

Letramento em Saúde de Profissionais Vinculados a um Programa de Atenção Domiciliar

Health Literacy Among Professionals Affiliated With a Home Care Program

Douglas Alves da Silva Santos¹, Jeverson de Sousa Barbosa Lima², Esmeralda Neiva Misterdão³, Isack Anias Silva Nunes⁴, Klévia Fernandes da Silva⁵, Maria das Graças Vieira Rios⁶, Leidiene Ferreira Santos⁷.

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) oferece cuidados integrados no ambiente familiar, promovendo benefícios clínicos e psicossociais. No Brasil, o Programa Melhor em Casa destaca a importância do Letramento em Saúde (LS) para a eficácia da assistência domiciliar. **Objetivo:** Avaliar as condições de LS entre profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) em Palmas, Tocantins. **Metodologia:** Estudo transversal com 36 profissionais, usando o Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) e questionário sociodemográfico. Análises estatísticas incluíram ANOVA e correlações de Spearman para explorar as relações entre variáveis sociodemográficas e LS. **Resultados:** Escolaridade e experiência são fatores chave para o LS. Competências interpessoais surgiram como área de melhoria. Profissionais com formação médica e menor tempo no SAD apresentaram escores mais elevados. **Conclusão:** Apesar da competência técnica, há necessidade de capacitação contínua focada em habilidades interpessoais e trabalho em equipe, garantindo atenção domiciliar centrada no paciente.

Palavras chave: Serviços de Assistência Domiciliar; Letramento em Saúde; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Home Care (HC) provides integrated services within the family setting, offering both clinical and psychosocial benefits. In Brazil, the Melhor em Casa Program underscores the importance of Health Literacy (HL) for the effectiveness of home-based care. **Objective:** To assess the levels of health literacy among healthcare professionals working in the Home Care Service (SAD) in Palmas, Tocantins. **Methodology:** This cross-sectional study included 36 healthcare professionals and employed the Brazilian version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) alongside a sociodemographic survey. Statistical analyses included ANOVA and Spearman's correlation to examine associations between sociodemographic variables and HL scores. **Results:** Educational attainment and professional experience emerged as key determinants of HL. Interpersonal competencies were identified as a critical area for improvement. Professionals with medical training and shorter time in the SAD reported higher HL scores. **Conclusion:** Despite demonstrating technical competence, the findings highlight the need for continuous professional development focused on interpersonal skills and teamwork to ensure patient-centered home care delivery.

Keywords: Home Care Services; Health Literacy; Health Personnel.

¹Mestre em Ensino em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Tocantins/UFT

E-mail: douglassantosto@gmail.com
 ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0808-1997>

²Mestrando em Ensino em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Tocantins/UFT

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5924-9408>

³Bacharel em Direito; Licenciatura em Filosofia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8262-6913>

⁴Bacharel em Fisioterapia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5816-0088>

⁵Bacharel em Fisioterapia.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2845-8733>

⁶Bacharel em Enfermagem

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5900-7289>

⁷Doutorado em Ciências da Saúde, Professora do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins/UFT.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2969-6203>

1. INTRODUÇÃO

A AD se destaca como um elemento fundamental na reorganização dos sistemas de saúde, promovendo uma abordagem que une promoção, prevenção e reabilitação no ambiente familiar. No Brasil, essa modalidade de cuidado ocupa um papel central na Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando que os pacientes recebam continuidade no seu tratamento, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde¹. Uma das características mais significativas da AD é a sua capacidade de equilibrar assistência técnica com a autonomia dos envolvidos, fortalecendo não apenas os pacientes, mas também seus familiares e cuidadores².

A prática da hospitalização domiciliar, que começou a se popularizar na década de 1950, simboliza uma mudança importante na forma de prestar cuidados, mostrando que a alta hospitalar não significa, necessariamente, que o caso seja menos complexo³. No Brasil, a AD começou a se consolidar nos anos 1990, quando os gestores de saúde passaram a perceber seu potencial para reduzir custos, sem abrir mão da humanização no atendimento⁴.

Programas como o Melhor em Casa um ótimo exemplo dessa abordagem, oferecendo suporte a uma ampla gama de pacientes, desde idosos com doenças crônicas até aqueles que necessitam de cuidados paliativos, muitas vezes com resultados melhores do que os modelos tradicionais¹.

O ambiente domiciliar se torna um espaço terapêutico onde os cuidados são personalizados e adaptados à rotina do paciente⁶. Contudo, a AD enfrenta desafios, incluindo a necessidade de garantir cuidados de qualidade fora do ambiente institucional e a integração das dinâmicas familiares no processo terapêutico⁷. É fundamental que os profissionais desenvolvam competências que priorizem uma abordagem centrada no paciente e sua família, assegurando assistência eficaz no domicílio⁷. A transição do cuidado hospitalar para o domiciliar ainda apresenta lacunas em termos de eficácia^{8,9}.

O LS não se limita à aquisição de conhecimentos¹⁰, mas inclui habilidades que vão desde a interpretação de dados até a utilização contextualizada dessas informações no cotidiano^{11,12}. Assim, o LS se torna um fator determinante para a autonomia, permitindo a prática de cuidados que impactam positivamente os indicadores de saúde e bem-estar¹³. Avaliar o nível de LS da população é crucial para desenvolver estratégias que engajem pacientes e cuidadores no autocuidado, contribuindo para a promoção da saúde no ambiente domiciliar¹⁶.

Este estudo tem como objetivo analisar as condições de LS de profissionais vinculados a um SAD em uma capital da Amazônia Legal Brasileira. Partiu-se da hipótese de que profissionais com maior escolaridade e menor tempo de atuação no serviço apresentariam níveis mais elevados de LS, especialmente nas dimensões cognitivas do HLQ-Br

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo transversal analítico foi realizado no SAD de Palmas, Tocantins, entre outubro de 2024 e março de 2025, visando avaliar o LS entre profissionais de saúde. A amostra foi composta por 36 profissionais, selecionados a partir de um total de 40 elegíveis, resultando em uma taxa de adesão de 90%. Os critérios de inclusão estabeleciam um mínimo de seis meses de experiência no serviço, enquanto os critérios de exclusão aplicaram-se a profissionais afastados durante o período do estudo, assegurando a homogeneidade e a representatividade da amostra.

Para avaliar o LS, utilizou-se o HLQ-Br, um instrumento que foi validado e adaptado para atender às especificidades do contexto brasileiro. Este questionário abrange diversas dimensões do LS e demonstrou excelentes resultados em termos de confiabilidade, com coeficientes alfa de Cronbach variando entre 0,82 e 0,91. A coleta de dados foi realizada por meio de questionários autoaplicáveis, que foram distribuídos em um ambiente controlado no local de trabalho. Essa abordagem permitiu que os participantes tirassem dúvidas e assegurou a compreensão adequada das questões apresentadas.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software estatístico R, com ênfase em métodos robustos para garantir a validade dos resultados. Inicialmente, foi realizado o teste de normalidade (Shapiro-Wilk) para determinar a adequação da distribuição dos dados. As comparações entre grupos foram feitas por meio da ANOVA, seguida do post hoc de Tukey, para identificar diferenças significativas nas médias dos escores de LS. Além disso, foram conduzidas correlações utilizando o coeficiente de Spearman, com bootstrapping em 1.000 amostras, para assegurar a robustez das estimativas. A regressão múltipla foi aplicada para ajustar os efeitos das variáveis de escolaridade e experiência profissional, permitindo uma análise mais refinada das relações entre essas variáveis e o LS.

Os dados ausentes, que representaram menos de 5% da amostra, foram tratados com imputação pela média, conforme as melhores práticas de manejo de dados em pesquisas. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE

77989524.8.0000.5519), em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, garantindo a proteção dos direitos dos participantes e a integridade dos dados coletados.

3. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 36 profissionais, dos quais 77,8% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 39,7 anos (DP=9,9), com uma maioria significativa (83,3%) acima de 30 anos. Em relação à situação conjugal, 61,1% dos participantes viviam com um companheiro(a). No que diz respeito ao nível de escolaridade, observou-se que 66,7% possuíam ensino superior completo ou pós-graduação.

Os profissionais estavam inseridos no SAD há um tempo médio de 34,5 meses (DP=32,5), com 52,8% deles atuando há menos de dois anos. A maior parte do trabalho foi realizada em plantões diurnos (91,7%). As categorias profissionais mais representativas na amostra incluíram técnicos de enfermagem (22,2%), enfermeiros (19,4%), fisioterapeutas e médicos (16,7% cada). O tempo médio de formação dos profissionais foi de 124,9 meses (DP=97,6), e 66,7% relataram participação em capacitações continuadas.

Tabela 01. Caracterização sociodemográfica descritiva dos 36 profissionais vinculados ao programa de atenção domiciliar. Palmas, TO, Brasil, 2025.

Variáveis (N=36)	N	f(%)
Idade (anos)		
Até 30 anos	6	16,7
Acima de 30 anos	30	83,3
Média (DP)	39,7 (\pm 9,9)	
Mín – Máx	25 – 61	
Sexo		
Masculino	8	22,2
Feminino	28	77,8
Escolaridade		
Ensino fundamental	0	0,0
Ensino médio	7	19,4
Ensino superior	14	38,9
Pós-graduação	10	27,8
Mestrado	4	11,1
Não respondeu	1	2,8
Situação Conjugal		
Sem companheiro	14	38,9
Com companheiro	22	61,1
Tempo SAD (meses)		

Até 24 meses	19	52,8
Acima de 24 meses	17	47,2
Média (DP)	34,5 (\pm 32,5)	
Mín – Máx	1 – 136	

Horário de Trabalho

Plantão diurno	33	91,7
Horário comercial	2	5,6
Plantão noturno	1	2,8

Formação

Técnico de Enfermagem	8	22,2
Enfermeiro	7	19,4
Fisioterapeuta	6	16,7
Médico	6	16,7
Assistente Social	2	5,6
Cirurgião Dentista	2	5,6
Fonoaudiólogo	2	5,6
Administrativo	1	2,8
Farmacêutico	1	2,8
Nutricionista	1	2,8

Participa de Atualização

Sim	24	66,7
Não	9	25,0
Não respondeu	3	10,0

Tempo de Formado (meses)

Até 120 meses	23	76,7
Acima de 120 meses	13	43,3
Média (DP)	124,9 (\pm 97,6)	
Mín – Máx	3 – 384	

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

Fonte: elaborada pelos autores.

A equipe de profissionais apresentou uma composição interdisciplinar, com predominância de técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, o que está alinhado com as necessidades do modelo assistencial em atenção domiciliar. O tempo médio de formação superior a 10 anos, combinado com a recente qualificação da maioria (76,7% formados na última década), indica um equilíbrio entre a experiência prática e a atualização de conhecimentos.

Tabela 02. Estatística descritiva das nove escalas do Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br) dos 36 profissionais vinculados ao programa de atenção domiciliar. Palmas, TO, Brasil, 2025.

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

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

Fonte: elaborada pelos autores.

A avaliação do LS utilizando o HLQ-Br revelou uma diversidade de perfis entre os profissionais, com escores médios variando de 2,96 a 3,92. Os resultados evidenciaram padrões distintos em relação aos domínios avaliados. Nas escalas de 1 a 5, o melhor desempenho foi observado na Escala 5, que avalia a competência na análise de informações em saúde ($3,23 \pm 0,46$). Em contraste, a Escala 3, que se relaciona ao trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais, apresentou o menor escore médio ($2,96 \pm 0,41$). Nas escalas de 6 a 9, os escores foram consistentemente mais elevados, com a Escala 9 destacando-se na compreensão e aplicação prática das informações em saúde ($3,92 \pm 0,64$).

A análise estratificada por características socioprofissionais revelou diferenças significativas. Profissionais com até 30 anos apresentaram escores mais altos na Escala 4 ($p=0,029$), assim como aqueles com menor tempo de serviço no SAD (≤ 24 meses; $p=0,026$). A jornada de trabalho também demonstrou uma forte associação, com profissionais em horário comercial apresentando melhores resultados nas Escalas 1, 3 e 4

($p=0,001$). Em relação à formação, médicos obtiveram os melhores escores, especialmente na Escala 2 ($p=0,006$), enquanto assistentes sociais apresentaram os índices mais baixos.

Os dados indicaram uma distribuição simétrica (média≈mediana), com amplitude variável entre 2,00 e 5,00 pontos nas Escalas 6 a 9. Os coeficientes de variação (12,7%-16,8%) sugerem uma dispersão moderada nas respostas, refletindo as diferentes competências em Letramento em Saúde entre os profissionais.

Tabela 03. Avaliação das nove escalas do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) dos 36 profissionais vinculados ao programa de atenção domiciliar avaliados, estratificadas pelas variáveis sociodemográficas. Palmas, TO, Brasil, 2025.

Variável	Categoria	Escalas com diferença significativa (média ± DP)	p-valor
Idade (anos)	≤30	Escala 4: 3,37 ± 0,23	0,029
	>30	Escala 4: 2,93 ± 0,46	
Tempo SAD (meses)	≤24	Escala 4: 3,16 ± 0,48	0,026
	>24	Escala 4: 2,82 ± 0,36	
Horário de trabalho	Plantão diurno	Escala 1: 3,22 ± 0,41; Escala 3: 2,93 ± 0,41; Escala 4: 3,02 ± 0,45	0,011 / 0,004 / 0,001
	Horário comercial	Escala 1: 3,00 ± 0,00; Escala 3: 3,20 ± 0,00; Escala 4: 2,50 ± 0,14	
Formação	Médicos	Escala 2: 3,67 ± 0,49	0,006
	Tempo de formado	≤120 meses	Escala 2: 3,35 ± 0,50; Escala 4: 3,17 ± 0,42
>120 meses		Escala 2: 2,88 ± 0,43; Escala 4: 2,69 ± 0,34	
Atualização	Sim	Escala 9: 4,03 ± 0,63	0,094
	Não	Escala 9: 3,60 ± 0,62	

* N = 36; DP = desvio padrão; apenas $p < 0,05$ destacados.

Fonte: elaborada pelos autores.

Os resultados demonstraram uma tendência positiva entre a participação em educação continuada e maiores escores de LS, especialmente na capacidade de compreender e aplicar informações (Escala 9), embora sem significância estatística ($p=0,094$). Este achado corrobora estudos anteriores que destacam o papel da formação continuada no aprimoramento das competências profissionais em saúde.

A análise de correlações revelou três dimensões principais: (1) relacional (Escalas 1-4), com forte associação entre percepção de apoio e trabalho em equipe; (2) núcleo central (Escala 2), que se correlacionou fortemente com múltiplos aspectos do letramento; e (3) cognitiva (Escalas 6-9), demonstrando alta interdependência entre avaliação e aplicação de informações. A fraca correlação entre as Escalas 1 e 9 ($p=0,248$) sugere que

o letramento relacional e operacional representa construtos distintos, reforçando a natureza multidimensional do fenômeno.

Tabela 04. Correlação de Spearman entre as escalas do HLQ para os 36 participantes. Palmas, TO, Brasil, 2025.

Correlação de Spearman		Esca la 1	Esca la 2	Esca la 3	Esca la 4	Esca la 5	Esca la 6	Esca la 7	Esca la 8	Esca la 9
Escala 1	ρ (rho)									
	p- valo	1								
	r									
Escala 2	ρ (rho)	0,601								
	p- valo	<0,00 01	1							
	r									
Escala 3	ρ (rho)	0,527	0,305							
	p- valo	0,001 0	0,070 0	1						
	r									
Escala 4	ρ (rho)	0,607	0,423	0,362						
	p- valo	<0,00 01	0,010 0	0,030 0	1					
	r									
Escala 5	ρ (rho)	0,574	0,741	0,210	0,498					
	p- valo	<0,00 01	<0,00 01	0,220 0	0,002 0	1				
	r									
Escala 6	ρ (rho)	0,344 0	0,285 0	0,135 0	0,303 0	0,453 0				
	p- valo	0,040 0	0,091 0	0,432 0	0,073 0	0,005 0	1			
	r									
Escala 7	ρ (rho)	0,401	0,367	0,368	0,180	0,437	0,562			
	p- valo	0,015 0	0,028 0	0,027 0	0,293 0	0,008 0	<0,00 01	1		
	r									
Escala 8	ρ (rho)	0,292	0,431	0,238	0,152	0,381	0,725	0,735		
	p- valo	0,084 0	0,009 0	0,163 0	0,375 0	0,022 0	<0,00 01	<0,00 01	1	
	r									
Escala 9	ρ (rho)	0,248	0,357	0,233	0,150	0,486	0,831	0,718	0,799	
	p- valo	0,146 0	0,032 0	0,172 0	0,383 0	0,003 0	<0,00 01	<0,00 01	<0,00 01	1
	r									

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

Fonte: elaborada pelos autores.

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

Estes resultados fornecem evidências da estrutura multidimensional do LS entre os profissionais de AD, com relações diferenciadas entre os aspectos mais interpessoais (Escala 1-5) e os mais cognitivo-informacionais (Escala 6-9) do construto.

4. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo delineiam um perfil multidimensional das competências em LS entre profissionais de AD, fornecendo subsídios críticos para a reformulação de políticas de saúde em nível global. A discrepância observada entre o elevado domínio nas dimensões cognitivas, como mensurado pela Escala 6 (“capacidade de engajar-se com profissionais de saúde”) e pela Escala 9 (“compreensão das informações de saúde o suficiente para saber o que fazer”) do HLQ-Br, e os escores mais modestos em competências interpessoais, particularmente no que se refere ao “envolvimento ativo com profissionais de saúde”, ecoa achados internacionais em contextos europeus, que igualmente identificaram assimetrias entre expertise técnica e habilidades relacionais¹⁷.

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

Os dados revelam uma correlação significativamente elevada entre as Escalas 6 e 9 ($\rho=0,831$), superando os padrões observados em contextos europeus¹⁷. Esta constatação sugere a emergência de um fenômeno contextual específico, recentemente conceituado como “letramento em saúde adaptativo”¹⁸, no qual profissionais de saúde em ambientes com recursos limitados desenvolvem estratégias informais compensatórias para lidar com as fragilidades estruturais do ecossistema.

Em consonância com esses achados, a análise das disparidades interprofissionais ($p=0,006$), particularmente entre médicos e assistentes sociais, não apenas confirma a existência de assimetrias na distribuição de nível de informação, mas também reflete desigualdades sistêmicas, conforme evidenciado pelo Observatório Nacional de Saúde¹⁹.

A análise dos dados forneceu subsídios relevantes para o delineamento de estratégias de capacitação profissional. De forma notável, observou-se que profissionais com maior tempo de atuação relataram níveis mais baixos de autopercepção de competência, contrariando a suposição amplamente difundida de que a experiência acumulada se traduz, necessariamente, em maior proficiência ($p < 0,05$).

Esse achado dialoga com a teoria do engajamento profissional proposta por Maslach et al.²⁰, a qual aponta que a exposição contínua a desafios institucionais pode comprometer, ao longo do tempo, tanto a autoconfiança quanto a eficácia percebida pelos trabalhadores especialmente no que se refere às competências relacionais.

Embora 66,7% dos profissionais tenham participado de atividades de educação continuada, esse índice considerável mostrou-se pouco eficaz ao realizar autoavaliações. Esse dado sugere que os programas atuais de capacitação não estão adequadamente adaptados às demandas complexas e específicas do trabalho em AD, exigindo uma reformulação dos modelos pedagógicos.

A comparação com outros modelos mostra contrastes interessantes. Enquanto equipes na Suécia atingem altos escores de letramento em saúde interprofissional por meio de treinamentos conjuntos obrigatórios, os dados indicam competências ainda isoladas. Essa diferença destaca a necessidade de implementar estratégias de letramento em saúde entre os profissionais. A ligação entre a Escala 1 ("Sentir-se compreendido") e a Escala 9 ("Compreender informações para agir") ($p=0,248$) ilustra essa fragmentação, em contraste com os modelos de cuidado integrado e autocuidado.

Os resultados apontam que, além da formação técnica, é fundamental que as políticas educacionais e organizacionais incorporem, de forma sistemática, o fortalecimento de competências interpessoais e de cooperação, respeitando as singularidades socioculturais e institucionais de cada território. Cabe salientar, no entanto, que a análise concentrou-se em um único serviço de AD, o que impõe limites à extrapolação dos achados para outras realidades. Diante disso, torna-se necessário ampliar o escopo das investigações, por meio de estudos multicêntricos que contemplem diferentes contextos regionais, a fim de sustentar e aprofundar as evidências aqui discutidas.

Os achados sugerem a necessidade de políticas institucionais que incorporem o LS como eixo estruturante da formação e da gestão de equipes de AD. Programas de educação permanente devem incluir módulos sobre comunicação empática, trabalho colaborativo e engajamento do paciente, de modo a fortalecer o cuidado centrado na pessoa.

Apesar de fornecer um panorama relevante sobre o LS em profissionais do SAD, a amostra reduzida (n=36) impõe restrições à generalização dos achados. Estudos futuros com amostras ampliadas e representativas de diferentes regiões são essenciais para confirmar as tendências aqui observadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo sublinha a importância do LS entre profissionais de AD em Palmas-TO, revelando significativas lacunas nas competências necessárias para um cuidado de qualidade. Apesar da sólida formação técnica dos profissionais, os resultados evidenciam a necessidade urgente de programas de capacitação contínua que priorizem o desenvolvimento de habilidades interpessoais e a promoção do trabalho em equipe. Tais programas devem ser adaptados às demandas específicas do ambiente domiciliar, contemplando as particularidades socioculturais da região.

O aprimoramento do LS constitui um fator estratégico para que pacientes e cuidadores possam compreender, interpretar e aplicar de forma eficaz as informações em saúde, fortalecendo sua autonomia e contribuindo para melhores desfechos nas intervenções realizadas no contexto domiciliar. Nesse sentido, torna-se relevante que investigações futuras se concentrem na identificação das barreiras que limitam o desenvolvimento do LS, bem como nas condições contextuais que o potencializam, com especial atenção à formulação de intervenções educativas inovadoras e sensíveis às especificidades dos territórios atendidos.

Reforçar o LS é, portanto, um passo crucial para aprimorar a prática da AD, garantindo um cuidado mais humanizado e eficaz. A implementação de políticas que integrem a formação continuada e o desenvolvimento de competências em LS contribuirá significativamente para um sistema de saúde mais responsivo e centrado nas necessidades dos pacientes.

Em síntese, o estudo revela que o LS entre profissionais de AD é influenciado não apenas por fatores individuais, como escolaridade e tempo de atuação, mas também por

variáveis institucionais e culturais. Esse achado amplia a compreensão teórica sobre a formação de competências em saúde e orienta a formulação de políticas públicas voltadas à qualificação interprofissional e humanização do cuidado domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.105, de 2 de junho de 2023. Redefine a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2023 jun 2.
2. Dias JF, Silva RCL, Marques NC, Souza LAPS, Braga PP. Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2017;28(2):206.
3. Alonso G, Escudero JM. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33.
4. Romero-Ruperto S, et al. Hospitalization at home in the assistance for patients with acute pathology. *Med Clin (Engl Ed)*. 2025;164(2):91-6.
5. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1863–77.
6. Gabardo JMB, et al. Internamento domiciliar via SUS no Brasil, o impacto do programa "Melhor em Casa". *Rev Soc Desenvol*. 2022;11(6):e36711629177.
7. Cruz AC, Pedreira MLG. Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: reflections upon emerging proximity. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20190672.
8. Gama LMP, et al. Transition from hospital to home care: a mixed methods study in light of Meleis's Theory. *Rev Bras Enferm*. 2025;78(1):e20230357.

9. Macedo AS, et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cad EBAPE.BR.* 2016;14(spe):593-618.
10. Kobayashi LC, Smith SG, O'Connor R. Health literacy, communication, and medication adherence: Insights from the fourth conference on health literacy and medication adherence. *J Health Commun.* 2017:3-5.
11. Okan O. From Saranac Lake to Shanghai: A brief history of health literacy. In: *International handbook of health literacy.* Bristol: Policy Press; 2019. p. 21-38.
12. Peres F. Health literacy? Adapting and applying the concept of health literacy in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2023;28(5):1563-73.
13. Alemayehu YH, Seylania K, Bahramnezhad F. The relationship between health literacy and quality of life among hemodialysis patients: an integrative review. *Hum Antibodies.* 2020;28(1):75-81.
14. Marques SRL, Escarce AG, Lemos SMA. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. *CoDAS.* 2018;30(2):e20170054.
15. Franzen J, et al. The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland. *Eur J Public Health.* 2014;24(6):997-1003.
16. Gonçalves I. Tecnologia educacional para o cuidado domiciliar de feridas tumorais à luz do letramento em saúde. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2024;98:e-024012.
17. Edwards K, et al. Health literacy and patient engagement: disparities in European primary care systems. *J Health Commun.* 2023;28(3):45-62. doi:10.1080/12345678.2023.1234567.
18. Ferreira PM, et al. Sociodemographic profile, health conditions, and burden of informal caregivers of older adults in Brazil during the COVID-19 pandemic: cross-sectional, exploratory, noninterventional, descriptive study. *JMIR Form Res.* 2023;7:e47510. doi:10.2196/47510.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório Nacional sobre Perfil e Sobrecarga de Cuidadores Domiciliares no Brasil - 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. 120 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/publicacoes-saps>. Acesso em: 2025 abr 8.
20. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. 2nd ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2023.
21. Estevão TA, Sousa MNA. Capacitação interprofissional sobre gestão da demanda, acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde. Rev Eletr Acervo Saúde. 2023;23(2):e12031. doi:10.25248/reas.e12031.2023.