



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM

PALOMA GERALDA MIZAEEL DE PAULA SILVA

AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

RIO DE JANEIRO
2024

Paloma Geralda Mizael de Paula Silva

AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu da Escola de Enfermagem Anna
Nery, da Universidade Federal do Rio de
Janeiro, para fins de obtenção do grau de
mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Liana Amorim Corrêa Trotte.

Rio de Janeiro
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

G181a Geralda Mizael de Paula Silva, Paloma
 AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE EM PESSOAS COM
 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E SUAS IMPLICAÇÕES O
 AUTOCUIDADO / Paloma Geralda Mizael de Paula
 Silva. -- Rio de Janeiro, 2024.
 82 f.

 Orientador: Liana Amorim Corrêa Trotte.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
 Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

 1. Literacia em saúde. 2. Autocuidado . 3.
 Insuficiência cardíaca . I. Amorim Corrêa Trotte,
 Liana , orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

Paloma Geralda Mizael de Paula Silva

AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA
CARDÍACA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para fins de obtenção do grau de mestre. Orientadora: Prof. Dra. Liana Amorim Corrêa Trotte.

Aprovada:

Liana Amorim Corrêa Trotte Dra. Universidade Federal do Rio de Janeiro

Katarinne Lima Moraes Dra. Universidade de Brasília

Ana Carla Dantas Cavalcanti Dra. Universidade Federal Fluminense

Aos pacientes portadores de insuficiência cardíaca, por me ensinarem o que os livros e artigos não ensinam.

À minha mãe e aos meus familiares, que me ensinaram a lutar e conquistar meus objetivos, a nunca deixar de sonhar e ir em busca deles. Que sempre rezam por mim e me fazem acreditar que eu nunca estou só.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, professora Liana Trotte, que com muita paciência, carinho e dedicação me acolheu e me ensinou a “engatinhar” na área da pesquisa, e por ter me dado amparo quando eu pensei em desistir. Minha profunda admiração e respeito pela senhora.

Aos amigos que auxiliaram na coleta de dados, minha gratidão.

Aos colegas e profissionais dos ambulatórios de insuficiência cardíaca dos hospitais universitários por não medirem esforços e estarem sempre disponíveis para ajudar.

E aos profissionais de saúde que cruzaram meu caminho durante a elaboração deste trabalho e contribuíram de alguma forma para sua conclusão.

RESUMO

SILVA, Paloma Geralda Mizael de Paula Silva. **Avaliação da literacia em saúde em pessoas com insuficiência cardíaca e suas implicações o autocuidado**. Rio de Janeiro, 2024. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: A insuficiência cardíaca é um problema de saúde pública frequente na população adulta e idosa, sendo a principal causa de reinternação hospitalar e morbimortalidade entre as doenças cardiovasculares. O bom prognóstico está relacionado com medidas de autocuidado e reconhecimento de sinais e sintomas de descompensação. Comportamentos de autocuidado e ações para a melhoria da qualidade de vida podem ser potencializados por práticas de literacia em saúde. A avaliação da literacia em saúde na insuficiência cardíaca é valiosa, pois se configura como uma ferramenta que pode influenciar na gestão da doença e mudar o desfecho clínico. **Objetivos:** Analisar a relação entre literacia em saúde e o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca atendidas em ambulatório de referência; avaliar o nível de literacia em saúde em pessoas com insuficiência cardíaca atendidas em ambulatório; identificar as características clínicas e sociodemográficas de pessoas com IC; avaliar a capacidade de autocuidado de pessoas com IC. **Metodologia:** Estudo transversal analítico com abordagem quantitativa, realizado com 178 pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca atendidos em dois ambulatórios. Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos para avaliação da literacia em saúde, *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TLS) e o *European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form* (HLS-EU-Q6). Para mensuração do autocuidado, foi utilizada a *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* (EHFScBS). Além disso, foi utilizado um instrumento para levantamento de características sociodemográficas e clínicas. As variáveis sociodemográficas foram apresentadas por meio de estatística descritiva simples. Testes de correlações de Pearson e qui-quadrado foram usados para variáveis categóricas, e para variáveis com desfecho quantitativo foram utilizados o teste t de Student e ANOVA, além de associações entre os instrumentos de literacia. **Resultados:** A amostra foi composta predominantemente por homens, com faixa etária menor que 60 anos e indivíduos da cor negra. Quanto à fração de ejeção, a mais evidente foi ICFER, e a classe funcional

predominante foi I e II, com tempo de diagnóstico inferior a 5 anos. A literacia funcional em saúde foi adequada em 50,56%, enquanto a literacia multidimensional foi classificada como problemática ou inadequada em 58,43%. A avaliação do escore de autocuidado apresentou uma média de 30,55 ($\pm 8,44$), com variação de 13 a 48 pontos. Foi observado uma correlação positiva fraca entre o nível de literacia funcional (TLS) e o escore de autocuidado. **Conclusão:** Apesar de mais da metade da amostra ter apresentado literacia funcional (habilidades de leitura e escrita) em saúde adequada, quando avaliada a literacia multidimensional (acessar, entender, avaliar e usar informações), a maioria foi considerada problemática ou inadequada. Aponta-se a necessidade de melhorar o acesso à literacia em saúde para todos os pacientes com insuficiência cardíaca, visto que questões relacionadas ao acesso de informações sobre a doença, manejo clínico e autocuidado podem não estar suficientemente adequadas à compreensão do público-alvo. Embora este estudo tenha demonstrado correlação positiva fraca entre o nível de literacia funcional (TLS) e o escore de autocuidado é necessário enfatizar que o nível de literacia em saúde pode contribuir para a tomada de decisão e gestão da doença.

Palavras-chave: literacia em saúde; autocuidado; insuficiência cardíaca.

ABSTRACT

SILVA, Paloma Geralda Mizael de Paula Silva. **Assessment of health literacy in people with heart failure and its implications for self-care.** Rio de Janeiro, 2024. 86 f. Master's Dissertation - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, 2024.

Introduction: Heart failure is a public health problem, common in the adult and elderly population, and is the main cause of hospital readmission and morbidity and mortality in cardiovascular diseases. The good prognosis is related to self-care measures and recognition of signs and symptoms of decompensation. Self-care behaviors and actions to improve quality of life can be enhanced by health literacy practices. The assessment of health literacy in heart failure is valuable, as it is a tool that can influence the management of the disease and change the clinical outcome. **Objectives:** To analyze the relationship between health literacy and self-care in people with heart failure treated at a reference outpatient clinic; Assess the level of health literacy in people with heart failure treated in an outpatient clinic; identify the clinical and sociodemographic characteristics of people with HF; assess the self-care capacity of people with HF. **Methodology:** Analytical cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with 178 patients diagnosed with heart failure treated in two outpatient clinics. To collect data, the instruments for assessing health literacy were used: Test of functional health literacy in adults (TLS) and the European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form (HLS-EU-Q6); to measure self-care, the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS), in addition, an instrument was used to survey sociodemographic and clinical characteristics. Sociodemographic variables were presented using simple descriptive statistics. Pearson correlation tests; Chi-square were used in categorical variables and variables with quantitative outcome were used Student's t and ANOVA, in addition to associations between literacy instruments. **Results:** The sample was predominantly made up of males, aged less than 60 years and black individuals. As for ejection fraction, the most evident was HF_rEF and the functional class was I and II, with a diagnosis time of less than 5 years. Functional health literacy was adequate (50.56%), while multidimensional (58.43%) was classified as problematic and inadequate. The self-care score assessment presented an average of 30.55 (\pm 8.44), with a range from

13 to 48 points. A weak positive correlation was observed between the functional literacy level (TLS) and the self-care score. **Conclusion:** Although more than half of the sample had adequate functional health literacy (reading and writing skills), when multidimensional literacy (accessing, understanding, evaluating and using information) was assessed, the majority was considered problematic. The need for access to health literacy for all patients with heart failure is highlighted. Since, issues related to access to information about the disease, clinical management and self-care may not be sufficiently adequate for the understanding of the intended audience. Although this study demonstrated a weak positive correlation between the level of functional literacy (TLS) and the self-care score It is important to emphasize that the level of health literacy contributes to decision-making and disease management.

Keywords: health literacy; self-care; cardiac insufficiency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Dispersão entre as variáveis HLS-EU-Q6 e EHFSsBS	38
Gráfico 2 – Dispersão entre as variáveis HLS-EU-Q6 e TLS	39
Gráfico 3 – Dispersão entre as variáveis EHFSsBS e TLS	39
Quadro 1 – Variáveis de caracterização dos participantes incluídos no estudo. Rio de Janeiro, 2023	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes. N=178	30
Tabela 2 – Caracterização clínica dos participantes. N=178.....	31
Tabela 3 – Caracterização das respostas ao questionário TLS. N=178.....	31
Tabela 4 – Caracterização das respostas ao questionário HLS-EU-Q6. N=178.....	32
Tabela 5 – Caracterização das respostas ao questionário EHFSSBS. N=178	32
Tabela 6 – Associação entre características sociodemográficas e clínicas e respostas ao questionário TLS. N=178.....	32
Tabela 7 – Associação entre características sociodemográficas e clínicas e respostas ao questionário HLS-EU-Q6. N=178.....	34
Tabela 8 – Diferenças de médias obtidas no questionário EHFSSBS a depender das variáveis sociodemográficas e clínicas. N=178.....	36
Tabela 9 – Correlação entre escores obtidos nos questionários TLS, EHFSSBS e HLS-EU-Q6. N=178.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DCV-	Doenças Cardiovascular
DM-	Diabetes Mellitus
DPOC-	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC-	Doença Renal Crônica
FA-	Fibrilação Atrial
FEVE-	Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
HLS-EU-Q6-	<i>European Health Literacy Survey Questionnaire Short-Short Form</i>
HTA-	Hipertensão Arterial
IC-	Insuficiência Cardíaca
ICFEP-	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada
ICFER-	Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida
NYHA-	<i>New York Heart Association</i>
OMS-	Organização Mundial de Saúde
REALM-	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLS-	<i>Test of health Literacy for Portuguese-speaking Adults</i>

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	9
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	11
LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	13
SUMÁRIO	14
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.2 JUSTIFICATIVA.....	18
2 BASES CONCEITUAIS	19
2.1 CONTEXTUALIZANDO A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	19
2.2 LITERACIA EM SAÚDE E DOENÇAS CARDIOVASCULARES	20
2.3 AUTOCUIDADO NA IC.....	21
3 MÉTODO	23
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	23
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	23
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	24
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
3.6 CÁLCULO AMOSTRAL.....	24
3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	24
3.8 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	27
3.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
3.10 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	29
4 RESULTADOS	30
5 DISCUSSÃO	40

6 CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICE A – PROTOCOLO ESTRUTURADO	58
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	59
ANEXO A – PARECER CONSUBSTACIADO CEP UERJ.....	61
ANEXO B – PARACER CONSUBSTANCIADO UFRJ.....	64
ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	69
ANEXO D – TESTE DE LETRAMENTO EM SAÚDE (TLS).....	72
ANEXO E – VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO DE LITERACIA EM SAÚDE(HLS-EU-Q6)	83
ANEXO F – VERSÃO ADAPTADA DA EHFSCBS	84

1 INTRODUÇÃO

A relação entre enfermeiro e paciente ocupa um papel fundamental na promoção do autocuidado em pacientes portadores de insuficiência cardíaca, visto que o autocuidado é um resultado visível e sensível às ações de enfermagem, onde o enfermeiro possui intervenções decisivas para aumento de habilidades e conhecimentos de saúde dos pacientes (Santos; Ramos; Fonseca, 2017).

Na atualidade, as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por uma carga de inúmeras patologias, ainda se destacando como principais causas de mortalidade em todo o mundo. Estão dentro da lista de grupo de doenças crônicas não transmissíveis, sendo vistas como uma ameaça global (OPAS/OMS, 2020).

A insuficiência cardíaca (IC), considerada via final das DCV, configura-se como uma doença com predomínio na população adulta e idosa, servindo como alerta para a saúde mundial (Gomes; Montenegro, 2021). Afeta em torno de 26 milhões de pessoas em todo o mundo, o que a torna um problema de interesse público, além de ser a principal causa de morbimortalidade em toda a população (Cestari *et al.*, 2021).

No cenário nacional, a IC atinge cerca de 2 milhões de pessoas, e sua incidência é de 240.000 novos casos por ano. É a principal causa de internações atribuídas às doenças cardiovasculares. É uma doença com alta taxa de mortalidade, que, além das questões fisiológicas, os indicadores sociais e econômicos também contribuem para tal (Cestari *et al.*, 2021) (Oliveira *et al.*, 2020). Regiões com indivíduos mais pobres, baixa escolaridade e pouco acesso ao sistema de saúde têm associação com a taxa elevada de mortalidade causada pela IC (Dokainish *et al.*, 2017).

A doença impacta em gastos econômicos, pois se constitui como uma das principais causas de hospitalização, principalmente em países em desenvolvimento com ampla desigualdade social como o Brasil (dos Santos *et al.*, 2023).

A IC influencia diretamente no padrão e qualidade de vida do paciente portador da doença. Para além das restrições físicas impostas, há também restrições mentais e sociais com o avanço da doença. As principais limitações são provocadas por sinais característicos da doença, como: dispneia, fadiga, edema e sintomas psicológicos como medo e ansiedade (Marques de Sousa *et al.*, 2017).

A melhora do estado clínico, capacidade funcional, aumento da qualidade de vida, redução do número de re-hospitalizações, retardo da evolução da doença,

redução da morbimortalidade e prolongamento da sobrevida são alguns dos objetivos para o tratamento da IC (Freitas; Cirino, 2017).

O agravamento da patologia, agudização da doença, má adesão à terapia farmacológica e não farmacológica e déficit de conhecimento da doença implicam buscas sucessivas em unidades de emergência e internações hospitalares, sendo esses fatores contribuintes para a deterioração da função cardíaca e qualidade de vida (Greene; Mentz; Felker, 2018).

As readmissões do paciente no serviço de saúde podem ser prevenidas por meio de estratégias educativas para redução da re-hospitalização, além do cuidado direcionado ao paciente e atuação nos fatores de agravamento da IC (Greene; Mentz; Felker, 2018).

A terapia farmacológica é um fator importante para a garantia de melhor qualidade de vida e redução da morbimortalidade. Além disso, mais importante do que a terapia propriamente dita, destaca-se a questão da adesão medicamentosa (Silva; Carvalho; Guedes, 2020).

Além da adesão medicamentosa, influenciada pelo grande número de medicações prescritas, a adesão ao tratamento não farmacológico se faz essencial na prevenção da evolução e agudização da IC, como: o controle da ingestão de sódio e líquidos, consumo de alimentos saudáveis e adequados às necessidades nutricionais, bem como abandono de hábitos como o fumo e o consumo de bebida alcoólica (Manfredini *et al.*, 2021).

Para a OMS (Organização Mundial de Saúde), a polifarmácia é o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos (WHO, 2019). Pacientes com diagnóstico de IC comumente utilizam muitas medicações, geralmente de 5 a 10 por dia, o que gera grande risco de evento adverso, redução da adesão à medicação e consequentemente baixa qualidade de vida (Unlu *et al.*, 2020). O plano terapêutico de indivíduos mais velhos, com maior gravidade e mais comorbidades, pode ser ainda mais complexo e se tornar uma barreira para a adesão ao regime terapêutico e para o autocuidado (Silavanich *et al.*, 2019).

Um estudo realizado no Brasil em um hospital especializado em cardiologia evidenciou que maiores percentuais de adesão medicamentosa estão relacionados com melhores níveis de literacia (Oscalices *et al.*, 2019).

Segundo Liljeroos *et al.* (2017) um dos principais determinantes para a adesão terapêutica é a compreensão do indivíduo sobre seu estado de saúde. O

desconhecimento é uma barreira para o gerenciamento do cuidado, sendo este um pré-requisito para o autocuidado.

O autocuidado na IC diz respeito a práticas para manter a saúde e decisões a partir da percepção da piora dos sintomas. A manutenção do autocuidado envolve adesão à terapia farmacológica, dieta hipossódica, monitorização diária do peso e de sinais e sintomas de descompensação. Sendo assim, o autocuidado compreende um processo de tomada de decisão para preservação da estabilidade fisiológica (Medeiros; Medeiros, 2017). A melhora na adesão à terapia farmacológica e não farmacológica e aos comportamentos de autocuidado pode ser potencializada por meio de práticas de literacia em saúde. Esta é entendida pelo grau de capacidade em que o indivíduo possui em processar e compreender informações necessárias para a tomada de decisão adequada, através da capacidade de entendimento e interpretação de informações relacionadas à sua saúde.

A baixa literacia em saúde implica no pouco entendimento sobre as doenças, leitura de rótulos de medicações e compreensão de terapêuticas, como doses e horários. Além disso, está relacionada com menor frequência na busca por serviços de saúde, prevenção de doenças e agravos, maior índice de internação hospitalar e mortalidade (Oscalices *et al.*, 2019).

Os pacientes portadores de insuficiência cardíaca muitas vezes enfrentam manifestações complexas de sintomas advindos da agudização da doença, o que exige compreensão, responsabilidade e compromisso com a terapia, na tentativa de estabilizar sua condição de saúde e impedir novas agudizações (Fabbri *et al.*, 2020).

Em um estudo observacional realizado na Noruega com 81 pacientes portadores de IC, demonstraram-se níveis de autocuidado e literacia em saúde baixos. Além disso, destacou-se a fragilidade do acompanhamento pós-alta hospitalar, elaboração de plano de cuidado e a fragilidade na adesão à terapêutica (Munkhaugen *et al.*, 2023).

Sendo assim, a avaliação da literacia é eficaz em portadores de doenças crônicas não transmissíveis como a IC, levando em consideração os cuidados peculiares deste grupo de pacientes que necessitam de acompanhamento contínuo, prescrições farmacológicas e não farmacológicas e orientações em saúde para o melhor autocuidado. É necessária uma abordagem particular, visto que a compreensão correta das informações pode interferir em mudanças de desfechos clínicos (Chehuen Neto *et al.*, 2019).

Neste sentido, para que de fato intervenções desenvolvidas em prol da saúde do paciente sejam efetivas, a atenção à literacia em saúde pode ser uma maneira eficaz para o entendimento da equipe multidisciplinar sobre o nível de compreensão que o indivíduo possui relacionado ao seu estado de saúde (Lima, M. F. *et al.*, 2020).

Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro se destaca por ser uma figura importante na promoção da saúde e prevenção de doenças. Por meio do processo de educação em saúde, é um profissional facilitador, pois contribui significativamente para a melhoria do autocuidado, mudanças no estilo de vida e melhor evolução no tratamento (Bezerra *et al.*, 2019).

Neste sentido, fica clara a importância de direcionar o olhar para o nível de compreensão do paciente, pois, na maioria das vezes, as habilidades em saúde são presumidas levando em consideração somente a idade e o nível educacional (Wittenberg *et al.*, 2018).

Sendo assim, a equipe de enfermagem tem um papel primordial durante o seu ato de cuidar, na lógica de educar os pacientes, fundamentar as suas necessidades, habilidades individuais e tomar decisões compartilhadas envolvendo o paciente (Patel; Szkinc-Olsson; Al Liddawi, 2021).

Por fim, a enfermagem tem forte influência no processo de literacia, uma vez que está inserida em todos os contextos de saúde, está no primeiro ponto de atendimento e assume uma posição única na criação de mudanças e promoção do bem-estar do paciente (Loan *et al.*, 2018).

O despertar para o tema se deu a partir do desejo em atuar com pacientes cardiopatas após a conclusão da pós-graduação em enfermagem cardiovascular. Neste período, foi possível perceber o número elevado de re-hospitalizações em pacientes portadores de insuficiência cardíaca. Já nesta época, questionava-se o que poderia ter desencadeado a nova hospitalização e se havia alguma lacuna na assistência e autocuidado que precipitava a internação.

Após a aprovação no programa de mestrado, foi apresentado o LS, e a partir disso, surgiu o interesse na temática, visto que o LS poderá ser um recurso que viabilizaria a atuação direta no desfecho de saúde desses pacientes.

Desta forma, delimitou-se como pergunta de pesquisa: O nível de literacia em saúde dos pacientes com insuficiência cardíaca atendidos em ambulatórios de insuficiência cardíaca em Hospitais Universitários do Rio de Janeiro é suficiente para a manutenção do seu autocuidado?

Com base na problemática levantada, este estudo tem por objetivo geral:
Analisar a relação entre literacia em saúde e o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca atendidas em ambulatório de referência.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o nível de literacia em saúde em pessoas com insuficiência cardíaca atendidas em ambulatório de referência;
- Identificar as características clínicas e sociodemográficas de pessoas com IC;
- Avaliar a capacidade de autocuidado de pessoas com IC.

1.2 JUSTIFICATIVA

Acredita-se que com o desenvolvimento desta pesquisa foi possível avaliar o nível de literacia em saúde nos pacientes portadores de insuficiência cardíaca atendidos no ambulatório de cardiologia de um hospital universitário e, apoiado nisso, discutir e levantar estratégias de educação e autocuidado nestes pacientes.

Para os profissionais de saúde, a relevância se deu a partir do princípio do fortalecimento da comunicação entre profissional e paciente, além de facilitar a compreensão das informações e o acesso ao sistema de saúde.

No que tange à sua relevância social, dispor de uma sociedade letrada e corresponsável pela sua saúde pode reduzir taxas de re-hospitalização e uso recorrente do serviço de saúde.

Quanto à relevância acadêmica, se deu como o incentivo do LS em ambientes universitários, no sentido de estimular o desenvolvimento de práticas e habilidades de comunicação em saúde e melhorar o fazer assistencial.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 CONTEXTUALIZANDO A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A insuficiência cardíaca (IC) é o estágio final das doenças cardiovasculares, caracterizada por uma síndrome clínica complexa, consistindo em sinais e sintomas específicos, nos quais o coração não consegue bombear o sangue de forma satisfatória para atender à demanda metabólica. Pode ser decorrente de uma anormalidade de natureza estrutural e/ou funcional, resultante da diminuição do débito cardíaco e/ou elevadas pressões de enchimento (ESC, 2021).

O conceito de insuficiência cardíaca (IC) vem sofrendo mudanças, perpassando desde o seu entendimento tradicional como uma condição que envolve somente a função cardíaca até, atualmente, um modelo que não compreende exclusivamente a parte cardiológica, mas também outros sistemas orgânicos, entre eles o renal, respiratório e neuro-hormonal. Mecanismos patogênicos podem precipitar a IC, como a disfunção relacionada à isquemia miocárdica, sobrecarga hemodinâmica, remodelamento cardíaco, alta estimulação neuro-humoral, apoptose acelerada e mutação genética (Polónia; Gonçalves, 2019).

Uma vez que a IC se instala, uma série de eventos são desencadeados na tentativa de compensação do débito cardíaco, que, com o passar do tempo, sobrecarregam ainda mais o sistema cardiovascular (Scolari *et al.*, 2018).

Em razão destes eventos, há a ativação de sistemas hormonais como o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e o sistema nervoso simpático, que a curto prazo auxiliam na descompensação, mas a longo prazo tornam-se deletérios. Na ativação neuro-hormonal, evidenciam-se a taquicardia e o aumento da resistência vascular periférica, provocando o aumento do gasto de oxigênio e da pós-carga. Associado a isso, o sistema renina-angiotensina-aldosterona leva ao remodelamento cardíaco e fibrose do miocárdio (SOCERJ, 2019).

A IC é dividida em insuficiência cardíaca aguda e crônica. A forma aguda é associada a alterações rápidas de sinais e sintomas que exigem intervenção imediata; a forma crônica tem natureza persistente e progressiva (Rohde *et al.*, 2018).

Comumente, a IC é dividida em disfunção sistólica e diastólica, classificada conforme a fração de ejeção, classe funcional e progressão da doença. No que diz respeito à classificação segundo a fração de ejeção, é considerada fração de ejeção

do ventrículo esquerdo (FEVE) normal aquela (>50%), denominada IC com fração de ejeção preservada (ICFEP); fração de ejeção reduzida (<40%), denominada (ICFER) e Fração de ejeção intermediária entre (40-49%) (Rohde *et al.*, 2018).

Quanto à classe funcional, é conceituada conforme a Classificação Funcional da New York Heart Association (NYHA), aplicada para descrever e caracterizar a gravidade dos sintomas. Leva em consideração o grau de tolerância ao exercício e varia desde a ausência até a presença de sintomas no repouso, sendo: classe funcional I: ausência de sintomas; II: limitação leve; III: limitação importante, porém confortável no repouso; IV: sintomas no repouso (Rohde *et al.*, 2018).

No que diz respeito à classificação segundo a progressão da doença, esta aborda o paciente com risco de desenvolvimento da IC até o estágio mais avançado, sendo: estágio A: risco de desenvolver IC, sem doença estrutural ou sintomas de IC; estágio B: lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas de IC; estágio C: lesão estrutural cardíaca e sintomas atuais ou progressos de IC; estágio D: sintomas refratários ao tratamento convencional, que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos (Rohde *et al.*, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a IC é considerada uma doença grave, afetando mais de 23 milhões de pessoas no mundo, com uma sobrevida após 5 anos de diagnóstico. Nacionalmente, os pacientes intra-hospitalares apresentam uma mortalidade de aproximadamente 13%. As altas taxas de re-hospitalização e mortalidade intra-hospitalar são atribuídas à falha na aderência terapêutica (Rohde *et al.*, 2018).

2.2 LITERACIA EM SAÚDE E DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A literacia em saúde tem ganhado importância à medida que uma grande quantidade de informação sobre saúde está disponível. No entanto, existe a dificuldade de interpretar, compreender e aplicar as informações ao cotidiano e práticas de saúde, mesmo com o fácil acesso à informação (Maragno *et al.*, 2019).

A baixa literacia em saúde está fortemente relacionada com a escassez de práticas de promoção da saúde e prevenção, gerenciamento de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde. Além disso, dificulta a realização do autocuidado, a adesão à terapêutica, e aumenta as internações hospitalares e a mortalidade, resultando em gastos onerosos ao serviço de saúde (Martins *et al.*, 2019).

A melhora da literacia em saúde influencia de forma positiva os comportamentos direcionados à saúde, refletindo no estado de saúde do indivíduo e da sociedade (Carvalho; Santos; Pereira, 2020). Neste sentido, literacia em saúde traduz a contextualização da saúde da família e da comunidade, compreendendo os aspectos influenciadores e sabendo abordá-los. A literacia em saúde melhorada influencia na responsabilização individual pela própria saúde, bem como pela saúde da família e da comunidade (Sørensen *et al.*, 2012).

Dada a importância da literacia em saúde, inúmeros instrumentos têm sido propostos e validados com o objetivo de medir e avaliar o grau de literacia em saúde dentro das suas especificidades. Entre eles, os mais utilizados são: *Test of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults* (TLS) e *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) (Lima, 2019).

O TLS é um instrumento desenvolvido para captar as habilidades de numeramento e compreensão de leitura. Considera-se a capacidade de ler, pronunciar e compreender. Resulta no perfil de literacia em três níveis: inadequado (0-59 escores); marginal (60-74 escores); adequado (75-100 escores). Possui duas versões: longa e reduzida.

2.3 AUTOCUIDADO NA IC

Autocuidado é definido pela OMS como as habilidades individuais, familiares e comunitárias em promover saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com a doença ou a incapacidade, com ou sem o suporte de um profissional de saúde (WHO, 2021).

No contexto da IC, o autocuidado é classificado mediante conceitos que são elucidados e relacionados entre si, sendo eles a manutenção do autocuidado: possui relação com o comportamento assumido pelo indivíduo para manutenção da estabilidade física e emocional, aumento do bem-estar e preservação da saúde. O monitoramento do autocuidado traz a alusão de vigilância para o reconhecimento de mudanças em decorrência da doença crônica, evidenciada por sinais e sintomas que precipitam uma tomada de decisão. O processo de monitoramento é um elo entre a manutenção do autocuidado e o seu gerenciamento. A gestão do autocuidado tem relação com a resposta às mudanças percebidas pelos sinais e sintomas; a

consciência ou não dessas mudanças implica na resposta à implementação do tratamento (Riegel; Jaarsma; Strömberg, 2012).

À vista disso, habilidades de autocuidado são fundamentais em pacientes com IC, sendo um dos principais focos no gerenciamento da IC. Pacientes com melhor comportamento de autocuidado possuem melhor qualidade de vida e menores taxas de mortalidade e internação (Jaarsma *et al.*, 2020).

Com a complexidade do tratamento e controle da IC, é indispensável a adoção de comportamentos de autocuidado para a manutenção da doença (Souza; Correia; Costa, 2020). O envolvimento do paciente no processo de autocuidado no tratamento da IC é essencial, pois permite o entendimento sobre a sua doença e participação no seu plano de tratamento. Níveis adequados de autocuidado facilitam a compreensão da importância do autogerenciamento e do processo de tratamento (Wiśnicka; Lomper; Uchmanowicz, 2022).

Além disso, práticas de autocuidado influenciam positivamente na melhoria da qualidade de vida do paciente com IC. No entanto, o gerenciamento da doença é desafiador para os profissionais de saúde e para os pacientes, pois há um regime complexo e múltiplas mudanças de comportamento com a restrição de sódio e fluidos, exercícios físicos, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, monitoramento de sinais e sintomas e acompanhamento frequente ao serviço de saúde (Kessing *et al.*, 2019).

Neste sentido, o enfermeiro que faz parte da equipe multidisciplinar tem papel fundamental quanto à orientação do autocuidado. O bom prognóstico está diretamente relacionado a essas medidas. É um processo que envolve acompanhamento contínuo da terapêutica, envolvimento e motivação relacionados ao plano de cuidados. A melhora do autocuidado exige do paciente motivação pessoal, mudança comportamental e intervenções pelo profissional de saúde que auxiliem o indivíduo na transição, manutenção e hábitos de vida saudáveis (Flores *et al.*, 2020).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal analítico com abordagem quantitativa, norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Malta *et al.*, 2010).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Os cenários de pesquisa foram dois ambulatórios de Insuficiência Cardíaca, sendo um Hospital Universitário público estadual e o outro Hospital Universitário federal, localizados na cidade do Rio de Janeiro, centros de referência, que recebem pacientes oriundos de diversas regiões do estado.

O Hospital Universitário Federal situa-se na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, na Ilha do Fundão, braço assistencial da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), constituindo um centro de excelência em ensino, pesquisa e extensão, referência no tratamento de diversas patologias e de alta complexidade. O serviço de ambulatório é composto por 123 salas, com 34 especialidades, como, por exemplo, o serviço de cardiologia.

O Hospital Universitário Estadual localiza-se na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, representando um dos maiores complexos docentes assistenciais na área da saúde, sendo referência em várias especialidades, como, por exemplo, em serviços de cardiologia com a clínica de IC, ambulatório especializado em arritmia cardíaca, cardiomiopatias, cardiologia geral, marca-passo cardíaco, cardiopediatria, valvopatias, prótese cardíaca e reabilitação cardíaca.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram pacientes atendidos ambulatorialmente nos centros de referência listados acima e que possuíam diagnóstico médico de insuficiência cardíaca crônica. A instituição estadual atende em torno de 750 pacientes tratados ambulatorialmente; no entanto, não há registros exatos de pacientes atendidos anualmente. A instituição federal atende em torno de 200 pacientes.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com idade maior que 18 anos; portadores de insuficiência cardíaca há mais de 6 meses, em classe funcional da NYHA I, II ou III, em acompanhamento em um dos ambulatórios em que a pesquisa foi realizada.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com dificuldades de fala, auditiva e mental comprovadas por diagnóstico médico; pacientes analfabetos e que não possuíam habilidades de leitura e escrita; e que apresentassem sintomas em repouso (classe funcional IV); pontuação no Mini Mental <24 pontos.

3.6 CÁLCULO AMOSTRAL

Para a composição da amostra foi realizado cálculo amostral, utilizando-se a fórmula padronizada para estudos transversais com populações infinitas.

A probabilidade de ocorrência do desfecho primário identificada em estudo piloto realizado com 54 pacientes foi utilizada como parâmetro inserido na fórmula de cálculo amostral para estudos transversais com desfechos qualitativos.

$$n = Z\alpha^2.P.(1-P) / e^2$$

onde:

n = número amostral

$Z\alpha^2$ = Nível de confiança = 95%

P = probabilidade = 64,91%[†]

e = Erro = 5%

Assim, teve-se o tamanho amostral estimado em 178 participantes.

3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados quatro instrumentos validados para o português brasileiro, apresentados a seguir:

Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A).

Avalia a função cognitiva, composto por vários domínios como orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. É de fácil e rápida aplicação, composto por onze perguntas, onde sua pontuação é dividida em orientação espacial e cálculo (0 a 5 pontos); repetição de palavras (0 a 3 pontos); memorização (0 a 3 pontos); linguagem (1 ponto); e escrita e cópia de desenho (0-2 e 03). Resultado normal: acima de 27 pontos; demência: menor ou igual a 24 pontos (Brasil, 2006).

TLS (*Test of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*) (ANEXO B).

Teste de avaliação da literacia composto por duas etapas: compreensão de leitura e numeramento.

A primeira etapa consiste na avaliação numérica e utiliza cartões para que os pacientes respondam às questões relacionadas aos dados desses cartões. Esses dados são: prescrições de medicamentos, agendamento de consultas, atestado médico e resultado de exame laboratorial. Esta parte contempla 17 itens. O questionário é fornecido ao participante e cada cartão é dado por vez, iniciando-se a aplicação do questionário.

A segunda etapa avalia a habilidade de leitura e compreensão. O entrevistador não interfere nas respostas do indivíduo. Nesta parte, o paciente deve responder preenchendo as lacunas, considerando uma opção correta dentre as quatro alternativas de múltipla escolha. Esta seção é dividida em três trechos: o trecho A possui relação com instruções para radiografia do aparelho gastrointestinal; o trecho B diz respeito aos direitos e deveres do paciente dentro do sistema único de saúde; e o trecho C refere-se a um termo de consentimento informado. Ao final, o trecho A totaliza 16 itens, o trecho B 20 itens e o trecho C 14 itens (Maragno *et al.*, 2019). Nesta fase será utilizado o score ponderado da escala de TLS original, que converte a pontuação de 0 a 50 (Parker *et al.*, 1995).

O score do questionário é calculado pela soma das respostas corretas para cada indivíduo. Para cada questão correta é atribuído 1 ponto, e para questão incorreta se atribui 0. O participante pontua de 0 a 17 na escala numérica. Quanto à parte de compreensão e leitura, para cada questão correta é atribuído 1 ponto e 0 para incorreta. Respostas em branco ou com mais de uma alternativa receberão o valor 0. No trecho A, o participante poderá pontuar de 0 a 16, no trecho B de 0 a 20 e no trecho C de 0 a 14. Nesta etapa, não será convertido o score para a escala original;

portanto, o participante ao final pontuará até 50 pontos. Totalizando ao final 100 pontos (Maragno *et al.*, 2019).

A pontuação total será dividida em três categorias, sendo elas: literacia inadequada (0 a 59), quando o indivíduo é incapaz de ler e interpretar as informações relacionadas à saúde; literacia limitada (60-74), quando o indivíduo tem dificuldade para ler e interpretar informações da área da saúde; e literacia adequada (75-100), quando o indivíduo consegue ler e interpretar a maioria das informações relacionadas à saúde (Maragno *et al.*, 2019).

European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form (HLS-EU-Q6) (ANEXO C).

Instrumento traduzido e adaptado em sua forma curta, originado do Questionário Europeu de Alfabetização em Saúde (HLS-EU-Q47) e (HLS-EU-Q16) (short form). Composto por 6 perguntas apresentadas a seguir: Com que facilidade você consegue: 1- Avaliar quando você precisa de uma segunda opinião de outro médico? 2- Usar as informações que seu médico passa a você para tomar decisões sobre a sua doença? 3- Encontrar informações sobre como lidar com problemas de saúde mental, como estresse ou depressão? 4- Avaliar se as informações sobre os riscos à saúde disponíveis nos meios de comunicação são confiáveis? (Televisão, internet ou outros meios de comunicação) 5- Encontrar informações sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (meditação, exercício, caminhada, pilates etc.) 6- Entender as informações disponíveis nos meios de comunicação sobre como ficar mais saudável? (internet, jornais, revistas) (Mialhe *et al.*, 2021).

A avaliação do escore individual é uma média calculada através da soma das respostas das seis questões dividida pelo número de itens respondidos. Para se calcular o escore, ao menos cinco das seis questões respondidas precisam ser diferentes de 1, variando entre 1 e 4, sendo: 1- muito fácil; 2- fácil; 3- difícil; 4- muito difícil. Valores maiores indicam melhores níveis de LS. O valor final dos escores classifica os indivíduos segundo três níveis de LS: inadequado (≤ 2); problemático (> 2 e ≤ 3); e suficiente (>3) (Mialhe *et al.*, 2021).

A intenção de utilizar dois instrumentos que mensuram a mesma variável foi devido à diferença que cada instrumento possui ao mensurar o nível de literacia. Vários instrumentos se destinam a medir o nível de literacia em saúde, no entanto, nenhum deles cobre todos os conceitos da literacia, concentrando-se somente em

aspectos específicos (Pedro *et al.*, 2023). Com base nisso, a fim de avaliar não somente o aspecto funcional da literacia em saúde, optou-se por abarcar a literacia na sua multidimensionalidade, aplicando-se então os dois instrumentos citados acima.

European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS) (ANEXO D).

Instrumento que contém 12 questões relacionadas ao domínio autocuidado. Os itens compostos no questionário seguem a escala Likert de 5 pontos, que variam de 1, sendo "eu concordo plenamente", a 5, "eu discordo plenamente". Os itens correspondem a diversos comportamentos referentes ao autocuidado na insuficiência cardíaca, como a verificação de peso diário (item 1), repouso (itens 2 e 7), busca de ajuda pela equipe de saúde (itens 3, 4, 5 e 8), restrição de líquidos (item 6), dieta (item 9), adesão às medicações (item 10), vacinação anual contra a gripe (item 11) e prática de exercícios (item 12). Ao final, a pontuação total é alcançada pela soma de todas as respostas, que varia de 12 a 60. Resultados com valores baixos indicam melhor autocuidado (Feijó *et al.*, 2012).

3.8 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os participantes foram abordados de forma padronizada pelo pesquisador, no dia da consulta médica previamente agendada no ambulatório, de modo a receber conhecimentos básicos sobre o estudo e convidados a participar do mesmo, consentindo voluntariamente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Após o aceite e a realização da consulta médica, o participante era convidado a estar em um local onde fosse garantido o anonimato e sua privacidade para a aplicação dos instrumentos.

Inicialmente, era aplicado o teste de avaliação cognitiva MEEM, pois seu resultado poderia implicar na eliminação do participante conforme os critérios de exclusão estabelecidos. Se o resultado do MEEM fosse normal (24 pontos ou mais), eram aplicados os instrumentos na seguinte ordem: TLS, HLS-EU-Q6 e EHFScBS.

No total, foram abordados 213 pacientes. Destes, 17 se recusaram a participar da pesquisa. Dos 196 entrevistados, após a aplicação do MEEM, houve uma perda de 18 pacientes, contemplando uma amostra de 178 indivíduos.

Para atender o objetivo de identificar as características sociodemográficas e clínicas dos participantes, após a aplicação dos instrumentos, eram coletadas

(APÊNDICE A) estas informações por meio de um questionário contendo variáveis contínuas e categóricas, como disposto no quadro abaixo:

Quadro 1 – Variáveis de caracterização dos participantes incluídos no estudo. Rio de Janeiro, 2023

Variável	Tipo de variável	Descrição dos itens
LITERACIA	Independente	Literacia em saúde funcional e multidimensional
Dependentes		
AUTOCUIDADO	Categórica	Baixo autocuidado; moderado autocuidado, bom autocuidado
SEXO	Categórica	Feminino; masculino
IDADE	Contínua	Em anos completos na data da coleta
ESCOLARIDADE	Categórica	Ensino fundamental incompleto; ensino médio completo; superior incompleto ou completo
RAÇA	Categórica	Negra; branca; amarela; indígena
FONTE DE RENDA	Categórica	Com renda; sem renda
ESTADO CIVIL	Categórica	Solteiro; casado; divorciado; viúvo
CRENÇA RELIGIOSA	Categórica	Não; sim
SANEAMENTO BÁSICO	Categórica	Não; sim
REGIÃO EM QUE RESIDE	Categórica	Capital; interior
COMORBIDADES PRÉVIAS	Categórica	DM; HAS; IRC; Doença Reumática; Doença Isquêmica; Dislipidemia; Câncer; Obesidade
TIPOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	Categórica	ICFEP; IC FEI ICFER
NYHA	Categórica	I; II; III
MEDICAÇÕES 5 OU MAIS	Categórica	Sim; Não
ETIOLOGIA DA IC	Categórica	Não isquêmica, isquêmica, indefinida
TEPO DE DIAGNÓSTICO	Categórica	Até 5 anos; 5 anos ou mais

Fonte: elaborado pela autora.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2022 e outubro de 2023, e o tempo de duração da coleta era de aproximadamente 40 minutos. Salienta-se que os instrumentos eram autoaplicáveis e apenas as informações pertinentes às características clínicas e sociodemográficas foram solicitadas e preenchidas pelo pesquisador.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido, avaliado e aprovado nos comitês de ética dos dois hospitais universitários em que a pesquisa ocorreu, sob números de pareceres 5.835.968 e 5.997.454. Atendendo às normas da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

3.10 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram transportados do Microsoft Excel® para o software Stata/IC v.17, no qual foram realizadas análises descritivas e inferenciais. Para variáveis quantitativas, foram calculadas medidas de posição e de dispersão. Para variáveis categóricas, foram calculadas frequências brutas e percentuais. Na análise inferencial, foram consideradas como desfechos as categorias dos questionários TLS e HLS-EU-Q6 e os escores do questionário EHFSsBS. Os três desfechos foram cruzados, separadamente, com as variáveis sociodemográficas e clínicas incluídas neste estudo. Para os desfechos categóricos, representados pelos questionários TLS e HLS-EU-Q6, foram adotados os testes qui-quadrado e exato de Fisher. Para o desfecho quantitativo, representado pelo questionário EHFSsBS, foram utilizados os testes t de Student e ANOVA, dada a distribuição normal das variáveis.

Adicionalmente, foram analisadas as correlações entre as variáveis EHFSsBS, HLS-EU-Q6 e TLS. Para tanto, adotou-se o teste de correlação de Pearson.

O nível de significância de toda a análise foi de 5%. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos de dispersão. A variável de desfecho neste trabalho é o autocuidado.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 178 pessoas. Destas, identificou-se predominância do sexo masculino (61,2%), faixa etária menor que 60 anos (55,06%) e cor negra (70,79%). Além disso, 90,45% referiam ter renda mensal, e a idade média foi 56,27 ($\pm 13,56$) anos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes. N=178

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	109	61,24
Feminino	69	38,76
Faixa etária		
Até 50 anos	56	31,46
51 a 60 anos	42	23,60
61 a 70 anos	59	33,15
71 a 87 anos	21	11,80
Cor autorreferida		
Negra	126	70,79
Branca	47	26,40
Amarela ou indígena	5	2,81
Estado civil		
Solteiro (a)	55	30,90
Casado (a)	87	48,88
Divorciado (a)	22	12,36
Viúvo (a)	14	7,87
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	47	26,40
Ensino Médio Completo	110	61,80
Superior Incompleto ou Completo	21	11,80
Fonte de renda		
Com renda	161	90,45
Sem renda	17	9,55
Crença religiosa		
Sim	160	89,89
Não	18	10,11
Saneamento		
Sim	173	97,19
Não	5	2,81
Vive na capital		
Sim	104	58,43
Não	74	41,57

Fonte: elaborado pela autora.

Conforme apresentado na Tabela 2, o tipo de insuficiência cardíaca mais frequente foi ICFER (53,37%) e a etiologia foi de causas não isquêmicas (50%). A maioria (63,48%) dos respondentes possuía diagnóstico há no máximo cinco anos, além disso, 82,58% referiam tomar cinco ou mais medicações por dia.

Tabela 2 – Caracterização clínica dos participantes. N=178

Variáveis	N	%
Tipos de Insuficiência Cardíaca		
ICFEP	50	28,09
ICFEI	33	18,54
ICFER	95	53,37
Classe funcional		
I	58	32,58
II	86	48,31
III	34	19,10
Etiologia da IC		
Não isquêmica	89	50,00
Isquêmica	54	30,34
Indefinida	35	19,66
Tempo de diagnóstico		
Até 5 anos	113	63,48
5 anos ou mais	65	36,52
Uso de cinco ou mais medicações		
Sim	147	82,58
Não	31	17,42
Comorbidade: Doença isquêmica		
Sim	35	19,66
Não	143	80,34
Comorbidade: Não isquêmica		
Sim	143	80,23
Não	35	19,77

Fonte: elaborado pela autora.

De acordo com o questionário TLS, a literacia dos respondentes foi adequada em 50,6% da amostra; já segundo o questionário HLS-EU-Q6, a predominância foi de literacia em nível problemático (52,8%), conforme apresentado nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3 – Caracterização das respostas ao questionário TLS. N=178

Categorias de resposta	N	%
Adequado	90	50,56
Limítrofe	24	13,48
Inadequado	64	35,96

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 4 – Caracterização das respostas ao questionário HLS-EU-Q6. N=178

Categorias de resposta	N	%
Suficiente	74	41,57
Problemático	94	52,81
Inadequado	10	5,62

Fonte: elaborado pela autora.

Na tabela 5 é demonstrada a avaliação do escore de autocuidado, que apresentou uma média de $30,55 \pm 8,44$, com variação de 13 a 48 pontos, sendo que o instrumento possui uma variação de 12 a 60 pontos.

Tabela 5 – Caracterização das respostas ao questionário EHFSsBS. N=178

Escore	Média (\pmDP[†])	Mediana (IIQ[‡])	Mínimo/ Máximo
	30,55 (\pm 8,44)	31 (30)	13/48

[†] Desvio-padrão. [‡] Intervalo interquartilico.

Fonte: elaborado pela autora.

A classificação da literacia, conforme o questionário TLS, mostrou associação com as seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade, uso de cinco ou mais medicações, doença isquêmica, comorbidade não isquêmica. Percebe-se redução progressiva da literacia adequada com o avanço da faixa etária, ou seja, quanto mais velho é o indivíduo, pior é a literacia em saúde, conforme pode ser visto na tabela 6.

Tabela 6 – Associação entre características sociodemográficas e clínicas e respostas ao questionário TLS. N=178

Variáveis	TLS			Valor de p
	Adequado	Limítrofe	Inadequado	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo				
Masculino	48 (44,04)	15 (13,76)	46 (42,20)	0,066 [¶]
Feminino	42 (60,87)	9 (13,04)	18 (26,09)	
Faixa etária				
Até 50 anos	37 (66,07)	8 (14,29)	11 (19,64)	0,027[¶]
51 a 60 anos	23 (54,76)	3 (7,14)	16 (38,10)	
61 a 70 anos	23 (38,98)	10 (16,95)	26 (44,07)	
71 anos ou mais	7 (33,33)	3 (14,29)	11 (52,38)	
Cor autorreferida				
Negra	58 (46,03)	21 (16,67)	47 (37,30)	0,246 [¶]
Branca	29 (61,70)	3 (6,38)	15 (31,91)	
Amarela ou indígena	3 (60,0)	0	2 (40,0)	

Estado civil				
Solteiro (a)	35 (63,64)	9 (16,36)	11 (20,0)	
Casado (a)	41 (47,13)	10 (11,49)	36 (41,38)	0,142 ^{II}
Divorciado (a)	9 (40,91)	3 (13,64)	10 (45,45)	
Viúvo (a)	5 (35,71)	2 (15,38)	7 (53,85)	
Escolaridade				
Ensino Fundamental Incompleto	14 (29,79)	7 (14,89)	26 (55,32)	
Ensino Médio Completo	59 (53,64)	16 (14,55)	35 (31,82)	0,001^{II}
Superior Incompleto ou Completo	17 (80,95)	1 (4,76)	3 (14,29)	
Fonte de renda				
Com renda	79 (49,07)	23 (14,29)	59 (36,65)	0,412 ^{II}
Sem renda	11 (64,71)	1 (5,88)	5 (29,41)	
Crença religiosa				
Sim	80 (50,0)	22 (13,75)	58 (36,25)	0,896 ^{II}
Não	10 (55,56)	2 (11,11)	6 (33,33)	
Saneamento				
Sim	89 (51,45)	23 (13,29)	61 (35,26)	0,379 ^{II}
Não	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	
Vive na capital				
Sim	50 (48,08)	15 (14,42)	39 (37,50)	0,728 ^{II}
Não	40 (54,05)	9 (12,16)	25 (33,78)	
Tipos de Insuficiência Cardíaca				
ICFEP	27 (54,0)	3 (6,0)	20 (40,0)	0,166 ^{II}
ICFEI	20 (60,61)	3 (9,09)	10 (30,3)	
ICFER	43 (45,26)	18 (18,95)	34 (35,79)	
Classe funcional				
I	34 (58,62)	5 (8,62)	19 (32,76)	0,295 ^{II}
II	42 (48,84)	15 (17,44)	29 (33,72)	
III	14 (41,18)	4 (11,76)	16 (47,06)	
Etiologia da IC				
Não isquêmica	49 (55,06)	12 (13,48)	28 (31,46)	0,664 ^{II}
Isquêmica	23 (42,59)	8 (14,81)	23 (42,59)	
Indefinida	18 (51,43)	4 (11,43)	13 (37,14)	
Tempo de diagnóstico				
Até 4 anos	58 (51,33)	18 (15,93)	37 (32,74)	0,317 ^{II}
5 anos ou mais	32 (49,23)	6 (9,23)	27 (41,54)	
Uso de cinco ou mais medicações				
Sim	66 (44,90)	23 (15,65)	58 (39,46)	0,004^{II}
Não	24 (77,42)	1 (3,23)	6 (19,35)	
Comorbidade: Doença isquêmica				
Sim	10 (28,57)	6 (17,14)	19 (54,29)	0,013^{II}
Não	80 (55,94)	18 (12,59)	45 (31,47)	

Comorbidade: Não isquêmica				0,002^{II}
Sim	62 (43,66)	21 (14,79)	59 (41,55)	
Não	27 (77,14)	3 (8,57)	5 (14,29)	

^I Teste qui-quadrado. ^{II} Teste exato de Fisher.

Fonte: elaborado pela autora.

O questionário HLS-EU-Q6 apresentou associação com classe funcional, morar na capital e obesidade (Tabela 7).

Tabela 7 – Associação entre características sociodemográficas e clínicas e respostas ao questionário HLS-EU-Q6. N=178

Variáveis	HLS-EU-Q6			Valor de p
	Suficiente	Problemático	Inadequado	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo				
Masculino	50 (45,87)	53 (48,62)	6 (5,5)	0,335 ^I
Feminino	24 (34,78)	41 (59,42)	4 (5,80)	
Faixa etária				
Até 50 anos	21 (37,50)	32 (57,14)	3 (5,36)	0,196 ^{II}
51 a 60 anos	13 (30,95)	28 (66,67)	1 (2,38)	
61 a 70 anos	31 (52,54)	23 (38,98)	5 (8,47)	
71 anos ou mais	9 (42,86)	11 (52,38)	1 (4,76)	
Cor autorreferida				
Parda ou negra	54 (42,86)	63 (50,0)	9 (7,14)	0,454 ^{II}
Branca	17 (36,17)	29 (61,70)	1 (2,13)	
Amarela ou indígena	3 (60,0)	2 (40,0)	0	
Estado civil				
Solteiro (a)	23 (41,82)	30 (54,55)	2 (3,64)	0,842 ^{II}
Casado (a)	37 (42,53)	43 (49,43)	7 (8,05)	
Divorciado (a)	8 (36,36)	13 (59,09)	1 (4,55)	
Viúvo (a)	6 (42,86)	8 (57,14)	0	
Escolaridade				
Ensino Fundamental Incompleto	21 (44,68)	23 (48,94)	3 (6,38)	0,413 ^{II}
Ensino Fundamental Completo ou Ensino Médio Incompleto ou Ensino Médio Completo	41 (37,27)	62 (56,36)	7 (6,36)	

Superior Incompleto ou Completo	12 (57,14)	9 (42,86)	0	
Renda				
Com renda	68 (42,24)	85 (52,80)	8 (4,97)	0,486 [¶]
Sem renda	6 (35,29)	9 (52,94)	2 (11,76)	
Crença religiosa				
Sim	66 (41,25)	84 (52,50)	10 (6,25)	0,551 [¶]
Não	8 (44,44)	10 (55,56)	0	
Saneamento				
Sim	72 (41,62)	92 (53,18)	9 (5,20)	0,358 [¶]
Não	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	
Vive na capital				
Sim	51 (49,04)	51 (49,04)	2 (1,92)	0,006[¶]
Não	23 (31,08)	43 (58,11)	8 (10,81)	
Tipos de Insuficiência Cardíaca				
ICFEP	25 (50,0)	23 (46,0)	2 (4,0)	0,385 [¶]
ICFEI	15 (45,45)	15 (45,45)	3 (9,09)	
ICFER	34 (35,79)	56 (58,95)	5 (5,26)	
Classe funcional				
I	34 (58,62)	24 (41,38)	0	0,001[¶]
II	34 (39,53)	45 (52,33)	7 (8,14)	
III	6 (17,65)	25 (73,53)	3 (8,82)	
Etiologia da IC				
Não isquêmica	39 (43,82)	45 (50,56)	5 (5,62)	0,973 [¶]
Isquêmica	22 (40,74)	29 (53,70)	3 (5,56)	
Indefinida	13 (37,14)	20 (57,14)	2 (5,71)	
Tempo de diagnóstico				
Até 4 anos	48 (42,48)	59 (52,21)	6 (5,31)	0,935 [¶]
5 anos ou mais	26 (40,0)	35 (53,85)	4 (6,15)	
Uso de cinco ou mais medicações				
Sim	58 (39,46)	80 (54,42)	9 (6,12)	0,426 [¶]
Não	16 (51,61)	14 (45,16)	1 (3,23)	
Comorbidade: Doença isquêmica				
Sim	12 (34,29)	21 (60,0)	2 (5,71)	0,611 [¶]
Não	62 (43,36)	73 (51,05)	8 (5,59)	
Comorbidade: Não isquêmica				0,601 [¶]
Sim	56 (39,44)	78 (54,93)	8 (5,63)	
Não	17 (48,57)	16 (45,71)	2 (5,71)	

Comorbidade:			
Obesidade			0,040[¶]
Sim	4 (23,53)	10 (58,82)	3 (17,65)
Não	70 (43,48)	84 (52,17)	7 (4,35)

[¶] Teste qui-quadrado. [¶] Teste exato de Fisher.

Fonte: elaborado pela autora.

A Tabela 8 evidencia que as médias obtidas no questionário EHFSSBS são estatisticamente significativas quando há presença de uso de cinco ou mais medicações e comorbidade não isquêmica, sendo que na presença deste o autocuidado é melhor.

Tabela 8 – Diferenças de médias obtidas no questionário EHFSSBS a depender das variáveis sociodemográficas e clínicas. N=178

Variáveis	EHFSSBS		Valor de p
	Média	DP	
Sexo			
Masculino	30,65	8,55	0,842 [¶]
Feminino	30,39	8,33	
Faixa etária			
Até 50 anos	31,05	8,75	
51 a 60 anos	28,90	8,27	0,429 [¶]
61 a 70 anos	30,59	8,76	
71 anos ou mais	32,38	6,90	
Cor autorreferida			
Parda ou negra	30,42	8,47	0,731 [¶]
Branca	31,12	8,44	
Amarela ou indígena	28,2	9,14	
Estado civil			
Solteiro (a)	29,67	8,43	
Casado (a)	31,09	8,72	0,802 [¶]
Divorciado (a)	30,31	7,64	
Viúvo (a)	31,0	8,50	
Escolaridade			
Ensino Fundamental Incompleto	30,74	8,77	
Ensino Fundamental Completo ou Ensino Médio Incompleto ou Ensino Médio Completo	30,22	8,42	0,651 [¶]
Superior Incompleto ou Completo	32,09	8,03	
Renda			
Com renda	30,67	8,37	0,540 [¶]
Sem renda	29,35	9,34	

Crença religiosa			
Sim	30,30	8,49	0,251 ^l
Não	32,72	7,93	
Saneamento			
Sim	30,39	8,37	0,159 ^l
Não	35,80	10,20	
Vive na capital			
Sim	30,49	8,20	0,910 ^l
Não	30,63	8,82	
Tipos de Insuficiência Cardíaca			
ICFEP	32,7	7,90	0,071 ^p
ICFEI	30,81	8,13	
ICFER	29,32	8,67	
Classe funcional			
I	31,39	9,49	0,185 ^p
II	29,37	8,16	
III	32,08	6,92	
Etiologia da IC			
Não isquêmica	30,91	8,14	0,631 ^p
Isquêmica	29,62	8,40	
Indefinida	31,05	9,37	
Tempo de diagnóstico			
Até 4 anos	30,46	8,20	0,851 ^l
5 anos ou mais	30,70	8,91	
Uso de cinco ou mais medicações			
Sim	29,86	8,19	0,017^l
Não	33,80	9,0	
Comorbidade: Doença isquêmica			
Sim	30,20	8,64	0,785 ^l
Não	30,63	8,42	
Comorbidade: Não isquêmica			
Sim	29,79	8,30	0,008^l
Não	33,94	8,21	

^l Teste t de Student. ^p ANOVA a um fator.

Fonte: elaborado pela autora.

Ao realizar os testes de correlação entre os questionários, observou-se que houve correlação positiva entre o questionário TLS e o questionário de autocuidado apenas, conforme visto na tabela 10 e no gráfico de dispersão 3.

¶ ANOVA a um fator.

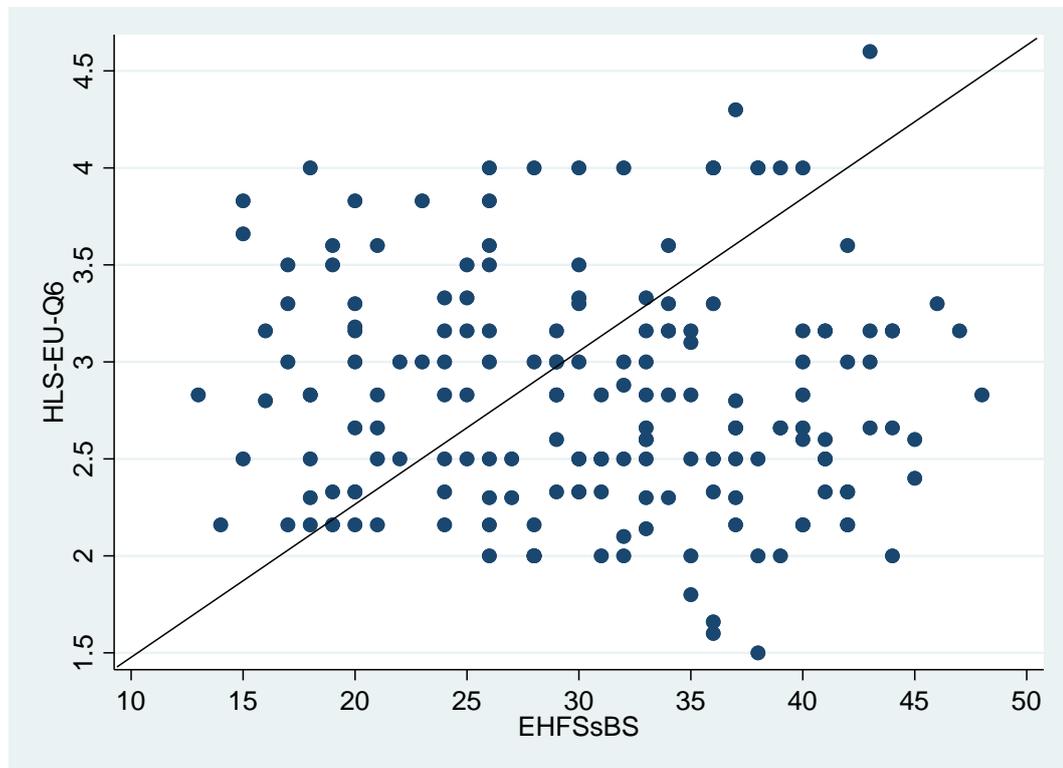
Tabela 9 – Correlação entre escores obtidos nos questionários TLS, EHFSsBS e HLS-EU-Q6. N=178

Instrumentos	TLS		HLS-EU-Q6	
	r	Valor de p [‡]	r	Valor de p [‡]
EHFSsBS	0,219	0,003	-0,059	0,433
HLS-EU-Q6	0,056	0,451	-	-

‡ Teste de Correlação de Pearson.

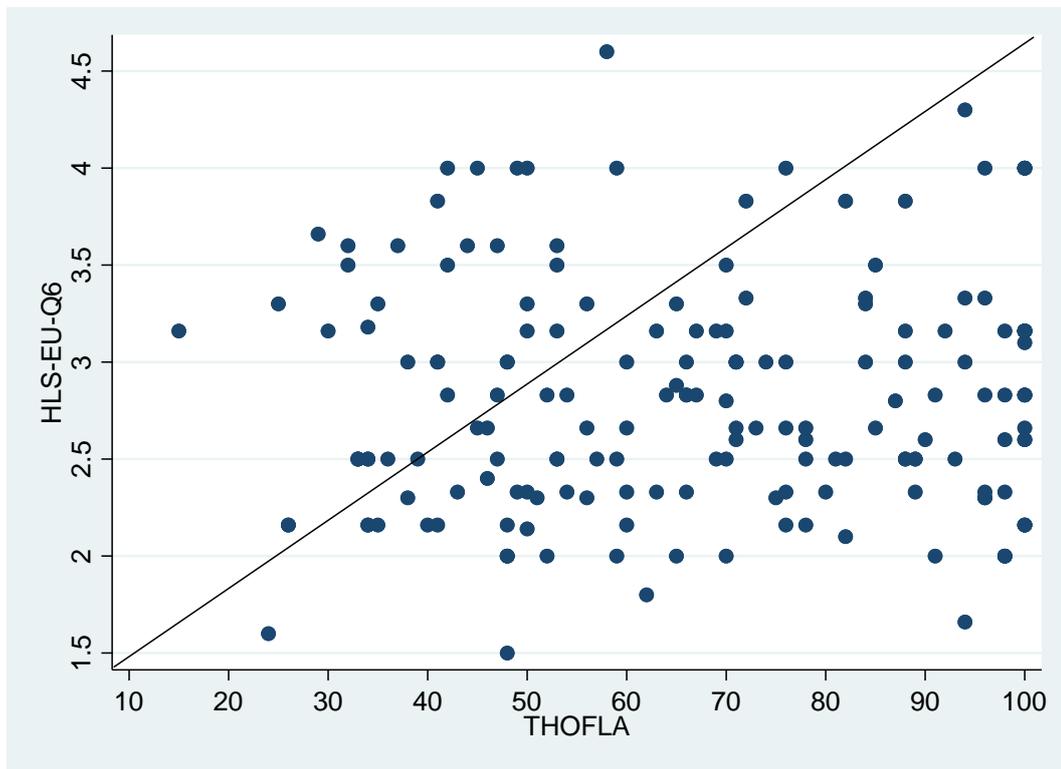
Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 1 – Dispersão entre as variáveis HLS-EU-Q6 e EHFSsBS



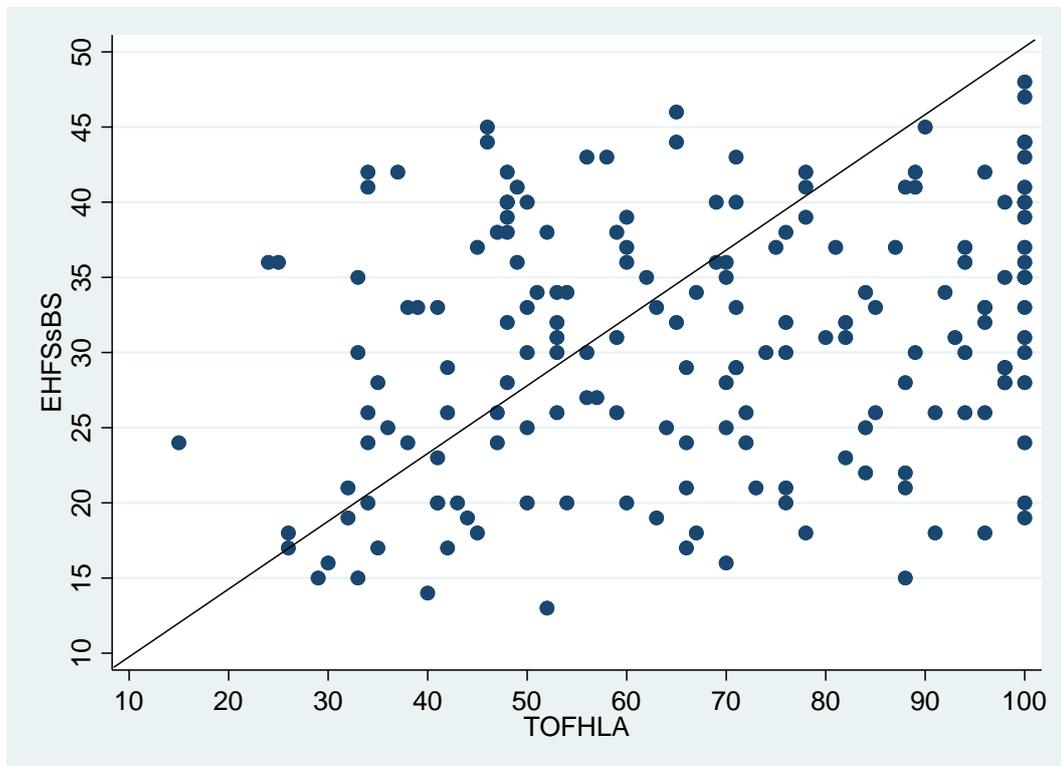
Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 2 – Dispersão entre as variáveis HLS-EU-Q6 e TLS



Fonte: elaborado pela autora.

Gráfico 3 – Dispersão entre as variáveis EHFSSBS e TLS



Fonte: elaborado pela autora.

5 DISCUSSÃO

O aumento das taxas de prevalência de IC em pacientes do sexo masculino pode ser resultado da vulnerabilidade a doenças crônicas e menor frequência de acompanhamento e procura aos serviços de saúde (Arruda *et al.*, 2022). Os resultados encontrados neste estudo confirmam tal fato, evidenciando um predomínio de homens (61,24%) com IC na amostra estudada. Outros estudos, que abordam a morbimortalidade e hospitalização por IC, também sinalizam a predominância do sexo masculino em seus resultados (Fernandes *et al.*, 2019).

Com relação à idade, este estudo demonstrou ter uma população mais jovem, com 55,06% de pacientes com idade até 60 anos, não coincidindo com dados encontrados em um recente estudo sobre análise epidemiológica no Brasil, que denota que, com o aumento progressivo da idade, o acometimento por IC também cresce (Alexsander *et al.*, 2022).

A raça negra foi a de maior representatividade na população deste estudo, com 70,79%. No que diz respeito à cor/raça, há uma discrepância considerável em relação à raça em outros países também. Nos Estados Unidos da América (USA), pacientes negros têm um maior risco de morte relacionado à IC, possivelmente devido a elementos biológicos que predispõem a uma susceptibilidade maior a doenças cardiovasculares, em conjunto com os determinantes sociais da saúde que culminam em desfechos piores da IC nessa etnia (Nayak; Hicks; Morris, 2020).

Sabe-se também que fatores sociais, como o nível de escolaridade, influenciam diretamente no entendimento sobre doenças e cuidados com a saúde e podem afetar a compreensão de orientações fornecidas no momento do diagnóstico da doença ou alta hospitalar (Athilingam; Jenkins; Redding, 2019). Neste estudo, 26,40% dos respondentes declararam ter apenas ensino fundamental incompleto, seguido de 61,80% com ensino médio completo e apenas 11,80% com ensino superior completo. Maiores níveis de escolaridade oportunizam maior acesso a serviços de saúde, compreensão, controle, recuperação e prevenção de doenças. Em contrapartida, menores níveis de escolaridade estão associados à morbidade, mortalidade precoce e hábitos não saudáveis (Nogueira *et al.*, 2019).

A literatura destaca que a dificuldade de acesso à informação e, conseqüentemente, aos serviços de saúde influencia desfechos de doenças crônicas. No que diz respeito ao fato de residir em grandes centros ou no interior do país, nesta

pesquisa, 94,49% dos participantes responderam viver em grandes metrópoles, o que se justifica pela localização dos locais de estudo. Geralmente, populações residentes em áreas urbanas possuem mais acesso aos serviços de saúde comparado a áreas rurais (Arruda; Maia; Alves, 2018). Contudo, residentes de grandes cidades assumem cada vez mais comportamentos de risco relacionados a piores hábitos de vida, com práticas alimentares irregulares, sedentarismo, fatores esses predisponentes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Maceno; Garcia, 2022).

O valor da fração de ejeção do ventrículo esquerdo atualmente direciona a classificação dos tipos de IC. O tipo de IC mais presente neste estudo foi a ICFER, com 53,37%, fração de ejeção reduzida, sendo a responsável pela maior taxa de mortalidade no Brasil, segundo a diretriz brasileira de cardiologia (Rohde *et al.*, 2018). Além de ser o tipo mais frequentemente diagnosticado, tem impacto na qualidade de vida e interfere diretamente na rotina e atividades diárias do doente portador da IC (Aguiar *et al.*, 2021).

Os respondentes deste estudo referiram sentir-se mais estáveis em relação ao controle dos sintomas e relataram conseguir realizar atividades diárias, sendo a maioria classificada como NYHA I ou II, representando 80,89%.

Para melhor controle e manejo da IC é preciso um regime terapêutico com múltiplas drogas, o que suscita a polifarmácia. Devido à presença de outras comorbidades, há uma necessidade ainda maior no manejo terapêutico, predispondo o paciente a um maior risco de interação medicamentosa e reações adversas (Santos *et al.*, 2023). Neste estudo, 82,58% relataram utilizar mais de cinco medicações ao dia e presença de outras comorbidades.

Dentre as classificações etiológicas, nesta amostra, 50,00% possuíam IC de etiologia não isquêmica, seguida de 30,34% de etiologia isquêmica e 19,66% de etiologia indefinida. Embora a cardiopatia isquêmica associada à HAS seja a principal etiologia da IC no Brasil, há também diversas outras etiologias associadas ao desenvolvimento da doença, a depender de determinadas regiões do país, devido a fatores como, por exemplo, o baixo índice socioeconômico, com maior prevalência das doenças de Chagas e febre reumática (Alves *et al.*, 2022).

Para melhor manejo da doença, controle das comorbidades e promoção do autocuidado, é necessário maior conhecimento sobre a patologia e autogestão de sinais e sintomas. O conhecimento geral sobre a doença prevê melhores ações de autocuidado (Brandão *et al.*, 2022). Entretanto, o paciente, ao descobrir uma

patologia, é preenchido de informações e orientações que muitas vezes são incapazes de processar e aplicar no gerenciamento de sua saúde. Em geral, não são capazes de compreender essas informações para tomada de decisão, ou seja, não são letrados em saúde (Lima *et al.*, 2020).

Nesta amostra, metade dos respondentes teve a literacia funcional em saúde adequada, com 50,56%. Entretanto, é importante demonstrar que a outra metade, com 49,44% dos participantes, teve literacia em saúde inadequada e limítrofe. Esses dados não diferem muito de estudos encontrados na literatura que mensuram a literacia funcional em saúde. Um estudo realizado com pacientes com doenças crônicas cardiovasculares na cidade de Juiz de Fora demonstrou que metade da amostra apresentou literacia funcional em saúde inadequada, ou seja, metade dos pacientes possuem dificuldade de compreensão de informações escritas e orais relacionadas à saúde (Chehuen Neto *et al.*, 2019).

É importante destacar que apenas habilidades de compreensão de leitura e escrita não suprem a amplitude de todos os aspectos da literacia em saúde. Neste sentido, foi mensurada nesta pesquisa uma avaliação multidimensional da literacia em saúde, que compreende não somente as habilidades de leitura e escrita, mas também habilidades de aplicar e acessar as informações compreendidas no contexto da saúde (Mialhe *et al.*, 2021). À vista disso, a literacia em saúde, quando aplicado o instrumento HLS-EU-Q6 nesta pesquisa, demonstrou maior percentual como sendo problemático, com 52,81%.

Posto isto, pode-se perceber a importância da avaliação mais ampla da literacia em saúde e a possibilidade de mensurar as limitações no acesso, compreensão e uso das informações relacionadas à saúde, seja para autogestão ou prevenção da doença.

Outro fato a se destacar é que, ao avaliar a totalidade desta amostra, a maioria dos respondentes eram homens. No entanto, ao analisar a literacia funcional em saúde de forma separada entre os sexos, percebe-se que pacientes do sexo feminino possuíam literacia em saúde adequada em 60,87% dos casos, comparado ao sexo masculino, com 44,4%. Um estudo transversal quantitativo, realizado no interior do Paraná com 379 pacientes, verificou diferenças no nível de literacia em saúde entre gêneros masculino e feminino. Em seus resultados, foi demonstrado que homens apresentavam maior literacia em saúde quando comparados às mulheres (Souza *et al.*, 2022), contrastando com os resultados deste estudo.

Essa divergência no nível de literacia talvez possa estar relacionada às diferenças socioculturais da localidade onde foi feita a pesquisa. Contudo, em um estudo realizado com idosos, as mulheres possuíam um nível de literacia em saúde maior, o que pode estar relacionado a melhor adesão e frequência de buscas aos serviços de saúde realizadas por elas (Pasklan *et al.*, 2021).

É importante destacar que a literacia funcional em saúde sofre influência também da idade. Neste estudo, percebe-se que, conforme a progressão da idade, menor é o nível de literacia. Sabendo disso, a literacia em saúde inadequada também pode estar relacionada com determinantes inerentes à pessoa e não somente ao fato de possuir uma condição crônica de saúde (Pasklan *et al.*, 2021).

Condições de menor escolaridade, neste estudo, foram uma variável preditiva para piores escores de literacia, fato também evidenciado em outros trabalhos (Paes *et al.*, 2022; Tristão, 2021; Ganguli *et al.*, 2020). Não obstante, pode-se dizer que o nível de escolaridade não é uma variável precisa para avaliar a literacia em saúde, pois, sozinha, não possui o poder de dimensionar o real aprendizado do indivíduo. Habilidades de leitura e escrita podem ser dominadas sem adquirir a capacidade de utilizá-las na prática de saúde diária, como a compreensão de receituários médicos, cartazes informativos e orientações de autocuidado. Ou seja, ter escolaridade elevada não necessariamente implica em um nível de literacia em saúde alto (Melo *et al.*, 2022).

Outro aspecto que requer atenção é a utilização de múltiplas medicações. Nesta amostra, a maioria dos respondentes que referiram não utilizar mais de cinco medicações ao dia foram classificados com literacia funcional em saúde adequada, enquanto a maioria dos pacientes que referiram fazer uso de cinco ou mais medicações tinham literacia funcional em saúde problemática ou inadequada. Em um estudo de coorte realizado na Inglaterra, que objetivou examinar a associação entre literacia em saúde e polifarmácia em pessoas idosas, demonstrou-se que não houve associação entre o baixo nível de literacia e o número de medicações utilizadas (Shebehe *et al.*, 2022).

A presença de comorbidades também foi uma variável preditiva para piores níveis de literacia. Pacientes com comorbidades de origem isquêmica apresentaram, em sua maioria, literacia em saúde inadequada. Um estudo realizado em 2020 no Paraná com pacientes após episódio de infarto agudo do miocárdio evidenciou que a baixa literacia em saúde está relacionada com a dificuldade na manutenção de hábitos

de vida saudáveis, continuidade da terapêutica pós-evento isquêmico, má interpretação de sinais e sintomas e negação do evento cardíaco (Silva *et al.*, 2023).

Dentre as comorbidades de origem não isquêmica, destacamos neste estudo a obesidade, que isoladamente, demonstrou correlação positiva com literacia em saúde problemático ou inadequado. Esse dado é confirmado em recente revisão sistemática, que investigou a literacia em saúde como determinante da obesidade infantil e adulta. Foi revelado que a baixa literacia em saúde, prejudica a gestão da obesidade e de hábitos saudáveis, demonstrando impacto na qualidade de vida (Chrissini; Panagiotakos, 2021).

Não somente os fatores sociodemográficos influenciam a literacia em saúde; muitas vezes, a capacidade funcional é também um fator preditivo para a baixa literacia. Em nossa pesquisa, pacientes que estavam em classe funcional III possuíam, em sua maioria, literacia em saúde problemática. Observou-se que, conforme a piora da classe funcional, pior era o nível de literacia. Tal dado se assemelha a um estudo de coorte prospectivo com 595 pacientes com insuficiência cardíaca em classe funcional II a IV, que evidenciou que pacientes com menor literacia em saúde eram classificados em classes funcionais mais altas (Wu *et al.*, 2013).

A literacia em saúde, por algum tempo, teve ênfase em habilidades de leitura e escrita. Doravante, surge a necessidade de pesquisar a literacia de uma forma mais ampla e multidimensional, avaliando habilidades mais complexas individuais em compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde. Somente a compreensão das informações não é suficiente para garantir uma melhor literacia; é essencial haver também a procura/aceso proativo, avaliação e utilização das informações para aplicação pessoal (Zimbrick-Rogers, 2023).

É descrito na literatura por Nutbeam *et al.* (2000) três níveis de literacia em saúde: a literacia funcional, que diz respeito a competências básicas de leitura e escrita; a literacia interativa, que se relaciona a níveis mais avançados de literacia, onde se tem a competência em acessar/encontrar informações, dar significado às informações para mudança de situações cotidianas; e a literacia crítica, que se refere à habilidade mais avançada de analisar criticamente as informações para melhor autogerenciamento.

A literacia em saúde está associada a determinantes de saúde modificáveis e é responsável pela origem da doença cardiovascular. Na IC, comportamentos saudáveis e de autocuidado refletem diretamente na qualidade de vida, desfechos e controle da doença (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

A capacidade de autocuidado relaciona-se com a habilidade de cuidar de si em sua vida cotidiana, no desenvolvimento de atividades que promovam uma qualidade de vida satisfatória. No contexto da IC, a manutenção do tratamento farmacológico, hábitos de vida saudáveis e o manejo dos sinais e sintomas de descompensação da doença são aspectos que merecem destaque (Melo *et al.*, 2023).

Foi identificado nesta pesquisa que os pacientes que ingeriam cinco ou mais medicações ao dia eram mais propensos a ter um melhor autocuidado comparado com aqueles que tomavam menos de cinco medicações. Tal dado assemelha-se a um estudo multicêntrico, que envolveu 295 pacientes e observou que melhores comportamentos de autocuidado estavam relacionados com pacientes que faziam uso de cinco ou mais medicações ao dia (Salvadó-Hernández *et al.*, 2018). Em outro estudo, realizado com 180 pacientes com IC, demonstrou-se que mais de 65% dos pacientes que seguiram recomendações para tomar as medicações corretamente tinham um nível satisfatório de autocuidado (Mlynarska; Golba; Mlynarski, 2018).

Todavia, há resultados controversos na literatura sobre a relação entre o autocuidado e a ingestão de múltiplas medicações, pois também foi visto que a polifarmácia influencia negativamente a adesão medicamentosa, o que aumenta o risco de mortalidade e re-hospitalização por IC (Scalvini *et al.*, 2021).

A presença de comorbidade não isquêmica foi um preditivo positivo relacionado ao melhor autocuidado. Esse dado vai de encontro à um estudo realizado em um ambulatório de um hospital universitário na cidade de Niterói, que demonstrou que pacientes com IC e maior número de comorbidades associadas são mais aderentes ao tratamento medicamentoso, o que muitas vezes também pode ser considerado um domínio para identificar autocuidado (Camuzi *et al.*, 2021).

Sabe-se que, além do tratamento farmacológico, a base do controle da IC é o autocuidado. Quando bons níveis de autocuidado não são alcançados, piores são os resultados e desfechos da doença (Aghajianloo *et al.*, 2021). O autocuidado é um processo natural de tomada de decisões que gera impacto na estabilidade hemodinâmica e fisiológica, pois facilita a percepção e o manejo de sintomas (Megiati *et al.*, 2022). Neste estudo, a pontuação média para mensuração do autocuidado foi

de 30,55, com um mínimo de 13 pontos e máximo de 48. Pontuações menores indicam melhores níveis de autocuidado, enquanto pontuações maiores indicam piores níveis de autocuidado (Feijó *et al.*, 2012). Sendo assim, pode-se perceber que a média dos respondentes desta pesquisa possui autocuidado moderado.

Medidas de autocuidado na IC são complexas e podem ser consideradas uma adversidade à adesão ao tratamento, principalmente em pacientes com baixo conhecimento relacionado à doença (Tinoco *et al.*, 2021).

Neste estudo foi observado uma correlação positiva fraca entre os níveis de literacia funcional e o escore de autocuidado, a literatura demonstra, conforme um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, em um centro de cardiologia, que ao mensurar o nível de literacia em saúde, encontraram-se níveis satisfatórios e destacou-se a importância da literacia em saúde na promoção do autocuidado, indicando que baixo nível de literacia em saúde é uma barreira para o gerenciamento do cuidado dentro das doenças crônicas (Lima *et al.*, 2020).

Sendo o autocuidado uma tarefa diária no decorrer da vida dos pacientes com doença crônica, é um processo dinâmico e contínuo. O bom nível de literacia em saúde permite o entendimento sobre a doença e facilita a motivação de ações de autogerenciamento da condição de saúde (Mares *et al.*, 2022). Bons níveis de literacia e práticas de autocuidado estão associados a melhor prognóstico de insuficiência cardíaca e melhoria da qualidade de vida (Munkhaugen *et al.*, 2023).

Sabendo que o autocuidado é um pilar central para desfechos bem-sucedidos de IC, percebe-se ser importante que o indivíduo se envolva com práticas relacionadas a atividades e tomada de decisões positivas a respeito dos comportamentos de saúde, tais como: adesão a comportamentos saudáveis, detecção de sinais e sintomas de forma precoce e respostas dadas à interpretação desses sintomas para gestão do autocuidado (Silva *et al.*, 2023).

Neste contexto, a atuação do profissional de enfermagem é valiosa. É primordial o aprimoramento do olhar do enfermeiro na abordagem do paciente portador de IC e para o desenvolvimento do seu autocuidado no atendimento de suas necessidades. É importante a elaboração de estratégias que promovam conhecimentos, atitudes e aptidões dos pacientes para um melhor autogerenciamento, reconhecimento e manejo de sinais e sintomas característicos da doença, amparado nas melhores evidências científicas na prática clínica (Miguel *et al.*, 2023).

Portanto, é indispensável enfatizar que a baixa literacia em saúde e o desconhecimento ou pouco conhecimento em relação à doença não são de responsabilidade completa do indivíduo, mas um desafio a ser superado pelo sistema de saúde e pelo profissional, no sentido de promover um ambiente propício ao desenvolvimento de competência, autoconfiança e conhecimento (Santos *et al.*, 2012).

6 CONCLUSÃO

Neste estudo, não foram observadas associações entre baixos níveis de literacia em saúde e escore de autocuidado ruim. No entanto, é crucial destacar que, na amostra examinada, a literacia multidimensional foi predominantemente problemática ou inadequada.

É importante ressaltar também que, na avaliação da literacia funcional, os resultados foram quase uniformes, sugerindo a necessidade premente de adaptação de linguagem e materiais educativos para melhorar a compreensão das informações relacionadas à saúde nesta população.

O autocuidado dos pacientes avaliados foi classificado como moderado. Contudo, ressalta-se que a presença de comorbidades e o uso de cinco ou mais medicações são fatores preditores positivos para o autocuidado.

Não foi encontrada correlação entre os questionários de avaliação da literacia em saúde. Embora ambos meçam o nível de literacia, eles abordam aspectos e componentes diferentes, destacando a necessidade de não se limitar à verificação das habilidades de leitura e escrita. Essas habilidades, por si só, não são suficientes para refletir a verdadeira capacidade de entendimento e tomada de decisão em saúde, aspectos essenciais para considerar alguém como "letrado em saúde". Dada a complexidade dessa variável, é recomendável realizar avaliações mais abrangentes que contemplem outras dimensões da literacia em saúde.

Embora os resultados obtidos neste estudo não sejam conclusivos em relação ao tema e à população estudada, eles podem contribuir para aumentar a conscientização sobre a importância da literacia em saúde na formulação de estratégias que facilitem a compreensão, o acesso e a utilização das informações relacionadas à saúde. Isso, por sua vez, pode promover uma melhoria no autocuidado e no autogerenciamento da insuficiência cardíaca no Brasil. Parte superior do formulário

REFERÊNCIAS

- AGHAJANLOO, Ali *et al.* Self-care status in patients with heart failure: systematic review and metanalysis. **Nursing Open**, v. 8, n. 5, p. 2235-2248, 23 fev. 2021. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.805>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- AGUIAR, Natália Mendes *et al.* Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 32, p. e8404, 4 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e8404.2021>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- ALEXSANDER, Renato *et al.* Análise Epidemiológica por insuficiência cardíaca no Brasil. **Brazilian Medical Students**, v. 6, n. 9, p. 1-8, 12 abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.53843/bms.v6i9.224>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- ALVES, Andreza Maria Pereira *et al.* Análise situacional da etiologia e terapêutica de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) no sistema de saúde pública brasileiro. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 9, p. e391804, set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i9.1804>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. e00213816, 21 jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00213816>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- ARRUDA, Vilmeyze Larissa de *et al.* Tendência da mortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil: 1998 a 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p. 1-13, 12 ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220021.2>. Acesso em: 29 mai.22.
- ATHILINGAM, Ponrathi; JENKINS, Bradlee; REDDING, Barbara A. Reading level and suitability of congestive heart failure (CHF) education in a mobile app (CHF Info App): descriptive design study. **JMIR Aging**, v. 2, n. 1, p. e12134, 25 abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/12134>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- BEZERRA, Jéssica Naylla de Melo *et al.* Health literacy of individuals undergoing dialysis therapy. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20170418, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0418>. Acesso em: 4 dez. 2021.
- BRANDÃO, Larissa dos Santos *et al.* Estratégias terapêuticas utilizadas na consulta de enfermagem a pacientes com insuficiência cardíaca de etiologia chagásica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 11, n. 2, p. e202251, mai./out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v11i2.5951>. Acesso em: 22 fev. 2024.
- CAMUZI, Ranieri Carvalho *et al.* Adesão farmacoterapêutica em insuficiência cardíaca: estudo exploratório num centro especializado fluminense. **Brazilian**

Journal of Health Review, v. 4, n. 6, p. 26064-26082, 23 nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-195>. Acesso em: 15 fev. 2024.

CARVALHO, Camila Garcia de; SANTOS, Paula Clara; PEREIRA, José Magalhães Pinto. **Literacia em Saúde**. Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto. Porto: ESSPP, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26537/W94N-5M64>. Acesso em: 4 dez. 2021.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa *et al.* Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 1, p. 41-51, 17 nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201325>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CHEHUEN NETO, José Antonio *et al.* Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1121-1132, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>. Acesso em: 22 fev. 2024.

CHEN, Aleda M. H. *et al.* Health literacy and self-care of patients with heart failure. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 26, n. 6, p. 446-451, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e31820598d4>. Acesso em: 13 fev. 2024.

CHRISSINI, Maria K.; PANAGIOTAKOS, Demosthenes B. Health literacy as a determinant of childhood and adult obesity: a systematic review. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, v. 33, n. 3, p. 9-39, 11 fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/ijamh-2020-0275>. Acesso em: 15 fev. 2024.

DOKAINISH, Hisham *et al.* Global mortality variations in patients with heart failure: results from the International Congestive Heart Failure (INTER-CHF) prospective cohort study. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 7, p. e665-e672, 2 mai. 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30196-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30196-1). Acesso em: 20 nov.2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. **Autocuidado**: um foco central da enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FABBRI, Matteo *et al.* Health literacy and outcomes among patients with heart failure. **JACC: Heart Failure**, v. 8, n. 6, p. 451-460, 8 jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2019.11.007>. Acesso em: 2 dez. 2021.

FEIJÓ, Maria Karolina *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 988-996, set./out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000500022>. Acesso em: fev. 2024.

FERNANDES, Amanda D. F. *et al.* Insuficiência cardíaca no Brasil subdesenvolvido: análise de tendência de dez anos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 2, p. 222-231, 10 abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20180321>. Acesso em: 7 mar. 2024.

- FLORES, Paula Vanessa Peclat *et al.* Efeito da entrevista motivacional no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03634, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019013703634>. Acesso em: 1 mar. 2024.
- FREITAS, Ana Karyn Ehrenfried de; CIRINO, Raphael Henrique Déa. Manejo ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica. **Revista Médica da UFPR**, v. 4, n. 3, p. 126-136, jul./set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rmu.v4i3>. Acesso em: 30 nov. 2021.
- GANGULI, Mary *et al.* Aging and functional health literacy: a population-based study. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 29, n. 9, p. 972-981, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.12.007>. Acesso em: 20 fev. 2024.
- GOMES, Helder Jorge de Andrade; MONTENEGRO, Carlos Eduardo Lucena. Indicadores Socioeconômicos e Mortalidade por Insuficiência Cardíaca: Parâmetros Indissociáveis? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 5, p. 952-953, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20210826>. Acesso em: 20 Nov. 2021.
- GREENE, Stephen J.; MENTZ, Robert J.; FELKER, G. Michael. Outpatient Worsening Heart Failure as a Target for Therapy. **JAMA Cardiology**, v. 3, n. 3, p. 252, 1 mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.5250>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- JAARSMA, Tiny *et al.* Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. **European Journal of Heart Failure**, v. 23, n. 1, p. 157-174, 20 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>. Acesso em: 1 mar. 2024.
- KESSING, Dionne *et al.* Self-Care and Pathophysiological Function in Patients with Chronic Heart Failure. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 26, n. 6, p. 629-644, 21 nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09822-2>. Acesso em: 1 mar. 2024.
- LILJEROOS, Maria *et al.* Dialogues between nurses, patients with heart failure and their partners during a dyadic psychoeducational intervention: a qualitative study. **BMJ Open**, v. 7, n. 12, p. e018236, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018236>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- LIMA, Juliana Piveta de *et al.* Functional health literacy in older adults with hypertension in the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, suppl. 3, p. e20190848, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0848>. Acesso em: 22 fev. 2024.
- LIMA, Marcione A. *et al.* Health literacy and quality of life in hospitalized heart failure patients: a cross-sectional study. **American Journal of Cardiovascular Disease**, v. 10, n. 4, p. 490-498, 15 out. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33224600/>. Acesso em: 15 mai. 2024.

- LIMA, Monique de Freitas Gonçalves *et al.* Fatores associados ao letramento funcional em saúde da pessoa idosa em tratamento pré-dialítico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, p. e200114, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200114>. Acesso em: 1 dez. 2021.
- LOAN, Lori A. *et al.* Call for action: nurses must play a critical role to enhance health literacy. **Nursing Outlook**, v. 66, n. 1, p. 97-100, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.11.003>. Acesso em: 2 dez. 2021
- MACENO, Lindhisey Kianny; GARCIA, Mateus dos Santos. Fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em jovens adultos / Risk factors for the development of cardiovascular diseases in young adults. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 2820-2842, 14 fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-251>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- MALTA, Monica *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559-565, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000300021>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- MANAFO, E.; WONG, S. Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. **Health Education Research**, v. 27, n. 6, p. 947-960, 29 jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/her/cys067>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- MANFREDINI, Geruza Maria da Silva Gonçalves *et al.* Care for people with heart failure after hospital discharge: integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 1684-1691, 14 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9669>. Acesso em: 8 dez. 2021.
- MARAGNO, Carla Andreia Daros *et al.* Teste de letramento em saúde em português para adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190025, 1 abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190025>. Acesso em: 2 dez. 2022.
- MARES, Maria A. *et al.* Health literacy and self-management in people with coronary heart disease: a systematic review protocol. **JBI Evidence Synthesis**, v. 20, n. 10, p. 2599–2604, 9 jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00257>. Acesso em: 14 mai. 2024.
- MARTINS, Nidia Farias Fernandes *et al.* Letramento funcional em saúde de pessoas idosas em uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, p. 1-10, 8 fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2937>. Acesso em: 3 dez. 2021.
- MEDEIROS, Juliana; MEDEIROS, Carolina de Araújo. Avaliação do autocuidado nos portadores de insuficiência cardíaca. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e51082, 28 set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.51082>. Acesso em: 2 mai. 2023.
- MEGIATI, Hector Martins *et al.* Relação entre apoio social percebido e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p.

eAPE01296, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao012966>. Acesso em: 6 mar. 2024.

MELO, Ana Luísa Fernandes Vieira *et al.* Correlação entre autocuidado e apoio social em pessoas com insuficiência cardíaca. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 27, p. e-1530, 1 dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40311>. Acesso em: 16 fev. 2024.

MELO, Beatriz Rodrigues de Souza *et al.* Concordância entre instrumentos de avaliação da fragilidade em idosos na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. e20210257, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210257.pt>. Acesso em: 20 fev. 2024.

MIALHE, Fábio Luiz *et al.* Psychometric properties of the adapted instrument European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3436, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4362.3436>. Acesso em: 22 fev. 2024.

MIGUEL, Bruna Dias Rocha *et al.* Atuação dos enfermeiros com o paciente acometido por insuficiência cardíaca: uma revisão integrativa. **Ciências da Saúde**, v. 27, n. 120, p. 1-16, 23 mar. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7763820>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MLYNARSKA, Agnieszka; GOLBA, Krzysztof S.; MLYNARSKI, Rafal. Capability for self-care of patients with heart failure. **Clinical Interventions in Aging**, v. 13, p. 1919-1927, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/cia.s178393>. Acesso em: 15 fev. 2024.

MUNKHAUGEN, John *et al.* Frailty, health literacy and self-care in patients admitted with acute heart failure. **Tidsskrift for Den Norske Lægeforening**, v. 143, n. 17, p. 1-15, 21 nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0297>. Acesso em: 15 fev. 2024.

NAYAK, Aditi; HICKS, Albert J.; MORRIS, Alanna A. Understanding the Complexity of Heart Failure Risk and Treatment in Black Patients. **Circulation: Heart Failure**, v. 13, n. 8, p. e007264, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/circheartfailure.120.007264>. Acesso em: 13 fev. 2024.

NOGUEIRA, Ivan Daniel Bezerra *et al.* Prevalência de insuficiência cardíaca e associação com saúde autorreferida no Brasil. **Acta Fisiátrica**, v. 26, n. 2, p. 95-101, 30 jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v26i2a164952>. Acesso em: 13 fev. 2024.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, v. 15, n. 3, p. 259-267, 1 set. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>. Acesso em: 16 fev. 2024.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 3, p. 308-439, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças Cardiovasculares**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>, 9 dez.2020. Acesso em: 20 nov. 2021.

OSCALICES, Monica Isabelle Lopes *et al.* Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03447, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017039803447>. Acesso em: 20 fev. 2024.

PAES, Robson Giovani *et al.* Letramento em saúde, conhecimento da doença e risco para pé diabético em adultos: estudo transversal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, p. e45868, 27 jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45868>. Acesso em: 20 fev. 2024.

PARKER, Ruth M. *et al.* The test of functional health literacy in adults. **Journal of General Internal Medicine**, v. 10, n. 10, p. 537-541, out. 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/bf02640361>. Acesso em: 1 jan. 2022.

PASKLAN, Amanda Namibia Pereira *et al.* Letramento em saúde a idosos: uma abordagem da comunicação na atenção básica em saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 10, n. 2, p. e202119, 25 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i2.4487>. Acesso em: 22 fev. 2024.

PATEL, Harshida; SZKINC-OLSSON, Grazyna; AL LIDDAWI, Madeleine Lennartsson. A qualitative study of nurses' experiences of self-care counseling in migrant patients with heart failure. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 8, n. 3, p. 279-288, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.05.004>. Acesso em: 1 dez. 2021.

PEDRO, Ana Rita *et al.* Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 4, p. 1-9, 7 fev. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>. Acesso em: 1 dez. 2021.

POLÓNIA, Jorge; GONÇALVES, Francisco Rocha. A evolução histórica do envolvimento dos sistemas neuro-humorais no conhecimento da fisiopatologia e do tratamento da insuficiência cardíaca. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 38, n. 12, p. 883-895, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2019.05.008>. Acesso em: 03 dez. 2021.

RIEGEL, Barbara; JAARSMA, Tiny; STRÖMBERG, Anna. A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. **Advances in Nursing Science**, v. 35, n. 3, p. 194-204, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e318261b1ba>. Acesso em: 1 mar. 2024.

ROHDE, Luis Eduardo Paim *et al.* Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em: 13 fev 2024.

SALVADÓ-HERNÁNDEZ, Cristina *et al.* Insuficiencia cardiaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. **Atención Primaria**, v. 50, n. 4, p. 213-221,

abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.008>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SANTOS, Bruno; RAMOS, Ana; FONSECA, César. Da formação à prática: importância das teorias do autocuidado no processo de enfermagem para a melhoria dos cuidados. **Journal of Aging and Innovation**, v. 6, n. 1, p. 51-54, 2017. Disponível em: <https://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-formação.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2021.

SANTOS, Jefferson Pereira ds *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos com insuficiência cardíaca aguda. **Revista Contexto & Saúde**, v. 23, n. 47, p. e13565, jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.13565>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SANTOS, Luanda T. M. *et al.* Health Literacy: Importance of assessment in nephrology. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 3, p. 293-302, set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120014>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SCALVINI, Simonetta *et al.* Treatment prescription, adherence, and persistence after the first hospitalization for heart failure: A population-based retrospective study on 100785 patients. **International Journal of Cardiology**, v. 330, p. 106-111, 1 maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2021.02.016>. Acesso em: 16 fev. 2024.

SCOLARI, Fernando Luis *et al.* Insuficiência cardíaca: fisiopatologia atual e implicações terapêuticas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 28, n. 1, p. 33-41, 15 mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.29381/0103-8559/2018280133-41>. Acesso em: 2 dez. 2021.

SHEBEHE, Jacques *et al.* Low health literacy and multiple medications in community-dwelling older adults: a population-based cohort study. **BMJ Open**, v. 12, n. 2, p. e055117, fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055117>. Acesso em: 20 fev. 2024.

SILAVANICH, Voratima *et al.* Relationship of medication adherence and quality of life among heart failure patients. **Heart & Lung**, v. 48, n. 2, p. 105-110, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.009>. Acesso em: 4 dez. 2021.

SILVA Andreza Domingos da *et al.* Significado da Obesidade na Perspectivas dos Usuários da Atenção Primária no Norte do Brasil. **New Trends in Qualitative Research**, v. 18, p. e946, 30 set. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.2023.e946>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SILVA, Adryel Vieira Caetano da; CARVALHO, Beatriz Lucas de; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Orientações de enfermagem voltadas para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 1, p. 109-117, 1 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2592>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SILVA, Marco Antonio Gomes da *et al.* Predictors of self-care behaviors in individuals with heart failure in Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, p.

e20220357, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220357.en>. Acesso em: 6 fev. 2024.

SØRENSEN, Kristine *et al.* Brussels-we have a health literacy problem. **Eurohealth**, v. 28, n. 3, p. 53-55, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362210/Eurohealth-28-3-53-55-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 fev. 2024.

SØRENSEN, Kristine *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, p. 1-13, 25 jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>. Acesso em: 5 dez. 2021.

SOUSA, Mailson Marques de *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 1289-1298, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201720>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SOUZA, Rosane Clys de Barros Souza *et al.* Características associadas à literacia em saúde e literacia digital em saúde em idosos de uma cidade do interior do Paraná. **HOLOS**, v. 5, n. 38, p. e13924, 28 dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2022.13924>. Acesso em: 16 fev. 2024.

SOUZA, Thereza Cristina Terra de Oliveira de Abreu e; CORREIA, Dayse Mary da Silva; COSTA, Luanna Barci Dutra da. Evidências de avaliação e intervenções para o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e8279109124, 21 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9124>. Acesso em: 1 mar. 2024.

TINOCO, Juliana de Melo Vellozo Pereira *et al.* Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3389, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518.8345.4281.3389>. Acesso em: 16 fev. 2024.

TRISTÃO, Flavio. População idosa e letramento em saúde: reflexões acerca do acesso e da não utilização dos serviços de saúde. **JIM - Jornal de Investigação Médica**, v. 2, n. 2, p. 54-66, 11 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.29073/jim.v2i2.428>. Acesso em: 22 fev. 2024.

UNLU, Ozan *et al.* Polypharmacy in older adults hospitalized for heart failure. **Circulation: Heart Failure**, v. 13, n. 11, p. e006977, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/circheartfailure.120.006977>. Acesso em: 3 dez 2021.

WIŚNICKA, Alicja; LOMPER, Katarzyna; UCHMANOWICZ, Izabella. Self-care and quality of life among men with chronic heart failure. **Frontiers Public Health**, v. 10, p. 1-8, 22 jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.942305>. Acesso em: 1 mar. 2024.

WITTENBERG, Elaine *et al.* Health literacy: exploring nursing challenges to providing support and understanding. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 22, n. 1, p. 53-61, 1 fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/18.cjon.53-61>. Acesso em: 1 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Safety in Polypharmacy**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/who-uhc-sds-2019-11-eng.pdf>. Acesso em: 30 mai.2024

WU, Jia-Rong *et al.* Low Literacy Is Associated with Increased Risk of Hospitalization and Death Among Individuals with Heart Failure. **Journal of General Internal Medicine**, v. 28, n. 9, p. 1174-1180, 12 mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2394-4>. Acesso em: 15 fev. 2024.

ZIMBRICK-ROGERS, Emily. Experimenting with ethnography: a companion to analysis. **Practical Theology**, v. 16, n. 6, p. 839-841, 7 dez. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1756073x.2023.2288513>. Acesso em: 15 fev. 2024.

APÊNDICE A – PROTOCOLO ESTRUTURADO

QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS			
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
NOME: PRONTUÁRIO:			
NATURAL:	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	IDADE:	SEXO: M () F ()
ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL () COMPLETO () INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO () COMPLETO () INCOMPLETO () SUPERIOR () COMPLETO () INCOMPLETO ()			
ENDEREÇO:			
TELEFONE: ()		CEL: ()	
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () VIÚVO ()			
FONTE DE RENDA: APOSENTADO () PENSIONISTA () EMPREGADO () AUTÔNOMO () SEM RENDA ()			
RENDA: UM A CINCO SALÁRIOS MÍNIMOS SIM () NÃO () MAIS QUE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS () SIM () NÃO () MAIS QUE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS () SIM () NÃO ()			
ETNIA: BRANCA () NEGRA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA ()			
PROFISSÃO/ OCUPAÇÃO:			
CRENÇA RELIGIOSA : SIM () NÃO ()			
SANEAMENTO BÁSICO:			
REGIÃO EM QUE RESIDE: CAPITAL SIM () NÃO () INTERIOR: SIM () NÃO ()			
CRITÉRIOS CLÍNICOS			
IC CONFIRMADA: SIM () NÃO (). ETIOLOGIA DA IC: _____ TEMPO DE DIAGNÓSTICO _____			
FRAÇÃO DE EJEÇÃO: ICFEP () ICFEI () ICFER ()			
NYHA: () I NYHA () II NYHA () III NYHA () IV			
SINTOMAS: SIM () NÃO () QUAL _____			
COMORBIDADES:			
DM () HAS () IRC () DOENÇA REUMÁTICA () DOENÇA ISQUÊMICA () DISLIPIDEMIA () CÂNCER () OBESIDADE ()			
MEDICAÇÕES: 5 OU MAIS ? SIM () NÃO ()			

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa: Avaliação do literacia em saúde em pacientes com insuficiência cardíaca e suas implicações para o autocuidado

Pesquisadoras responsáveis: Paloma Geralda Mizael de Paula Silva e Prof^a. Dr^a. Liana Amorim Corrêa Trotte da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Telefones para contato das pesquisadoras: (21) 97271-2809 (Paloma Geralda Mizael de Paula Silva).

Prezado(a), Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a Avaliação do literacia em saúde em pacientes com insuficiência cardíaca e suas implicações para o autocuidado. Os pesquisadores Paloma Geralda Mizael de Paula Silva e Liana Amorim Corrêa Trotte (Universidade Federal do Rio de Janeiro) pretendem realizar um estudo com as seguintes características:

Objetivo do estudo: Avaliar o nível de literacia em saúde em pacientes com insuficiência cardíaca atendidos em um ambulatório.

Descrição dos procedimentos para coleta de dados: A coleta de dados será realizada, coletando seus dados clínicos (dados sobre sua doença) e sociodemográficos através de uma entrevista, além disso, faremos a avaliação do seu grau de literacia (entendimento sobre informações relacionadas a saúde para tomada de decisões adequadas). A partir do conjunto de informações coletadas preencheremos alguns instrumentos que orientará se você possui ou um grau de literacia adequado ou não. Além disso, você participará de uma entrevista semiestruturada. Acreditamos que toda coleta de dados ocupará por volta de 2 horas do seu tempo.

Riscos: Os riscos aos participantes estão atrelados a possibilidade de desconfortos psicológicos, alterações emocionais e stress) por envolver uma pesquisa que coletará dados por meio de questões pessoais. Durante os procedimentos de coleta de dados sempre haverá o acompanhamento por um dos pesquisadores, que prestará toda a assistência necessária ou interromperá qualquer coleta de dados se os participantes assim o desejarem. Será garantido um ambiente próprio para realização da aplicação do questionário, uma sala reservada e não haverá necessidade de gravação de nenhum trecho a ser respondido. O anonimato na pesquisa será garantido e não haverá nenhum procedimento agressivo (injeção, esforço físico, ou ingestão de quaisquer medicamentos). Será assegurado a sua privacidade, seu nome, ou qualquer informação que possa identificá-lo. Os dados da pesquisa ficarão em arquivo sob guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Benefícios aos participantes e para a sociedade: Não há garantia de benefício direto e imediato ao participante durante a realização do estudo. Os pesquisadores se comprometerão em informar aos participantes sobre a resposta identificada através do instrumento. Porém, acredita-se que o uso deste instrumento poderá futuramente auxiliar no planejamento dos cuidados a serem oferecidos aos pacientes em tratamento de insuficiência cardíaca neste ambulatório contribuindo na melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos e no preparo dos profissionais e gestores no treinamento da equipe para atender as necessidades encontradas.

Garantia de acesso aos pesquisadores: Em qualquer fase do estudo você terá pleno acesso aos pesquisadores responsáveis pelo projeto na Escola de Enfermagem Anna Nery, situada à Rua Afonso Cavalcanti, 275. Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ, ou pelo telefone (21) 97271-2809 (Paloma Geralda Mizael de Paula Silva). Havendo necessidade, será possível, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, 255, 7o. Andar, Ala E, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, RJ, ou pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão que controla as questões éticas das pesquisas na instituição (UFRJ) e tem como uma das principais funções proteger os participantes da pesquisa de qualquer problema. Além disso, os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as

normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas

Garantia de liberdade: a sua participação neste estudo é absolutamente voluntária. Dentro deste raciocínio, todos os participantes estão integralmente livres para, a qualquer momento, negar o consentimento ou desistir de participar e retirar o consentimento, sem que isto provoque qualquer tipo de penalização. Lembramos, assim, que sua recusa não trará nenhum prejuízo à relação com o pesquisador ou com a instituição e sua participação não é obrigatória.

Direito de confidencialidade e acessibilidade: Os dados colhidos na presente investigação serão utilizados para elaborar artigos científicos. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o absoluto sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação do participante e ninguém, com exceção dos próprios pesquisadores, poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Por outro lado, você poderá ter acesso aos seus próprios resultados a qualquer momento.

Despesas e compensações: Você não terá, em momento algum, despesas financeiras pessoais. As despesas, tais como, de transporte, alimentação ou quaisquer outras, assim, se porventura ocorrerem, serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores. Também, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de necessidade, você terá garantido o seu direito a buscar indenização por danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS 466/12; Código Civil, Lei 10.406 de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, “Da obrigação de indenizar”, e II, “Da indenização”, Título IX, “Da responsabilidade civil”).

Em caso de dúvidas ou questionamentos, você pode se manifestar agora ou em qualquer momento do estudo para explicações adicionais. Eu estou ciente da pesquisa, concordo em assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma via em minha propriedade e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20_____.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

ANEXO A – PARECER CONSUBSTACIADO CEP UERJ



PARECER CONSUBSTACIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Pesquisador: PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60447022.0.3001.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.997.454

Apresentação do Projeto:

Emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo, editada do conteúdo registrado do protocolo "Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2062828_E1" anexados à Plataforma Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo, editada do conteúdo registrado do protocolo "Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2062828_E1" anexados à Plataforma Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

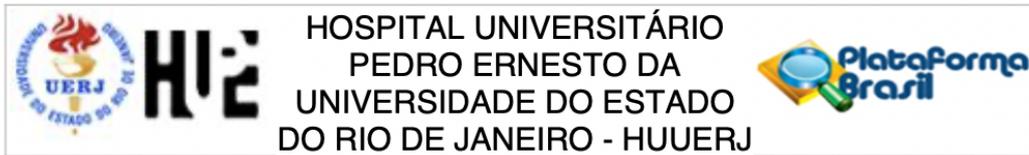
Emenda para aprovação de documentação e alteração de informações relativas ao protocolo, editada do conteúdo registrado do protocolo "Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2062828_E1" anexados à Plataforma Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da Emenda:

Prezados, solicito emenda do projeto em relação a pendência da Carta de Anuência da Clínica

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.997.454

Coração Valente emitido pelo Universidade Federal Fluminense. Em virtude do atraso para emissão da carta de anuência foi excedido o prazo de resposta ao CEP. Neste sentido, solicito emenda de alteração no cronograma e inserção do documento emitido pela empresa EBSEERH ao qual era solicitado pelo comitê de ética da Universidade Federal Fluminense.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos enviados a este Comitê estão dentro das boas práticas em pesquisa e apresentando todos dados necessários para apreciação ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda apresenta todas as informações necessárias para avaliação ética. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, a Emenda pode ser enquadrada na categoria – APROVADO.

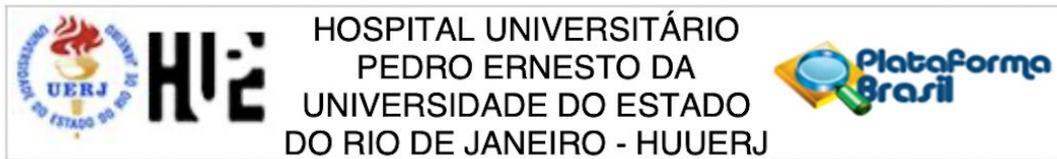
Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	anuencia_UFF.pdf	06/12/2022 15:12:39	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasdoCEPEEAN_HESFA_UFRJ.doc	25/07/2022 20:08:54	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_MODIFICADO.docx	25/07/2022 19:33:48	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA	Aceito

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.997.454

Investigador	PROJETO_MODIFICADO.docx	25/07/2022 19:33:48	SILVA	Aceito
Outros	FORMULARIO_DPQ.pdf	06/07/2022 16:35:16	PALOMA GERALDA MIZAE DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	LATTES_PESQUISADORAS.pdf	26/06/2022 19:04:54	PALOMA GERALDA MIZAE DE PAULA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PDF.pdf	26/06/2022 17:42:45	PALOMA GERALDA MIZAE DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_CORACAO_VALE NTE.pdf	23/06/2022 22:49:38	PALOMA GERALDA MIZAE DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCA_HUPE.pdf	23/06/2022 22:49:03	PALOMA GERALDA MIZAE DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_HCFF.pdf	23/06/2022 22:48:36	PALOMA GERALDA MIZAE DE PAULA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

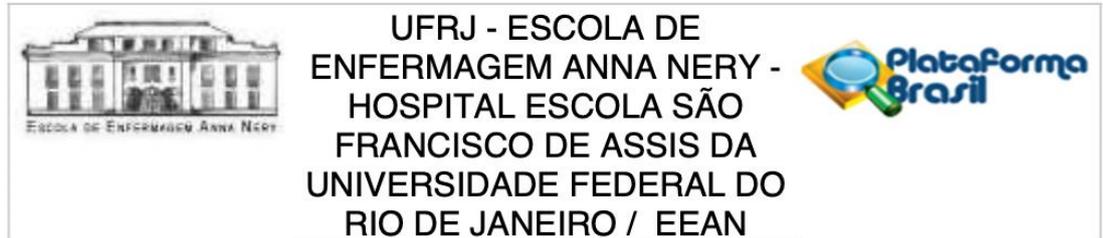
Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Abril de 2023

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br

ANEXO B – PARACER CONSUBSTANCIADO CEP UFRJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO LETRAMENTO EM SAÚDE EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Pesquisador: PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 60447022.0.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.835.968

Apresentação do Projeto:

Trata este parecer de apreciar emenda ao Protocolo de Pesquisa aprovado pelo CEP proponente.

Estudo de delineamento transversal de natureza quantitativa, do qual o cenário de pesquisa são três ambulatórios de Insuficiência Cardíaca de Hospitais Universitários localizados no estado do Rio de Janeiro. "Os participantes da pesquisa serão os pacientes atendidos em 3 ambulatório de Insuficiência Cardíaca de Hospital Universitário

localizados na região do Estado do Rio de Janeiro, esses participantes serão abordados de forma padronizada pelo pesquisador, no dia de consulta médica previamente agendada, de modo a receber conhecimentos básicos sobre o estudo e convidados a participar do mesmo, consentindo voluntariamente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o nível de letramento em saúde em pacientes com insuficiência cardíaca atendidos em um ambulatório

Objetivo Secundário:

Identificar as características clínicas, sociodemográficas e culturais dos pacientes com insuficiência

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

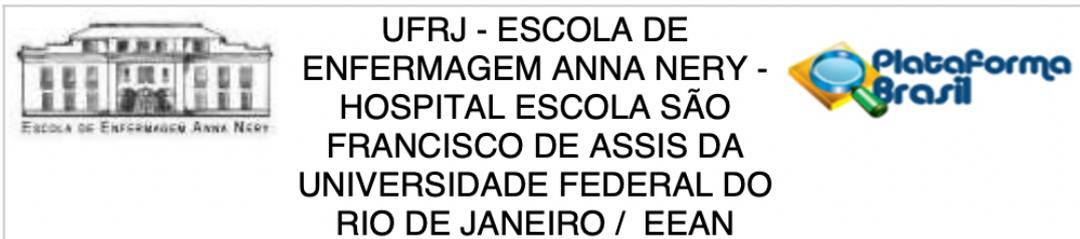
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhessa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.835.968

cardíaca; Discutir os limites e as possibilidades de estratégias de educação e autocuidado nestes pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

segundo a autora "Os riscos aos participantes desta pesquisa serão mínimos (desconfortos psicológicos, alterações emocionais e stress) por envolver uma pesquisa que coletará dados por meio de questões pessoais. Durante os procedimentos de coleta de dados sempre haverá o acompanhamento por um dos pesquisadores, que prestará toda a assistência necessária ou interromperá qualquer coleta de dados se os participantes assim o desejarem. Será

garantido um ambiente próprio para realização da aplicação do questionário, uma sala reservada e não haverá necessidade de gravação de nenhum trecho a ser respondido. O anonimato na pesquisa será garantido e não haverá nenhum procedimento agressivo (injeção, esforço físico, ou ingestão de quaisquer medicamentos). Será assegurado a sua privacidade, seu nome, ou qualquer informação que possa identificá-lo. Os dados da pesquisa

ficarão em arquivo sob guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Benefícios:

Não há garantia de benefício direto e imediato ao participante durante a realização do estudo. Os pesquisadores se comprometerão em informar aos participantes sobre a resposta identificada através do instrumento TOFHLA. Porém, acredita-se que o uso destes instrumentos poderá futuramente auxiliar no planejamento dos cuidados a serem oferecidos aos pacientes em tratamento de insuficiência cardíaca nestes ambulatorios contribuindo na melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos e no preparo dos profissionais e gestores no treinamento da equipe para atender as necessidades encontradas".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide conclusões ou pendências.

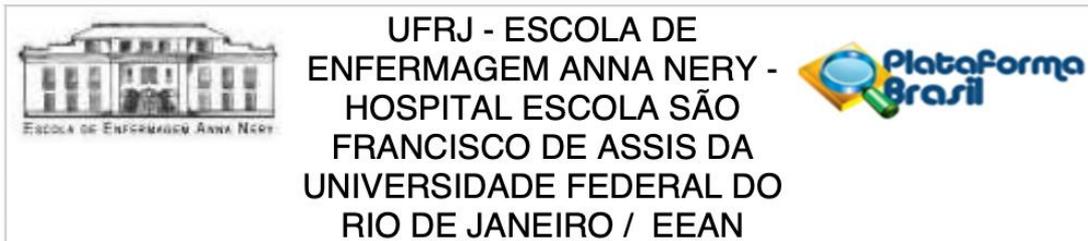
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões ou pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora informa que a emenda é devido: "a pendência da Carta de Anuência da Clínica Coração Valente emitida pela Universidade Federal Fluminense. Em virtude do atraso para emissão

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-110
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962 **E-mail:** cepeenhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.835.968

da carta de anuência foi excedido o prazo de resposta ao CEP. Neste sentido, solicito emenda de alteração no cronograma e inserção do documento emitido pela empresa EBSEH ao qual era solicitado pelo comitê de ética da Universidade Federal Fluminense".

O CEP EEAN-HESFA/UFRJ aprova a emenda que segue para apreciação da Instituição Coparticipante.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo ao previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU A EMENDA ao Protocolo de Pesquisa ad referendum em 22 de dezembro de 2022. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e ao Sistema Plataforma Brasil. Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração no projeto e no TCLE, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 (cinco) anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2062828_E1.pdf	06/12/2022 15:20:32		Aceito
Outros	anuencia_UFF.pdf	06/12/2022 15:12:39	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_.pdf	06/12/2022 14:44:42	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasdoCEPEEAN_HESFA_UFRJ.doc	25/07/2022 20:08:54	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeahesfa@eean.ufrj.br

 <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY</p>	<p>UFRJ - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / EEAN</p>	 <p>Plataforma Brasil</p>
---	---	--

Continuação do Parecer: 5.835.968

Outros	Formulário de resposta a pendências do C EPEEAN_HESFA_UFRJ.doc	25/07/2022 20:08:54	SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_MODIFICADO.pdf	25/07/2022 20:02:44	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MODIFICADO.docx	25/07/2022 19:33:48	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	FORMULARIO_DPQ.pdf	06/07/2022 16:35:16	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	06/07/2022 16:32:52	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_INSTITUCIONAL.jpeg	06/07/2022 16:31:33	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DEC_INFRAESTRUTURA.pdf	06/07/2022 16:28:02	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	LATTES_PESQUISADORAS.pdf	26/06/2022 19:04:54	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PDF.pdf	26/06/2022 17:42:45	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_CORACAO_VALE NTE.pdf	23/06/2022 22:49:38	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCA_HUPE.pdf	23/06/2022 22:49:03	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_HCFF.pdf	23/06/2022 22:48:36	PALOMA GERALDA MIZEL DE PAULA SILVA	Aceito

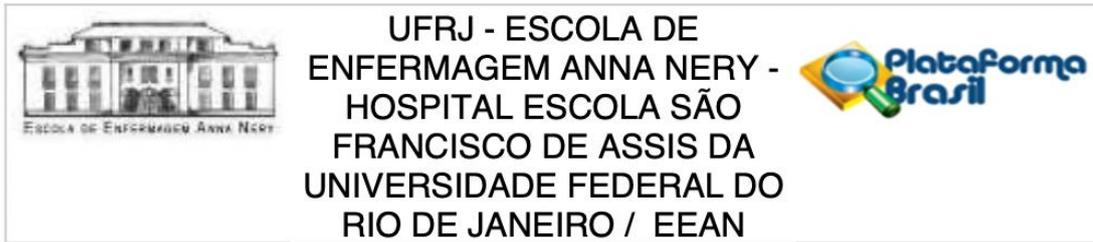
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

<p>Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275 Bairro: Cidade Nova UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO Telefone: (21)3938-0962</p>	<p>CEP: 20.211-110 E-mail: cepeenhesfa@eean.ufrj.br</p>
---	--



Continuação do Parecer: 5.835.968

RIO DE JANEIRO, 22 de Dezembro de 2022

Assinado por:
Maria Angélica Peres
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanchesfa@eean.ufrj.br

ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

1) Como o Sr(a) avalia sua memória atualmente?

- (1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima
(6) não sabe

Total de pontos:

2) Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:

- (1) melhor (2) igual (3) pior (4) não sabe

Total de pontos:

ORIENTAÇÃO TEMPORAL:

Anote um ponto para cada resposta certa:

3) Por favor, diga-me:

Dia da semana () Dia do mês () Mês () Ano () Hora
aprox. ()

Total de pontos:

ORIENTAÇÃO ESPACIAL:

Anote um ponto para cada resposta certa

4) Responda:

Onde estamos: consultório, hospital, residência ()

Em que lugar estamos: andar, sala, cozinha ()

Em que bairro estamos: ()

Em que cidade estamos ()

Em que estado estamos ()

Total de pontos:

REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA:

5) Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar: Arvore, Mesa, Cachorro.

A () M () C ()

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente um a vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até no máximo três repetições; - anote o número de repetições que fez ____; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram lembrados.

Total de pontos:

ATENÇÃO E CALCULO:

6) Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7;
____; ____; ____; ____; ____.

(93; 86; 79; 72; 65)

Total de pontos:

MEMÓRIA RECENTE:

7) Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra: A () M () C ()

Obs: anote um ponto para cada resposta correta: Arvore, Mesa, Cachorro.

Total de pontos:

LINGUAGEM:

Anote um ponto para cada resposta correta:

8) Aponte a caneta e o relógio e peça pra nomeá-los: C () R ()

(permita dez segundos para cada objeto)

Total de pontos:

9) Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente)

“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”

Total de pontos:

10) Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: “FECHE OS OLHOS”. Diga-lhe : leia este papel e faça o que está escrito (permita dez segundos).

Total de pontos:

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P () D () C ()

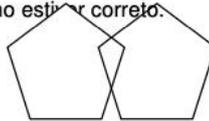
Total de pontos:

12) Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco.

O Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? (contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe). **Se o entrevistado não fizer corretamente, perguntar-lhe: "Isto é uma frase/ E permitir-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro.** (máximo de trinta segundos).

Total de pontos:

13) Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar). **A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo.** Anote um ponto se o desenho estiver correto.



Total de pontos:

Obs: Somente as respostas corretas anotadas nas perguntas de 03 a 13 e anote o total.
A pontuação máxima é de trinta pontos.

TOTAL

ANEXO D – TESTE DE LETRAMENTO EM SAÚDE (TLS)



Teste de Letramento em Saúde

TLS

CONHECIMENTO QUANTITATIVO

INTRODUZA A PRIMEIRA QUESTÃO COM:

“Estas são instruções que você ou alguma outra pessoa podem receber em um hospital. Por favor, leia cada instrução em silêncio. Eu farei algumas perguntas sobre o que elas querem dizer”.

INTRODUZA AS QUESTÕES SEGUINTE COM:

“Dê uma olhada nesta questão” OU “Esta é uma outra instrução que você pode receber”.

Hora do início :

Cartão	Pergunta	Resposta	C	E
1a	Se você toma seu primeiro comprimido às 6:00 da manhã, quando você deveria tomar o próximo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b	E o próximo depois desse?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c	Quando você deveria tomar o último do dia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Você poderia tomar esse medicamento no dia 10 de setembro de 2020?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a	Se você começou a tomar seu remédio na terça-feira, quando você deve tomar a próxima dose?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b	Em que dia você voltaria a tomar o seguinte?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cartão	Pergunta	Resposta	C	E
4	Se esse fosse seu resultado, estaria dentro dos níveis normais?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5a	Quando é sua consulta?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b	Onde você deve ir?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Quantas dessas cápsulas você deveria tomar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7a	Quantas caixas você poderia retirar com essa receita?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b	Qual é a data da receita?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c	Quando seriam 30 dias após a data da receita?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a	Se você almoça ao meio-dia e quer tomar esse remédio antes do almoço, a que horas você deve tomá-lo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b	Você esqueceu de tomá-lo antes do almoço, a que horas você deve tomá-lo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Se uma mulher teve nenê em 03 de janeiro de 2020 quando ela deveria ter voltado ao trabalho?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Quanto do antitérmico Tylenol deverá ser administrado para uma criança de 3 anos de idade com 24Kg?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NÃO GRAMPEAR ESTAS FOLHAS.

--	--	--	--



Teste de Letramento em Saúde

TLS

ENTREGUE AO PARTICIPANTE OS TRECHOS PARA COMPREENSÃO DE LEITURA A SEREM COMPLETADOS. CADA TRECHO DEVE SER ENTREGUE SEPARADAMENTE PARA O PARTICIPANTE, E O TEMPO DE PREENCHIMENTO DE CADA TRECHO DEVE SER ANOTADO, OBSERVANDO O HORÁRIO DE INICIO E O DE TERMINO.

INTRODUZA O TESTE DE COMPREENSÃO DE LEITURA COM:

“Estas são outras instruções que você ou qualquer outra pessoa podem encontrar pelo hospital. Estas instruções estão colocadas em forma de frases com algumas palavras faltando. Colocamos um espaço em branco no lugar da palavra que está faltando. Apresentamos, abaixo, 4 palavras. Escolha a que deve ser colocada no espaço em branco, para que a frase tenha sentido. Marque a palavra escolhida com um X e passe para a próxima questão. Quando você chegar ao final da página, vire a página e continue respondendo até terminar todas as páginas”.

TRECHO A:	Hora do início:	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	Hora do fim:	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
TRECHO B:	Hora do início:	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	Hora do fim:	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
TRECHO C:	Hora do início:	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	Hora do fim:	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>

Observações: _____

--	--	--	--

Após _____ da véspera, você não deve _____ ou beber nada,

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> um minuto, | <input type="checkbox"/> fácil |
| <input type="checkbox"/> a meia-noite, | <input type="checkbox"/> comeu |
| <input type="checkbox"/> durante, | <input type="checkbox"/> bebeu |
| <input type="checkbox"/> antes, | <input type="checkbox"/> comer |

_____ em jejum até a hora do _____ .

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> comendo | <input type="checkbox"/> exame |
| <input type="checkbox"/> absolutamente | <input type="checkbox"/> horário |
| <input type="checkbox"/> cada | <input type="checkbox"/> dia |
| <input type="checkbox"/> permanecendo | <input type="checkbox"/> estado |

O DIA DO RAIOS X

Não tome _____ .

- consulta
- consulta sem hora marcada
- café da manhã
- clínica

Não _____, nem mesmo _____.

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dirija | <input type="checkbox"/> coração |
| <input type="checkbox"/> beba | <input type="checkbox"/> respiração |
| <input type="checkbox"/> vista | <input type="checkbox"/> água |
| <input type="checkbox"/> dose | <input type="checkbox"/> câncer |

Se você tiver qualquer _____, ligue para _____ de raio X no 3616-4500.

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> resposta | <input type="checkbox"/> o Departamento |
| <input type="checkbox"/> exercício | <input type="checkbox"/> a Distensão |
| <input type="checkbox"/> aparelho | <input type="checkbox"/> a Farmácia |
| <input type="checkbox"/> pergunta | <input type="checkbox"/> a Dor de dente |

--	--	--	--

TRECHO B

DIREITOS DO CIDADÃO NO SUS

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo _____ prover

- o médico
- a religião
- o Estado
- a inflamação

as condições indispensáveis _____ seu pleno exercício. O _____ do Estado

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> antes | <input type="checkbox"/> dizer |
| <input type="checkbox"/> aonde | <input type="checkbox"/> dever |
| <input type="checkbox"/> atrás | <input type="checkbox"/> hormônio |
| <input type="checkbox"/> ao | <input type="checkbox"/> antiácido |

de garantir a _____ consiste na reformulação e execução de _____

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> história | <input type="checkbox"/> políticas |
| <input type="checkbox"/> força | <input type="checkbox"/> osteoporose |
| <input type="checkbox"/> saúde | <input type="checkbox"/> hipoglicemia |
| <input type="checkbox"/> beleza | <input type="checkbox"/> esquizofrenia |

econômicas e sociais que visem à _____ de riscos de doenças e de

- recordação
- redução
- retina
- reconstituição

_____ agravos no estabelecimento de _____ que assegurem acesso universal

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> originais | <input type="checkbox"/> emoções |
| <input type="checkbox"/> apêndices | <input type="checkbox"/> diversões |
| <input type="checkbox"/> nenhum | <input type="checkbox"/> condições |
| <input type="checkbox"/> outros | <input type="checkbox"/> ligações |

--	--	--	--

e _____ às ações e aos _____ para a sua promoção, _____

- | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gestação | <input type="checkbox"/> serviços | <input type="checkbox"/> delação |
| <input type="checkbox"/> igualitário | <input type="checkbox"/> remédios | <input type="checkbox"/> extinção |
| <input type="checkbox"/> infecção | <input type="checkbox"/> movimentos | <input type="checkbox"/> proteção |
| <input type="checkbox"/> deficiente | <input type="checkbox"/> procedimentos | <input type="checkbox"/> preleção |

e recuperação. O dever do Estado _____ exclui o das pessoas, _____ família,

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> toda |
| <input type="checkbox"/> bom | <input type="checkbox"/> com |
| <input type="checkbox"/> um | <input type="checkbox"/> sem |
| <input type="checkbox"/> agora | <input type="checkbox"/> da |

das empresas e da _____. A saúde tem como _____ determinantes

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pessoa | <input type="checkbox"/> atores |
| <input type="checkbox"/> cabeça | <input type="checkbox"/> fatores |
| <input type="checkbox"/> sociedade | <input type="checkbox"/> calores |
| <input type="checkbox"/> farmácia | <input type="checkbox"/> governadores |

e condicionantes, entre outros, a _____, a moradia, o saneamento _____,

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alimentação | <input type="checkbox"/> papel |
| <input type="checkbox"/> infecção | <input type="checkbox"/> pássaro |
| <input type="checkbox"/> inflamação | <input type="checkbox"/> básico |
| <input type="checkbox"/> doença | <input type="checkbox"/> lixo |

o meio ambiente, o _____, a renda, a educação, o _____, o lazer e

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> calor | <input type="checkbox"/> transporte |
| <input type="checkbox"/> frio | <input type="checkbox"/> hormônio |
| <input type="checkbox"/> esforço | <input type="checkbox"/> futebol |
| <input type="checkbox"/> trabalho | <input type="checkbox"/> adulto |

o acesso aos _____ e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

- deveres
- bens
- exames
- raízes

--	--	--	--

TRECHO C

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO HOSPITAL

_____ fui informado que, durante _____

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eu | <input type="checkbox"/> a sífilis |
| <input type="checkbox"/> Você | <input type="checkbox"/> a hepatite |
| <input type="checkbox"/> Uma | <input type="checkbox"/> a colite |
| <input type="checkbox"/> Ela | <input type="checkbox"/> a cirurgia |

podem ser _____, a critério médico, procedimentos adicionais ou

- malignos
- necessários
- direcionar
- notificados

_____ daqueles originalmente previstos, inclusive ampliado o campo _____.

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> diferentes | <input type="checkbox"/> vazio |
| <input type="checkbox"/> conseguidos | <input type="checkbox"/> droga |
| <input type="checkbox"/> originais | <input type="checkbox"/> olhado |
| <input type="checkbox"/> viciados | <input type="checkbox"/> cirúrgico |

Eu, portanto, _____ a Equipe de Cirurgia e todos os demais profissionais dos

- exercito
- autorizo
- energizo
- pressurizo

serviços _____, vinculados a minha assistência a _____ o procedimento

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> de viagem | <input type="checkbox"/> ataque |
| <input type="checkbox"/> grávidas | <input type="checkbox"/> esfregaço |
| <input type="checkbox"/> seguros | <input type="checkbox"/> realizar |
| <input type="checkbox"/> médicos | <input type="checkbox"/> enfatizar |

--	--	--	--

cirúrgico, bem como os demais procedimentos pré e pós operatórios _____.

- recomendados
- emergência
- desejos
- diagnóstico

Tive _____ de esclarecer todas as minhas _____ sobre o

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> outorgada | <input type="checkbox"/> fingir |
| <input type="checkbox"/> oportunidade | <input type="checkbox"/> estender |
| <input type="checkbox"/> testada | <input type="checkbox"/> dúvidas |
| <input type="checkbox"/> submetida a raio x | <input type="checkbox"/> proceder |

procedimento cirúrgico a que serei _____, tendo lido e _____

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> se relacionem | <input type="checkbox"/> reflexão |
| <input type="checkbox"/> ligado (a) | <input type="checkbox"/> compreendido |
| <input type="checkbox"/> exijam | <input type="checkbox"/> ou |
| <input type="checkbox"/> submetido (a) | <input type="checkbox"/> mostrado |

todas as informações deste documento antes de _____ assinatura.

- nós
- sua
- você
- isso

NÃO GRAMPEAR ESTAS FOLHAS.

--	--	--	--



Teste de Letramento em Saúde

TLS

1. Agora vou ler alguns problemas que as pessoas têm ao tomar seus remédios e gostaria que o(a) Sr.(a) me dissesse se é "muito difícil", um pouco difícil" ou se "não é difícil" fazer cada uma das tarefas.

Tarefa	Muito difícil	Um pouco	Não é difícil
1.1 Retirar o remédio da embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Ler a embalagem do remédio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Lembrar de tomar todos os remédios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Conseguir repor os remédios a tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Tomar muitos remédios ao mesmo tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Agora vou ler algumas situações que as pessoas podem vivenciar e gostaria que o(a) Sr.(a) me dissesse com que frequência elas acontecem com o(a) senhor(a).

2.1 Com que frequência você tem problemas para saber mais sobre sua saúde por causa da dificuldade em compreender informações escritas?

nunca ocasionalmente às vezes freqüentemente sempre

2.2 Com que frequência você pede a ajuda de alguém (como um familiar, amigo ou profissional de saúde) para ler instruções sobre saúde?

nunca ocasionalmente às vezes freqüentemente sempre

2.3 O quanto você se sente seguro para preencher formulários ou fichas sozinho?

extremamente muito mais ou menos pouco muito pouco

--	--	--	--

3. Agora gostaria que o(a) Sr(a) respondesse o que acontece quando um médico lhe passa ou prescreve um medicamento DE USO CONTÍNUO OU REGULAR (isso é, aquele que é tomado todo dia ou toda semana ou todo mês).

Algumas vezes, quando o/a Sr(a) NÃO SE SENTE BEM tomando algum desses medicamentos, o(a) Sr(a) pára de tomá-los?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Algumas vezes, quando o/a Sr(a) ESTÁ SE SENTINDO BEM tomando algum desses medicamentos, o(a) Sr(a) pára de tomá-los?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
O(a) Sr(a) É POUCO CUIDADOSO(A) com o horário de usar esses medicamentos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
O(a) Sr(a) COSTUMA SE ESQUECER de tomar o seu medicamento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

4. Dados sócio-demográficos

Sexo feminino masculino

Em que ano você nasceu?

--	--	--	--

A sua cor ou raça é:

- branca
 preta
 amarela
 parda/mulata(o)
 indígena

Sabe ler e escrever? sim não

Qual o último ano que você completou na escola com aprovação?

- alfabetização em adultos
 antigo primário
 antigo ginásio
 antigo clássico científico
 ensino fundamental (ou 1º grau)
 ensino médio (ou 2º grau)
 ensino superior

Até que série no colégio completou?

--

 série

ANEXO E – VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO DE LITERACIA EM SAÚDE(HLS-EU-Q6)

VERSÃO BRASILEIRA DO INSTRUMENTO DE LITERACIA EM SAÚDE - HLS-EU-Q6

	Em uma escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, com que facilidade você consegue:	1	2	3	4	5
		Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito fácil	Não sei (espontâneo)
1	avaliar quando você precisa de uma segunda opinião de outro médico?					
2	usar as informações que seu médico passa a você para tomar decisões sobre a sua doença?					
3	encontrar informações sobre como lidar com problemas de saúde mental, como o estresse ou depressão?					
4	avaliar se as informações sobre os riscos à saúde disponíveis nos meios de comunicação são confiáveis?					
5	encontrar informações sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?					
6	entender as informações disponíveis nos meios de comunicação sobre como ficar mais saudável?					

Citação: Mialhe FL, Moraes KL, Bado FMR, Brasil VV, Sampaio HAC, Rebustini F. Psychometric properties of the adapted instrument European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form. Rev Lat Am Enfermagem. 2021 Jul 2;29:e3436. doi: 10.1590/1518-8345.4362.343.

ANEXO F – VERSÃO ADAPTADA DA EHFSCBS

Versão adaptada da EHFScBS				
1-Concordo plenamente	2- Quase sempre concordo	3- Às vezes concordo	4- Quase nunca concordo	5- Discordo plenamente
1. Eu me peso todos os dias				
2. Se sinto falta de ar, repouso				
3. Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)				
4. Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados do que de costume, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)				
5. Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)				
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 l por dia).				
7. Descanso durante o dia				
8. Se meu cansaço aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)				
9. Ingiro uma dieta com pouco sal				
10. Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição				
11. Tomo a vacina contra a gripe todos os anos				
12. Faço exercícios regularmente				