



Promoção do letramento em saúde segundo os *Health Literacy Universal Precautions Toolkits*: Um estudo de reflexão

Promoting health literacy by using the Health Literacy Universal Precautions Toolkits: A reflection study

Promoción de la alfabetización sanitaria basado en los Health Literacy Universal Precautions Toolkits: Un estudio de reflexión

Maria Meimei Brevidelli¹

Veronica Paula Torel de Moura²

Edvane Birelo Lopes De Domenico²

1. Universidade Paulista, Instituto de Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo, SP, Brasil.

2. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica. São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Descrever os *Health Literacy Universal Precautions Toolkits* e refletir sobre sua aplicabilidade para promover o letramento em saúde em diferentes contextos. **Método:** Trata-se de uma reflexão que sintetiza as dimensões e estratégias de ação, além de apresentar uma síntese das implicações para a prática clínica. **Resultados:** Os kits estão organizados em cinco dimensões: preparação para melhorias, comunicação verbal, comunicação escrita, autogerenciamento e empoderamento, e sistemas de suporte. Cada dimensão é subdividida em 21 ferramentas, acompanhadas de suas respectivas estratégias de ação. Estudos sobre a aplicabilidade desses kits na prática clínica indicam uma preferência por instrumentos mais concisos e de fácil utilização, além de apontarem que a implementação de mudanças demandou mais tempo do que o inicialmente previsto. Entre as limitações identificadas estão a necessidade de planejamento, reorganização da estrutura física do ambiente, ajuste no fluxo de atendimento, e capacitação da equipe em habilidades de comunicação. **Considerações finais e implicações para prática:** Destaca-se que o valor desse referencial reside na reunião de recomendações baseadas em evidências científicas, que podem ser utilizadas para promover interações eficazes com os usuários dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde; Educação em Saúde; Letramento em Saúde; Empoderamento; Autogestão.

ABSTRACT

Objectives: To describe the *Health Literacy Universal Precautions Toolkits* document and reflect on its applicability in promoting health literacy in different contexts. **Method:** This is a reflection that synthesizes the dimensions and action strategies, as well as presents a summary of the implications for clinical practice. **Results:** The toolkits are organized into five dimensions: preparation for improvement, verbal communication, written communication, self-management and empowerment, and support systems. Each dimension is subdivided into 21 tools, accompanied by their respective action strategies. Studies on the applicability of these toolkits in clinical practice indicate a preference for more concise and easy-to-use instruments, and also reveal that implementing changes took more time than originally anticipated. Identified limitations include the need for planning, reorganization of the physical environment, adjustment of service flow, and training of the staff in communication skills. **Final considerations and implications for practice:** The value of this framework lies in the collection of evidence-based recommendations that can be used to promote effective interactions with health care users.

Keywords: Health Communication; Health Education; Health Literacy; Empowerment; Self-management.

RESUMEN

Objetivos: Describir el documento *Health Literacy Universal Precautions Toolkits* y reflexionar sobre su aplicabilidad en la promoción del alfabetismo en salud en diferentes contextos. **Método:** Esta es una reflexión que sintetiza las dimensiones y estrategias de acción, así como presenta un resumen de las implicaciones para la práctica clínica. **Resultados:** Los kits están organizados en cinco dimensiones: preparación para la mejora, comunicación verbal, comunicación escrita, autogestión y empoderamiento, y sistemas de apoyo. Cada dimensión está subdividida en 21 herramientas, acompañadas de sus respectivas estrategias de acción. Los estudios sobre la aplicabilidad de estos kits en la práctica clínica indican una preferencia por instrumentos más concisos y fáciles de usar, y también revelan que la implementación de cambios tomó más tiempo del originalmente anticipado. Las limitaciones identificadas incluyen la necesidad de planificación, reorganización del entorno físico, ajuste del flujo de servicio y capacitación del personal en habilidades de comunicación. **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica:** El valor de este marco radica en la recopilación de recomendaciones basadas en evidencia que pueden ser utilizadas para promover interacciones efectivas con los usuarios de los servicios de salud.

Palabras clave: Alfabetización en Salud; Comunicación en Salud; Educación en Salud; Empoderamiento; Automanejo.

Autor correspondente:

Maria Meimei Brevidelli.

E-mail: maria.brevidelli@docente.unip.br

Recebido em 16/02/2024.

Aprovado em 21/07/2024.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0013pt>

INTRODUÇÃO

A visão contemporânea da educação em saúde baseia-se na premissa de que o educador vai além de apenas transmitir informações, tornando-se um facilitador do processo de ensino-aprendizagem. Nesse contexto, ensinar envolve intervir deliberadamente, compartilhando informações relevantes para alcançar melhores resultados em saúde. Dessa forma, o aprendizado é visto como um elemento concreto para incorporar comportamentos saudáveis ao estilo de vida, por meio da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes.¹

O papel do educador em saúde como facilitador pressupõe o estabelecimento de uma parceria entre educador e educando. Nesse contexto, o educador busca a forma mais apropriada de conduzir o aprendizado, com base nas necessidades e preferências do educando. Assim, o educando deixa de receber passivamente informações (abordagem centrada no educador) e passa a colaborar ativamente, reconhecendo o que é necessário saber para cuidar da própria saúde (abordagem centrada no educando).¹

A saúde e a educação são indissociáveis na manutenção do bem-estar multidimensional da pessoa humana. A busca por informações de saúde, bem como a correta interpretação dessas informações para promover a saúde por meio de ações deliberadas e eficazes, é essencial em uma organização social que entende a interligação entre saúde e educação.² Considerar esses pressupostos implica que qualquer processo de educação em saúde deve ser centrado na pessoa e buscar potencializar o letramento em saúde.³

Uma recente revisão sistemática, que teve como objetivo avaliar a efetividade de intervenções educativas para favorecer o letramento em saúde em pessoas com doenças crônicas de países de baixa e média renda, concluiu que tais intervenções são efetivas para promover conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde, especialmente entre pessoas com diabetes.⁴ O letramento em saúde para pessoas com diabetes é apontado como um fator determinante para a melhoria do controle glicêmico, aumento do conhecimento sobre a doença, adesão à medicação e satisfação com o tratamento.⁵

Pesquisas em diversas áreas indicam que o nível de letramento em saúde das pessoas é insuficiente.⁶ O baixo nível de letramento reflete-se na capacidade da pessoa de compreender, interpretar e utilizar informações de saúde, o que indica uma alta suscetibilidade a se expor a fatores de risco e, quando adoecida, ter poucos recursos para tomar decisões assertivas durante o tratamento. Portanto, essas limitações devem ser consideradas em todas as fases do processo educacional.⁷

Os planos educacionais em saúde geralmente incluem recursos de ensino, como materiais educativos em saúde, tais como *folders*, folhetos e cartazes. Esses recursos têm sido utilizados há décadas para disseminar informações de saúde, seja para reforçar orientações verbais sobre cuidados, seja para promover comportamentos saudáveis.⁸

Recentemente, começou-se a questionar até que ponto os recursos de ensino favorecem o alcance dos objetivos educacionais, especialmente no que diz respeito à compreensão das informações sobre saúde e à capacidade do material educativo de estimular mudanças de comportamento. Pesquisas desenvolvidas com esse propósito têm demonstrado um descompasso entre o nível

de letramento exigido pelos recursos educacionais e o que o público-alvo realmente possui. Isso limita o verdadeiro propósito do material, que é gerar aprendizado e promover mudanças de comportamento.⁹⁻¹²

Sendo assim, é essencial que as interações entre educador e educando sejam pautadas em estratégias que promovam o letramento em saúde.⁷ Entre essas estratégias, destacam-se os *Health Literacy Universal Precautions (HLUP) Toolkits*, elaborados pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, uma agência governamental vinculada ao *U.S. Department of Health and Human Services*.¹³

O HLUP *Toolkits* foi elaborado com base em critérios fundamentados em evidências científicas que demonstram a importância e a complexidade da educação e do letramento em saúde. Este artigo justifica-se pela possibilidade de utilizar essas ferramentas em diferentes contextos, a partir de seu reconhecimento e análise reflexiva. Assim, os objetivos deste artigo são descrever o HLUP *Toolkits* e refletir sobre a aplicabilidade desse recurso, visando à promoção do letramento em saúde em diversos contextos.

MÉTODO

Este estudo é uma reflexão sobre as estratégias de promoção do letramento em saúde que podem contribuir para melhorar o processo de educação em saúde. O foco é valorizar o cuidado centrado na pessoa e utilizar evidências científicas para alcançar resultados positivos em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há cerca de uma década, a AHRQ reconheceu a lacuna existente entre as limitações no letramento em saúde da população americana e o amplo espectro das demandas dos cuidados de saúde na atenção primária. Esse espectro envolve cuidados de diferentes complexidades, desde informar sobre o preparo para um exame preventivo até orientar o uso correto de medicamentos para pessoas com condições crônicas.¹⁴

A AHRQ decidiu, então, reunir estratégias que pudessem auxiliar os serviços de atenção primária a redesenhar seus processos de trabalho para promover o letramento em saúde nas interações com os usuários.¹⁴ Dessa forma, o HLUP *Toolkits* reúne um conjunto de técnicas efetivas para a intervenção educacional em saúde, independentemente do nível educacional e de letramento em saúde do público-alvo.

O conceito de precauções universais representa a necessidade de considerar que todo usuário de serviços de atenção primária pode ter limitações de letramento em saúde e, portanto, dificuldades para compreender e usar as informações de saúde.¹⁵ O propósito fundamental é oferecer uma abordagem sistemática que auxilie a comunicação em todas as interações com o usuário e torne o ambiente amigável, facilitando também a navegação no sistema de saúde.^{13,14}

A última versão do AHRQ HLUP *Toolkits* reúne 21 ferramentas distribuídas em cinco dimensões: (1) preparar o caminho; (2) comunicação verbal; (3) comunicação escrita; (4) autogerenciamento e empoderamento; e (5) sistemas de suporte. A escolha dessas

dimensões foi baseada nos desafios enfrentados na atenção primária, caracterizada pela extensa demanda de cuidados de promoção, prevenção, gerenciamento e reabilitação da saúde.¹⁴ A conceituação de cada dimensão é valiosa para a compreensão da sua relação intrínseca com a educação voltada para o letramento em saúde.

Em todos os processos organizacionais que envolvem a implementação de mudanças, é fundamental preparar a equipe de trabalho e estruturar os recursos necessários para alcançar os resultados desejados. Por isso, as HLUP enfatizam a importância de “preparar o caminho”, apresentando elementos para compor a equipe, planejar as ações e criar a consciência necessária para promover mudanças.¹³

Em seguida, a comunicação está dividida em duas dimensões: verbal e escrita. Essas dimensões são tradicionalmente reconhecidas e incorporadas como habilidades essenciais a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, sendo indispensáveis para a comunicação efetiva. As falhas de comunicação são reconhecidas como a principal causa de danos aos pacientes. Portanto, a comunicação deve ser entendida como um processo de interação, e não apenas como uma atividade destinada a transmitir informações.^{16,17}

A competência de comunicação é amplamente testada quando a intencionalidade da educação em saúde está na construção de habilidades para o autogerenciamento e o reforço do empoderamento de pessoas com doenças crônicas. No século XXI, o termo autogerenciamento, também conhecido como autogestão, ganhou destaque ao ser promovido na estratégia global de combate e controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). O conceito de autogerenciamento (autogestão) surge da compreensão de que, na presença de uma doença crônica, independentemente da etiologia, as pessoas devem adquirir habilidades para reconhecer e monitorar sinais e sintomas, além de ajustar comportamentos relacionados à dieta, atividade física e estados psicoemocionais adaptativos. Outras habilidades importantes a serem desenvolvidas no contexto do autogerenciamento incluem o estabelecimento de relacionamentos eficazes com profissionais de saúde, a gestão de compromissos para o controle da doença e o conhecimento da rede de saúde.¹⁸⁻²⁰

Dada a diversidade de habilidades exigidas pela autogestão, o estado de empoderamento é uma consequência altamente desejável e está atrelado a outro conceito importante: o de autoeficácia. Autoeficácia é a capacidade percebida pela pessoa para enfrentar eficazmente as situações vivenciadas. A percepção de autoeficácia influencia diretamente a capacidade de autocuidado e, portanto, é crucial na gestão de doenças crônicas e dos desafios associados a elas. Altos níveis de autoeficácia estão ligados a um sentimento de controle sobre a própria saúde, melhorando as percepções de qualidade de vida e bem-estar.^{21,22}

Os sistemas de suporte também são parte integrante da qualidade assistencial e da geração de habilidades para as pessoas com DCNT. O sistema de suporte inclui tanto os recursos sociais institucionais, representados pela rede de atenção à saúde disponível para a população, quanto os recursos presentes no microsistema social dos indivíduos.²³

Ao reunir as cinco dimensões mencionadas, o AHRQ HLUP *Toolkits* traduz a complexidade da educação em saúde e se torna uma opção instrumental valiosa para os profissionais. Cada dimensão oferece ferramentas e estratégias de ação específicas,

facilitando a implementação de práticas eficazes para promover o letramento em saúde.

Cada ferramenta é composta por um conjunto de recomendações destinadas a dar suporte a todos os profissionais e equipes de apoio (médicos, enfermeiros, recepcionistas, administradores, entre outros). Essas recomendações incluem ações, instrumentos e formas de acompanhar as mudanças necessárias para promover o letramento em saúde.^{13,14} As ferramentas contêm três seções distintas: (1) uma breve explicação sobre o conteúdo do tópico; (2) estratégias e ações recomendadas; e (3) recursos e métodos para acompanhar o progresso da equipe na implementação da ferramenta.¹³ A descrição das AHRQ HLUP *Toolkits* encontra-se no Quadro 1.

Observe que as ferramentas são abrangentes e discuti-las separadamente não seria produtivo em um artigo de reflexão. No entanto, alguns comentários gerais são pertinentes. Dada a importância das habilidades de comunicação no contexto da educação em saúde, o primeiro ponto a destacar é a preocupação com a linguagem a ser utilizada. Deve-se dar ênfase ao uso de uma linguagem simples, que possa ser facilmente compreendida pelo público-alvo, evitando termos técnicos e utilizando palavras usuais. Figuras devem ser usadas como recursos auxiliares para facilitar a compreensão de orientações escritas ou verbais. Além disso, os materiais escritos devem complementar a comunicação verbal.¹³

Entre as recomendações relacionadas à comunicação verbal, destaca-se o cuidado de avaliar a real compreensão do educando por meio do método *teach-back*. Esse método baseia-se no uso de questionamentos simples para avaliar o grau de compreensão do educando em relação aos principais elementos de uma mensagem transmitida verbalmente. Como exemplo, o documento cita as seguintes perguntas: “Hoje discutimos muitos aspectos sobre sua saúde. Vamos revisar alguns. Você poderia relatar três coisas principais que você concordou em fazer para ajudá-lo a controlar o diabetes?”¹³

O método *teach-back* também pode envolver outra técnica chamada experimentação, especialmente útil para conteúdos procedimentais. A demonstração de um procedimento ou técnica por parte do educando permite verificar se ele é capaz de reproduzir a explicação de forma adequada.¹³ Esse método oferece a oportunidade de obter uma avaliação real dos resultados do processo educativo, o que não deve ser negligenciado, pois determina a medida de sua excelência.³

O desenvolvimento de materiais escritos deve seguir diretrizes para comunicação clara, como as oferecidas nas *Guidelines for Creating, Assessing, and Rewriting Materials* da *Harvard School of Public Health*. Este documento orienta que a criação de materiais deve se basear em três elementos-chave: linguagem simples (*plain language*), organização do texto (*organization*) e forma de disposição do texto (*layout and design*).^{13,24}

Entre as principais recomendações do *Harvard School of Public Health* para a criação de materiais destacam-se: 1) usar palavras conhecidas, voz ativa e sentenças curtas, destacando pontos-chave; 2) dispor informações dentro de um contexto ou usar questionamentos para envolver o leitor; 3) agrupar informações em seções curtas, separando-as com espaços em branco; 4) disponibilizar um sumário para encontrar as principais informações; 5) dispor as informações de forma ordenada; 6)

Quadro 1. Descrição das ferramentas segundo as dimensões “iniciar caminho de melhoria”, “melhor a comunicação verbal”, “melhorar a comunicação escrita”, “melhorar o autogerenciamento e o empoderamento” e “melhorar os sistemas de suporte” e, as respectivas estratégias de ação do AHRQ *Health Literacy Universal Precautions Toolkits*, 2015.

Dimensão	Ferramentas	Principais estratégias de ação
Preparar caminho de melhoria	Ferramenta 1: Compor uma equipe	Essas ferramentas têm o objetivo de organizar os recursos e ações necessárias para implementar as demais. Assim, oferecem instrumentos e estratégias para dar início ao processo que inclui: (1) formação e organização de uma equipe de trabalho; (2) elaboração de um plano de ação com bases na seleção de dimensões de melhorias triadas; (3) organização dos recursos necessários para implementação do plano de ação e (4) capacitação da equipe para atuar na busca da melhoria do letramento em saúde
	Ferramenta 2: Elaborar plano de melhoria do letramento em saúde	
Melhorar a comunicação verbal	Ferramenta 3: Criar consciência	Manter contato visual; ter atitude amigável; ouvir com atenção; usar linguagem simples; falar pausadamente; limitar e repetir o conteúdo; evitar termos vagos/subjetivos; usar imagens explicativas; demonstrar como fazer; estimular participação do ouvinte e questionamentos; usar método <i>Teach-Back</i> ; discutir essas estratégias com a equipe de trabalho
	Ferramenta 4: Comunicar-se de maneira clara: estratégias de comunicação oral para facilitar compreensão de informação de saúde	
Melhorar a comunicação verbal	Ferramenta 5: Usar método “ <i>Teach-Back</i> ”: forma de explicar com suas próprias palavras sobre o que precisa saber e fazer para cuidar de sua saúde	Usar tom de voz caloroso; demonstrar linguagem corporal acolhedora e fazer contato visual; pedir que a pessoa explique o que foi ensinado, usando suas próprias palavras; planejar como fazer questionamentos; fazer questões abertas, evitar as que podem ser respondidas somente com “sim ou não”; esclarecer pontos não compreendidos e questionar o entendimento novamente; utilizar materiais impressos para auxiliar a compreensão; pedir que a pessoa demonstre o que entendeu, no caso de procedimento ou técnica.
	Ferramenta 6: Fazer seguimento dos usuários: fazer contato com a pessoa sendo assistida para avaliar a evolução do tratamento, desde o último atendimento, a fim de identificar dúvidas e/ou fazer ajustes	
Melhorar a comunicação verbal	Ferramenta 7: Melhorar acesso telefônico: torná-lo amigável para facilitar o acesso ao serviço de saúde	Definir as razões para seguimento, dentre as seguintes: monitorar a saúde; reforçar conhecimento e planos de ação; confirmar uso de medicamentos; agendar retornos; comunicar resultado de exames; confirmar encaminhamentos. Solicitar ao usuário que registre as informações monitoradas. Identificar os profissionais que irão acompanhar o usuário nas diferentes instâncias do tratamento. Escolher o método de acompanhamento: telefone, e-mail, mensagem de texto, sistemas eletrônicos, entre outros. Organizar e supervisionar o acompanhamento. Avaliar o sistema telefônico (sinal ocupado, demora na espera, tempo de acesso a informações desejadas, transferência para diferentes canais). Decidir sobre implementação de sistema telefônico automático ou pessoal. Consultar a possibilidade de usar menus de atendimento. Melhorar a forma como a equipe de saúde se comunica por telefone. Orientar o usuário sobre o sistema telefônico.
	Ferramenta 8: Avaliar “ <i>sacola de medicamentos</i> ” (do inglês, <i>brown bag medicine</i>): prática que envolve incentivar o usuário trazer os medicamentos e suplementos em uso, em cada atendimento, com o objetivo de revisar o uso correto e identificar possíveis erros	
Melhorar a comunicação verbal	Ferramenta 9: Considerar diferenças de linguagem: incluir essas diferenças na comunicação de informações de saúde com usuários estrangeiros, visando aumentar letramento em saúde	Identificar que medicamentos o usuário deve trazer. Lembrar o usuário de trazê-lo (lembretes no cartão de consulta ou no momento de confirmar o atendimento; cartazes no ambiente). Planejar como e quando irá realizar a avaliação. Esclarecer uso correto. Registrar o processo. Fornecer lista atualizada de medicamentos. Ajudar o usuário a lembrar como e quando tomar os medicamentos. Avaliar preferências e necessidades de assistência linguística. Usar serviços de assistência linguística confiáveis (tradutores, profissionais com domínio de outras línguas, intérpretes telefônicos). Planejar com antecedência o serviço de intérpretes. Fornecer materiais escritos na língua de preferência dos usuários. Buscar fontes de pagamentos para assistência linguística (seguros saúde, organizações comunitárias, contratos compartilhados, financiamento público). Incluir aspectos relativos a crenças, costumes, valores na coleta de dados dos usuários. Evitar julgamentos. Buscar recursos para adquirir competência cultural (cursos, vídeos, organizações comunitárias). Desenvolver a competência cultural entre os profissionais e trabalhadores da equipe de saúde. Contratar pessoas que representem a diversidade cultural da população atendida.
	Ferramenta 10: Considerar cultura, costumes e crenças. Compreender como esses aspectos afetam a compreensão e a forma como as pessoas utilizam as informações de saúde	
Melhorar a comunicação escrita	Ferramenta 11: Avaliar, selecionar e criar materiais de fácil compreensão. Tornar os materiais escritos (formulários ou recursos de educação em saúde) compreensíveis, mesmo diante de limitações no letramento em saúde	Treinar membros da equipe a avaliar a qualidade dos materiais fornecidos ao usuário. Avaliar legibilidade e compreensibilidade dos materiais. Envolver o usuário na avaliação. Escolher ou desenvolver materiais de fácil compreensão. Usar diretrizes para criar, avaliar e reescrever materiais educativos (p.ex. <i>Harvard School of Public Health. Guidelines for Creating, Assessing, and Rewriting, PEMAT ou CDC-CC Index</i>)
Melhorar a comunicação escrita	Ferramenta 12: Usar material de educação em saúde de maneira efetiva. Usar somente como recurso para auxiliar no processo de educação em saúde, buscando compreensão e mudança de comportamento.	Considerar que o material recebido nem sempre é lido. Circular ou destacar pontos mais relevantes do material, durante processo educativo. Personalizar o material, adicionando informações específicas (p.ex. nome, medicações). Usar o método <i>Teach-Back</i> para avaliar compreensão. Usar o material como recurso durante orientações verbais. Verificar se o usuário sabe usar recursos audiovisuais ou digitais. Treinar o usuário para usar esses recursos. Obter o <i>feedback</i> do usuário. Organizar e gerenciar os recursos. Conduzir o usuário pelo ambiente. Avaliar a visibilidade e capacidade de leitura das placas indicativas. Treinar equipe de trabalho para receber o usuário de forma acolhedora. Oferecer ajuda para preencher formulários. Criar um folheto com informações de contato, serviços oferecidos, o que o usuário deve trazer nos atendimentos. Usar a sala de espera para divulgar informações importantes, tais como, conteúdos educativos, descrição dos nomes e títulos dos membros da equipe de saúde, cartazes que estimulem reflexão e ações. Usar materiais escritos ou audiovisuais.
	Ferramenta 13: Dar boas-vindas ao usuário – atitudes úteis, sinceras e muito mais: tornar o ambiente acolhedor, receptivo e de fácil navegação.	

Fonte: Autores.

Quadro 1. Continuação...

Dimensão	Ferramentas	Principais estratégias de ação
Melhorar o autogerenciamento e o empoderamento	<p>Ferramenta 14: Estimular questionamentos: criar um ambiente em que as pessoas não se sintam envergonhadas ou inibidas para perguntar, como forma de se envolver ativamente no próprio cuidado.</p> <p>Ferramenta 15: Elaborar planos de ação: planejar, de forma compartilhada com usuário, ações para alcançar objetivos de saúde (melhorar o autogerenciamento da doença crônica, mudar dieta, parar de fumar, aumentar atividade física, reduzir estresse, melhorar padrão de sono, tomar medicamentos corretamente)</p>	<p>Incentivar questionamentos simples com perguntas abertas. Perguntar se o usuário tem dúvidas durante o atendimento. Usar linguagem não verbal para estimular perguntas (manter-se sentado, próximo a pessoa; observar e ficar atento a tudo que é dito; não interromper). Incentivar a equipe de saúde a responder a todo questionamento. Lembrar o usuário a registrar perguntas que podem surgir fora do atendimento.</p> <p>Obter o consentimento do usuário para falar sobre comportamentos de saúde, tais como, perder peso. Observar se existe motivação para mudar o estilo de vida. Se não, identificar a percepção do usuário sobre dificuldades e benefícios da mudança de comportamento. Pedir para o usuário determinar metas que são importantes para ele e pelas quais se sint motivado. Oferecer lista de opções para fazer mudanças de comportamentos (não dar sugestões). Ajudar a pessoa a separar uma meta em etapas pequenas e realistas. Usar um formulário apropriado para registro. Verificar a confiança da pessoa para realizar o plano por meio de escala numérica. Identificar barreiras ou dificuldades no seguimento do plano. Ajudar a pessoa a planejar o próximo passo, quando o plano é alcançado.</p>
	<p>Ferramenta 16: Ajudar o usuário a lembrar quando e como tomar os medicamentos: reduzir erros no uso de medicamentos, ajudando o usuário a entender seu regime terapêutico</p> <p>Ferramenta 17: Obter o <i>feedback</i> do usuário: obter a avaliação do usuário sobre dificuldades enfrentadas para o atendimento (p. ex. completar formulário, compreender informações de saúde, navegar no sistema)</p>	<p>Perguntar como a pessoa costuma lembrar de tomar seus medicamentos. Oferecer uma lista de medicamentos ou um formulário com nome e horários para tomá-los. Avaliar a possibilidade de usar ferramentas <i>online</i> para a administração de medicamentos (listas com explicações simples sobre a finalidade do medicamento; tutoriais para ajudar a pessoa a saber como tomá-los; e-mails ou mensagens de textos para lembrar a pessoa da tomada). Incluir instruções precisas de como tomar os medicamentos. Avisar quais medicamentos orais podem sofrer mudanças na cor, no formato e tamanho das pílulas. Oferecer caixas para armazenar pílulas, orientando como separar e preencher a caixa com base na receita médica. Envolver membros da família para ajudar no uso correto de medicamentos. Registrar as estratégias usadas e acordadas com o usuário.</p> <p>Disponibilizar um membro da equipe de saúde para acompanhar o usuário e obter sua perspectiva sobre o atendimento. Fazer uma visita guiada para obter a avaliação do usuário sobre o ambiente físico. Observar como o usuário utiliza os recursos oferecidos pelo <i>site online</i> do serviço de saúde. Solicitar ao usuário que avalie formulários e outros materiais escritos. Disponibilizar uma caixa de sugestões. Realizar pesquisas metodologicamente corretas com o usuário (amostragem, instrumentos e análises confiáveis).</p>
Melhorar os sistemas de suporte	<p>Ferramenta 18: Vincular o usuário aos sistemas de suporte: orientar e supervisionar o encaminhamento a recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>Ferramenta 19: Providenciar acesso fácil aos medicamentos: facilitar o acesso a medicamentos gratuitos ou de baixo-custo.</p> <p>Ferramenta 20: Encaminhar o usuário a recursos de alfabetização: referenciar centros de aprendizagem para aumentar habilidades de letramento e de matemática</p> <p>Ferramenta 21: Facilitar a referência a outros serviços: aumentar a chances de seguimento do tratamento</p>	<p>Avaliar o acesso a recursos da comunidade de cada usuário (p. ex. dificuldades para cuidar da saúde, no geral; problemas para obter alimentos saudáveis). Identificar os recursos disponíveis na comunidade. Direcionar o usuário aos recursos que necessita.</p> <p>Avaliar a capacidade do usuário comprar medicamentos. Verificar se esse custo tem cobertura do seguro saúde. Encaminhar o usuário a programas de assistência a medicamentos.</p> <p>Avaliar habilidades de compreensão de leitura e de uso de números. Identificar recursos da comunidade com esse propósito. Auxiliar o usuário a se conectar ao recurso.</p> <p>Desenvolver e manter relações com equipes de outros serviços. Estabelecer rede de referência formal, determinando regras de participação. Compartilhar informações diretamente com outro serviço. Incluir informações sobre a necessidade de assistência linguística do usuário. Esclarecer o usuário sobre as razões para o encaminhamento. Fornecer informações claras. Oferecer ajuda ao usuário para se conectar ao serviço encaminhado. Acompanhar o processo de encaminhamento.</p>

Fonte: Autores.

solicitar o *feedback* dos usuários sobre o recurso educacional usado.²⁴

Outras recomendações das AHRQ HLUP para materiais escritos especificam como descrever informações numéricas de forma compreensível. Por exemplo, é aconselhável: 1) relacionar os riscos e benefícios de uma ação; 2) apresentar a proporção de pessoas que podem se contaminar (p. ex., 1 a cada 10.000 pessoas) em vez de usar a porcentagem de risco absoluto (ex: o risco de contaminação é de 0,01%).¹³

Um aspecto importante para materiais escritos é a recomendação de que sejam avaliados quanto à legibilidade e compreensibilidade. A legibilidade refere-se à facilidade com que o material pode ser lido, e está baseada na extensão das frases, na complexidade das palavras e na contagem de sílabas. A legibilidade pode ser medida utilizando fórmulas desenvolvidas para esse propósito.¹³

A compreensibilidade de um material escrito envolve o quanto o leitor consegue interpretar e explicar as mensagens principais.²⁵ Para avaliar a compreensibilidade, as AHRQ HLUP citam os seguintes instrumentos: (1) o *Patient Education Materials Assessment Tool* (PEMAT) para avaliar materiais escritos e

audiovisuais; (2) o *Suitability Assessment of Materials* (SAM), que avalia a adequação do material educativo para estimular a aprendizagem; e (3) o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) *Clear Communication Index* (CCI).¹³

Apesar de o PEMAT ter sido criado com o propósito de avaliação de materiais educativos em saúde, este instrumento oferece diretrizes para o desenvolvimento desses recursos, capazes de promover compreensibilidade e acionabilidade. A acionabilidade de um material educativo é entendida como a capacidade desse recurso de mobilizar uma ação com base nas informações fornecidas.^{25,26}

Em 2019, o CDC publicou o CCI, com a proposta de servir tanto como um guia para o desenvolvimento de recursos de comunicação quanto como um instrumento para avaliar a clareza de um recurso já existente. O CCI é composto por 20 critérios baseados em técnicas de linguagem simples, conforme expressas no *Plain Language Guideline* (Guia de Linguagem Simples).²⁷ O Quadro 2 descreve os critérios usados no PEMAT e no CCI, recomendados para garantir a comunicação clara em materiais educativos.

O desenvolvimento do CCI está vinculado ao alcance dos objetivos do *National Action Plan to Improve Health Literacy* e do *CDC's Health Literacy Action Plan*.¹³ Isso é importante porque evidencia a preocupação do governo americano em delinear políticas públicas de promoção do letramento em saúde.

Desde seu desenvolvimento, estudos foram realizados para avaliar a aplicabilidade das precauções universais na prática clínica.¹⁴⁻¹⁵ Inicialmente, um protótipo desses kits de ferramentas foi testado por quatro meses em oito clínicas de atenção primária pertencentes ao *North Carolina Network Consortium* (NCNC). Os resultados revelaram que as clínicas preferiram usar os instrumentos mais concisos e de fácil utilização, e que a implementação de mudanças exigiu mais tempo do que o previsto no projeto original.¹⁴

Posteriormente, a Universidade de Denver conduziu uma demonstração nacional do *HLUP Toolkit* e avaliou sua utilização em 12 clínicas de atenção primária selecionadas. O estudo qualitativo demonstrou que a implementação das ferramentas é desafiadora, pois teve que lidar com demandas concorrentes (restrição de pessoal e de tempo; falta de interesse e comprometimento da equipe), obstáculos burocráticos (atrasos na aprovação das mudanças), desafios tecnológicos (impossibilidade de fazer alterações nos

prontuários eletrônicos), experiência limitada em melhoria da qualidade (dificuldades na implementação e avaliação dos instrumentos) e apoio limitado da liderança (ausência de participação dos líderes).¹⁵

Entretanto, os profissionais e o pessoal de apoio envolvidos nesse estudo reconheceram a eficiência do conjunto de ferramentas, especialmente quando aliado a outras ações de melhoria da qualidade. Eles também recomendaram alterações específicas em alguns instrumentos para aprimorar sua eficácia.¹⁵

Os resultados desse estudo levaram à publicação do *Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, que oferece recomendações concretas para viabilizar a utilização das precauções no contexto clínico. Esse guia destaca quatro dimensões que devem ser consideradas como pontos críticos para promover o letramento em saúde: comunicação verbal, comunicação escrita, autogerenciamento e empoderamento, bem como sistemas de suporte.^{28,29}

Alguns estudos já confirmaram essa abordagem. Uma revisão da ferramenta *Design Easy-to-Read Material* foi realizada com base nos resultados de um estudo cujo propósito foi entender quais estratégias foram usadas para implementá-la e se sua aplicação resultou em materiais com melhor legibilidade,

Quadro 2. Descrição dos critérios usados no PEMAT e no CDC *Clear Communication Index* para garantir comunicação clara em materiais educativos.^{19,20}

<i>Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT)</i>	<i>Clear Communication Index (CCI)</i>
Compreensibilidade	
Conteúdo: esclarecer o propósito do material; não incluir informação que se desvie deste propósito; usar linguagem comum, do dia a dia; evitar termos médicos, exceto quando a intenção for educar; usar voz ativa; usar números somente quando necessário, sem necessidade de cálculos matemáticos.	Mensagem principal e estímulo a ação: descrever mensagem principal com uma a três frases; evidenciá-la no início do texto; usar efeitos visuais (p. ex. negrito, texto em cores, letras de diferentes formatos); complementar ou reforçar a mensagem com imagens ou figuras; estimular a pessoa a mudar um comportamento, uma atitude ou obter mais informações
Organização: dispor informações em seções curtas; usar cabeçalhos informativos sobre o conteúdo da seção; apresentar a informação em uma sequência lógica; apresentar um resumo dos principais pontos abordados.	Linguagem: usar voz ativa (direta, clara, de simples entendimento); selecionar palavras e termos conhecidos; evitar gírias, linguagem coloquial, metáforas, abreviações e linguagem que pode ser culturalmente sensível; explicar palavras ou expressões não usuais, quando usadas.
Layout e Design: usar dicas visuais para chamar a atenção para pontos-chave (p.ex. setas, caixas, marcadores, negrito, fonte maior, realce)	Estrutura da informação: separar o texto em itens ou subitens com lista de marcadores; dividir textos longos em blocos com frases e parágrafos curtos; usar títulos para organizar blocos do texto; conectar os blocos, para dar fluidez para a leitura; dosar quantidade de informação (não sobrecarregar); apresentar no início informações mais importantes (essencial saber; interessante conhecer mais; o que pode ajudar; o que se pode fazer; estratégias de ação e recursos disponíveis na comunidade).
Acionabilidade	
Identificar claramente pelo menos uma ação que a pessoa pode fazer	Estado do conhecimento científico: explicar o que fontes confiáveis (especialistas, representantes governamentais) sabem ou não sobre o assunto.
Dirigir-se diretamente ao usuário para descrever ações	Recomendação de comportamento (não aplicável a todos materiais): expressar uma ou mais recomendações de comportamentos desejados; associar o comportamento a informações sobre as consequências de realizá-lo ou não; incluir instruções específicas de como realizar o comportamento (etapas sequenciais).
Disponibilizar as ações em etapas possíveis de serem executadas	
Fornecer ferramentas concretas para ajudar o usuário a agir (p. ex., agendas, checklists)	Números (não aplicável a todos materiais): descrever informações numéricas de forma usual, com números inteiros, não decimais; usar expressões conhecidas (p.ex. 8 entre 10 pessoas, ao invés de 80%); usar contexto para explicar informação numérica, isto é, esclarecer se o valor é maior ou menor do que esperado ou ainda se é importante em termos individuais ou coletivo; evitar expressões qualitativas (p. ex. alto e baixo, pequeno e grande)
Apresentar instruções simples ou exemplos de como realizar cálculos, quando aplicável (p. ex. como calcular calorias por refeição; contagem de carboidratos)	
Explicar como usar quadros, tabelas, gráficos ou diagramas para agir	Riscos (não aplicável a todos materiais): explicar o significado atribuído (probabilidade de um evento ocorrer, ou seja, risco de contaminação; ameaça ou dano a um indivíduo ou grupo, ou seja, risco a saúde; resultado de uma ameaça ou dano, isto é, risco de ficar doente; não qualificar como alto ou baixo, grande ou pequeno; explicar como o risco pode afetar a pessoa, isto é, a relação entre o risco e seu efeito (ou seja, o efeito é imediato ou a longo prazo?; a pessoa pode adoecer ou morrer?; qual a chance do resultado ocorrer?); caracterizar a relação benefícios <i>versus</i> riscos; descrever probabilidades com termos ou imagens de fácil compreensão (p. ex. 1 em 4 pessoas ficam doentes; há 6% de chance da doença ocorrer)
Usar recursos visuais para apresentar instruções de uma ação	

Fonte: Autores

compreensibilidade e acionabilidade. As entrevistas conduzidas indicaram que as recomendações foram seguidas de maneira flexível, especialmente para modificar materiais simples, como cartas aos pacientes e formulários informativos. A avaliação de materiais escritos mais extensos (p.ex., cartilhas) concluiu que esses exigiam um nível elevado de letramento em saúde. Os resultados apontaram a necessidade de envolver múltiplos participantes para melhorar a qualidade dos materiais escritos.²⁵

Um recente estudo que utilizou dados do *Medical Expenditure Panel Survey* (MEPS), um inquérito nacional nos Estados Unidos que mensura indicadores da aplicação de estratégias para promover o letramento em saúde, concluiu que a implementação dessas estratégias não é generalizada, como preconizado. As estratégias para fornecer instruções de fácil entendimento, usar o método *teach-back* e oferecer ajuda no preenchimento de formulários foram utilizadas preferencialmente com pessoas vulneráveis (p.ex., idosos, pessoas com menor escolaridade e minorias étnico-raciais), não universalmente. Os autores destacaram que o uso seletivo das ferramentas, considerando o baixo letramento da população, pode perpetuar resultados de saúde adversos, como custos elevados. Além disso, ressaltaram que a aplicabilidade das AHRQ HLUP requer uma reestruturação do fluxo de atendimento nos serviços de saúde para ser eficaz.³⁰

Neste contexto, a aplicabilidade das estratégias que promovem o letramento em saúde depende da capacitação da equipe de saúde para utilizá-las. A falta de conhecimento e de confiança em utilizar essas estratégias foi apontada pelas equipes de saúde como uma barreira para a implementação com pacientes idosos em reabilitação.³¹

A AHRQ reconheceu a necessidade de promover a capacitação dos profissionais de saúde em habilidades de comunicação ao desenvolver a abordagem SHARE (Seek, Help, Assess, Reach, Evaluate).³² Este acrônimo guia o processo de tomada de decisão compartilhada, pautado em informações baseadas em evidências, conhecimento e experiência do profissional de saúde, além dos valores e preferências da pessoa assistida.³³

As dificuldades apontadas para a implementação das AHRQ HLUP sugerem que a promoção do letramento em saúde requer organizações letradas em saúde. Nessas organizações, a responsabilidade pela promoção do letramento deve ser de todos os provedores de informação, incluindo os próprios serviços de saúde, o governo e a sociedade civil.²

Dentro dessa perspectiva, o *U.S. Department of Health and Human Services* propôs o *Health Literate Care Model* (HLCM), incorporando os princípios e ferramentas das AHRQ HLUP ao HLCM. Essa abordagem considera que não é possível dissociar cuidado de letramento, pois a excelência na prestação assistencial depende do envolvimento ativo da pessoa na própria saúde.⁶

Portanto, os serviços de saúde que almejam atingir alta qualidade assistencial precisam se estruturar em termos de equipes, recursos e tempo, a fim de produzir interações positivas com seus usuários. Isso implica criar uma cultura organizacional que facilite a compreensão das informações e dê suporte à navegação no sistema de saúde. Além disso, exige trabalho em equipe, comprometimento da liderança e acompanhamento dos resultados.

As limitações deste artigo estão nas próprias características de um artigo de reflexão pautado em literatura científica de

conveniência. Portanto, ele se restringe a poucos documentos e às perspectivas analíticas dos pesquisadores.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

As AHRQ HLUP reúnem recomendações efetivas para promover o letramento em saúde, agrupadas em cinco dimensões indispensáveis: preparar o caminho, comunicação verbal, comunicação escrita, autogerenciamento e empoderamento, e sistemas de suporte.

Para cada dimensão, o documento destaca ferramentas que podem ser utilizadas para o sucesso da promoção do letramento em saúde. Entre essas ferramentas estão: 1) favorecer a linguagem simples e culturalmente sensível; 2) organizar e projetar o texto escrito de maneira clara; 3) criar materiais educativos que sejam compreensíveis e que estimulem a mudança de comportamento; 4) utilizar estratégias de experimentação para o domínio de cuidados procedimentais. Essas ferramentas ajudam a pessoa a entender melhor sua situação de saúde, a desenvolver habilidades e a ganhar a segurança necessária para tomar decisões informadas que possam resolver problemas e melhorar sua qualidade de vida e bem-estar.

Estudos apontaram limitações na aplicabilidade do AHRQ HLUP *Toolkits*. Entre essas limitações, destacam-se a necessidade de planejamento e reorganização da estrutura física do ambiente e do fluxo de atendimento, além da capacitação da equipe de trabalho em habilidades de comunicação. Apesar das dificuldades e desafios mencionados, ressalta-se que o valor do AHRQ HLUP *Toolkits* está em reunir recomendações baseadas em evidências científicas para subsidiar os profissionais de saúde na desafiadora tarefa de educar por meio dos princípios do letramento em saúde.

FINANCIAMENTO

Projeto de pesquisa financiado pela Vice-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Paulista – UNIP (processo nº 7-02-1188/2023) sob o título: “Programa diabetes em dia: desenvolvimento e avaliação de compreensibilidade e capacidade de ativação do material educativo”. O projeto é coordenado pela Profa. Dra. Maria Meimei Brevidelli.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo de reflexão. Maria Meimei Brevidelli.
Levantamento de informações. Maria Meimei Brevidelli.
Análise teórico-reflexiva. Maria Meimei Brevidelli; Veronica Paula Torel de Moura Edvane Birelo Lopes De Domenico.
Interpretação. Maria Meimei Brevidelli; Veronica Paula Torel de Moura; Edvane Birelo Lopes De Domenico.
Redação e revisão crítica do manuscrito. Maria Meimei Brevidelli; Veronica Paula Torel de Moura; Edvane Birelo Lopes De Domenico.
Aprovação da versão final do artigo. Maria Meimei Brevidelli; Veronica Paula Torel de Moura; Edvane Birelo Lopes De Domenico.
Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Maria Meimei Brevidelli; Veronica Paula Torel de Moura; Edvane Birelo Lopes De Domenico.

EDITOR ASSOCIADO

Marta Sauthier 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

- Bastable SB, Gonzales KM. Overview of education in health care. In: Bastable SB, editor. *Essentials of patient education*. 4th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2017. p. 10-2.
- World Health Organization. *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: WHO; 2021.
- Cutilli CC. Excellence in patient education: evidence-based education that "sticks" and improves patient outcomes. *Nurs Clin North Am*. 2020;55(2):267-82. <http://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.02.007>. PMID:32389259.
- Heine M, Lategan F, Erasmus M, Lombaard CM, Mc Carthy N, Olivier J et al. Health education interventions to promote health literacy in adults with selected non-communicable diseases living in low-to-middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Eval Clin Pract*. 2021;27(6):1417-28. <http://doi.org/10.1111/jep.13554>. PMID:33749092.
- Alsaedi R, McKeirnan K. Literature review of type 2 diabetes management and health literacy. *Diabetes Spectr*. 2021;34(4):399-406. <http://doi.org/10.2337/ds21-0014>. PMID:34866874.
- Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML. A proposed "Health Literate Care Model" would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Aff (Millwood)*. 2013 fev;32(2):357-67. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1205>. PMID:23381529.
- Caballero A. Addressing health literacy as a foundation for effective and equitable health communication. *J Consum Health Internet*. 2021 abr 3;25(2):205-16. <http://doi.org/10.1080/15398285.2021.1911487>.
- Hoffmann T, Worrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disabil Rehabil*. 2004;26(19):1166-73. <http://doi.org/10.1080/09638280410001724816>. PMID:15371031.
- Tian C, Champlin S, Mackert M, Lazard A, Agrawal D. Readability, suitability, and health content assessment of web-based patient education materials on colorectal cancer screening. *Gastrointest Endosc*. 2014;80(2):284-90. <http://doi.org/10.1016/j.gie.2014.01.034>. PMID:24674352.
- Keçeci A, Toprak S, Kiliç S. How effective are patient education materials in educating patients? *Clin Nurs Res*. 2019;28(5):567-82. <http://doi.org/10.1177/1054773817740521>. PMID:29103313.
- Lipari M, Berlie H, Saleh Y, Hang P, Moser L. Understandability, actionability, and readability of online patient education materials about diabetes mellitus. *Am J Health Syst Pharm*. 2019;76(3):182-6. <http://doi.org/10.1093/ajhp/zxy021>. PMID:31408087.
- Szabó P, Bíró É, Kósa K. Readability and comprehension of printed patient education materials. *Front Public Health*. 2021;9:725840. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2021.725840>. PMID:34917569.
- Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C et al. *AHRQ health literacy universal precautions toolkit*. 2nd ed. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
- DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Brach C, Hink A, Rudd R et al. Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit. *Nurs Outlook*. 2011;59(2):85-94. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.002>. PMID:21402204.
- Mabachi NM, Cifuentes M, Barnard J, Brega AG, Albright K, Weiss BD et al. Demonstration of the Health Literacy Universal Precautions Toolkit: Lessons for quality improvement. *J Ambul Care Manage*. 2016;39(3):199-208. <http://doi.org/10.1097/JAC.000000000000102>. PMID:27232681.
- Dartiguelongue JB, Cafiero PJ. Communication in health care teams. *Arch Argent Pediatr*. 2021 Dec;119(6):e589-93. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.eng.e589>.
- Dehghani A, Ghomian Z, Rakhshanderou S, Khankeh H, Kavousi A. Process and components of disaster risk communication in health systems: a thematic analysis. *Jamba*. 2022 dez 8;14(1):1367. <http://doi.org/10.4102/jamba.v14i1.1367>. PMID:36569774.
- World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2014* [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 2020 ago 20]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/148114>.
- Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annu Rev Public Health*. 2019 abr 1;40(1):127-46. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>. PMID:30601717.
- Iriarte E, Cianelli R, Fernandez-Pineda M. Multilevel self-management in nursing research: an approach to decrease health disparities in chronic diseases. *Invest Educ Enferm*. 2023;41(2):e10. <http://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e10>. PMID:38589328.
- Kärner Köhler A, Tingström P, Jaarsma T, Nilsson S. Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2018 maio 30;19(1):76. <http://doi.org/10.1186/s12875-018-0749-y>. PMID:29843619.
- Uhm JY, Kim MS. Online social support and collective empowerment: Serial mediation effect on self-efficacy among mothers of children with type 1 diabetes. *J Adv Nurs*. 2022 out;78(10):3225-34. <http://doi.org/10.1111/jan.15242>. PMID:35451524.
- Dinh TTH, Bonner A. Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. *BMC Health Serv Res*. 2023 ago 30;23(1):923. <http://doi.org/10.1186/s12913-023-09907-5>. PMID:37649013.
- Rudd RE. *Guidelines for creating materials. Resources for development and assessing materials. Health literacy studies* [Internet]. Boston: Harvard School of Public Health; 2020 [citado 2020 ago 20]. Disponível em: http://www.makingnumbersmeaningful.org/documents/resources_for_creating_materials.pdf
- Brega AG, Freedman MA, LeBlanc WG, Barnard J, Mabachi NM, Cifuentes M, et al. Using the health literacy universal precautions toolkit to improve the quality of patient materials. *J Health Commun* 2015, 20(suppl 2), 69-76. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1081997>. PMID:26513033.
- Shoemaker SJ, Wolf MS, Brach C. Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): a new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. *Patient Educ Couns*. 2014;96(3):395-403. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.027>. PMID:24973195.
- Centers for Disease Control and Prevention. *CDC Clear Communication Index. A Tool for Developing and Assessing CDC Public Communication Products User Guide*. USA: USA Department of Health and Human Service, CDC Office of the Associate Director for Communication; 2019.
- Shoemaker SJ, Wolf MS, Brach C. *The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and user's guide (Version 1.0)*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
- Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD, et al. *Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
- Lian L, Brach C. Health Literacy Universal Precautions are still a distant dream: analysis of U.S. data on health literate practices. *Health Lit Res Pract*. 2017;1(4):e216-30. <http://doi.org/10.3928/24748307-20170929-01>. PMID:29202120.
- Brooks C, Ballinger C, Nutbeam D, Mander C, Adams J. Nursing, and allied health professionals' views about using health literacy screening tools and a universal precautions approach to communication with older adults: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2019;42(13):1819-25. <http://doi.org/10.1080/09638288.2018.1538392>. PMID:30669896.
- Brach C, Borsky A. How the U.S. Agency for Healthcare Research and Quality Promotes Health Literate Health Care. *Stud Health Technol Inform*. 2020 jun 25;269:313-23. <http://doi.org/10.3233/SHTI200046>. PMID:32594006.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *The SHARE approach: a model for shared decision making* [Internet]. Rockville: AHRQ; 2016. No. 14-0034-1-EF. [citado 2020 ago 20]. Disponível em: www.ahrq.gov/shareddecisionmaking