prática clínica.	Baixo
Hughson et al. (2018) ²⁷	12 Obstetras (n=5), fisioterapeutas (n=5), assistente social (n=1) e terapeuta ocupacional (n=1)	Austrália	Identificar questões de letramento em saúde ao fornecer cuidados as mulheres, na maternidade, com cultura e língua diversas (CALD) e as estratégias necessárias para os profissionais de saúde abordarem essas questões de forma colaborativa.	Moderado
Kaper et al. (2018) ²⁸	30 Profissionais de saúde	Irlanda, Itália e Holanda	Desenvolver e testar um treinamento abrangente em comunicação sobre letramento em saúde para vários profissionais de saúde na Irlanda, Itália e Holanda.	Baixo
Kidd et al. (2018) ²⁹	54 Profissionais de saúde	Nova Zelândia	Estudo exploratório qualitativo cujo foco foi os cuidados paliativos em relação ao letramento em saúde da população Māori.	Baixo
Surveys (n=12)				
Ali et al. (2012) ³⁰	30 Médicos	Estados Unidos	Avaliar os métodos de ensino e avaliação em torno do letramento em saúde em programas de residência	Moderado

			médica. Além disso, o estudo comparou as práticas de ensino e avaliação usadas para as habilidades de comunicação médico-paciente com aquelas usadas para as habilidades de letramento em saúde.	
Ali et al. (2014) ³¹	40 Médicos	Estados Unidos	Avaliar se a percepção e conhecimento dos residentes sobre letramento em saúde ou habilidades de comunicação muda ao longo de sua formação médica.	Moderado
Coleman e Fromer (2015) ³²	45 Médicos (n=11) e profissionais de saúde de outras áreas (n=34)	Estados Unidos	Determinar se o treinamento em letramento em saúde da equipe de médicos e profissionais de saúde de outras áreas pode melhorar o conhecimento, as habilidades e o comportamento planejado da autopercepção para se comunicar com pacientes que têm letramento em saúde limitado.	Baixo
Field et al. (2019) ³³	59 Profissionais de saúde	África do Sul	Avaliar as mudanças no conhecimento e estigma em saúde mental em assistentes sociais e de saúde não especializados, usando o livro <i>Bettercare Maternal Mental Health</i> como uma estratégia educacional inovadora para o ensino à distância.	Baixo
Green et al. (2014) ³⁴	31 Médicos	Estados Unidos	Desenvolver e testar a eficácia de um currículo baseado na comunicação em saúde para melhorar o conhecimento, as atitudes e as habilidades dos residentes em relação ao letramento em saúde.	Moderado
Howard, Jacobson e Kripalani (2013) ³⁵	82 Médicos	Estados Unidos	O presente estudo teve como objetivo: (a) descrever o uso de técnicas de comunicação por residentes médicos, recomendadas para uso com pacientes com baixo nível de letramento em saúde, (b) comparar a autoavaliação com a comunicação real em um encontro padronizado com o paciente e (c) identificar características associado à comunicação verbal clara.	Baixo
Lewis et al. (2014) ³⁶	145 Médicos	Estados Unidos	Desenvolver e implementar uma pesquisa de letramento em saúde em um hospital para determinar o conhecimento e as práticas dos médicos e da equipe de atendimento ao paciente em relação ao letramento em saúde.	Baixo
Kaper et al. (2019) ³⁷	106 Profissionais de saúde	Itália, Holanda e Irlanda do Norte	Avaliar se: (1) um treinamento abrangente de letramento em saúde aumentou as competências autoavaliadas dos profissionais de saúde para abordar problemas relacionados à letramento em saúde e apoiar o desenvolvimento da autonomia das pessoas e habilidades de autogestão após o treinamento e 6-12 semanas depois, (2) os profissionais ficaram satisfeitos com a formação, (3) os resultados foram diferentes para os três países europeus participantes.	Baixo
Mackert, Ball e Lopez (2011) ³⁸	166 Profissionais de saúde	Estados Unidos	Descrever uma sessão de treinamento destinada a educar profissionais de saúde de todos os tipos sobre letramento em saúde.	Moderado
Schwartzberg et al. (2007) ³⁹	356 Médicos (n=99), enfermeiros (n=87), farmacêuticos (n=121) e outros profissionais	Estados Unidos	Explorar as técnicas utilizadas por profissionais de saúde para melhorar a comunicação com pacientes com baixo nível de letramento em saúde.	Baixo

	de saúde (n=49)			
Szwajcer, Macdonald e Kvern (2014) ⁴⁰	47 Médicos	Canadá	O objetivo do programa de treinamento em letramento em saúde foi de capacitar os residentes de medicina de família sobre os princípios e práticas de letramento em saúde por meio do uso de estratégias de comunicação eficazes e do fornecimento adequado de informações de saúde.	Baixo
Turner et al. (2009) ⁴¹	900 Médicos	Estados Unidos	Descrever experiências de pediatras com letramento em saúde, uso de técnicas de comunicação básicas e aprimoradas e barreiras percebidas para uma comunicação eficaz durante os atendimentos.	Baixo
Estudo Misto (n=1)				
Wong et al. (2020) ⁴²	Equipe de Saúde Bucal*	China	Este estudo teve como objetivo (1) identificar a estrutura do letramento em saúde bucal mediada por intérpretes e (2) analisar as contribuições do intérprete para as estratégias de comunicação.	Alto
TOTAL	2.129			

Fonte: Próprio autor.

Avaliação da qualidade dos estudos

O risco de viés dos estudos qualitativos foi avaliado por meio da avaliação da qualidade (Tabela 2). Dos 5 artigos qualitativos, 80% (n=4) apresentaram baixo risco de viés, em 20% (n=1) risco de viés moderado. Das 12 *Surveys* incluídas na revisão sistemática, 66,7% (n=8) apresentaram baixo risco de viés e 33,3% (n=4) dos estudos com moderado risco de viés. Com relação ao estudo de metodologia mista, pode-se observar que 100% (n=1) apresentou alto risco de viés.

replicação												
Evidência de confiabilidade	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Evidência de validade	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Uso de codificação	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Cálculo do tamanho da amostra	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Representatividade da amostra	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Método de seleção da amostra	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Descrição da população da amostra	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Descrição da ferramenta de pesquisa	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Descrição do desenvolvimento da ferramenta	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Pré-teste do instrumento	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Instrumento de confiabilidade e validade	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Consentimento	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Aprovação ética da pesquisa	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Evidência de tratamento ético dos participantes da pesquisa	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Avaliação Final	Moderado	Moderado	Baixo	Baixo	Moderado	Baixo	Baixo	Baixo	Moderado	Baixo	Baixo	Baixo

Estudos Mistos, de acordo com O’Cathain (N=1)

Artigo Incluído	Avaliação do Risco de Viés						Avaliação Final
	Sucesso	Avaliação do Desenho do Estudo	Avaliação do componente quantitativo	Avaliação do componente qualitativo	Avaliação da integração	Avaliação das inferências	
Wong et al. (2020) ⁴²	●	●	●	●	●	●	ALTO

Fonte: Próprio autor.

Frequência de tamanho de efeito (FE)

Foram identificados 11 códigos (Tabela 3) após a análise e codificação dos 18 artigos incluídos. Os códigos semelhantes foram então agrupados em duas famílias: Pacientes e Profissionais de Saúde.

Os códigos, com maiores valores da FE, pertencentes a família Pacientes, foram: “Práticas diferenciadas para pacientes com graus diferentes de letramento” (72,22%) e “Prática de comunicação eficaz com o paciente” (72,22%). A família Profissionais de Saúde destacaram-se os códigos: “Realizar capacitações” (16,66%) e “Prática de investimento de tempo”, com FE de 5,55%.

Tabela 3. Famílias (direcionada para pacientes e para profissionais de saúde) e códigos com suas respectivas frequência do tamanho de efeito (FE).

PACIENTES		PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Códigos/Referências	Frequência do Tamanho do Efeito	Códigos/Referências	Frequência do Tamanho do Efeito
<i>Prática de comunicação eficaz com o paciente</i>	72,22	<i>Prática de comunicação eficaz entre os profissionais</i>	11,11
Ali et al. (2014), Blake et al. (2010), Brooks et al. (2019), Coleman e Fromer (2015), Green et al. (2014), Howard, Jacobson e Kripalani (2013), Kidd et al. (2018), Lewis et al. (2014), Mackert, Ball e Lopez (2011), Schwartzberg et al. (2007), Szwajcer, Macdonald e Kvern (2014), Turner et al. (2009), Wong et al. (2020)		Kaper et al. (2018), Kaper et al. (2019)	
<i>Prática da empatia</i>	27,77	<i>Realizar capacitações</i>	16,66
Brooks et al. (2019), Hughson et al. (2018), Kidd et al. (2018), Lewis et al. (2014), Schwartzberg et al. (2007)		Ali et al. (2012), Kaper et al. (2018), Kaper et al. (2019)	
<i>Práticas diferenciadas para pacientes com graus diferentes de letramento</i>	72,22	<i>Prática de padronização de processo de trabalho pela equipe</i>	5,55
Ali et al. (2012), Ali et al. (2014), Blake et al. (2010), Brooks et al. (2019), Coleman e Fromer (2015), Green et al. (2014), Howard, Jacobson e Kripalani (2013), Kidd et al. (2018), Lewis et al. (2014), Mackert, Ball e Lopez (2011),		Brooks et al. (2019)	

Schwartzberg et al. (2007),
Szwajcer, Macdonald e Kvern
(2014), Turner et al. (2009)

<i>Prática de pactuação de metas</i>	5,55	<i>Prática de investimento de tempo</i>	5,55
Lewis et al. (2014)		Lewis et al. (2014)	
<i>Prática do uso de tecnologia e rede social para educação em saúde</i>	27,77	<i>Estímulo ao estudo</i>	5,55
Blake et al. (2010), Brooks et al. (2019), Lewis et al. (2014), Schwartzberg et al. (2007), Szwajcer, Macdonald e Kvern (2014)		Field et al. (2019)	
<i>Práticas realizadas para aumentar o letramento dos pacientes</i>	5,55		
Turner et al. (2009)			

Fonte: Próprio autor.

Intensidade de tamanho de efeito (IE)

A intensidade do tamanho de efeito foi calculada para verificar a contribuição individual dos estudos nas conclusões do trabalho, ou seja, todos os estudos qualitativos, *surveys* e mistos contribuíram significativamente com práticas adotadas pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento do Letramento em Saúde nos pacientes (Tabela 4).

Tabela 4. Intensidade de tamanho de efeito (IE) em relação a todos os códigos e códigos com tamanho de efeito >25%.

Artigo	IE % de todos os códigos (n =11)	IE % códigos > 25% (n=4)
Ali et al. (2012) ³⁰	18,18	25
Ali et al. (2014) ³¹	18,18	25
Blake et al. (2010) ²⁵	27,27	50
Brooks et al. (2019) ²⁶	45,45	75
Coleman e Fromer (2015) ³²	18,18	25
Field et al. (2019) ³³	9,09	0
Green et al. (2014) ³⁴	18,18	25
Howard, Jacobson e Kripalani (2013) ³⁵	18,18	25
Hughson et al. (2018) ²⁷	9,09	25
Kaper et al. (2018) ²⁸	18,18	25
Kaper et al. (2019) ³⁷	18,18	25
Kidd et al. (2019) ²⁹	27,27	50

Lewis et al. (2014) ³⁶	54,54	75
Mackert, Ball e Lopez (2011) ³⁸	18,18	25
Schwartzberg et al. (2007) ³⁹	36,36	75
Szwajcer, Macdonald e Kvern (2014) ⁴⁰	27,27	50
Turner et al. (2009) ⁴¹	27,27	25
Wong et al. (2020) ⁴²	9,09	0

Fonte: Próprio autor.

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática com metassumarização de estudos qualitativos, *surveys* e mistos identificou práticas adotadas pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento do Letramento Funcional em Saúde (LFS) nos pacientes. A utilização da metodologia de metassumarização permite a extração de dados de pesquisas qualitativas, *surveys* e mistos, além de permitir a integração, interpretação dos achados descritivos e a comparação dos dados entre si⁴³. A pesquisa qualitativa por meio das entrevistas, permite maior diversidade de respostas e em profundidade. A *survey*, utilizando perguntas fechadas, permite um espectro menor de respostas, porém não menos importante. E o método misto, envolve a integração das metodologias quali e quantitativas, possibilita responder a variados tipos de questões de pesquisa⁴⁴.

Os profissionais de saúde tem buscado o desenvolvimento do LFS dos pacientes por meio da comunicação eficaz entre profissionais e pacientes. A abordagem centrada no usuário e focada na experiência do paciente cresce em diferentes sistemas e serviços de saúde no mundo. A comunicação efetiva tem sido apontada como fonte indispensável à motivação, incentivo e suporte a todas as etapas do cuidado em saúde, que vai desde o diagnóstico ao tratamento. Os profissionais de saúde devem estar preparados para se adequar a este novo padrão relacional com os pacientes e estimulá-los⁴.

É importante apontar limitações impostas pela qualidade dos estudos incluídos. Embora a maioria das pesquisas qualitativas (80%) apresentarem baixo risco de viés, a maioria dos trabalhos não mencionaram qual tipo de relação era estabelecido entre o pesquisador e o entrevistado e não apresentou detalhes suficientes em torno do consentimento e confidencialidade dos dados aos participantes da pesquisa. As *surveys* (66,7%) incluídas nesse estudo apresentaram baixo risco de viés. A falta do cálculo e

representatividade do tamanho da amostra e questões éticas, afetaram negativamente a avaliação da qualidade. Isso demonstra que os estudos que seguem critérios éticos bem estabelecidos, realização de pesquisas com instrumentos validados são necessários para melhor compreender a prática do LFS nos serviços de saúde. E quanto ao estudo misto (100%), apresentou alto risco de viés por apresentar importantes fragilidades relacionadas ao delineamento da pesquisa e descrição da forma de integração dos dados quantitativos e qualitativos foram integrados.

Elevado percentual de estudos (88,9%) apresentaram alta intensidade de tamanho de efeito, indicando alta prevalência dos achados (Tabela 4). Essa multiplicidade de achados que explicam quais práticas são adotadas pelos profissionais de saúde, pode ser explicada pela variabilidade metodológica dos estudos e pela ampla área geográfica coberta pela revisão sistemática. Em todos os estudos incluídos, as amostras foram compostas na sua maioria por profissionais médicos, que contribuíram diretamente para a implantação das práticas de LFS nos serviços de saúde. Apesar dos médicos estarem presentes na maioria dos estudos, demonstrando o seu protagonismo, é importante lembrar que toda a equipe necessita apresentar habilidades de comunicação profissional-paciente, desenvolver e testar a eficácia da comunicação em saúde para melhorar o conhecimento, as atitudes e as habilidades em relação ao letramento em saúde, na utilização de técnicas de comunicação, recomendadas para uso com pacientes com baixo nível de letramento em saúde⁴⁵.

Dentre os códigos que emergiram, duas práticas foram consideradas relevantes para o desenvolvimento do LFS nos pacientes: *Prática de comunicação eficaz com o paciente* (FE=72,22%) e *Práticas diferenciadas para pacientes com graus diferentes de letramento* (FE=72,22%) (Tabela 3). Parece claro que quando os profissionais de saúde se comunicam de maneira eficaz com seus pacientes, mais fácil é identificar os diferentes graus de letramento dos pacientes^{26,37,39,40,41}. Como resultado, os achados deste estudo demonstraram que as estratégias de comunicação mais comumente empregadas foram o uso de linguagem simples e não médica, prestar atenção se os pacientes entendem ou não o que o profissional está dizendo a eles, pedir aos pacientes para repetir informações (usando a técnica do *teach back*),

ler as instruções em voz alta, distribuir materiais impressos aos pacientes, sublinhar os pontos-chave em folhetos de informações do paciente, acompanhamento do paciente com a equipe de saúde para revisar as instruções, repetir informações chaves e incentivar o paciente e/ou responsável a ligar de volta se tiverem dúvidas. Em contrapartida, essas práticas continuam incipientes nos ambientes de prática, um estudo de revisão sistemática evidenciou que pacientes com baixo nível de alfabetização tiveram resultados de saúde piores, incluindo conhecimento, estado geral de saúde e uso de recursos de saúde, ou seja, pacientes com baixo nível de letramento apresentaram 1,5 a 3 vezes mais probabilidade de experimentar um resultado adverso em saúde⁴⁶. Corroborando com estudos realizados nos EUA, onde Sheridan et al. (2011)⁴⁷ e Berkman et al(2011)⁴⁸ encontraram intervenções que melhoraram a compreensão dos participantes sobre as informações de saúde, reduziram as visitas ao pronto-socorro e as hospitalizações e além de reduzir a gravidade da doença(2011)⁴⁹.

CONCLUSÃO

As evidências dessa revisão sistemática e metassumarização mostraram que práticas de comunicação eficaz com o paciente e práticas diferenciadas para pacientes com diferentes grau de letramento foram condutas adotadas pelos profissionais de saúde para elevar o nível de letramento funcional em saúde dos pacientes. A maioria dos estudos incluídos nesta revisão sistemática apresentou um baixo risco de viés, as evidências emergentes trouxeram uma contribuição significativa para a melhoria do letramento funcional em saúde dos pacientes. Com isso, espera-se que essas evidências possam ser utilizadas para o planejamento e a tomada de decisões visando qualificar os serviços de saúde e melhorar os cuidados prestados à população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation: healthy equity through action on the social determinants of health. Commission Social Determinants of Health (CSDH). Geneve, 2008.
2. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beibly JJ. Health literacy: a new concept for general practice? Aust Fam Physician. 2009;38(3):144-147.

3. World Health Organization. Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. In Proceedings of the 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2016.
4. Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy—What Have We Learned so Far? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15:1-17.
5. Paasche-Orlow MK: Bridging the international divide for health literacy research. *Patient Educ Couns*. 2009, 75:293-294.
6. World Health Communication Associates (WHCA). Health literacy: part 2 evidence and case studies. Birmingham: WHCA; 2010.
7. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, Wagner CV. Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging english adults. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2015;30(7):958-64.
8. Anderson C, Brock T, Bates I, Rouse M, Marriott J, Manasse H, Futter B, Bhojraj S, Brown A, Gal D. Transforming Health Professional Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2011;75 (2):1-3.
9. World Health Organization. World Health Report 1999: Making a Difference. Disponível em: http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf Acesso em: 08 out 2020.
10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century transforming education to strengthen health systems in na interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756). Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/> Acesso em: 10 out 2020.
11. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1-13.
12. Seligman HK, Wang FF, Palacios JL, Wilson CC, Daher C, Piette JD, Schillinger D. Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2005; 20(11):1001-1007.
13. Evangelista LS, Rasmusson KD, Laramee AS, Barr J, Ammon SE, Dunbar S, Ziesche S, Patterson JH, Yancy CW. Health literacy and the patient with heart failure-implications for patient care and research: a consensus statement of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail*. 2010; 16(1):9-16.

14. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface*. 2012;16(41):301-314.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Grp P. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement (Reprinted from *Annals of Internal Medicine*). *Phys Ther* [Internet]. 2009;89(9):873–80. Disponível em: <Go to ISI>://000270260200002
16. Suga USG, Terada RSS, Ubaldini ALM, Fujimaki M, Pascotto RC, Batilana AP, et al. Factors That Drive Dentists towards or Away from Dental Caries Preventive Measures: Systematic Review and Metasummary. Wen Z, editor. *PLoS One* [Internet]. 2014 Oct 8;9(10):e107831. Disponível em: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0107831>
17. Conn VS, Rantz MJ. Research methods: managing primary study quality in meta-analyses. *Res Nurs Health*. 2003;26(4):322–33.
18. Cooper H. *Synthesizing research: A guide for literature reviews*. SAGE Publications, Inc; 3rd edition; 1998:216.
19. Hannes K. Chapter 4: Critical appraisal of qualitative research [Internet]. [cited 2016 Aug 8]. Disponível em: <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>
20. CASP (Critical Appraisal Skills Programme). 10 Questions to make sense of qualitative research [Internet]. 2006. Disponível em: <https://www.biomedcentral.com/content/supplementary/2046-4053-3-139-S8.pdf>
21. Bennett C, Khangura S, Brehaut JC, Graham ID, Moher D, Potter BK, et al. Reporting guidelines for survey research: An analysis of published guidance and reporting practices. *PLoS Med*. 2011;8(8):1–11.
22. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. The quality of mixed methods studies in health services research. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2008 Apr 1;13(2):92–8. Disponível em: <http://hsr.sagepub.com/lookup/doi/10.1258/jhsrp.2007.007074>
23. Sandelowski M, Barroso J, Voils CI. Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Res Nurs Heal*. 2007;30(1):99–111.
24. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TATS. Meta-analysis of observational studies in *Epidemiology*. *JAMA*. 2000;283(15):2008–12.

25. Blake SC, McMorris K, Jacobson KL, Gazmararian JA, Kripalani S. A qualitative evaluation of a health literacy intervention to improve medication adherence for underserved pharmacy patients. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2010;21(2):559-567.
26. Brooks C, Ballinger C, Nutbeam D, Mander C, & Adams J. Nursing and allied health professionals' views about using health literacy screening tools and a universal precautions approach to communication with older adults: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*. 2019:1-7. DOI:10.1080/09638288.2018.1538392
27. Hughson J, Marshall F, Daly JO, Woodward-Kron R, Hajek J, Story D. Health professionals' views on health literacy issues for culturally and linguistically diverse women in maternity care: barriers, enablers and the need for an integrated approach. *Australian Health Review*. 2018;42:10–20.
28. Kaper MS, Sixsmith J, Koot JAR, Meijering LB, van Twillert S, Giammarchi C, Bevilacqua R, Barry MM, Doyle P, Reijneveld SA, Winter AF. Developing and pilot testing a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries. *Patient Education and Counseling*. 2018;101:152–158.
29. Kidd J, Black S, Blundell R, Peni T. Cultural health literacy: the experiences of Māori in palliative care. *Global Health Promotion*. 2018;25(4):15–23.
30. Ali NK. Are we training residents to communicate with low health literacy patients? *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*. 2012;2:19238. <http://dx.doi.org/10.3402/jchimp.v2i4.19238>
31. Ali NK, Ferguson RP, Mitha S, Hanlon A. Do medical trainees feel confident communicating with low health literacy patients? *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*. 2014;4:22893 <http://dx.doi.org/10.3402/jchimp.v4.22893>
32. Coleman CA, Fromer A. A health literacy training intervention for physicians and other health professional. 2015;47(5):388-392.
33. Field S, Abrahams Z, Woods DL, et al. Accessible continued professional development for maternal mental health. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 2019;11(1), a1902. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1902>
34. Green JA, Gonzaga AM, Cohen ED, Spagnoletti CL. Addressing health literacy through clear health communication: A training program for internal medicine residents. *Patient Education and Counseling*. 2014;95:76-82.
35. Howard T, Jacobson KL, Kripalani S. Doctor Talk: physicians' use of clear verbal communication. *Journal of Health Communication: International Perspectives*. 2013;18(8)991-1001. DOI: 10.1080/10810730.2012.757398

36. Lewis KO, Morgan JE, Wang LL, Calderon K, Rammel J, Ozer M. Health literacy practices of physicians and patient care personnel in a hospital setting. *Journal of Contemporary Medical Education*. 2014;2(4):204-212.
37. Kaper MS, Winter AF, Bevilacqua R, Giammarchi C, McCusker A, Sixsmith J, Koot JAR, Reijneveld AS. Positive outcomes of a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three european countries: a multi-centre pre-post intervention study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16:1-14.
38. Mackert M, Ball J, Lopez N. Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Education and Counseling*. 2011;85:e225-e228.
39. Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS. Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior*. 2007;31(Suppl 1):S96-S104.
40. Szwajcer A, Macdonald K, Kvern B. Health literacy training for family medicineresidents. 2014;35:128-132.
41. Turner T, Cull WL, Bayldon B, Klass P, Sanders LM, Frintner MP, Abrams MA, Dreyer B. Pediatricians and health literacy: descriptive results from a national survey. *Pediatrics*. 2009;124(3):s299-s305.
42. Wong HM, Bridges SM, Ma KW, Yiu CKY, McGrath CP, Zayts OA (2020) Advanced informatics understanding of clinician-patient communication: A mixed-method approach to oral health literacy talk in interpreter-mediated pediatric dentistry. *PLoS ONE* 15(3): e0230575.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230575>
43. Threlfall AG, Hunt CM, Milsom KM, Tickle M, Blinkhorn AS (2007) Exploring factors that influence general dental practitioners when providing advice to help prevent caries in children. *Brazilian Dental Journal*. 202:1–4.
44. Bamberger B. The Mixed Methods Approach to Evaluation [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 20]. Available from: www.socialimpact.com
45. Wood J, Gillis DE. Exploring dietitians' engagement with health literacy: concept and practice. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2015;76(2):51-55.
46. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*. 2004 Dec;19(12):1228-39. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x.

47. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *J Health Commun.* 2011;16(Suppl 3):30–54.
48. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess.* 2011;(199):1–941.
49. Visscher BB, Steunenberg B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, Heide I van der, Rademakers J. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health.* 2018;18:1414. Published online 2018 Dec 29.

CAPÍTULO II

AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM GESTÃO EM SAÚDE BUCAL DE PROFISSIONAIS DO SUS DO PARANÁ: UMA ANÁLISE PSICOMÉTRICA DE ESCALAS DE CONHECIMENTO E PRÁTICA

RESUMO

OBJETIVO: Foi avaliar o Letramento em Saúde (LS) de profissionais de saúde que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal (4º. CQGSB). **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo ecológico, temporal, transversal e observacional, onde foi aplicado um questionário estruturado aos profissionais de saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, que participaram do 4º. CQGSB (2017 a 2019). O questionário foi composto com questões múltipla escolha de 5 pontos e aplicado de forma online, por meio do Google Formulário. E para a análise dos dados foi realizada a Análise de Equações Estruturais (AEE) com o objetivo de avaliar a associação entre as variáveis latentes conhecimento e prática dos participantes do curso. **RESULTADOS:** Participaram desse estudo 377 profissionais de saúde. Após as AEE os modelos psicométricos foram aceitáveis estatisticamente (valores-p>5%), evidenciando forte associação positiva entre as variáveis latentes. **CONCLUSÃO:** Foi possível verificar que os profissionais que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal apresentaram conhecimento para a Gestão do Trabalho, do Cuidado e Estrutural. É plausível que o 4º. CQGSB tenha auxiliado no aumento do Letramento em Gestão em Saúde Bucal, estimulando o conhecimento e a prática. Dessa forma, foi possível perceber a importância do processo de qualificação da gestão para agregar conhecimento ao profissional de saúde e mudança na prática diária do serviço.

Palavras-chaves: Letramento em Saúde, Análise de Equações Estruturais.

INTRODUÇÃO

O Letramento em Saúde (LS) abrange o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana em relação à saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso de vida¹. Além disso, a Organização Mundial da Saúde recomenda o LS como um instrumento para atingir várias metas essenciais listadas nos Objetivos de Desenvolvimento

Sustentável². E tem sido um tema de crescente importância em saúde pública. Com isso, muitos países incluíram o LS como uma prioridade fundamental em suas políticas e práticas, como os Estados Unidos (EUA), Canadá, Austrália, União Européia e China, sendo considerado no planejamento e no desenvolvimento de ações em saúde³.

O LS tornou-se uma maneira conveniente de descrever uma variável que pode ser usada para compreender e explicar a variação nos resultados de saúde e doença, sendo um tema que, cada vez mais, preocupa os pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas, envolvidos na promoção e proteção da saúde, bem como na prevenção de doenças, uma vez que vários estudos têm evidenciado o baixo nível de LS das pessoas^{4,5,6}. Pesquisas realizadas principalmente nos EUA mostraram que o letramento inadequado em saúde está associado a piores resultados de saúde, falta de cuidado preventivo, maior uso e gastos com serviços de saúde⁷.

No Brasil, as pesquisas são incipientes, com estudos escassos, principalmente a nível nacional, que demonstrem como esse fenômeno afeta o cuidado à saúde pela população brasileira, posto que apenas recentemente os pesquisadores brasileiros despertaram para esse fator^{8,9}. Ou seja, não existem pesquisas amplas no Brasil, que mostrem o grau de LS da população, tão pouco dos profissionais de saúde¹⁰. Em geral, as pesquisas em Letramento em Saúde utilizam testes de leitura geral ou avaliações baseadas em texto de habilidades de leitura e aritmética, mas a definição do Letramento em Saúde extrapola essas habilidades incluindo domínios que abrangem, por exemplo, a comunicação oral. Em contrapartida, duas revisões, com estudos predominantemente dos EUA e Canadá, relataram que treinamentos realizados com profissionais de saúde aumentaram habilidades de comunicação para abordar o LS^{11,12}. E países como Itália, Irlanda e Holanda, tem desenvolvido capacitações e conseqüentemente houve um aumento do LS de profissionais de saúde, na utilização de ferramentas de comunicação e técnicas educacionais¹³.

Construir o LS é um objetivo que envolve mais do que simplesmente fornecer informações de saúde, os profissionais de saúde precisam ser empoderados para agir¹⁴. São necessárias estratégias abrangentes, incluindo estratégias participativas, que permitam aos profissionais atuarem de forma

eficaz e acessarem informações e recursos necessários¹⁵. Desse modo, evidencia-se a importância da necessidade dos eventos de LS estarem presentes no cotidiano do profissional, para melhorar comunicação, empatia, relação profissional-paciente¹⁶. Portanto, a partir da necessidade de estratégias e propostas que contemplem melhorias no LS dos profissionais atuantes no serviço público de saúde, o 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal vem sendo realizado no Estado do Paraná para capacitar profissionais e gestores com visão crítica da gestão, voltados para a promoção da saúde¹⁷. O curso é estruturado em ciclos, iniciando com gestores regionais, em seguida gestores municipais, equipes de saúde bucal e finalmente para a equipe multiprofissional de saúde. Logo, para que avanços aconteçam para a prática do letramento em saúde, a implementação do curso parece ser uma estratégia viável e essencial, entretanto, ainda não é claro o impacto do curso como ferramenta para a avaliação do letramento.

Desta maneira, o objetivo do estudo foi avaliar o letramento em saúde dos profissionais de saúde que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal.

METODOLOGIA

Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo ecológico temporal, transversal e observacional com aplicação de questionário estruturado, com perguntas fechadas, construído para mensurar o nível de Letramento em Gestão em Saúde Bucal dos profissionais que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal (4º. CQGSB), que ocorreu no período de 2017 a 2019.

Referencial teórico

Foi utilizado como referencial teórico o Letramento em Saúde Pública, segundo Freedman e colaboradores (2009)¹⁸, entende-se como grau em que os indivíduos e coletividade compreendem, avaliam e agem sobre informações necessárias para tomada de decisão em saúde pública que beneficiem a comunidade. E as análises das variáveis latente e manifestas foram realizadas

sob a luz da Teoria Cognitivista do comportamento humano, que preocupa-se com o processo de compreensão, transformação, armazenamento e utilização das informações, analisando os aspectos que intervêm no processo “estímulo/resposta”¹⁹.

Participantes da Pesquisa

A amostra foi constituída por gestores (secretários de saúde e coordenadores de saúde bucal) e profissionais (médicos, cirurgiões dentistas, técnicos em saúde bucal, técnicos em prótese dentária, auxiliares de saúde bucal, enfermeiros, técnicos de enfermagem e técnicos administrativos) atuantes nas Regionais de Saúde do Estado do Paraná, nos municípios e serviços de saúde, que encontravam-se matriculados no 4º. CQGSB.

O estudo foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM), seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde), obtendo o CAAE nº. 36779120.0.0000.0104.

Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal (IDL-GSB) na Gestão Estrutural (GE), Gestão do Cuidado (GC) e Gestão do Trabalho(GT)

O IDL-GSB foi um questionário composto por questões fechadas que abordavam os conhecimentos adquiridos com 4º. CQGSB e consequentes práticas. Três subconstrutos emergiram de um estudo de revisão sistemática e metassumarização sobre gestão em saúde: GE, GC e GT²⁰.

Um grupo de pesquisadores composto por professores especialistas em Saúde Coletiva, doutorandos, pós-doutoranda, egressos do curso de Pós-Graduação em Odontologia Integrada e assessora do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR), se reuniram para a elaboração do questionário e estabelecimento do conteúdo. O questionário foi avaliado por pesquisadores especialistas nas áreas de estatística e saúde coletiva para se obter clareza e concisão de cada item do mesmo. Todos os pareceres foram considerados e as modificações pertinentes foram realizadas.

O Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal passou por uma etapa de validação semântica e de conteúdo. Nesta fase, foi selecionada uma amostra piloto por conveniência de 30 indivíduos (profissionais do serviço público, docentes, estudantes e técnicos da Universidade Estadual de Maringá, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Universidade de Brasília e Universidade Federal do Piauí), que responderam ao questionário e sugeriram alterações nas questões, o que contribuiu para o melhor entendimento e clareza do instrumento. Os resultados desta etapa foram utilizados para avaliar a objetividade e consistência do questionário. A partir dos resultados, novas modificações foram realizadas.

O instrumento de diagnóstico foi finalizado contendo 34 questões de múltipla escolha com cinco pontos (Quadro 1) e aplicado de forma online, por meio da plataforma do Google Formulário.

Quadro 1: Itens do Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal na Gestão Estrutural (GE), Gestão do Cuidado (GC) e Gestão do Trabalho (GT).

	Subconstruto	Questionário	Código	Variável no Modelo	Escala
CONHECIMENTO	GE	Utilização da Internet	GE01	GEC → GE01	0: Não sabe o que é. 1: Ouviu falar, mas não compreende.
		Rede de Atenção à Saúde	GE02	GEC → GE02	
		Construção da Rede de Saúde Bucal	GE03	GEC → GE03	
		Planejamento em Saúde	GE04	GEC → GE04	
		Sistemas de Informação à Saúde	GE05	GEC → GE05	
		Financiamento e Orçamento em Saúde	GE06	GEC → GE06	
	GC	Estratégia Saúde da Família	GC07	GCC → GC07	2: Ouviu falar e pretende estudar. 3: Busca formas de compreender, estudar por meio de cursos, vídeos, pesquisas, artigos científicos, entre outros.
		Educação em Saúde	GC08	GCC → GC08	
		Tratamento Restaurador Atraumático	GC09	GCC → GC09	
		Clínica Ampliada	GC10	GCC → GC10	
		Intersetorialidade	GC11	GCC → GC11	
		Fluoretação das Águas de Abastecimento	GC12	GCC → GC12	
	GT	Participação da Comunidade e Controle Social	GT13	GTC → GT13	4: Compreende o que é.
		Avaliação da Satisfação do Usuário	GT14	GTC → GT14	
		Educação Permanente em Saúde	GT15	GTC → GT15	
		Trabalho em Equipe Interprofissional	GT016	GTC → GT16	
		Integração Ensino-Serviço	GT17	GTC → GT17	
	Subconstruto	Questionário			Escala

		Variável no Modelo			
PRÁTICA	GE	Utilização da Internet	GE01	GEP → GE01	0: O processo de trabalho tem sido o mesmo há anos, com o atendimento da livre demanda.
		Rede de Atenção à Saúde	GE02	GEP → GE02	
		Construção da Rede de Saúde Bucal	GE03	GEP → GE03	
		Planejamento em Saúde	GE04	GEP → GE04	
		Sistemas de Informação à Saúde	GE05	GEP → GE05	
		Financiamento e Orçamento em Saúde	GE06	GEP → GE06	
	GC	Estratégia Saúde da Família	GC07	GCP → GC07	1: Conhece o que é, porém não sabe o que fazer para implementá-la.
		Educação em Saúde	GC08	GCP → GC08	
		Tratamento Restaurador Atraumático	GC09	GCP → GC09	
		Clínica Ampliada	GC10	GCP → GC10	2: Compreende a importância.
		Intersetorialidade	GC11	GCP → GC11	
		Fluoretação das Águas de Abastecimento	GC12	GCP → GC12	
	GT	Participação da Comunidade e Controle Social	GT13	GTP → GT13	3: Já começa a realizar mudanças para a construção.
		Avaliação da Satisfação do Usuário	GT14	GTP → GT14	4: Já realiza as mudanças contínuas para a implantação.
		Educação Permanente em Saúde	GT15	GTP → GT15	
		Trabalho em Equipe Interprofissional	GT16	GTP → GT16	
		Integração Ensino-Serviço	GT17	GTP → GT17	

Todos os participantes que responderam ao questionário e assinalaram o escore 4 (escore considerado ideal) do Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal, as respostas foram contabilizadas e classificadas em níveis de letramento: alto ($\geq 75\%$ selecionaram a alternativa 4 do instrumento), médio ($25\% \leq X \leq 50\%$ selecionaram a alternativa 4 do instrumento) e baixo ($0 \leq X \leq 25\%$ selecionaram a alternativa 4 do instrumento).

Coleta de Dados

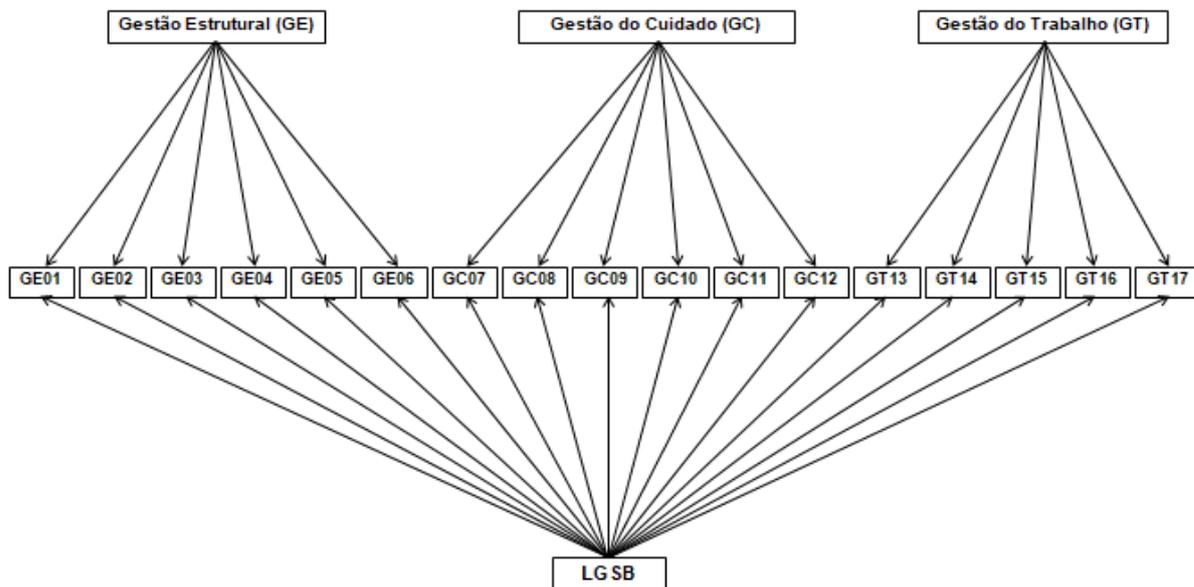
A coleta de dados ocorreu no período de um mês (novembro a dezembro de 2018). Ao término do curso todos profissionais que participaram do 4º. CQGSB receberam o questionário por e-mail. Todos os dados coletados foram armazenados em um servidor protegido. Dessa forma, foi assegurada ao respondente a confidencialidade dos dados e dos resultados, enquanto dados individuais ou coletivos. Os dados coletados foram convertidos em planilhas do Excel®, para posterior análise.

Variáveis do Estudo

A variável latente ou construto analisado no estudo foi o Letramento em Saúde. Os subconstrutos e suas respectivas variáveis manifestas foram: Gestão Estrutural (Utilização da Internet, Redes de Atenção à Saúde, Construção da Rede de Saúde Bucal, Planejamento em Saúde, Sistemas de Informação à Saúde, Financiamento e Orçamento em Saúde); Gestão do Cuidado (Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde, Tratamento Restaurador Atraumático, Clínica Ampliada, Intersetorialidade, Fluoretação das Águas de Abastecimento) e Gestão do Trabalho (Participação da Comunidade e Controle Social, Avaliação da Satisfação do Usuário, Educação Permanente em Saúde, Trabalho em Equipe Interprofissional e Integração Ensino-Serviço).

De acordo com essas variáveis, foi construído um Modelo Teórico que teve como objetivo a descrição dos fatores que influenciam no Letramento em Saúde dos profissionais participantes da pesquisa (Figura 1). Para a construção do modelo psicométrico foram consideradas as variáveis manifestas e seus respectivos códigos (Quadro 1). O Modelo Teórico foi testado em duas fases. A primeira fase consistiu em testar o modelo bifatorial (geral-específico) com variável latente geral LS (LS-C e LS-P) e três subconstrutos de gestão de Conhecimento (GEC, GCC e GTC) e Prática (GEP, GCP e GTP). A segunda fase consistiu em testar o modelo de correlação entre as variáveis latentes Letramento em Gestão em Saúde Bucal de Conhecimento (LGSB-C) e de Letramento em Gestão em Saúde Bucal de Prática (LGSB-P).

Figura 1: Modelo Teórico representativo sobre fatores que influenciam no Letramento em Gestão em Saúde Bucal dos profissionais que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal.



Análise Estatística

O processamento dos dados e análise estatística foram realizados com os pacotes lavaan, semTools e semPlot do software livre R versão 4.0.3. A estatística descritiva de todas as variáveis e a Análise de Equações Estruturais (AEE) foram realizadas com o objetivo de avaliar a associação entre as variáveis latentes Conhecimento e Prática dos participantes do 4º. CQGSB.

A sequência norteadora da AEE utilizada para este trabalho pode ser observada na Figura 2.

Figura 2: Etapas da Análise de Equações Estruturais.



RESULTADOS

Resultados Descritivos

A amostra total foi de 377 respondentes que participaram do 4º. CQGSB, sendo 304 (80,6%) do sexo feminino, 315 (83,6%), com faixa etária entre 26 a 50 anos, 69 (18,3%) profissionais de saúde pertenciam a 8ª. Regional de Saúde do Estado do Paraná e 141 (37,4%) são cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família (Tabela 1).

Houve a exclusão de 67, 55 e 77 participantes da pesquisa, no modelo bifatorial com variáveis latentes Letramento em Gestão em Saúde Bucal de Conhecimento (LGSB-C), Letramento em Gestão em Saúde Bucal de Prática (LGSB-P) e modelo de variáveis latentes LGSB-C e de LGSB-P respectivamente, por não terem respondido uma e/ou várias questões do questionário.

Tabela 1: Perfil dos profissionais que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal, no período 2017 a 2019.

Questionamento	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Gênero		
Masculino	73	19,4
Feminino	304	80,6
Total	377	100
Idade		
Até 25 anos	17	4,5
26 a 50 anos	315	83,6
Acima de 50 anos	45	11,9
Total	377	100
Regional de Saúde do Estado do Paraná		
1ª. Regional de Saúde	18	4,8
2ª. Regional de Saúde	27	7,2
4ª. Regional de Saúde	12	3,2
5ª. Regional de Saúde	25	6,6
6ª. Regional de Saúde	17	4,5
7ª. Regional de Saúde	14	3,7
8ª. Regional de Saúde	69	18,3
9ª. Regional de Saúde	15	4
11ª. Regional de Saúde	15	4
12ª. Regional de Saúde	30	8
13ª. Regional de Saúde	6	1,6
14ª. Regional de Saúde	2	0,5
15ª. Regional de Saúde	29	7,7

16ª. Regional de Saúde	7	1,9
17ª. Regional de Saúde	44	11,7
18ª. Regional de Saúde	13	3,4
20ª. Regional de Saúde	18	4,8
21ª. Regional de Saúde	2	0,5
22ª. Regional de Saúde	14	3,7
Total	377	100

Atuação no Serviço

Médico	1	0,3
Cirurgião dentista (Clínico Geral)	86	22,8
Cirurgião dentista (Centro de Especialidades Odontológicas)	12	3,2
Cirurgião dentista (Estratégia Saúde da Família)	141	37,4
Técnico em Saúde Bucal	48	12,7
Técnico em Prótese Dentária	1	0,3
Auxiliar de Saúde Bucal	12	3,2
Enfermeiros	5	1,3
Técnicos de Enfermagem	3	0,8
Secretário de Saúde	2	0,5
Coordenador de Saúde Bucal	57	15,1
Coordenador de Ações em Saúde	1	0,3
Coordenador de Centro de Especialidades Odontológicas	1	0,3
Chefe da Divisão de Atenção e Gestão em Saúde	1	0,3
Chefe da Atenção Básica	1	0,3
Técnico Administrativo	4	1,0
Auxiliar Administrativo	1	0,3
Total	377	100

Fonte: Dados do próprio autor.

Resultados Estatísticos

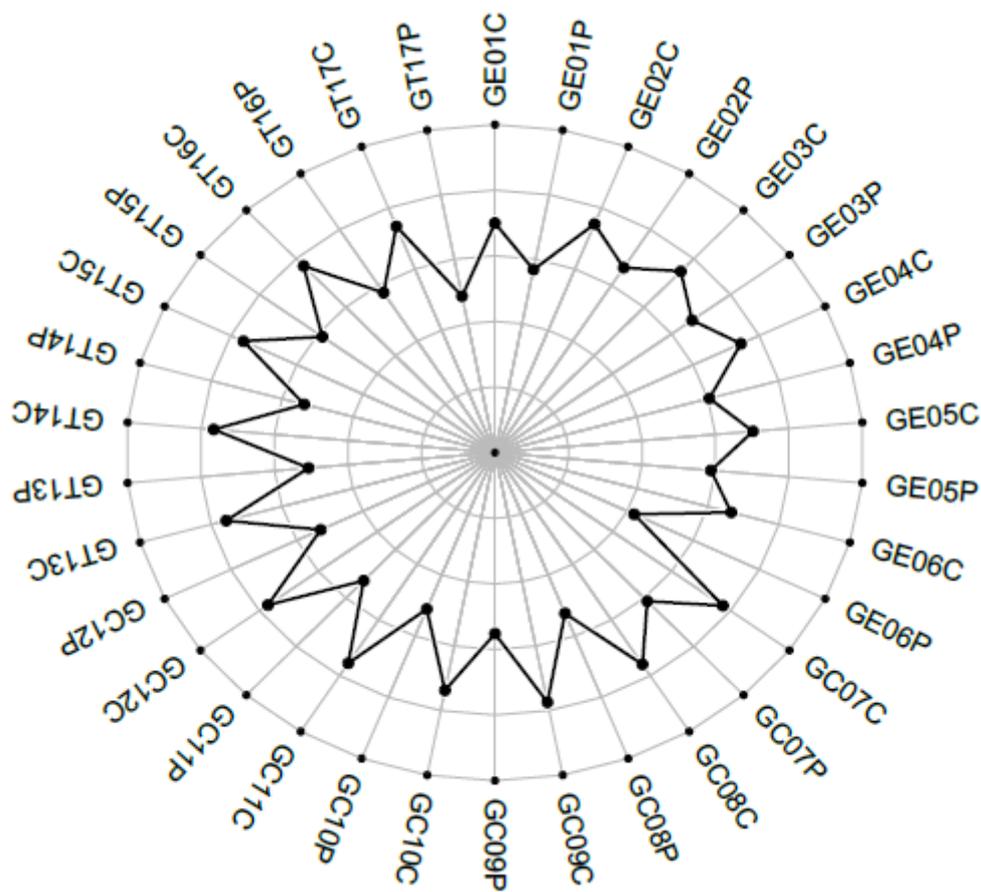
Os valores da média, desvio-padrão e mediana estão apresentados na Tabela 2. Foi possível observar que os valores da média dos componentes do Instrumento de Diagnóstico de Letramento da GE, GC e GT foi maior no quesito conhecimento ($X= 3.71$) quando comparado com a prática ($X= 2.69$).

Tabela 2: Características descritivas dos itens do questionário do Instrumento de diagnóstico de Letramento da GE, GC e GT.

Questão	Conhecimento			Prática		
	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Média	Desvio-Padrão	Mediana
GE01	3.46	0.00	4	2.81	0.00	3
GE02	3.73	0.00	4	3.28	0.07	3
GE03	3.70	0.13	4	3.30	0.15	3
GE04	3.71	0.10	4	2.94	0.07	3
GE05	3.49	0.10	4	2.84	0.09	3
GE06	3.32	0.05	4	1.91	0.05	2
GC07	3.87	0.07	4	3.03	0.05	3
GC08	3.79	0.07	4	2.56	0.05	3
GC09	3.86	0.12	4	2.68	0.10	3
GC10	3.67	0.09	4	2.50	0.09	3
GC11	3.75	0.10	4	2.59	0.07	3
GC12	3.85	0.09	4	2.59	0.10	2
GT13	3.78	0.07	4	2.31	0.05	2
GT14	3.81	0.07	4	2.60	0.07	3
GT15	3.81	0.10	4	2.88	0.09	3
GT16	3.82	0.14	4	2.78	0.12	3
GT17	3.66	0.09	4	2.18	0.07	2
Média Geral	3.71			2.69		

Fonte: Dados do próprio autor.

Figura 3: Gráfico radial com características descritivas dos itens do questionário do Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão de Saúde Bucal na GE, GC e GT.



Ao considerar a distribuição de porcentagem de respostas do Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal na Gestão Estrutural, Gestão do Cuidado e Gestão do Trabalho (Figura 4), foi possível verificar no LGSB-C que 78,2% das respostas do questionário foi na escala de resposta 4 e LGSB-P 30,7% das respostas do questionário foi na escala de resposta 2 (Tabela 3).

Figura 4: Distribuição de porcentagem de respostas do Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal na Gestão Estrutural, Gestão do Cuidado e Gestão do Trabalho.

(%)

item	0	1	2	3	4	NA
E01C	1	1	11	25	62	0
E01P	1	12	18	42	27	0
E02C	0	1	4	16	79	0
E02P	1	3	11	37	48	1
E03C	1	1	4	17	77	2
E03P	1	2	8	40	46	2
E04C	0	0	4	19	75	1
E04P	3	4	27	27	38	1
E05C	1	1	8	27	61	1
E05P	3	6	20	44	26	1
E06C	0	3	15	27	54	0
E06P	9	22	48	8	12	0
C07C	0	1	1	6	90	1
C07P	1	7	18	36	38	0
C08C	0	1	3	12	84	1
C08P	2	8	37	33	18	0
C09C	0	0	4	5	90	1
C09P	3	8	37	22	29	1
C10C	0	1	4	21	73	1
C10P	2	8	39	40	11	1
C11C	1	1	3	14	81	1
C11P	2	5	38	43	12	1
C12C	0	1	3	7	89	1
C12P	2	7	46	19	25	1
T13C	0	1	4	10	85	1
T13P	9	5	48	21	16	0
T14C	0	1	2	10	86	1
T14P	3	5	41	30	21	1
T15C	0	0	3	13	83	1
T15P	1	3	30	37	29	1
T16C	1	1	1	10	86	2
T16P	3	3	26	48	19	1
T17C	1	1	6	15	77	1
T17P	10	18	33	20	18	1

levels

Tabela 3: Porcentagem de resposta do Instrumento de Diagnóstico de Letramento de GE, GC e GT, para o LGSB-C e LGSB-P, de acordo com as categorias de resposta.

Escala de Resposta	LGSB-C (%)	LGSB-P (%)
0	0,3	3,1
1	0,9	7,2
2	4,6	30,7
3	14,8	32
4	78,2	25,9

Fonte: Dados do próprio autor.

Na tabela 4 foi possível verificar os níveis de Letramento em Gestão dos participantes da pesquisa que selecionaram o escore 4, evidenciando maior nível de LS quando se trata de conhecimento, quando comparado com a prática. Em LGSB-C destacaram-se Estratégia Saúde da Família (ESF) e Tratamento Restaurador Atraumático (ART) com 90% de respostas no escore 4 e Financiamento e Orçamento em Saúde com 54%. E quanto a LGSB-P, verificou-se que Rede de Atenção à Saúde (RAS), Construção da Rede de Saúde Bucal, Intersetorialidade e Clínica Ampliada (CA) apresentaram 48%, 46%, 12% e 11% de respostas respectivamente no escore 4.

Tabela 4: Níveis de Letramento em Saúde dos participantes que responderam ao instrumento e selecionaram o escore 4 e respectiva porcentagem de resposta.

Questão	Conhecimento	n	%	Prática	n	%
GE01		192	62		86	27
GE02		244	79		154	48
GE03		238	77		148	46
GE04		232	75		122	38
GE05		189	61		115	26
GE06		167	54		38	12
GC07		279	90		122	38
GC08		260	84		57	18
GC09		279	90		93	29
GC10		226	73		35	11
GC11		251	81		38	12
GC12		275	89		80	25
GT13		263	85		51	16
GT14		266	86		67	21
GT15		257	83		93	29
GT16		266	86		61	19
GT17		238	77		57	18

 Nível de letramento alto ($X \geq 75\%$)
 Nível de letramento médio ($25\% \leq X \leq 50\%$)
 Nível de letramento baixo ($0 \leq X \leq 25\%$)

Conforme a tabela 5, os três modelos psicométricos são aceitáveis estatisticamente, pois os valores-p associados ao RMSEA são maiores do que 5%. Os modelos bifatoriais de Conhecimento e Prática são eminentemente de

variável latente geral (unidimensionais), pois suas respectivas variáveis latentes gerais, LGSB-C e LGSB-P), têm confiabilidades altas (ômegas respectivos de 80% e 74%) e as três latentes específicas têm confiabilidades baixas (entre 6% e 32%). Desta forma, o terceiro modelo psicométrico propõe a associação entre as variáveis latentes gerais LGSB-C e LGSB-P.

Tabela 5: Resultados estatísticos dos Modelos Psicométricos.

lavaan::cfa	Modelo		
	Bifatorial LFS-C: MLR	Bifatorial LFS-P: MLR	Associação LFS-C e LFS-P: WLSMV
n	310	322	300
X ²	142,88	149,69	935,11
df	99	99	489
p	0,003	0,001	<0,001
X ² /df	1,44	1,51	1,91
RMSEA	0,038	0,040	0,055
p	0,976	0,920	0,054
CFI	0,96	0,97	0,95
TLI	0,95	0,95	0,94
Ômega 3	LFS	0,80	LFS-C = 0,91
	GE	0,32	LFS-P = 0,94
	GC	0,13	
	GT	0,06	

Nas figuras 5 a 7 as setas unidirecionais que apontam da variável latente em direção às suas variáveis manifestas sugerem que seus valores são influenciados por suas respectivas variáveis latentes. As setas bidirecionais representam as correlações entre os pares de variáveis.

Figura 5: Diagrama do modelo bifatorial com variáveis latentes geral LS e três específicas correlacionadas GT, GE e GC de Conhecimento.

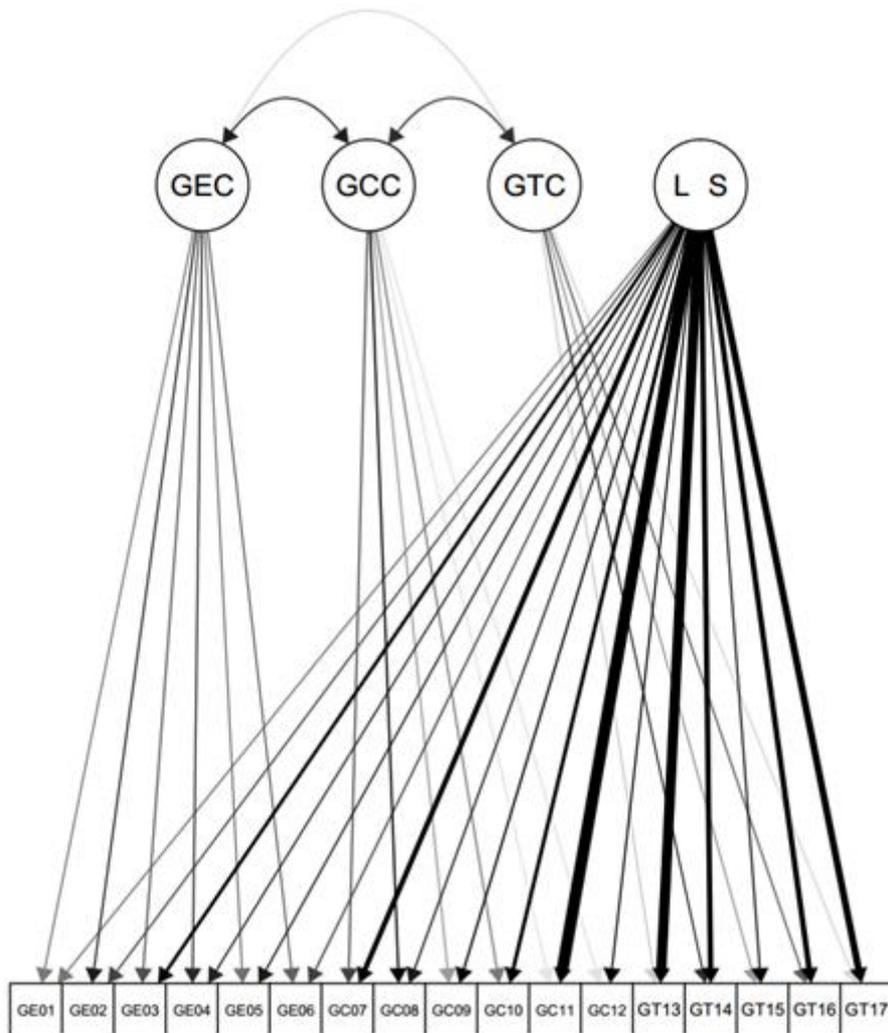
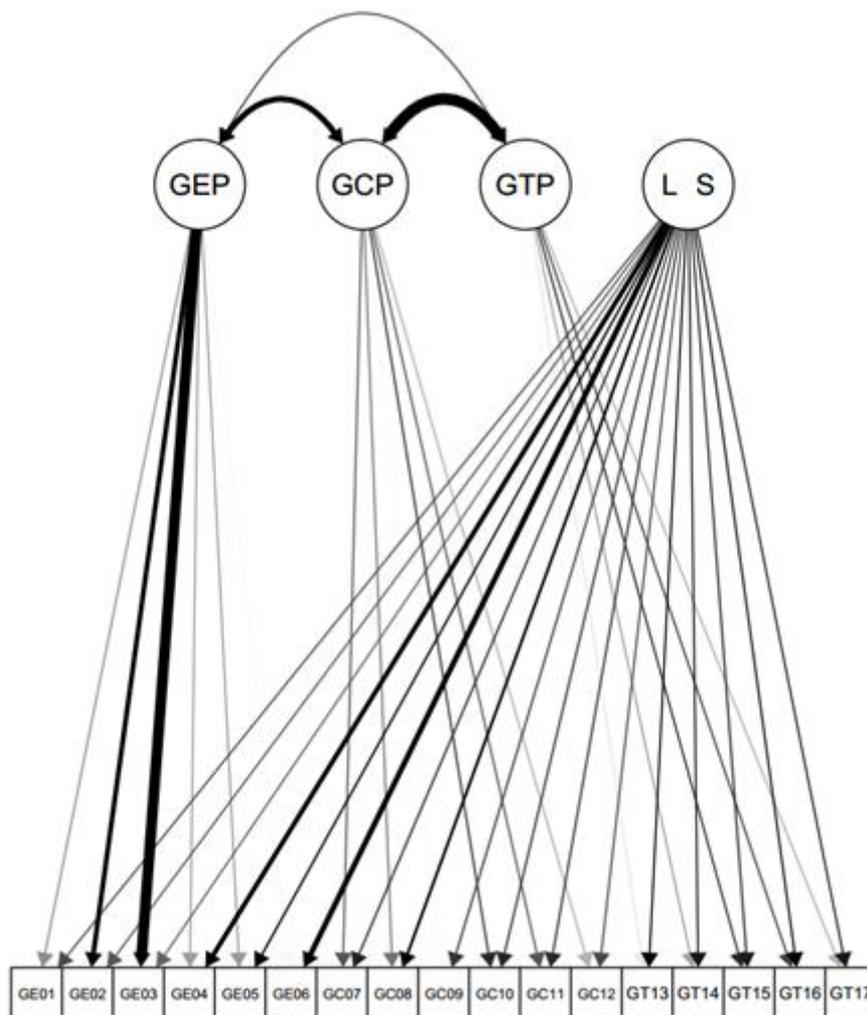
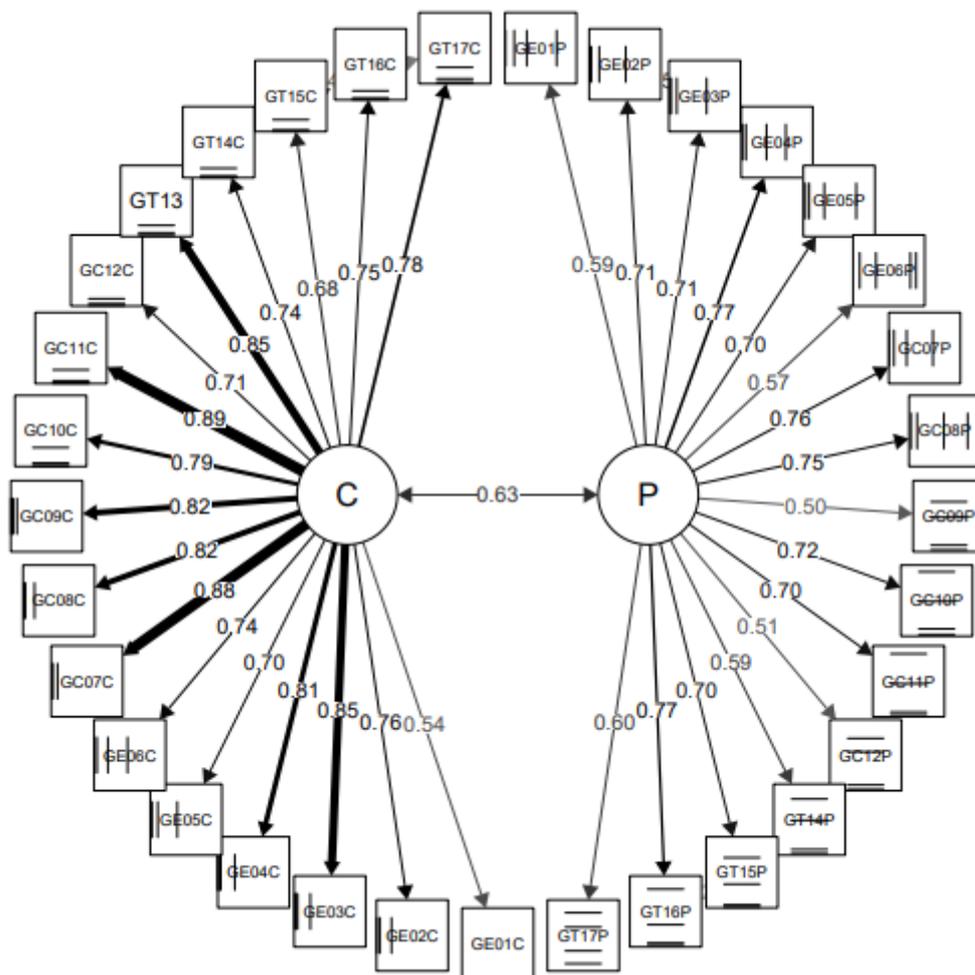


Figura 6: Diagrama do modelo bifatorial com variáveis latentes geral LS e três específicas correlacionadas GT, GE e GC de Prática.



O modelo psicométrico de primeira ordem que relaciona as variáveis latentes gerais LGSB-C e LGSB-P com itens ordinais de cinco pontos é aceitável estatisticamente, evidenciando correlação significativa, forte e positiva ($r=0,63$) (Figura 7).

Figura 7: Diagrama das variáveis latentes Conhecimento e Prática com itens ordinais de cinco pontos.



DISCUSSÃO

O estudo avaliou o Letramento em Saúde de profissionais de saúde que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal (4º. CQGSB). Após a realização do 4º. CQGSB os participantes da pesquisa demonstraram conhecimento nos diversos componentes do Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal (IDL-GSB) na Gestão Estrutural, Gestão do Cuidado e Gestão do Trabalho. Entretanto, o mesmo não se refletiu na mesma proporção em práticas dos serviços, evidenciado pelas maiores médias do fator geral conhecimento apresentadas pelos profissionais de saúde em relação ao fator prática, demonstrando que ainda há limitação na transposição didática dos conhecimentos adquiridos.

Em relação ao fator geral "Conhecimento" do IDL-GSB, foi possível verificar que 90% dos participantes da pesquisa apresentaram alto nível de letramento para os componentes: *Estratégia Saúde da Família (ESF)* e *Tratamento Restaurador Atraumático (ART)*. Em contrapartida, o item *Financiamento e Orçamento em Saúde* apresentou menor nível de letramento, com 54% dos participantes com alta compreensão. E quanto ao fator geral "Prática" do IDL-GSB, foi possível averiguar que 48% dos profissionais que responderam ao questionário apresentaram médio nível de letramento para *Redes de Atenção à Saúde (RAS)*, 46% para *Construção da Rede de Saúde Bucal* e baixo nível de letramento com 12% para *Intersetorialidade* e 11% para *Clínica Ampliada (CA)*.

A ESF é um dispositivo de organização da rede da atenção à saúde, estabelecida a partir da década de 90 em âmbito nacional e hoje é a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica em saúde, assegurando ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde. Esta estratégia foi implementada em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças, tendo a família como foco da atenção²¹. A Odontologia foi inserida na ESF, de acordo com a Portaria 1.444 de 28/12/2000, e estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal²².

Dessa forma, os profissionais que participaram desse estudo apresentaram alto nível de letramento de conhecimento da ESF, pois compreendem a importância da estratégia, estruturada a partir de uma equipe multiprofissional, responsável pelo acompanhamento permanente da saúde da população e do território, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais e a população, implementando práticas inovadoras de promoção da saúde para a população mais vulnerável, visando a melhoria da qualidade de vida da comunidade. É possível que o *Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal* tenha oportunizado discutir e estudar sobre assunto, auxiliando na consolidação do conhecimento. Quanto à prática da ESF, os profissionais que participaram do o 4º. CQGSB mostraram médio nível de letramento, devido: dificuldade de mudança do modelo assistencial, resistência à mudança, equipe desmotivada, pouca participação da comunidade e falta de vontade, de

recursos humanos, interesse em estudar, de significado, de uma avaliação reflexiva do serviço, incentivo financeiro e da gestão, dificuldade de trabalhar em equipe, compreensão do papel do servidor público.

Tanto o profissional de saúde bucal quanto os demais que atuam na equipe de Saúde da Família, conhecem a ESF como um modelo de cuidado em saúde integral e humanizado e com potencial para enfrentar as vulnerabilidades em saúde. Contudo, tem o desafio de superar o processo de trabalho tradicional, determinado pela formação biomédica^{23,24,25}. Nesse sentido, são requeridas tanto competências técnicas quanto interpessoais. As novas competências requeridas pelos profissionais da ESF são um tema que tem fomentado estratégias de capacitação e mudanças na formação dos profissionais de saúde. A inclusão do CD no campo da ESF trouxe, além de novas perspectivas de trabalho, a necessidade de adequação do perfil desses profissionais no que diz respeito às responsabilidades no âmbito da equipe de Saúde da Família. Percebe-se que essa discussão, embora tardia, precisa ser implantada e envolver questões como a própria mudança do modelo de atenção, a necessidade de formação condizente com esse novo modelo, além das novas relações de trabalho advindas por meio da ESF²³.

Nesse cenário, destaca-se a importância de profissionais de saúde e gestores como partes essenciais no desenvolvimento das ações de promoção da saúde, uma vez que possui um maior vínculo com a comunidade adscrita, facilitando a adesão dos usuários às ações educativas e contribui diretamente na mudança do estilo de vida das pessoas, minimizando os fatores de risco, além de promover a capacidade de auto-avaliação e protagonismo do usuário no próprio cuidado. Assim, profissionais com maior nível de letramento funcional em gestão em saúde bucal, nos quesitos conhecimento e prática, poderiam contribuir para o alcance das metas de saúde de sua população, a partir de melhorias no processo de trabalho, assegurar assistência de melhor qualidade ao usuário, à família e comunidade²⁶.

Inserida no contexto da ESF, a Clínica Ampliada (CA) prevê, de acordo com a necessidade dos usuários, a articulação entre os serviços de saúde e outros setores e políticas públicas²⁷. Sendo uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS, propõe para qualificar o modo de se fazer saúde, aumentando a autonomia do usuário do serviço de

saúde, da família e da comunidade. Além de buscar maneiras de aprimorar o atendimento, tornando-o mais humanizado e valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção do cuidado em saúde²⁸. E articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração do projeto terapêutico singular²⁹.

Os participantes que responderam ao IDL-GSB sobre CA foi verificado médio nível de letramento para o conhecimento. Onde 73% compreendem a CA, como clínica comprometida com a “produção de saúde e de vida”, ressaltando a importância de se criar a autonomia e protagonismo do usuário na produção da saúde. E baixo nível de letramento em se tratando da prática da CA, apenas 11% dos participantes relataram que discutem com gestores e/ou equipe multiprofissional e/ou comunidade sobre os desafios locais para a sua implantação na prática do serviço.

O Ministério da Saúde, por meio do HumanizaSUS, busca incentivar os serviços de saúde a conhecer melhor, ampliar e colocar na roda de conversa o tema da humanização. Conseqüentemente, abrindo espaço para o protagonismo de seus participantes possibilitando o compartilhamento das vivências, desafios, atualidades e uma série de formas de conhecimento produzido em humanização por meio de textos, vídeos e fotos que constroem a história da Política Nacional de Humanização²⁹. Na prática a CA acontece por meio da escuta, o trabalhador da saúde vai buscar junto ao usuário, os motivos pelos quais ele adoeceu e como se sente com os sintomas, para compreender a doença e se responsabilizar na produção de sua saúde.

Logo, a CA é centrada no sujeito concreto, não somente na sua enfermidade, a fim de resgatar a integralidade humana, o espaço de relações e de responsabilização na ação de cuidar das pessoas. Este é um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, que valoriza as singularidades do paciente³⁰. A literatura tem corroborado com os resultados dessa pesquisa, onde os profissionais apresentaram limitações acerca da prática mais aprofundada sobre CA. É de suma importância que a equipe de Saúde Bucal dialogue sobre as práticas estabelecidas, questione e se fortaleça, para afirmar formas de existir saudáveis e livres de padrões preestabelecidos²⁷. Além disso,

percebe-se que a construção coletiva agrega muito valor às ações, pois trata-se de um processo lento e que depende da maturidade e comprometimento da equipe para que as mudanças de fato ocorram de forma a atender, com êxito, as demandas da sociedade e do Sistema Único de Saúde³⁰.

Nesse sentido, é importante que o usuário crie um significado com as informações passadas pelo cirurgião dentista, com o intuito que ele mude os seus hábitos diários, que ele consiga enxergar e por em prática na sua rotina, as orientações passadas pelo profissional da saúde bucal. Assim, a CA propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.

O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) é um dos métodos de mínima intervenção e máxima preservação das estruturas dentárias, que segue uma filosofia de tratamento associado à promoção de saúde³¹, corroborando com o que tem sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e pela Federação Dentária Internacional. No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza o uso do ART, no âmbito da atenção básica, em populações com alta prevalência de cárie, em uma abordagem coletiva para redução da infecção bucal dada a possibilidade de ser aplicada a toda a população, sobretudo àqueles que não têm acesso ao serviço odontológico³². No estudo realizado por Umeda e colaboradores (2020)³³, o ART mostrou-se uma estratégia que controla a doença a custos mais baixos e maximiza o tempo clínico. Corroborando com o trabalho realizado por Lima et al (2020)²⁶, onde a população estudada apresentava prevalência alta de cárie e, após quatro meses de intervenção, observou-se que o ART foi resolutivo para a maioria das necessidades de tratamento (59,2%), apresentando-se como uma estratégia eficiente que pode ser implementada em locais que não oferecem a estrutura de um consultório odontológico. E em tempos de Pandemia provocada pelo Covid-19, a técnica se mostra como uma opção de tratamento viável, por reduzir a produção de gotículas e aerossóis, pelo uso de instrumentos manuais no lugar das turbinas de alta rotação utilizadas em muitos procedimentos odontológicos, que aumentam os riscos potenciais de transmissão do SARS-Cov 2 e outros microrganismos patogênicos³⁴.

No presente estudo, os profissionais compreendem a filosofia preventiva e promotora de saúde do ART, baseada no conceito de mínima intervenção e máxima preservação das estruturas dentárias, caracterizada pela remoção parcial da dentina atingida pela cárie e inserida em um contexto de promoção da saúde bucal. Estudos realizados em Teresina/PI³⁵, Recife/PE³⁶, Maringá/PR³⁷ e Região Central do Rio Grande do Sul³⁸, na qual avaliaram o conhecimento de CDs quanto o ART, evidenciou que a maioria dos cirurgiões dentistas atuantes nos serviços públicos possuem bom conhecimento e conduta positiva em relação a técnica. Em contrapartida, no estudo realizado por Miranda et al (2011)³⁹ mostrou que a maior parte dos cirurgiões dentistas, por mais que acreditem na eficácia da técnica e na sua aplicabilidade no serviço público, relatam um grau de conhecimento insuficiente para a realização do ART.

Apesar de muitos profissionais e gestores conhecerem a efetividade do método, o uso do ART ainda está pouco difundido dentro do contexto da ESF como estratégia de controle da doença cárie, apesar de seu forte vínculo com as diretrizes propostas e do reconhecimento internacional de suas vantagens para a saúde pública³². O ART é uma abordagem que consta na Política Nacional de Saúde Bucal, e no estado do Paraná há políticas estaduais que incentivam, como a Linha Guia Rede de Saúde Bucal. Por conta de grupos de pesquisadores trabalhando com a temática no estado do Paraná, incentivo da pesquisa no SUS (PPSUS) e aumento das evidências científicas na área, evidenciando ser uma técnica fácil e de baixo custo⁴⁰.

Quanto a prática do ART no serviço, os participantes da pesquisa mostraram médio nível de letramento, relataram utilizar o ART e discutir com gestores e/ou equipe multiprofissional e/ou comunidade a ampliação da utilização do ART no processo de trabalho. Dessa maneira, a falta de conhecimento técnico-científico por parte do cirurgião-dentista, pouco treinamento prático, desconfiança quanto à efetividade da técnica, disseminação de informação não científica, falta de interesse por parte dos próprios profissionais, ausência de habilidade para iniciar atividades em outros espaços sociais, dificuldade de liderar equipes, dificuldade de fazer levantamentos epidemiológicos, se destacam como dificuldades para o uso da

ART na rotina clínica, sendo necessário o treinamento desse procedimento para uma utilização eficiente no serviço público³⁷.

E em 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, pautado nos princípios do SUS e de forma a desenvolver ações integradas na educação permanente dos profissionais, na pesquisa e em medidas, como: fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal, diagnóstico precoce e tratamento priorizando procedimentos conservadores³². Faz-se necessário instituir programas de capacitação para esses profissionais, a fim de esclarecer a viabilidade da escolha dessa técnica no tratamento da cárie dentária. Em Ponta Grossa, em uma capacitação sobre ART ofertada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e Secretaria Municipal de Saúde, mostrou mudanças positivas em o conhecimento teórico/técnico e na aceitação da técnica entre os cirurgiões dentistas da ESF, reconhecendo assim a importância e a necessidade de formar profissionais no serviço, motivando-os a refletir e redirecionar sua prática, com base sobre os conhecimentos mais recentes sobre cárie dentária⁴¹. Os cursos de capacitação como *Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal*, surge como uma possibilidade dos profissionais adquirirem conhecimento sobre o ART, dentro de uma abordagem de promoção de saúde, e aplicarem em sua prática no serviço.

O financiamento e orçamento em saúde se refere aos mecanismos pelos quais os recursos são mobilizados para financiar atividades da saúde. O *Financiamento e Orçamento em Saúde* é regulado pelo SUS e estabelecido pelo artigo 35 da Lei 8.080 de 1990, onde fica estabelecido que os valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, seria a combinação dos seguintes critérios: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede, ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo⁴². No que tange ao conhecimento das fontes de Financiamento da Saúde (União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares) e Orçamento da Saúde Bucal, os participantes da pesquisa

apresentaram médio nível de letramento. E baixo nível de letramento quando se refere a prática, mostrando pouca participação no Financiamento e Orçamento em Saúde e discussão com gestores e/ou equipe multiprofissional e/ou comunidade sobre os desafios para a obtenção de recursos para a saúde bucal.

Os repasses financeiros do governo federal específicos para a saúde bucal tiveram um crescimento real no período de 2001 a 2012. Porém, foram reduzidos nos últimos anos, ou seja, a saúde bucal perdeu espaço para outras ações e programas de saúde⁴³. Apesar dos repasses financeiros se mostrarem crescentes, a política tem a necessidade, em todos os seus programas, que os ajustes financeiros sejam flexíveis, contínuos, divididos entre as três esferas de governo e, principalmente, atualizados para que o princípio da integralidade seja efetivado. Além disso, a capacidade de cobertura tem se mostrado grande, mas grande parte da população continua carente. O sistema precisa de aprimoração dos meios de informação para a comunidade e dentro do próprio sistema, de forma a possibilitar maior regionalização das ações, e por fim, engajamento político nas práticas de saúde pública e educação permanente dos profissionais da área, de forma que o movimento se fortaleça e se torne mais eficiente⁴⁴.

Os resultados desse trabalho evidenciam os desafios e dificuldades encontradas quando o tema é financiamento da saúde bucal, principalmente na ótica de gestores e profissionais da área. Nesta perspectiva, a falta de conhecimento acerca do financiamento em saúde faz com que muitas vezes autoridades de saúde não consigam propor ações apropriadas para enfrentar inúmeras dificuldades que culminam na baixa resolutividade da rede básica e para se pensar numa distribuição de recursos mais equânime e eficiente, que é fundamental para a operacionalização de um sistema de saúde⁴⁵. Ainda há dificuldades práticas de se estabelecer verba específica para saúde bucal, demora no repasse e escassez de verba, necessidade de comprometimento, acompanhamento de gestores e profissionais em todas as etapas do processo de repasse e aplicação do recurso financeiro^{46,47}. Diante disso, para que o *Financiamento e Orçamento em Saúde* do SUS possa ser viabilizado com a construção de um modelo de financiamento flexível e transparente que permita o controle social e ofereça a agilidade no uso dos recursos. Ao ofertar maiores

repasses financeiros federais àqueles municípios e equipes que mais e melhor trabalham em prol da saúde das pessoas, reforça-se a reforma do Estado brasileiro em direção a uma prestação de serviços públicos⁴⁸.

O presente estudo mostra os desafios na busca por conhecimento e prática na consolidação do SUS e suas estratégias de financiamento de maneira evidente. Foi apontada ainda a necessidade de mais estudos que discutam o financiamento do SUS pela ótica dos blocos de financiamento considerando que a maioria dos artigos tinham em suas discussões os entraves das portarias e emendas parlamentares que regulam a distribuição de recursos principalmente para os municípios. Os gastos e parcerias com o setor privado ficaram expostos em alguns artigos, e várias foram as evidências que esses valores têm sido cada vez mais subtraídos em vistas da crise financeira que assola o país. Diante do exposto, devemos refletir sobre onde temos avançado e quais são os impasses que não nos permitem avançar como sistema, procurando soluções para derrubar o modelo hegemônico de atenção à saúde que resulta em uma mercantilização da saúde, evidenciando a necessidade de novos investimentos na saúde pública⁴⁹.

Por fim, a utilização da modelagem de equações estruturais utilizada neste trabalho foi de grande utilidade para o desenvolvimento do processo da análise estatística construído a partir dos dados obtidos pelo IDL-GSB no 4º. CQGSB. Inicialmente foi construído um modelo bifatorial com a variável latente geral "LGSB - Conhecimento" e 3 específicas (relacionadas a GT, GE e GC). Este modelo foi considerado viável (Figura 5). Em seguida, foi construído o mesmo modelo para a variável latente geral "LGSB - Prática" (Figura 6), que também foi considerado viável. Entretanto, os fatores específicos demonstraram ser mais fracos em termos de efeito, o que os tornaram dispensáveis, permitindo testar um novo modelo. Esses dois modelos (Figuras 5 e 6) foram necessários para identificar que o tamanho de efeito e importância desses fatores foram mais fracos e por isso, não incluídos na próxima análise. Assim, sugeriu-se um novo modelo, considerando os resultados anteriores, com os domínios unidimensionais LGSB-C e LGSB-P (Figura 7), sendo este o modelo adotado no presente estudo. O modelo foi viável estatisticamente e evidenciou uma correlação positiva e forte entre LGSB-C e LGSB-P.

O uso das equações estruturais neste estudo permitiu um desenvolvimento processual da análise estatística com itens ordinais, o que outros testes não permitiriam, uma vez que foi possível considerar todos os dados obtidos nas diferentes dimensões de análise e construir um modelo único (análise multivariada). A vantagem prática dessa abordagem por meio da AEE é que permitiu ao leitor uma visão dos diferentes impactos da gestão do SUS em saúde bucal quando se considerou as variáveis de forma simultânea e não isoladas como é feito tradicionalmente nas análises estatísticas com técnicas clássicas; e permitiu também a visualização de um modelo global que integra e possibilita uma análise macro das variáveis condicionadoras da gestão em saúde bucal e da sua importância relativa. O questionário aplicado no 4º. CQGSB foi capaz de captar aspectos subjetivos da gestão do SUS em saúde bucal e seu impacto nas dimensões funcional, social e psicológica⁵⁰. Assim, este estudo demonstrou a viabilidade do uso das equações estruturais em estudos psicométricos para a avaliação do Letramento em Gestão em Saúde Bucal e trouxe um novo e original método para o tratamento e desenvolvimento da análise estatística.

Quanto às limitações deste estudo, pode-se citar o fato do IDL-GSB não ter aplicado o mesmo questionário antes de iniciar o 4º. CQGSB. Para abordar essa limitação, estudos futuros devem ser conduzidos para podermos avaliar o impacto do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal para o ganho de conhecimento dos profissionais que participam e consequente melhoria do serviço prestado à população.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os profissionais que participaram do 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal apresentaram bom nível de conhecimento para os itens relacionados à Gestão do Trabalho, Gestão do Cuidado e Gestão Estrutural, mas, estes conhecimentos não refletiram no mesmo nível de práticas qualificadas nos serviços. Entretanto, foi possível observar uma correlação significativa, forte e positiva entre conhecimento e prática, sugerindo mais estímulos para o estudo e construção do conhecimento que possam gerar as mudanças necessárias para uma atenção à saúde bucal resolutiva.

O Instrumento de Diagnóstico do Letramento em Gestão em Saúde Bucal mostrou ser uma ferramenta de avaliação funcional, crítica e interativa e sua utilização parece ser viável no auxílio de profissionais e gestores na melhoria da gestão em saúde bucal.

Considerando que o 4º. Ciclo do Curso de Qualificação da Gestão do SUS em Saúde Bucal tenha auxiliado seus participantes no aumento do Letramento em Gestão em Saúde Bucal, estimulando a construção de conhecimento e mudança da prática, sugere-se capacitações permanentes para as equipes de saúde no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liu C, Wang D, Liu C, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Com Health* 2020;8:e000351. doi:10.1136/ fmch-2020-000351
2. World Health Organization, Programme TUND Policy brief 4: health literacy. The 9th global conference on health promotion. Shanghai, China, 2017:2–3.
3. Roundtable on Health Literacy, Board on Population Health and Public Health Practice, Institute of Medicine Appendix a, health literacy around the world: Part 1 health literacy efforts outside of the United States. health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press (US), 2013: 97–206.
4. Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in Implementing National Policies and Strategies for Health Literacy—What Have We Learned so Far? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15:1-17.
5. World Health Communication Associates - WHCA. Health literacy: part 2 evidence and case studies, 2010. Disponível em: <<http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf>> Acesso em: 10 out 2020.
6. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic V. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal Public Health*. 2009;31(4):490-495.
7. Visscher BB, Steunenbergh B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, Heide I van der, Rademakers J. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18:1414.

8. Sampaio HAC, Carioca AAF, Sabry MOD, Santos PM, Coelho MAM, Passamai MPB. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(3):865-874.
9. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface*. 2012;16(41):301-314.
10. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, Wagner CV. Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging english adults. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2015;30(7):958-64.
11. Coleman C, Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature, *Nurs. Outlook*. 59 (2011) 70–78, doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.004>
12. C.E. Toronto, B. Weatherford, Health literacy education in health professions schools: an integrative review, *J. Nurs. Educ*. 54 (2015) 669–676, doi:<http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20151110-02>
13. Kaper MS, Winter AF, Bevilacqua R, Giammarchi C, McCusker A, Sixsmith J, Koot JAR, Reijneveld AS. Positive outcomes of a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three european countries: a multi-centre pre-post intervention study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16:1-14.
14. Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. Navigating health: The role of health literacy. The Gastein Healthy Choices Forum, 2008. Disponível em: <http://www.ilonakickbusch.com/>. Acesso em: 09 out 2020.
15. Health Canada. Taking action on healthy living: Background information on the integrated pan-Canadian healthy living strategy. Ottawa, Ontario, Canada, 2003.
16. Mackert M, Ball J, Lopez N. Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Education and Counseling*. 2011;85:e225-e228.
17. Fujimaki M, Umeda JE, Uchida TH, Junior MP, Terada RSS, Kriger L, Antoniassi CP, Junior GAP. Gestão do conhecimento para qualificação da rede de atenção à saúde bucal no Estado do Paraná: relato de experiência. *Sus e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir*. 2019;1:132-134.
18. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA: Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):446-451.
19. Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. Navigating health: The role of health literacy. The Gastein Healthy Choices Forum, 2008. Disponível em: <http://www.ilonakickbusch.com/>. Acesso em: 09 out 2020.

20. Uchida TH. Revisão sistemática e metassumariação sobre condutas para qualificação da gestão em saúde bucal no Brasil. Maringá. Dissertação [Mestrado em Odontologia Integrada] – Universidade Estadual de Maringá; 2016.
21. Rodrigues, W., Mourão, L., Almeida, A., & Oliveira, G. Os limites do ensino teórico-prático da saúde mental na formação do profissional de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2016;(Spe. 4):107-114.
22. Kuhnen M, Buratto G, Silva MP. Uso do tratamento restaurador atraumático na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2013;42(4):291-297.
23. Martelli PJJ, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 2):3243-3248.
24. Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2010;14(33):301-314.
25. Soares EF, Reis SCGB, Freire MCM. Características ideais do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014;12(2):327-341.
26. Lima ABC, Furieri LB, Fiorin BH, Romero WG, Lima EFA, Lopes AB, Fioresi M. Doação de órgãos e tecidos para transplantes: conhecimento, atitude e prática. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*. 2020:1-8.
27. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1079-1097.
28. Peruchi CTR, Souza AP, Hidalgo MM, Terada RSS, Peixoto IF, Bispo CGC. A clínica ampliada na Odontologia: avaliação do trabalho clínico onde o ensino acontece. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 2015;69(2):170-7.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF, 2009:64. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
30. Hayacibara et al. Experiência de Clínica Ampliada em Odontologia na Universidade Estadual de Maringá *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(1, Supl. 2):178-183.

31. Frencken JE, Holmgren CJ. How effective is ART in the management of dental caries?. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999; 27(6): 423-30.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
33. Umeda JE, Chichakly K, Passos GF, Terada RSS, Pascotto RC, Fujimaki M. System dynamics modeling for tooth decay treatment in Brazilian children. *Brazilian Oral Research.* 2020;34:e017.
34. Zi-Yu Ge, Lu-Ming Yang, Jia-Jia Xia, Xiao-Hui Fu, Yan-Zhen Zhang. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. *Journal Zhejiang University SCIENCE B.* 2020 May;21(5):361-368. doi: 10.1631/jzus.B2010010.
35. Moura MS de, Brito MHSF, Silva MCC, Torres PF, Pierote JJ de A, Pinheiro LCR, Coelho CSS, Carvalho NSR de, Lima M de DM de, Lima CCB, Deus L de FA de. Avaliação do tratamento restaurador atraumático na Estratégia Saúde da Família de Teresina, Piauí. *Com. Ciências Saúde [Internet].* 5º de fevereiro de 2018 [citado 10º de março de 2021];28(01):64-7.
36. da Silva CTC, de Melo MMCD, Katz CRT, Carvalho EJA., de Souza FB. Incorporação da técnica de restauração atraumática por equipes de saúde bucal da atenção básica à saúde do Recife/PE. *Arquivos Em Odontologia.* 2018:54.
37. Oliveira BMB et al. Evaluation of the knowledge and use of ART by dentists at the 15th Regional Health Care Center of the State of Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences.* 2018;40:e32031.
38. Schünke HM et al. Perception and Knowledge of Dentists in Southern Brazil Related to use of Atraumatic Restorative Treatment in the Public Health Service. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic* 2016, 16(1):331-338.
39. Miranda KC et al. ART: conhecimento de Cirurgiões-Dentistas do município de João Pessoa. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.* 2011:131-139.
40. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Linha guia rede de saúde bucal. Curitiba: SESA, 2016.
41. Martins AS et al. Atraumatic Restorative Treatment: evolution of knowledge and acceptance among Doctor of Dental Surgery of the Family Health Strategy of Ponta Grossa - Paraná, Brazil over 5 years. *Revista Brasileira de Odontologia.* 2019;76:e1466

42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [citado em 2012 Maio 15].
43. Ferreira MPS, Rosa MRR, Coelho TCB, teles AS. Financiamento da Atenção Básica em uma macrorregião da Bahia. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*. 2015;5(1):27-32.
44. Tavares SS, Melo AS, Stefani CM, Junior, GAP. O Brasil Sorridente aos olhos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. *Tempus, actas de saúde coletiva*;14(1):127-142.
45. Ferreira MPS, Rosa MRR, Coelho TCB, teles AS. Financiamento da Atenção Básica em uma macrorregião da Bahia. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*. 2015;5(1):27-32.
46. Rossi TRA et al. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde em Debate*. 2018;42(119):826-836.
47. Moimaz SAS et al. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Revista de Administração Pública*. 2008;42(6):1121-35.
48. Harzheim E et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(4):1361-1374.
49. Moreira LMS et al. Desafios do financiamento do Sistema Único de Saúde: Revisão Integrativa de Literatura. *JNT-Facit Business and Technology Journal*. 2020;1(21):77-87.
50. Silveira MF et al. Impacto da saúde bucal nas dimensões física e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(6):1-15.

APÊNDICE A: Estratégia de Busca – PubMed.

	Grupo	Palavras-chaves	Estratégia de Busca (Mesh e entry terms)
P		<p>Professional Education</p> <p>Health Education</p>	<p>“Education, Public Health Professional” OR “Public Health Education for Professionals” OR “Education, Professional” OR “Professional Education”</p> <p>“Health Education” OR “Education, Health” OR “Community Health Education” OR “Education, Community Health” OR “Health Education, Community” OR “Public Health” OR “Health, Public” OR “Community Health” OR “Health, Community” OR “public service” OR “health service” OR “health services” OR “services, health” OR “service, health” OR “public policies” OR “public policy” OR “health policies” OR “health policy” OR “policies, health” OR “policy, health” OR “national health policy” OR “health policies, national” OR “health policy, national” OR “national health policies” OR “policies, national health” OR “policy, national health” OR “public health service” OR “Health communication” OR “Communication, Health” OR “Communications, Health” OR “Health Communications”</p>
I		Functional health literacy	<p>“Functional health literacy” OR health literacy OR “health literacy” OR “Literacy, Health” OR “health” OR “Literacy Programs” OR “Literacy Program” OR “Program, Literacy” OR “Programs, Literacy” OR “Information Literacies” OR “Literacies, Information” OR “Literacy, Information” OR “health competence” OR health competence OR “public health literacy” OR “health literacy knowledge” OR “Literacy” OR “Health” OR “Public Health Literacy”</p>
S	Qualitative Research		<p>Não foram utilizados termos relacionados ao tipo de estudo, pois o termo "qualitative research" foi introduzido somente em 1988 na base de dados Embase e em 2003 como um termo Mesh no PubMed.</p>

APÊNDICE B: Artigos potencialmente elegíveis.

Artigo	Link para texto completo	Tipo do estudo: estudo qualitativo, <i>survey</i> ou estudo misto	Sujeito de pesquisa	Apresenta condutas adotadas pelos profissionais da saúde para o desenvolvimento do letramento em saúde em pacientes	Serão excluídos estudos cujos sujeitos da pesquisa são profissionais técnicos, auxiliares, estudantes e pacientes	Incluído?	Consenso
Transforming health professional education	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21519412			Sim		Sim	Ok
Nursing and allied health professionals' views about using health literacy screening tools and a universal precautions approach to communication with older adults: a qualitative study	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30669896	Focal Group	Nursing and allied health professionals	Sim	Não	Sim	Ok
Have broad-based community and professional education programs influenced mental health literacy and treatment seeking of those with major depression and suicidal ideation?	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444772			Não		Não	Ok
Increasing research literacy in minority communities: CARES fellows training program	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21133785			Não		Não	Ok
Enhancing capacity for				Não		Não	Ok

'systematic' thinking in public health	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20978034						
Health professionals' views on health literacy issues for culturally and linguistically diverse women in maternity care: barriers, enablers and the need for an integrated approach	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29081348			Não		Não	Ok
Developing and pilot testing a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28823383	Focus Group	Health professionals	Sim	Não	Sim	Ok
Health literacy awareness training for healthcare workers: improving knowledge and intentions to use clear communication techniques	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21474264	Survey	Health professionals	Sim	Não	Sim	Ok
Key lessons for designing health literacy professional development courses	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29092727			Não		Não	Ok
Health professional education: perpetuating obsolescence?	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18241143			Não		Não	Ok
Health literacy: Collaborating to educate professionals	https://escholarship.org/uc/item/3d05277s			Não		Não	Ok
Advanced informatics understanding of clinician-	https://pmlegacy.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32196519	Misto	Pediatric dentistry	Sim	Não	Sim	Ok

patient communication: A mixed-method approach to oral health literacy talk in interpreter-mediated pediatric dentistry.							
Accessible continued professional development for maternal mental health	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30843415/	Focus Group	social workers, nursing students and health professionals	Sim	Não	Sim	Ok

APÊNDICE C: Análises e citações de referências.

Artigo	Link para texto completo	Tipo do estudo: estudo qualitativo, <i>survey</i> ou estudo misto	Sujeito de pesquisa	Apresenta condutas adotadas pelos profissionais da saúde para o desenvolvimento do letramento em saúde em pacientes	Serão excluídos estudos cujos sujeitos da pesquisa são profissionais técnicos, auxiliares, estudantes e pacientes	Incluído?	Consenso
Nursing and allied health professionals' views about using health literacy screening tools and a universal precautions approach to communication with older adults: a qualitative study	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30669896	Focal Group	Nursing and allied health professionals	Sim	Não	Sim	Ok
Developing and pilot testing a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28823383	Focus Group	Health professionals	Sim	Não	Sim	Ok
Health literacy awareness training for healthcare workers: improving knowledge and intentions to use clear communication techniques	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21474264	Survey	Healthcare workers	Sim	Não	Sim	Ok
Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931143	Survey		Sim	Não	Sim	Ok
A health literacy training	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931143	Survey		Sim	Não	Sim	Ok

intervention for physicians and other health professionals	bmed/25905883						
A qualitative evaluation of a health literacy intervention to improve medication adherence for underserved pharmacy patients	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20453356	Qualitativo		Sim	Não	Sim	Ok
Cultural health literacy: the experiences of Māori in palliative care	https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975918764111 1	Qualitativo		Sim	Não	Sim	Ok

APÊNDICE D: Artigos indicados pelos autores.

Artigo	Link para texto completo	Tipo do estudo: estudo qualitativo, survey ou estudo misto	Sujeito de pesquisa	Apresenta condutas adotadas pelos profissionais da saúde para o desenvolvimento do letramento em saúde em pacientes	Serão excluídos estudos cujos sujeitos da pesquisa são profissionais técnicos, auxiliares, estudantes e pacientes	Incluído?	Consenso
Are we training residents to communicate with low health literacy patients?	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3715157/	Revisão	Internal Medicine Resident	Sim	Não	Sim	Ok
Do medical trainees feel confident communicating with low health literacy patients?	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24765262/	Survey	Medical trainees	Sim	Não	Sim	Ok
Promoting health literacy within a graduate-level nutrition curriculum	https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/RSR-02-2016-0008/full/html	Online course		Não		Não	Ok
Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2705006/	Survey	Physicians	Sim	Não	Sim	Ok
Assessing Interpersonal and Communication Skills in Emergency Medicine	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279246/	Não		Não		Não	Ok
Long-Term Effects of a Health Literacy Curriculum for Medical Students	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26950666/		Medical students			Não	Ok
Exploring health literacy competencies in community pharmacy	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060605/		Community pharmacy consumers			Não	Ok
A conceptual model of Verbal Exchange Health Literacy	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24291145/	Revisão	Pacientes			Não	Ok
Doctor Talk: Physicians' Use of	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/235	Survey	Medical	Sim		Sim	Ok

Clear Verbal Communication	77746/		residents				
Librarians and health literacy: A scoping review	https://pennstate.pure.elsevier.com/en/publications/librarians-and-health-literacy-a-scoping-review	Review				Não	Ok
Report on the Workshop "Health Literacy Primer: Enhancing Patients' Skills to Promote Their Good Health"	https://www.jstage.jst.go.jp/article/generalist/42/1/42_70/article-char/en	Artigo em Japonês!				Não	Ok
Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12523921/		Patients (Médicos entrevistando os pacientes)			Não	Ok
Physician Notification of Their Diabetes Patients' Limited Health Literacy A Randomized, Controlled Trial	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16307624/	Randomized				Não	Ok
Interventions for Individuals with Low Health Literacy: A Systematic Review	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21951242/	Systematic Review				Não	Ok
Pediatricians and Health Literacy: Descriptive Results From a National Survey	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19861484/	Survey	Pediatricians	Sim		Sim	Ok

APÊNDICE E: Quadro de avaliação de qualidade de Estudos Qualitativos.

	Blake et al. (2010)	Brooks et al. (2018)	Hughson et al.(2018)	Kaper et al. (2017)	Kidd et al. (2018)
O objetivo da pesquisa é claro?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
A metodologia qualitativa é adequada para o objetivo da pesquisa?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
O projeto de pesquisa foi adequado para abordar o objetivo da pesquisa?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
A estratégia de seleção dos sujeitos da pesquisa foi adequada para o objetivo da pesquisa?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Os dados foram coletados de uma maneira que abordasse o tema da pesquisa?	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
A relação entre pesquisador e participantes foram devidamente considerados?	Não	Não	Não	Não	Não
Questões éticas foram levadas em consideração?	Não	Não	Não	Não	Não
A análise dos dados da pesquisa foi suficientemente rigorosa?	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Os resultados da pesquisa são explícitos?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
O pesquisador discute a contribuição do estudo e necessidade de novos trabalhos?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

APÊNDICE F: Quadro de avaliação de qualidade de *Surveys*.

	Coleman (2015)	Green (2014)	Lewis (2014)	Mackert (2011)	Schwartzberg (2007)	Szwajcer (2014)	Ali et al. (2012)	Ali et al. (2014)	Howard (2013)	Turner et al (2009)	Kaper MS (2019)	Field et al., (2019)
Justificação da questão de pesquisa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Explícita questão de pesquisa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Clareza nos objetivos do estudo	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Descrição dos métodos utilizados para análise dos dados	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Método de administração do questionário	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Localização e data	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Métodos suficientemente descritos para a replicação	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
Evidência de confiabilidade	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não
Evidência de validade	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Uso de codificação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Cálculo do tamanho da amostra	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Representatividade da amostra	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Método de seleção da amostra	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Descrição da população da amostra	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Descrição da ferramenta de pesquisa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Descrição do desenvolvimento da ferramenta	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Pré-teste do instrumento	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim
Instrumento de confiabilidade e validade	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Consentimento	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Aprovação ética da pesquisa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Evidência de tratamento ético dos participantes da pesquisa	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim

APÊNDICE G: Quadro de avaliação de qualidade de Estudo Misto.

	Wong et al. (2020)
<p>Sucesso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O componente quantitativo é coerente? 2. O componente qualitativo é coerente? 3. O método misto é coerente? 4. Os componentes qualitativos e quantitativos foram concluídos? 5. O método quantitativos foi planejado, mas não executado? 6. O método qualitativo foi planejado, mas não executado? 7. O método misto funcionou na prática? 	Sim
<p>Avaliação do Desenho do Estudo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A utilização de uma pesquisa de modelo misto é justificada? 2. A metodologia mista é descrita? 3. A metodologia está clara? 4. O projeto é apropriado para abordar as questões de pesquisa? 5. O rigor com a metodologia foi considerada? 	Não
<p>Avaliação do componente quantitativo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O papel/ função de cada método estão clara? 2. Cada método está descrito com detalhes suficientes? 3. Cada método é apropriado para abordar a pergunta de pesquisa? 4. A amostragem e a análise foram apropriadas para o objetivo da pesquisa? 5. Há uma pessoa com experiência entre os sujeitos da pesquisa e o (s) autor (es)? 6. Existe uma pessoa com experiência na equipe para realizar cada método? 7. As questões de validade foram abordadas em cada método? 8. O rigor com o método foi comprometido? 9. Cada método é suficientemente desenvolvido para a sua finalidade? 10. A análise (pretendida) é suficientemente sofisticada? 	Não
<p>Avaliação do componente qualitativo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O papel/ função de cada método estão clara? 2. Cada método está descrito com detalhes suficientes? 3. Cada método é apropriado para abordar a pergunta de pesquisa? 4. A amostragem e a análise foram apropriadas para o objetivo da pesquisa? 5. Há uma pessoa com experiência entre os sujeitos da pesquisa e o (s) autor (es)? 6. Existe uma pessoa com experiência na equipe para realizar cada método? 7. As questões de validade foram abordadas em cada método? 8. O rigor com o método foi comprometido? 9. Cada método é suficientemente desenvolvido para a sua finalidade? 10. A análise (pretendida) é suficientemente sofisticada? 	Não
<p>Avaliação da integração</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O tipo de integração é descrita? 2. O tipo de integração é adequada para a metodologia da pesquisa? 	Não

<p>3. Foi alocado tempo suficiente para a integração? 4. A abordagem de integração é detalhada em termos de trabalho juntos como uma equipe? 5. A estratégia de divulgação detalha como o Método misto será apresentado em relatórios finais e publicação? 6. As pessoas que participaram da integração foram claramente identificados? 7. Os membros da equipe que participaram da integração foram apropriados? 8. Há evidência de comunicação dentro da equipe? 9. O rigor foi comprometido pelo processo de integração?</p>	
<p>Avaliação das inferências 1 Existe clareza sobre os resultados que emergiram dos métodos? 2 As inferências são apropriadas? 3 Os resultados de todos os métodos considerados foram suficientes para a interpretação?</p>	Não

APÊNDICE H: Script R

Autor: José de Oliveira Siqueira

```

library(readxl)
library(lavaan)
library(semTools)
library(semPlot)
Dados <- readxl::read_excel("Dados.xlsx")
Dados <- subset(Dados, select=GE01C:GT17P)
sink("TaniaTese.txt")
pdf("TaniaTese.pdf")
modelo.C <- 'GEC =~ GE01C + GE02C + GE03C + GE04C + GE05C +
GE06C
                GCC =~ GC07C + GC08C + GC09C + GC10C + GC11C +
GC12C
                GTC =~ GT13C + GT14C + GT15C + GT16C + GT17C
                LFSC =~ GE01C + GE02C + GE03C + GE04C + GE05C +
GE06C +
                GC07C + GC08C + GC09C + GC10C + GC11C +
GC12C +
                GT13C + GT14C + GT15C + GT16C + GT17C
                LFSC ~~ 0*GEC
                LFSC ~~ 0*GCC
                LFSC ~~ 0*GTC'
modelo.C.fit <- lavaan::cfa(modelo.C,data=Dados,std.lv=TRUE,
                            estimator="MLR")
summary(modelo.C.fit, fit.measures = TRUE, standardized =
TRUE, rsq = TRUE)
print(lavaan::fitMeasures(modelo.C.fit,output="text"))
semTools::reliability(modelo.C.fit)
semPlot::semPaths(modelo.C.fit,
                  what="std",
                  edgeLabels=NULL,
                  layout="tree",
                  rotation=1,
                  edge.color="black",
                  whatLabels="std",
                  intercepts="FALSE",
                  curve=2,
                  curvature = 2,
                  residuals = FALSE,
                  edge.label.cex = .6,
                  sizeLat=7,
                  sizeInt = 2,
                  sizeMan = 4)
modelo.P <- 'GEP =~ GE01P + GE02P + GE03P + GE04P + GE05P +
GE06P
                GCP =~ GC07P + GC08P + GC09P + GC10P + GC11P +
GC12P
                GTP =~ GT13P + GT14P + GT15P + GT16P + GT17P

```

```

                LFSP =~ GE01P + GE02P + GE03P + GE04P + GE05P +
GE06P +
                GC07P + GC08P + GC09P + GC10P + GC11P +
GC12P +
                GT13P + GT14P + GT15P + GT16P + GT17P
                LFSP ~~ 0*GEP
                LFSP ~~ 0*GCP
                LFSP ~~ 0*GTP'
modelo.P.fit <- lavaan::cfa(modelo.P,data=Dados,std.lv=TRUE,
                            estimator="MLR")
summary(modelo.P.fit, fit.measures = TRUE, standardized =
TRUE, rsq = TRUE)
print(lavaan::fitMeasures(modelo.P.fit,output="text"))
semTools::reliability(modelo.P.fit)
semPlot::semPaths(modelo.P.fit,
                  what="std",
                  edgeLabels=NULL,
                  layout="tree",
                  rotation=1,
                  edge.color="black",
                  whatLabels="std",
                  intercepts="FALSE",
                  curve=2,
                  curvature = 2,
                  residuals = FALSE,
                  edge.label.cex = .6,
                  sizeLat=7,
                  sizeInt = 2,
                  sizeMan = 4)
modelo <- 'LFSP =~ GE01P + GE02P + GE03P + GE04P + GE05P +
GE06P +
                GC07P + GC08P + GC09P + GC10P + GC11P +
GC12P +
                GT14P + GT15P + GT16P + GT17P
                LFSC =~ GE01C + GE02C + GE03C + GE04C + GE05C +
GE06C +
                GC07C + GC08C + GC09C + GC10C + GC11C +
GC12C +
                GT13C + GT14C + GT15C + GT16C + GT17C
                GT15P ~~ GT16P
                GE02P ~~ GE03P
                GT15C ~~ GT16C
                GT14C ~~ GT16C
                GT15C ~~ GT17C'
modelo.uni.fit <- lavaan::cfa(modelo,data=Dados,std.lv=TRUE,
                              ordered=names(Dados),
                              estimator="WLSMV")
summary(modelo.uni.fit, fit.measures = TRUE, standardized =
TRUE,
        rsq = TRUE,modindices=T)
print(lavaan::fitMeasures(modelo.uni.fit,output="text"))

```

```
lavaan::modindices(modelo.uni.fit, minimum.value = 10, sort =
TRUE)
semTools::reliability(modelo.uni.fit)
semPlot::semPaths(modelo.uni.fit,
  what="std",
  layout="circle",
  rotation=1,
  edge.color="black",
  whatLabels="std",
  intercepts="FALSE",
  curve=1.75,
  residuals = F,
  sizeLat=7,
  edge.label.cex = .7)

dev.off()
sink()
```