PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Lorena Costa Francisco Marques

FATORES ASSOCIADOS AO CONHECIMENTO E LETRAMENTO EM SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE HEPATITE C CRÔNICA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Goiânia
2021

Lorena Costa Francisco Marques

FATORES ASSOCIADOS AO CONHECIMENTO E LETRAMENTO EM SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE HEPATITE C CRÔNICA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde – nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Vanessa da Silva Carvalho Vila

Coorientadora: Prof.ª Dr.ª Katarinne Lima Moraes

Goiânia

2021

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código do financiamento 001.

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, por ter me guiado até aqui e me dado a orientação necessária. Aos meus pais, pelo amor incondicional, por serem minhas referências de vida e suporte em minhas decisões. Aos meus irmãos Leone e Luciana, pelo apoio e paciência durante essa fase. À minha orientadora, Prof.ª Vanessa da Silva Carvalho Vila, pelo exemplo de profissional, pela confiança, colaboração e todos os ensinamentos repassados durante o desenvolvimento do trabalho, minha imensa gratidão.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus todo poderoso, criador dos céus e da terra, pelo seu infinito amor que me trouxe paz, esperança, fé e coragem para sonhar com a possibilidade de cursar o mestrado e concluir com êxito.

À minha mãe Maria da Costa Marques e ao meu pai Aderi Francisco Marques, por sonharem os meus sonhos, dedicarem suas vidas em busca de me proporcionar a melhor educação possível, pelo incentivo e amor que foram fundamentais para chegar até aqui. Eu amo vocês!

Aos meus irmãos Leone e Luciana, por compreenderem as minhas ausências e me apoiarem todos os dias. Sou grata a Deus por vocês existirem na minha vida. Juntos somos mais fortes!

A toda minha família, pelo apoio, compreensão e incentivo, que sempre estiveram ao meu lado e me ajudaram a chegar até aqui. Gratidão sempre! Amo vocês imensamente!

Aos amigos Ana Paula Vieira, Daiane Lima, Danielle Prates, Flávio Toledo e Deizy Clébia, pela amizade, incentivo e companheirismo nas lutas dessa vida.

À minha querida orientadora Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, gratidão pela condução brilhante nesse caminho e pelos muitos momentos valiosos que foram além da relação professor/aluno, que, certamente, foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Muito obrigada por ofertar palavras de fé e carinho. Exemplo de dedicação, profissionalismo e competência. Obrigada pela paciência e por acreditar em mim!

À minha coorientadora Dra. Katarinne Lima Moraes, pela oportunidade de adquirir novos conhecimentos, pela dedicação em sempre me atender prontamente. Meu carinho, admiração e amizade.

À professora Camila Souza e Jinhao Wang, pela contribuição na análise estatística dos dados, que foi essencial na realização deste trabalho.

Aos professores da banca, obrigada por aceitarem o convite. A contribuição de vocês foi fundamental para melhorar este trabalho.

Aos professores pelos valiosos ensinamentos e por dividirem experiências que levarei por toda minha vida.

Aos colegas do mestrado, em especial, às amigas Lidiane Figueiredo, Luciene Araújo, Katiulcy Oliveira e Gabriela Eiras, pela afinidade desde o primeiro dia de aula, companheirismo, parceria, incentivo e auxílio nos momentos mais difíceis. Amizade para vida toda.

A todos os profissionais do serviço de assistência especializada da região metropolitana de Goiânia-Goiás, pelas colaborações diárias, amizade e paciência durante todo este período.

Aos pacientes que generosamente aceitaram participar deste estudo. Sem vocês, nada disso teria sido possível.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lorena Costa Francisco Marques

FATORES ASSOCIADOS AO CONHECIMENTO E LETRAMENTO EM SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE HEPATITE C CRÔNICA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

BANCA EXAMINADORA:

_____
Prof.ª Dr.ª Vanessa da Silva Carvalho Vila
Presidente da banca - PUC Goiás

_____
Prof.ª Dr.ª Katarinne Lima Moraes
Coorientadora, Externo ao Programa – UFJ

_____
Prof.ª Dr.ª Virginia Visconde Brasil
Membro Efetivo, Externo ao Programa - UFG

_____
Prof.ª Dr.ª Priscila Valverde de Oliveira Vitorino
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

_____
Prof.ª Dr.ª Raquel Silva Pinheiro
Membro Suplente, Externo ao Programa - IFG

_____
Prof.ª Dr.ª Marina Aleixo Diniz Rezende
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás

RESUMO

MARQUES, L. C. F. **Fatores associados ao conhecimento e letramento em saúde de indivíduos com diagnóstico de hepatite C crônica em acompanhamento ambulatorial.** 2021. 145p. Dissertação (Mestrado Atenção à Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021.

O deficit de conhecimento e o baixo letramento em saúde (LS) acerca das medidas preventivas, controle e tratamento da hepatite C (HC) são desafios que impedem a eliminação desta doença e comprometem a qualidade de vida e o cuidado em saúde. O LS envolve a capacidade do indivíduo obter, acessar e compreender informações para a tomada de decisões em saúde. O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados ao conhecimento e letramento em saúde de indivíduos com diagnóstico de hepatite C crônica em acompanhamento ambulatorial. Estudo transversal, analítico, realizado entre janeiro e agosto de 2020. Participaram da pesquisa 105 indivíduos, cujos dados foram coletados por meio de três instrumentos: formulário estruturado com questões sociodemográficas, clínicas e acerca do tratamento medicamentoso; avaliação do conhecimento sobre hepatite C; e a versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br). As variáveis contínuas e categóricas que demonstraram associação significativa com a resposta na análise univariada ($p<0,1$) foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla. As associações entre as variáveis foram analisadas pelo test F, e a qualidade do ajuste do modelo final, por meio do R-quadrado ajustado. Na análise de regressão linear múltipla, as variáveis idade, não ter companheiro, escolaridade e tabagismo foram associadas a menores escores de conhecimento sobre hepatite C. Os itens de conhecimento que tiveram os piores desempenhos foram relacionados à natureza e formas de transmissão da doença. As dimensões do LS com menores escores foram: “informações suficientes para cuidar da saúde” e “entender as informações sobre saúde e saber o que fazer”. A análise multivariada apresentou R^2 elevado em três dimensões do LS: "avaliação de informações de saúde" (R^2: 0,35), "encontrar boas informações de saúde" (R^2: 0,32) e "compreensão de informações de saúde" (R^2: 0,48). As variáveis independentes que apresentaram associação negativa com os escores do HLQ-Br foram idade ("ter informações suficientes; encontrar boas informações de saúde e compreender as informações de saúde", $p<0,001$); tratamento ("avaliação das informações de saúde", $p<0,001$); hipertensão ("navegando no sistema de saúde", $p<0,05$), "entendendo informações de saúde", $p<0,05$) e tipo de transmissão ("entendendo informações de saúde" $p<0,05$). O conhecimento sobre a doença foi preditor de melhores escores em dimensões do LS. Os resultados confirmam que a hepatite C crônica é um desafio para os sistemas de saúde, em termos da elaboração de estratégias que promovam o efetivo engajamento do paciente com o processo terapêutico. A análise do conhecimento e letramento dos pacientes em acompanhamento ambulatorial em um serviço de saúde brasileiro permitiu inferir avanços e desafios a serem enfrentados para que o Brasil atinja a meta traçada pela Organização Mundial da Saúde no plano de eliminação da Hepatite Viral até 2030. A principal dificuldade tem sido implementar estratégias que melhorem a capacidade de compreensão das informações sobre doença e tratamento, bem como as habilidades dos profissionais de saúde para se comunicarem com pacientes com hepatite C crônica.

Descritores: Letramento em Saúde; Conhecimento; Hepatite C Crônica; Autogestão.

ABSTRACT

MARQUES, L. C. F. Factors associated with health knowledge and literacy of individuals diagnosed with chronic hepatitis C in outpatient follow-up. 2021. 145p. Dissertation (Master of Health Care) - Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, 2021.

Among the challenges for eliminating hepatitis C (HC), there are deficits in knowledge and low health literacy (LS) regarding preventive measures, control and treatment. LS involves the individual's ability to obtain, access, understand basic information and services needed to make health decisions. This study aimed to analyze the factors associated with health knowledge and literacy of individuals diagnosed with chronic Hepatitis C in outpatient follow-up. The cross-sectional analytical study was carried out between January and August 2020. One hundred five patients were interviewed. Information was collected from sociodemographic, clinical; a knowledge assessment instrument was applied through a self-report instrument on the causes and transmission of hepatitis C infection; and the Brazilian version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br). Continuous and categorical variables that showed a significant association was included in the multivariate analysis. The associations between the variables were analyzed using the F test. The quality of the fit of the final model through the adjusted R-square. Four variables were associated with knowledge about HC: age ($p < 0.001$), having a partner ($p = 0.009$), high school education and higher education ($p < 0.001$) and smoking ($p = 0.009$). The knowledge items that had the worst performance were related to the nature of the disease and transmission. The dimensions of the LS with the lowest scores were enough information to take care of health; and understand health information and know what to do. The multivariate analysis showed R2 elevated in three dimensions of the LS "health information assessment" (R2: 0.35), "finding good health information" (R2: 0.32) and "understanding health information" (R2: 0.48). The independent variables that showed a negative association with the HLQ-Br scores were age ("having enough information; finding good health information and understanding health information", $p < 0.001$); treatment ("health information assessment", $p < 0.001$); hypertension ("navigating the health system", $p < 0.05$), "understanding health information", $p < 0.005$) and type of transmission ("understanding health information" $p < 0.05$). Knowledge about the disease was a predictor of better scores in LS dimensions. The results showed that chronic hepatitis C is a challenge for health systems in terms of developing strategies that promote the effective engagement of the patient with the therapeutic process. The analysis of the knowledge and literacy of patients in outpatient follow-up at Brazilian health service showed advances and challenges to be faced so that Brazil reaches the goal, set by the World Health Organization, of eliminating Viral Hepatitis by 2030. Especially in terms of the need for strategies that improve the ability to understand disease and treatment, as well as the skills of health professionals to communicate with patients with chronic hepatitis C.

Keywords: Health Literacy; Knowledge; Chronic Hepatitis C; Self-management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Quadros

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1

Manuscrito 2

LISTA DE ABREVIATURAS

AIC	Critério de Akaike
ANTI-HCV	Anticorpo Contra Vírus da Hepatite C
APS	Atenção Primária à Saúde
CHC	Carcinoma Hepatocelular
CV	Carga Viral
DAAs	Antivirais de Ação Direta
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
GGT	Gama Glutamil Transferase
HBV	Vírus da Hepatite B
HC	Hepatite C
HCV	Vírus da Hepatite C
HCV-RNA	Vírus da Hepatite C- Ácido Ribonucleico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LS	Letramento em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	*Odss Ratio* Razão de chances
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções
PREP	Profilaxia Pré-Exposição de risco à infecção pelo HIV
PUC Goiás	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RNA	Ácido Ribonucleico
RVS	Resposta Virológica Sustentada
SAE	Serviço de Assistência Especializada
Score	Escore
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO

Graduei-me em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) em 2006. Logo em seguida, iniciei meu trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município localizado no interior de Goiás, onde atuei como coordenadora durante 10 anos, desenvolvendo ações na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2018, comecei a trabalhar como enfermeira na Vigilância Epidemiológica no Departamento de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais de um município da região metropolitana de Goiânia, tendo, como uma de minhas atribuições, analisar as fichas de notificação de hepatites virais em um serviço de assistência especializada (SAE).

A atuação neste serviço motivou-me a aperfeiçoar e aprimorar meus conhecimentos neste nível de atenção à saúde, bem como a dar continuidade aos estudos com o objetivo de contribuir para os avanços necessários à saúde, promoção e qualidade de vida das pessoas que enfrentam as hepatites virais, especialmente, hepatite C crônica.

Pude observar, ao longo da minha trajetória profissional, o significativo déficit de conhecimento dos pacientes que frequentavam a unidade e eram diagnosticados com hepatite C. Por se tratar de uma doença frequentemente negligenciada, passei a questionar, na condição de enfermeira, *quais são as condições sociais de saúde e conhecimento que essas pessoas têm acerca dessa enfermidade? Quais são as condições de letramento em saúde dessas pessoas?*

Em 2020, meu olhar crítico para esta problemática tornou-se ainda mais reflexivo com a participação nas atividades científicas e formativas da Rede Brasileira de Letramento em Saúde - REBRALS. Tivemos a oportunidade de compreender a necessidade de redefinir a abordagem do cuidado em saúde, focado especialmente nas necessidades dos pacientes, no contexto social em que vivem e no letramento em saúde relacionado à enfermidade que enfrentam.

Além disso, sobreveio a preocupação em aprimorar a atuação profissional no sentido de preparar essas pessoas para o autocuidado no enfrentamento dessa doença transmissível. Paralelamente, emergiu o desejo de aprimorar a qualidade das ações educativas em saúde ofertadas, tendo como referencial a promoção do letramento em saúde no contexto do serviço de atenção especializada.

Assim, considerando o impacto da hepatite C crônica, a necessidade de avanços para o tratamento, prevenção e reabilitação desta enfermidade, bem como a

relevância de melhorar a abordagem do cuidado para promoção do letramento em saúde, optei por desenvolver este estudo com foco no conhecimento e letramento em saúde dos pacientes diagnosticados com essa doença e acompanhados em um serviço ambulatorial.

A presente dissertação de mestrado foi construída no formato alternativo, de modo que os resultados e a discussão estão apresentados em dois manuscritos intitulados: 1) Fatores associados ao conhecimento de pacientes crônicos em acompanhamento ambulatorial acerca da hepatite C; 2) Fatores associados ao letramento em saúde de pacientes com hepatite C crônica em acompanhamento ambulatorial.

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de implementação de estratégias e ações em prol da comunicação assertiva e de melhores práticas educativas entre profissional, paciente e familiares de pessoas com hepatite C crônica. Ademais, contribuem para a continuidade do emprego de estratégias potencialmente capazes de melhorar o diagnóstico precoce, a adesão terapêutica e o letramento em saúde tanto dessas pessoas como de outras que compõem as suas redes sociais.

2 INTRODUÇÃO

A hepatite C (HC) é uma doença infecciosa, de evolução lenta e silenciosa, que pode provocar inflamação aguda ou crônica no fígado, além de diversas complicações. É considerada um desafio global de saúde pública, principalmente em decorrência da elevada taxa de progressão para doença hepática crônica, com significativa morbimortalidade (BRASIL, 2019; REI; ROCHA; PEDROTO, 2019).

Em 2015, foi estimado, mundialmente, um total de 71 milhões de indivíduos com hepatite C crônica. Destes, aproximadamente 1,75 milhão foram infectados com o vírus da hepatite C (HCV) e 399 mil evoluíram para óbito devido às complicações da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

Trata-se de um agravo que interfere na vida dos indivíduos, em virtude de diversas alterações físicas, psicológicas, sociais e comportamentais, além de gerar ônus econômico, sobretudo em países em desenvolvimento e economicamente desfavorecidos (EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, 2011; KUNRATH; JUNGES; LÓPEZ, 2014; WHO, 2018).

Neste contexto, lidar com a hepatite C crônica é algo bastante difícil, que impõe uma ruptura no modo de vida, por fatores psicológicos e comportamentais, exigindo do indivíduo a atitude de repensar seus hábitos e o modo de enfrentar essa nova realidade (CHO; PARK, 2017). A complexidade da doença e seus possíveis efeitos crônicos podem interferir em uma ampla gama de dimensões, que vão além da saúde física e psicossocial do paciente, com reflexos também no gerenciamento do cuidado, no contexto comunitário e das políticas de saúde (REI; ROCHA; PEDROTO, 2019).

Esse fato tem despertado o interesse em analisar aspectos relacionados às demandas de cuidados necessários para o enfrentamento deste agravo e às estratégias para o adequado autogerenciamento desta condição crônica no contexto de vida social dos pacientes (YOUNOSSI *et al.*, 2015).

As principais barreiras para o cuidado em saúde de indivíduos com o vírus da hepatite C incluem o conhecimento insuficiente e a ausência de sinais e sintomas da doença, que resultam em uma baixa percepção sobre a necessidade de tratamento (GREBELY *et al.*, 2013). Assim, garantir o acesso, a compreensão e o uso das informações sobre a condição de saúde, bem como aos serviços de saúde, é essencial e pode facilitar os caminhos a serem percorridos por esses indivíduos, tanto

para o diagnóstico precoce como para o tratamento da doença (KUNRATH; JUNGES; LÓPEZ, 2014; STRAUSS; TEIXEIRA, 2006).

O engajamento do paciente com o autogerenciamento da enfermidade crônica é imprescindível para auxiliar na integração, adesão ao tratamento e avaliação dos diferentes níveis de saúde (POURESLAMI *et al.*, 2017).

Fundamental também avaliar o conhecimento do paciente sobre a HC e o letramento em saúde desses indivíduos, para que o planejamento do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde seja efetivo. Isso permite um efetivo envolvimento do paciente e maior adesão terapêutica e preventiva.

O nível de conhecimento das pessoas infectadas pelo HCV em relação à doença pode ser influenciado pela educação. Estudos mostram que as estratégias de educação em saúde melhoram as informações referentes à doença e estas, por sua vez, proporcionam o desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos (JOUKAR *et al*., 2012; RICHMOND; DUNNING; DESMOND, 2007).

Neste estudo, compreende-se o letramento em saúde tal como proposto por Nutbeam (2000) e apresentado pela Organização Mundial da Saúde (WHO). O LS implica “habilidades cognitivas e sociais que determinam a capacidade de obter, acessar, compreender e utilizar informações para a promoção e manutenção da saúde” (NUTBEAM, 2000). Sendo assim, por meio da boa comunicação com a equipe multidisciplinar, o indivíduo participa da tomada de decisões sobre seus cuidados em saúde (MARQUES; LEMOS, 2017; WHO, 2016).

A relação entre o letramento em saúde e suas implicações nos desfechos em saúde, em especial nos agravos crônicos de saúde, já está estabelecida. As consequências do inadequado letramento em saúde incluem deficits de conhecimento sobre a enfermidade, compreensão prejudicada das informações em saúde e métodos preventivos, baixa taxa de adesão à terapêutica medicamentosa, aumento das hospitalizações, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aumento dos custos em saúde para os indivíduos e para os sistemas de saúde (BRASIL, 2018a; MARQUES; LEMOS, 2017; POURESLAMI *et al*., 2017).

Por outro lado, aprimorar o conhecimento sobre a enfermidade e o letramento em saúde tem sido associado a benefícios como redução de riscos comportamentais diante das doenças crônicas, melhor autopercepção do estado de saúde e decréscimo nas taxas de hospitalização (CHEHUEN NETO *et al*., 2019; YANG; RAO, 2017a). Todavia, foram encontrados poucos estudos sobre o conhecimento de pacientes

infectados especificamente pelo HCV (DENNISTON *et al*., 2012; SULTAN *et al*., 2018; YOUNOSSI *et al*., 2015).

Pesquisas mostram que o baixo nível de conhecimento tem o potencial de prejudicar o comportamento e as escolhas de saúde das pessoas com doenças crônicas (CASTRO-SANCHEZ *et al.*, 2016; KALICHMAN; RAMACHANDRAN; CATZ, 1999; WILLIAMS *et al*., 1998).

Esta lacuna do saber científico requer pesquisas e programas que tenham como foco central desenvolver o conhecimento e disseminar a importância do LS no enfrentamento e gerenciamento das doenças crônicas (POURESLAMI *et al.*, 2017). Assim, considerando a relevância epidemiológica e as demandas por analisar esses construtos e identificar potenciais cuidados em saúde, optou-se por desenvolver este estudo. O objetivo principal é analisar o conhecimento sobre a hepatite C e o letramento em saúde para gerenciamento dessa enfermidade no contexto de um serviço de saúde ambulatorial do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Parte-se do pressuposto de que essa análise possa ajudar a melhorar a capacidade dos sistemas, profissionais de saúde e de gestores no planejamento de ações focadas no letramento em saúde considerando, principalmente, quatro objetivos centrais relacionados a: assegurar acesso equitativo para informação em saúde; criar informações e habilidades centradas nas pessoas; apoiar o desenvolvimento de habilidades necessárias para atingir e manter boa saúde; e estabelecer vínculo com profissionais de saúde ao longo do cuidado nos sistemas de saúde (POURESLAMI *et al.*, 2017; YANG *et al.*, 2017). O presente estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: *Quais são os fatores associados ao conhecimento e LS dos indivíduos com diagnóstico de hepatite C crônica?*

Identificar os fatores associados ao conhecimento e letramento em saúde contribuirá para ampliar a compreensão das dimensões mais impactadas por esta doença e que requerem demanda dos profissionais de saúde, gestores e serviços de saúde para promover o letramento em saúde e possibilitar a tomada de decisão que proporcione melhor qualidade de vida e, por conseguinte, resultados satisfatórios em saúde. Além disso, o conhecimento desses fatores é fundamental para o redirecionamento dos esforços no sentido de promover o cuidado centrado em pessoas, com a efetiva contribuição para a autoeficácia e autogerenciamento da saúde.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

- Analisar os fatores associados ao conhecimento e letramento em saúde de pacientes com diagnóstico de hepatite C crônica em acompanhamento ambulatorial.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o conhecimento de pacientes em acompanhamento ambulatorial acerca da hepatite C crônica.

- Verificar a relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e conhecimento dos pacientes acerca da hepatite C crônica e as dimensões de letramento em saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção está apresentada a revisão narrativa dos aspectos epidemiológicos e terapêuticos da hepatite C; conhecimento e letramento em saúde nos casos de hepatite C crônica.

4.1 Hepatite C: aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos

O vírus da hepatite C (HCV) foi descoberto em 1989, é classificado no gênero *Hepacivírus*, da família *Flaviridae*, e possui tropismo por células hepáticas. O genoma é formado por molécula de ácido ribonucleico (RNA) de fita simples e polaridade positiva (BRASIL, 2018a; STRAUSS, 2001).

O HCV é classificado em sete genótipos principais, cada um deles dividido em 67 subtipos. Há variações na prevalência dos subtipos de HCV entre os diferentes continentes e regiões do país. Contudo, o Brasil apresenta maior prevalência dos genótipos 1, 2 e 3. Na Região Centro-Oeste, o genótipo 2 é o mais frequente (BENZAKEN *et al*., 2019; CAMPIOTTO *et al*., 2005; PEREIRA *et al*., 2013).

As principais vias de transmissão do HCV são a parenteral, sexual e vertical (da mãe para o feto). Entre as pessoas com maior probabilidade de serem acometidas pelo HCV estão os usuários de drogas injetáveis, os indivíduos que receberam hemotransfusão antes de 1993, hemofílicos e pacientes que fazem hemodiálise (PEREIRA *et al*., 2013). Outras formas de transmissão envolvem o compartilhamento de objetos de uso pessoal, lâminas de barbear, escova de dente, instrumentos para manicure/pedicure, procedimentos estéticos, tatuagens, piercing, acupuntura e procedimentos odontológicos (BRASIL, 2018a).

A transmissão sexual não é comum, mas pode ocorrer quando o vírus entra em contato com sêmen e secreção vaginal através de traumas na mucosa. A lesão de mucosa é muito comum em homens que fazem sexo com homens ou durante práticas sexuais que promovem exposição ao sangue (WHO, 2019).

O período de incubação do HCV pode variar de 15 a 160 dias (média de 7 semanas) após o contato com sangue contaminado e permanece enquanto o indivíduo apresentar HCV-RNA detectável (MARTÍNEZ-REBOLLAR *et al*., 2011).

A hepatite C pode se apresentar de forma aguda, geralmente assintomática, e evoluir para a cronicidade. Cerca de 30% das pessoas infectadas se curam espontaneamente dentro de seis meses após a infecção, sem qualquer tratamento (WHO, 2018). A doença pode evoluir da forma leve, que dura algumas semanas, para a forma grave ao longo da vida; esta, se não tratada, poderá resultar em agravos à saúde e levar à morte (BRASIL, 2019). Habitualmente, a HC é descoberta em sua fase crônica e os sintomas, muitas vezes, são inespecíficos. Outro aspecto importante refere-se ao tratamento tardio e inadequado desse agravo, que poderá resultar em complicações graves (REI; ROCHA; PEDROTO, 2019).

Em sua forma aguda, a clínica pode variar desde as formas com poucos sintomas ou nenhum, até formas fulminantes. Na maioria dos casos, o quadro evolui apresentando sintomas inespecíficos, tais como febre, mal-estar, náuseas, vômitos, dor no quadrante superior direito, com evolução para ictérica ou anictérica, níveis elevados de aminotransferases, geralmente maiores do que 500 unidades de medida (UI). Além disso, o paciente pode apresentar sensação geral de mal-estar que leva à percepção de qualidade de vida global reduzida (KIM; YOSHIDA, 2011; VIANA *et al*., 2017).

Alguns fatores podem influenciar a evolução dessa enfermidade para condição crônica: ingestão excessiva de álcool, tempo prolongado de infecção, idade do paciente, presença de imunodeficiência, genótipo do vírus e quantidade de exposição ao vírus (YOUNOSSI *et al.*, 2015). Cerca de 70% das pessoas com hepatite C desenvolverão infecção crônica e, nestas, o risco de cirrose em 20 anos está em torno de 15-30%; essa porcentagem é para indivíduos adultos, pois em lactentes e crianças o perfil é diferente (WHO, 2019).

A definição de hepatite C crônica se dá por Anti-HCV, que indica a presença de anticorpos por mais de seis meses, e confirmação com HCV-RNA, detectável por mais de seis meses, presente no soro do indivíduo infectado e considerado um marcador de replicação viral (BRASIL, 2018b; MARTÍNEZ-REBOLLAR *et al*., 2011). Neste caso, poderá ocorrer cirrose, aumentando o risco de desenvolvimento de câncer ou descompensação hepática, sendo essas as principais causas de indicação de transplante (BRANDÃO, 2013).

No entanto, adultos e crianças podem se tornar cronicamente doentes quando infectados. As hepatites crônicas são, em sua maioria, silenciosas e assintomáticas.

Geralmente evoluem para quadros clínicos graves que somente se manifestam em fases avançadas de acometimento hepático, tais como cirrose e carcinoma hepatocelular (BENZAKEN *et al.*, 2019; GOMES, 2013).

Estudo demonstra que, na forma crônica, o HCV tem pouca ação citopática, sendo que a resposta inflamatória local vai desencadear a fibrose e as alterações hepáticas (SANTOS *et al*., 2017). Vários fatores externos, incluindo o consumo de álcool, coinfecções HIV e vírus da hepatite B (HBV), resistência à insulina, obesidade, doenças hepáticas gordurosas não alcoólicas, entre outros, estão ligados à progressão da fibrose acelerada e à cirrose. A gravidade da fibrose hepática está relacionada com o aumento do risco de carcinoma hepatocelular por meio da genética e promoção de clones neoplásicos (VIANA *et al*., 2017).

O diagnóstico da hepatite C pode ser clínico (presença, em sua minoria, de mal-estar, anorexia, astenia, dor abdominal, icterícia, entre outros) e laboratorial, mediante a realização dos testes: 1) teste sorológico (anti-HCV) tipo Elisa (*Enzyme-Linked Imumunosorbent Assay*) e teste por imunocromatografia de fluxo, conhecido como teste rápido (TR), os quais identificam contato prévio com o vírus, mas não definem se a infecção é aguda, crônica ou se já foi curada; 2) testes moleculares quantitativos (HCV-RNA) (BRASIL, 2019; EASL, 2011; MARTÍNEZ-REBOLLAR *et al*., 2011).

Este último também é conhecido como exame de carga viral, pois a detecção do RNA viral significa confirmação da infecção, devendo ser avaliado o grau da lesão hepática (fibrose e/ou cirrose). Esse exame pode ser realizado por meio de biópsia hepática ou de uma série de testes não invasivos. O grau de lesão hepática é usado para direcionar as decisões de tratamento e o manejo da doença. Portanto, para o diagnóstico de hepatite C, o RNA por PCR é o método mais sensível (BRASIL, 2019; MARTÍNEZ-REBOLLAR *et al*., 2011).

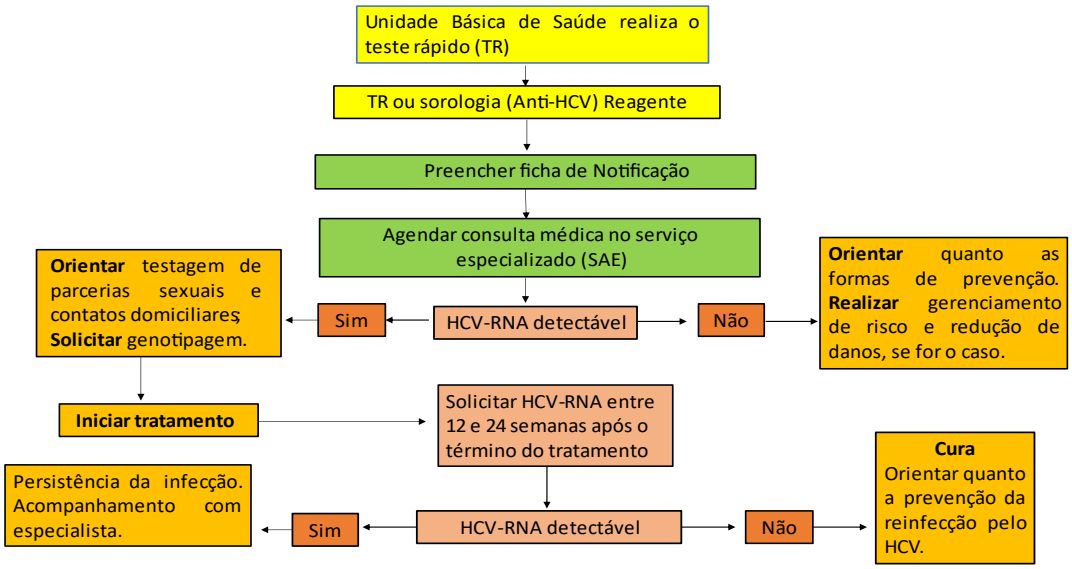
No Brasil, desde 2011, o Ministério da Saúde incluiu os testes rápidos de hepatite B e C no SUS. Esses testes de triagem, uma vez que apresentem resultados reagentes, deverão ser confirmados com exame de carga viral HCV-RNA (BRASIL, 2018a).

A OMS recomenda terapia com antivirais de ação direta, cujo tratamento é a curto prazo (geralmente de 12 a 24 semanas), a depender da ausência ou presença

de cirrose, devendo ser tratadas as pessoas acima de 12 anos de idade com infecção crônica (BENZAKEN *et al.*, 2019; BRASIL, 2018b; WHO, 2019).

Importante salientar que a cura da hepatite C após o uso de medicamentos ou mesmo após a soroconversão espontânea não confere imunidade ao paciente. Atualmente, não existe vacina contra a hepatite C, de modo que as pesquisas nessa área reafirmam a importância da prevenção e a necessidade de tratamento precoce, por serem as maneiras mais seguras de reduzir a prevalência da doença. Para isso, é fundamental conhecer os modos de transmissão do vírus e os principais comportamentos que possibilitam uma reinfecção, uma vez que podem prevenir a transmissão e auxiliar no diagnóstico precoce (BENZAKEN *et al.*, 2019; BRASIL, 2018a; SOUZA, 2016).

Figura 1- Fluxograma de diagnóstico e tratamento de Hepatite C no Brasil.



Entre os grupos vulneráveis ao HCV estão as pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência adquirida (PVHIV); pessoas sexualmente ativas que irão iniciar a profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV; pessoas com múltiplos parceiros sexuais ou múltiplas infecções sexualmente transmissíveis; pessoas transgêneros, trabalhadores do sexo e indivíduos em situação de rua (BRASIL, 2018b).

Incluem-se, também, as pessoas com idade igual ou superior a 40 anos; que usam álcool e outras drogas; privadas de liberdade; e com risco de exposição a

sangue e/ou outros materiais biológicos contaminados. Todos esses grupos devem ser testados pelo menos uma vez ao ano ou sempre que necessário (BRASIL, 2019).

O acesso ao tratamento da hepatite C tem avançado a cada dia. Em 2017, do total de 71 milhões de pessoas que viviam com HCV no mundo, cerca de 19% (13,1 milhões) conheciam seu diagnóstico e cinco milhões foram tratadas. A disponibilidade dos DAA aumentou significativamente as taxas de RVS e reduziu a complexidade e os efeitos adversos do tratamento de HCV. Apesar disso, muito ainda precisa ser feito para atingir a meta mundial de tratamento de 80% dos infectados pelo HCV até 2030 (SMITH- PALMER *et al*., 2015; WHO, 2019).

O resultado esperado do tratamento é a resposta virológica sustentada (RVS), a partir da 12ª semana e até a 24ª semana após o término do tratamento medicamentoso, por meio dos DAA. Esses medicamentos atuam diretamente na replicação viral, são administrados por via oral e possuem ação altamente eficaz, de curta duração e com poucos efeitos adversos. O paciente pode ser completamente curado com os DAA, que são altamente seguros e administrados por período mínimo de 12 semanas (COMPRI *et al.*, 2020; EASL, 2011).

Os atuais esquemas terapêuticos para o tratamento da hepatite C, incorporados ao SUS, apresentam alta efetividade terapêutica, mensurada pela RVS que visa à erradicação viral e à progressão da fibrose, aliviando os sintomas, prevenindo complicações, minimizando a mortalidade e melhorando a qualidade de vida das pessoas. Por esse motivo, ao finalizar o tratamento, deve-se aguardar um período de seis meses para realizar a carga viral e, então, confirmar o resultado do tratamento. Se o resultado permanecer “negativo” ou “indetectável”, considera-se que o paciente alcançou a RVS, que é considerada a cura da hepatite C (BRASIL, 2019; EASL, 2011).

Todos os pacientes com hepatite C, independentemente do estágio da doença, podem alcançar erradicação sustentada graças aos avanços terapêuticos medicamentosos e preventivos (BRASIL, 2018a). Nos últimos anos, a possibilidade de eliminação da infecção pelo HCV tornou-se cada vez mais perceptível, com o desenvolvimento de antivirais de ação direta (DAA), altamente eficazes, com taxas de cura superiores a 95% (PERLIN *et al*., 2017).

Consequentemente, é importante salientar que o processo de acompanhamento e monitoramento desse paciente deve ser realizado no serviço

especializado, e a análise de RVS será conforme o PCDT, pois todos os medicamentos utilizados no tratamento da hepatite C podem apresentar eventos adversos. É obrigatório o acompanhamento rigoroso no serviço de saúde, uma vez que até mesmo o paciente curado está sujeito a uma nova reinfecção caso tenha contato com o HCV (BRASIL, 2019).

No Brasil, entre 1999 e 2019, foram notificados 384.284 casos de hepatite C. Dos 253.307 indivíduos confirmados, 145.718 (57,6%) eram do sexo masculino e 107.491 (42,4%) do feminino. Neste mesmo período, no estado de Goiás, foram notificados 6.730 casos com pelo menos um marcador reagente (BRASIL, 2020).

Cerca de um milhão de brasileiros tiveram contato com o vírus da hepatite C, dos quais 657 mil ainda possuem o vírus circulante no sangue. Esse agravo atinge número crescente de pessoas, independentemente do sexo, etnia, idade ou classe social; geralmente, os casos de hepatite C estão concentrados na população acima de 40 anos de idade (BRASIL, 2018b). Esses dados apontam a relevância epidemiológica da hepatite C e o impacto que ela exerce sobre a morbimortalidade de forma global (BENZAKEN *et al*., 2019).

4.2 Políticas públicas para o enfrentamento da hepatite C na rede de atenção à saúde

Medidas para o controle da hepatite C foram recomendadas mundialmente pela OMS. Entre os documentos publicados, destaca-se o "*Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021: Towards Ending Viral Hepatitis*", que, em última análise, estabelece estratégias para a eliminação desta doença até 2030. Este documento também define estratégias para que todas as pessoas que vivem com hepatites virais tenham acesso ao diagnóstico e tratamento eficaz. Diante disso, as metas buscam reduzir a incidência de hepatite crônica dos atuais seis a 10 milhões de casos para 0,9 milhão em 2030. Para isso, serão necessárias mudanças radicais, como a ampliação de políticas públicas, avanços no diagnóstico, medicamentos, entre outras tecnologias, bem como o fortalecimento do compromisso da igualdade na saúde (BRASIL, 2018a; WHO, 2017).

De acordo com a OMS, o objetivo é reduzir em 90% as novas infecções causadas por vírus hepatotrópicos e em 65% os óbitos até 2030 (THOMAS, 2019;

WHO, 2017). O plano preconiza a elaboração de estratégias e materiais educativos para sensibilizar a população mais vulnerável, assim como a capacitação dos profissionais de saúde, agentes de saúde e endemias. Outro ponto importante é a promoção de capacitação permanente para redução de danos aos profissionais de saúde e representantes da sociedade civil, no sentido de compartilhar as responsabilidades (CARTHERY-GOULART *et al*., 2009; SMITH-PALM *et al*., 2015).

O Ministério da Saúde, os Estados e municípios pactuaram um plano com o objetivo de eliminar a hepatite C no Brasil até 2030. O propósito central reside em minimizar ocorrência de novas infecções e desenvolver ações de comunicação e educação em saúde direcionadas, principalmente, ao público acima de 40 anos de idade e grupos prioritários (pessoas que receberam transfusão de sangue antes de 1993; indivíduos que usavam e usam drogas injetáveis; pessoas que foram expostas a procedimentos que envolvem sangue, entre outros). Esse plano apresenta o desafio de localizar pessoas que foram diagnosticadas e ainda não estão em tratamento, bem como aquelas que sequer foram diagnosticadas, a fim de realizar o diagnóstico e implementar tratamento o mais precocemente possível (BRASIL, 2018a; WHO, 2018).

O Brasil também está alinhado com as metas pactuadas pela OMS até 2030, aderiu ao movimento e definiu o plano para eliminação da hepatite C. A meta é simplificar o diagnóstico, ampliar a testagem e fortalecer o atendimento às hepatites virais. Atualmente, o tratamento disponível no SUS possibilita até 95% de chance de cura (BRASIL, 2018a).

No entanto, apesar da definição desses objetivos, o sistema de saúde ainda precisa se reorganizar para a implantação de uma rede integrada que garanta um cuidado contínuo, por meio de uma abordagem proativa, capaz de prever e antecipar possíveis complicações (BRASIL, 2017). Pesquisas têm apontado a importância de ações educativas de forma a orientar e informar os pacientes acerca da doença e da importância da adesão terapêutica (COMPRI *et al*., 2020; PERLIN *et al*., 2017).

A APS e as redes de atenção à saúde integram as ações preventivas e curativas, bem como o cuidado dos indivíduos e comunidade, e desenvolvem programas e ações orientadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Diante disso, a APS busca responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde dos usuários. Os casos que não podem ser solucionados no âmbito da APS com os recursos ali disponíveis devem

ser encaminhados para centros de atenção secundária, onde há especialistas das diversas áreas, que podem dar continuidade ao cuidado (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, o planejamento de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento requer o compartilhamento de informações adequadas e atualizadas para essa população, com vistas ao fortalecimento da linha de cuidado no atendimento às hepatites virais. Para isso, os diferentes serviços da rede de atenção à saúde devem estar integrados por fluxos capazes de garantir o acesso à assistência (BRASIL, 2018b; VIANA, 2017).

É evidente que a adesão ao tratamento demanda um conjunto de comportamentos de autocuidado, de modo que é fundamental o acompanhamento do paciente para tomada de decisões diante das orientações da equipe de saúde. As redes de apoio, incluindo família, amigos e pessoas próximas, também ajudam no enfrentamento das dificuldades impostas pela doença. Ademais, esses pacientes necessitam de habilidades a serem desenvolvidas e mantidas ao longo de todo o processo (BRASIL, 2017; CHEHUEN NETO *et al*., 2019).

Segundo Taddeo *et al.* (2012), os modelos de cuidados crônicos buscam propiciar melhor qualidade de atendimento aos pacientes com doenças crônicas e são capazes de prevenir possíveis complicações. Tais modelos mostram o envolvimento da equipe de saúde com pacientes, família e comunidade, além de unirem o cuidado primário e secundário.

Estudos realizados nos serviços de saúde têm reiterado a importância da educação para práticas saudáveis e fortalecimento das políticas de prevenção. Com boa educação e adequado letramento em saúde, é possível minimizar as complicações das doenças crônicas e proporcionar uma melhor qualidade de vida. Todavia, isso demanda conhecimento, dedicação e persistência de cada membro da equipe de saúde, constantemente (PASSAMAI *et al*., 2012; PERLIN *et al*., 2017).

4.3 Conhecimento e letramento em saúde no enfrentamento da hepatite C

A falta de conhecimento a respeito do HCV pode prejudicar as atividades diárias, o acesso aos serviços de saúde, a compreensão e o uso das informações sobre as condições de saúde. Pacientes que receberam melhores informações sobre sua doença, apoio social, inclusive à família, visitas domiciliares por profissionais de

saúde, bem como tiveram o acesso facilitado ao serviço de saúde, conseguiram resposta satisfatória no processo de tomada de decisão e autocuidado em saúde (STRAUSS; TEIXEIRA, 2006).

O termo *health literacy* foi mencionado pela primeira vez em 1974, por Simonds, em artigo denominado *Health education as social policy* (Se sim, ajustar para: (SIMONDS, 1974 *apud* BERKMAN; DAVIS; MCCORNACK, 2010). O letramento em saúde é considerado um recurso fundamental para a vida e está associado ao conceito de empoderamento pessoal e comunitário, princípios estratégicos da promoção da saúde (MIALHE; PELICIONI, 2019). Por isso, OMS inclui o letramento em saúde como um dos determinantes da saúde (WHO, 2016).

Para Nutbean (2008), o letramento em saúde significa mais do que ler panfletos e fazer apontamentos; trata-se de um conjunto de habilidades que levam as pessoas a participarem ativamente na sociedade, ampliando a possibilidade de eventos cotidianos que podem favorecer a saúde.

Apesar das diversas definições para LS, é importante observar que esse constructo apresenta duas perspectivas: o conjunto de habilidades e capacidades de um indivíduo para alcançar metas determinadas pelo modelo biomédico; e o subjetivismo do referido processo, que compreende o indivíduo para além da adaptação ao meio em que vive, sendo resultado de ações de educação em saúde (MORAIS; MAGNO; GOMIDE *et al*., 2015; SORENSEN *et al*., 2012).

Para o enfrentamento das doenças crônicas, entre essas a hepatite C, tem sido destacada, cada vez mais, a necessidade de promover o engajamento do paciente na trajetória da enfermidade, da fase diagnóstica até a reabilitação. A cronicidade dos agravos em saúde é considerada uma experiência de vida duradoura, que ocasiona diversas alterações no quotidiano (BRASIL, 2017).

Alguns aspectos destacados nesse processo são a promoção de ações educativas para que o paciente tenha maior conhecimento do processo saúde-doença e a promoção de ações com foco no letramento em saúde. Ambos os fatores contribuem para o empoderamento do paciente e favorecem o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que contribuem para o efetivo enfrentamento da enfermidade (DENNISTON *et al*., 2012; SUN *et al*., 2013).

Parte-se do pressuposto de que pacientes mais informados, envolvidos e responsáveis interagem de forma mais eficaz com os profissionais da saúde,

buscando realizar ações que promovem resultados em saúde satisfatórios (SCHIMITH *et al.,* 2012; TADDEO *et al*., 2012).

Em contrapartida, o limitado letramento em saúde está associado ao aumento da mortalidade, de hospitalizações e, em alguns casos, ao pior controle das condições crônicas de saúde. Além disso, interfere diretamente na prevenção e no rastreamento de doenças, comprometendo o diagnóstico precoce. Nota-se menor cuidado preventivo entre pessoas com baixa escolaridade que tendem a usar mais medicamentos e, consequentemente, procurar os serviços de saúde com maior frequência, inclusive com desfechos de hospitalização e atendimento em serviços de emergência (SUN *et al*., 2013; WU, Z. *et al*., 2015).

Estudo mostra que os determinantes do letramento em saúde interferem diretamente no comportamento. Nesse sentido, a educação exerce efeito positivo e direto no conhecimento, o que denota sua importância para a promoção da saúde, que apresenta forte impacto no conhecimento. O conhecimento leva o desenvolvimento de habilidades em saúde, contudo o comportamento interfere no estado de saúde (SUN *et al*., 2013).

Se a população estiver exposta a práticas inseguras de saneamento, não tiver conhecimento sobre sua doença ou recusar orientações de prevenção e promoção da saúde, os serviços médicos não serão capazes, por si só, de cumprir o estabelecido. Embora poucos cuidados dependam exclusivamente de fatores relacionados ao paciente, é notório que alguns indivíduos não compreendem a verdadeira importância da assistência ao serviço de saúde, ainda que dela necessitem diariamente (BRASIL, 2018c; KUNRATH; JUNGES; LÓPEZ, 2014).

A maneira como os serviços de saúde disponibilizam informações, recursos e apoio às pessoas é fundamental para que tenham capacidade de compreensão por meio do LS (PASSAMAI *et al*., 2012). Caso os cuidados de saúde não sejam apresentados de forma plausível ao paciente, tornando-o incapaz de entender o significado do tratamento, o ambiente clínico gerará desconfiança e medo. Trata-se de uma situação prejudicial, que não afeta apenas a adesão do paciente ao tratamento, mas indica que os principais aspectos do atendimento são de baixa qualidade e, consequentemente, terão piores desfechos em saúde (PASSAMAI *et al*., 2012; SMITH-PALMER *et al*., 2015).

Por não haver vacina contra hepatite C ou profilaxia pré e pós-exposição, a prevenção é a maneira mais segura de minimizar a prevalência da enfermidade. Destaca-se que o medo da infecção pode estar relacionado ao baixo nível de conhecimento sobre a doença e está associado a atitudes discriminatórias diante dos indivíduos infectados (SOUZA *et al.*, 2017).

4.4 Considerações sobre letramento em saúde e a hepatite C

A educação em saúde é fundamental para o desenvolvimento de habilidades interpessoais e sociais. Quando as ações de educação em saúde são bem executadas e a comunicação em saúde assertiva, são esperadas melhores condições de LS (MIALHE; PELICIONI, 2019).

A capacidade para se engajar em ações voltadas para melhorar a saúde, envolvendo comportamentos pessoais, capacidade de influenciar pessoas para a tomada de decisões saudáveis relacionadas à saúde (participar de programas de promoção, prevenção e triagens), tem sido reconhecida como um importante elemento para o empoderamento individual e comunitário (MIALHE; PELICIONI, 2019; NUTBEAM, 2008). Nessa perspectiva, a educação em saúde contribui para que as pessoas sejam capazes de identificar suas necessidades de saúde e decidir qual a melhor conduta para o alcance de uma vida mais saudável.

Em contrapartida, quando o letramento do indivíduo é considerado baixo, ele se associa a maiores riscos de hospitalização, óbito, aumento dos custos para o serviço de saúde, atrasos para realizar diagnóstico preciso, baixa adesão a serviços preventivos da atenção básica e menor conhecimento da sua própria saúde (SANTOS *et al*., 2017). Por isso, o LS é considerado um fator determinante para o alcance de comportamentos de saúde que melhorem a qualidade de vida de pacientes (MARAGNO; LUIZ, 2016; PERLIN *et al*., 2017).

O Brasil ainda não tem um indicador nacional sobre as condições de LS da população. O que se tem é o Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional (INAF), que evidenciou um dado preocupante: 29% dos brasileiros são analfabetos funcionais e cerca de 3 a cada 10 brasileiros têm muita dificuldade para leitura, escrita e para lidar com cálculos em situações cotidianas (MIALHE; PELICIONI, 2019).

O adequado LS é fundamental para a compreensão e interpretação das informações sobre as doenças e seus tratamentos, principalmente no caso das doenças crônicas. Em relação ao diabetes mellitus (DM), o LS é ainda mais determinante, pois os pacientes precisam participar ativamente do seu tratamento, gerenciando sua doença, o que demanda a aquisição de habilidades com elevado grau de complexidade para o alcance do bom controle glicêmico e melhor qualidade de vida (CARTHERY- GOULART *et al*., 2009).

Estudo avaliou a educação e o letramento em saúde de pacientes submetidos a transplante de fígado e identificou, com base nas informações disponíveis em sites de 114 centros de transplante, forte correlação entre educação e LS. Os resultados evidenciaram que os pacientes em lista de espera para transplante de fígado apresentavam baixo letramento em saúde e possuíam menor escolaridade (BABABEKOV *et al*., 2019).

De acordo com o estudo da Kaundinya *et al.* (2020), a cirrose hepática é uma doença crônica cujo tratamento demanda extensos recursos de assistência médica e entendimento. No entanto, a maioria desses pacientes busca informações sobre a doença na Internet, em redes gerais ou sites de centros médicos. Na população norte-americana, aproximadamente 15% dos pacientes com cirrose hepática mencionaram a necessidade de material compreensível e acessível acerca da doença, uma vez que as informações disponíveis na Internet nem sempre são claras e existem em grande quantidade, o que dificulta o entendimento. O estudo revelou que alguns sites com conteúdo sobre cirrose demoram menos de 9 minutos para serem lidos e compreendidos, tendo em vista que a maioria dos pacientes cirróticos não utilizam a internet frequentemente (KAUNDINYA *et al*., 2020).

O baixo nível de compreensão de pacientes cirróticos a respeito da doença compromete os comportamentos de autocuidado, da mesma forma que a chance de adesão ao tratamento aumenta entre pacientes cirróticos bem informados, com sensação de melhor bem-estar e menos fadiga. Assim, acredita-se que o envolvimento desses pacientes na elaboração de um material educacional adequado, disponível on-line por meio de pesquisas simples e fáceis, pode melhorar consideravelmente a compreensão da doença crônica e aumentar a adesão terapêutica (KAUNDINYA *et al*., 2020).

Estudo realizado em Taiwan sobre o letramento em saúde hepático e estilo de vida saudável evidenciou que muitos participantes desconheciam suas condições de saúde atuais e nenhum deles tinha ouvido falar de medicamentos orais gratuitos para tratamento de hepatites ou DAA. Ademais, embora tenha sido constatado um número maior de comorbidades com risco cardiometabólico associado à insuficiência hepática e renal, diversos pacientes continuavam consumindo álcool e tabaco, principalmente aqueles com baixo nível socioeconômico (LIN *et al*., 2020). Com base nesses resultados, os autores alertaram para a necessidade de elaborar medidas educacionais para essa comunidade, bem como de iniciar programas de promoção da saúde para estabelecer um modelo de desenvolvimento sustentável de saúde e garantir a acessibilidade ao tratamento do HCV (LIN *et al*., 2020).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo e local

Trata-se de um estudo transversal, analítico, que avaliou o conhecimento e o letramento em saúde de pessoas com diagnóstico de hepatite C crônica, acompanhadas em serviço ambulatorial especializado localizado em um município da região metropolitana de Goiânia, Goiás, Brasil. Esse é o único serviço de referência para as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/Aids e hepatites virais do município que realiza atendimentos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

O serviço é dividido em três tipos de atendimentos: Centro de Testagem e Aconselhamento, Serviço de Assistência Especializada e Farmácia. O SAE desenvolve ações de tratamento para as pessoas com IST que não estão incluídas na cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), HIV/Aids e Hepatites Virais.

Na época em que os dados do presente estudo foram coletados, as atividades do SAE eram realizadas em uma casa adaptada provisoriamente no centro da cidade, de segunda a sexta-feira, das 07h às 17h30. No entanto, após a finalização da coleta de dados, o serviço foi transferido para uma sede própria.

O local do estudo é dividido em: dois consultórios médicos, um consultório de enfermagem, um consultório de psicologia, dois banheiros, um salão central onde ficam armazenados os arquivos, uma copa, uma farmácia, uma sala para recepção e uma área externa para sala de espera. O serviço é composto por uma equipe multidisciplinar formada por médicos especialistas (dois infectologistas, duas hepatologistas e um urologista), uma enfermeira, duas farmacêuticas, duas recepcionistas e um auxiliar de serviços gerais.

São desenvolvidas diversas ações, tais como: acolhimentos, consultas (médicas, enfermagem, psicólogo e farmacêutica), teste rápido para detecção das IST (HIV, sífilis, hepatites B e C), aconselhamentos pré e pós-teste, acompanhamento clínico, laboratorial, diagnóstico, tratamento, orientações das morbidades e assistência farmacêutica. Todos os pacientes com resultados de exames reagentes para hepatite C (anti- HCV) são notificados, pois se trata de doença de notificação compulsória; em seguida, após o recebimento da ficha de notificação/investigação na

vigilância epidemiológica, agenda-se a consulta especializada no SAE com uma médica hepatologista.

O Programa de IST/Aids e Hepatites Virais municipal realiza anualmente orientações sobre hepatites virais, distribuição de cartilha informativa, roda de conversa para troca de experiências e entrega de certificado de conclusão do tratamento de hepatite C crônica. Todos os anos, a equipe participa de uma capacitação promovida pelo programa, referente à Campanha Julho Amarelo, que é o mês de conscientização e prevenção das hepatites virais. No dia 28 de julho, comemora-se o dia mundial de Luta Contra as Hepatites Virais.

5.2 Participantes

A população foi constituída por 105 pessoas com diagnóstico de hepatite C crônica que estavam em acompanhamento ambulatorial entre janeiro de 2017 e dezembro de 2019. A amostra foi definida por conveniência, considerando as limitações para coleta de dados durante a pandemia do coronavírus (COVID-19) no ano de 2020.

Neste período, o agendamento de consulta eletiva para atendimento especializado foi reduzido em 50%, como medida de prevenção para evitar aglomeração e disseminação do vírus, conforme Portaria Municipal Nº 02/2020-GAB/SMS (APARECIDA DE GOIÂNIA, 2020).

Os critérios para inclusão no estudo foram: idade ≥ 18 anos, confirmação laboratorial sorológica anti-HCV (reagente), HCV-RNA (detectável por mais de seis meses) e residir no município em que está localizado o SAE. Constituíram critérios de exclusão: gestantes; pacientes com transtorno mental severo relacionado à demência, esquizofrenia e outros; óbitos. Essas informações estavam registradas nos prontuários.

5.3 Coleta de dados

Inicialmente, realizou-se levantamento dos possíveis participantes do estudo por meio de consulta aos prontuários. Verificou-se que estavam cadastrados no serviço especializado 186 pacientes com diagnóstico de HC crônica. Por meio da revisão das Fichas de Investigação de Hepatites Virais do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), registros da equipe de saúde e exames diagnósticos

complementares de todos os pacientes e aplicando-se os critérios de elegibilidade, foram excluídos 18 prontuários: oito residentes em outro município, uma pessoa com transtorno mental severo e nove óbitos.

Assim, dos 168 pacientes que atenderam aos critérios de elegibilidade para o estudo, 105 compareceram no ambulatório no período de janeiro a agosto de 2020, compondo, portanto, a amostra final investigada.

Sequencialmente, foram realizadas entrevistas estruturadas semanalmente, no próprio serviço de atenção especializada. Diariamente, eram confirmadas as consultas e realizado o convite para a participação no estudo. Caso o indivíduo expressasse o consentimento verbal, era encaminhado ao consultório individualizado para registro do consentimento informado.

As entrevistas tiveram duração de até 20 minutos. Em seguida, eram esclarecidas dúvidas dos participantes acerca da sua enfermidade e entregue folheto informativo sobre hepatite C, elaborado pela Sociedade Brasileira de Hepatologia (ANEXO A).

5.4 Instrumentos e variáveis em estudo

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado composto de três seções: (1) dados de identificação, características sociodemográficas, dados clínicos e variáveis relacionadas ao tratamento medicamentoso (APÊNDICE A); (2) Questionário relativo ao conhecimento sobre a hepatite C, autorrelatado por indivíduos com hepatite C (ANEXO B); (3) *Health Literacy Questionnaire* (HLQ - Br) versão brasileira para avaliação do letramento em saúde (ANEXO C) e escala de avaliação da gravidade da doença de *Child-Turcotte-Pugh* (ANEXO D).

As variáveis independentes foram divididas em sociodemográficas, clínicas e tratamento medicamentoso de pacientes com diagnóstico de hepatite C crônica e estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorização das variáveis sociodemográficas, clínicas e tratamento medicamentoso de pessoas com hepatite C crônica atendidas em um serviço especializado da região metropolitana de Goiânia, Goiás, Brasil, 2020.

Avaliação	Variáveis	Categorias	Tipo de variável
Características sociodemográficas	Idade	Em anos	Contínua
	Sexo	(1) Feminino (0) Masculino	Nominal
	Parceiro (a)	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Escolaridade	(0) Ensino Fundamental (1) Ensino Médio (2) Ensino Superior	Nominal
	Renda mensal	(1) ≤ 1,5 salários (0) >1,5 salários	Nominal
Dados clínicos relacionados a Hepatite C	Usuário de drogas injetáveis	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Uso de bebida alcóolica	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Tabagista	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Atividade física	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Tempo de diagnóstico	Registro em dias	Contínua
	Tempo de acompanhamento	Registro em dias	Contínua
	Modo de transmissão	(0) Transfusão sanguínea (1) Relação sexual (2) Uso de drogas injetáveis (3) Material cortante contaminado	Nominal
	Diabetes Mellitus	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Hipertensão Arterial	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Multimorbidade[a] (≥2)	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Complicações hepáticas	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Genótipo 1	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Escala de Gravidade de doença hepática (Child-Pugh)	(0) Child A (1) Child B	Nominal
Tratamento medicamentoso	Tratamento medicamentoso	(1) Sim (0) Não	Nominal
	Medicamentos em uso	(1) < 4 (0) ≥ 4	Nominal
	Autoavaliação do estado de saúde	(0) Ruim (1) Regular (2) Boa	Nominal

[a]Multimorbidade foi considerada a presença de duas ou mais comorbidades crônicas (JOHNSTON *et al*., 2018; NAVICKAS *et al*., 2016).

Para avaliação da gravidade da doença hepática, utilizou-se a escala Child-Pugh, também conhecida como classificação de *Child-Turcotte-Pugh* (ANEXO D) (KAMATH *et al.*, 2001; PUGH *et al.*, 1973). Essa escala, amplamente adotada para avaliação prognóstica da hepatopatia, baseia-se em cinco critérios que indicam alteração de função hepática (bilirrubina total, albumina sérica, INR/TP ascite e encefalopatia hepática). A pontuação emprega três critérios laboratoriais e dois critérios clínicos para diagnóstico de doença hepática, como descrito no quadro 2. Cada critério é pontuado entre 1-3, sendo que 3 pontos indica a condição mais severa.

Quadro 2 - Escala de gravidade de doença hepática Child-Pugh (MUCCI, 2010).

Critério	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Bilirrubina total (mg/dl)	<2	2-3	>3
Albumina sérica (g/dl)	>3,5	2,8-3,5	<2,8
TP (s) / INR	1-3 / <1,7	4-6 / 1,7-2,3	>6 / >2,3
Ascite	Nenhuma	Leve	Moderada/Grave
Encefalopatia hepática	Nenhuma	Grau I-II (ou suprimida com medicação)	Grau III-IV (ou refratária)

Fonte: MUCCI, 2010

Essa classificação divide os hepatopatas com base na somatória dos critérios em Child A (5-6 pontos), Child B (7-9 pontos) e Child C (10 -15 pontos). Dessa forma, são considerados em condição mais severa os pacientes da classe C (maior ou igual a 10 pontos) (KAMATH *et al.*, 2001; PUGH *et al.*, 1973).

As variáveis dependentes analisadas neste estudo foram o conhecimento relacionado ao HCV e o letramento multidimensional em saúde.

Para avaliar o conhecimento dos pacientes relacionado à hepatite C, foram utilizadas as 39 questões a respeito do conhecimento autorrelatado das causas e transmissão da infecção por hepatite C propostas por Richmond (2007) e traduzidas por Souza e colaboradores (2017). Para elaboração dessas questões, Souza *et al*. (2017) fizeram adaptações a partir de outros estudos dedicados a esta avaliação e demonstraram aplicabilidade para avaliar o conhecimento desta enfermidade por meio deste instrumento (JOUKAR *et al*., 2012; RICHMOND; 2007) (ANEXO B).

Para cada uma das 39 questões do questionário HCV, há três possibilidades de respostas: verdadeiro, falso e não sei. Foi analisada a proporção de acertos e erros em cada uma das questões do instrumento (SOUZA *et al.,* 2017).

As variáveis relacionadas ao conhecimento dos pacientes com diagnóstico de hepatite C crônica estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 - Categorização das variáveis relacionadas ao conhecimento sobre a hepatite C em pessoas com diagnóstico de hepatite C crônica atendidas em um serviço especializado da região metropolitana de Goiânia, Goiás, Brasil, 2020.

Variáveis	**Categorias**	**Tipos de variáveis**
1. A hepatite C é causada por vírus.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
2. A hepatite C é causada por bactéria.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
3. A hepatite C pode ser transmitida por meio do compartilhamento de materiais injetáveis, tais como: agulhas, garrotes, colheres, cachimbos, etc.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
4. A hepatite C pode ser transmitida por mosquitos.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
5. A hepatite C é transmitida por meio de contato com sangue contaminado.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
6. A hepatite C é transmitida através do ar em ambiente fechado (por exemplo: ônibus, elevadores, etc.)	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
7. A transmissão sexual é uma forma comum de transmissão da hepatite.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
8. A hepatite C pode ser transmitida através do beijo na boca.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
9. A hepatite C pode ser transmitida através do sexo oral.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
10. Algumas pessoas com hepatite C foram infectadas através da realização de tatuagens.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
11. O HCV é transmitido, principalmente, por via parenteral, através da grande ou repetida exposição a sangue ou produtos hemoderivados contaminados, como ocorre durante a transfusão de sangue e transplante de órgãos, tecidos ou medula óssea de doadores infectados com HCV.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
12. Outro modo menos comum e eficaz de transmissão do HCV inclui a exposição percutânea à	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal

Variáveis	Categorias	Tipos de variáveis
quantidade de sangue contaminado (ou seja, acidentes com agulhas ou objetos cortantes).		
13. A hepatite C pode ser transmitida durante o parto.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
14. A hepatite C pode ser transmitida através de relação sexual desprotegida com parceiros infectados com o HCV.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
15. A hepatite C pode ser transmitida através de serviços de barbearia.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
16. A hepatite C pode ser transmitida através de serviços de acupuntura.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
17. Os indivíduos com alto risco de infecção pela hepatite C são aqueles que receberam transfusões de sangue/hemoderivados antes de 1992, pacientes em hemodiálise, hemofílicos, presos, sexualmente promíscuos, transplantados, pessoas com tatuagens e piercings e usuários de drogas injetáveis ilícitas.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
18. A hepatite C pode ser transmitida através de rituais de escarificação.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
19. A hepatite C pode ser transmitida através de circuncisão.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
20. A hepatite C pode ser transmitida através do compartilhamento de escovas de dente.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
21. A hepatite C pode ser transmitida através de serviços de manicure e pedicure.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
22. A hepatite C pode ser transmitida através do compartilhamento de lâminas de barbear.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
23. Não existe o contágio por abraços e contato casual com a pessoa portadora de hepatite C.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
24. A hepatite C pode ser transmitida por espirros e tosses.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
25. A hepatite C pode ser transmitida através do compartilhamento de copos e talheres.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
26. A mãe com hepatite C pode transmitir a doença para o seu filho durante a amamentação.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
27. As pessoas com hepatite C deveriam ser impedidas de trabalhar na indústria de alimentos.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
28. A hepatite C pode causar cirrose.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal

Variáveis	Categorias	Tipos de variáveis
29. A hepatite C está associada ao aumento do risco de câncer de fígado.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
30. A hepatite C é uma mutação da hepatite B.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
31. Uma pessoa pode ser infectada com hepatite C e não apresentar quaisquer sintomas da doença.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
32. Há um tratamento farmacêutico disponível para a hepatite C.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
33. Existe uma vacina para a hepatite C.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
34. É mais fácil ser infectado com HIV do que com o agente etiológico da hepatite C.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
35. Um indivíduo pode ter anticorpos contra a hepatite C sem ter sido recentemente infectado pelo vírus.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
36. As pessoas com hepatite C deveriam restringir a ingestão de álcool.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
37. Depois de ter tido hepatite C, você não pode adquirir a doença de novo, pois está imune.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
38. Realizar um procedimento médico e/ou odontológico no Oriente Médio, no Sudeste Asiático ou no Mediterrâneo aumenta as chances de uma pessoa contrair hepatite C.	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal
39. A maioria das pessoas que contraíram a hepatite C morrerão prematuramente por causa da infecção	Verdadeiro (1) Falso (0)	Nominal

Para avaliar o letramento em saúde optou-se por utilizar o questionário australiano multidimensional denominado *Health Literacy Questionaire* (HLQ), desenvolvido para traçar o perfil de um indivíduo ou da população em geral, selecionando assim as necessidades e limitações do letramento em saúde. O instrumento original apresenta confiabilidade em todas as escalas (OSBORNE *et al.*, 2013).

O HLQ foi traduzido e validado para uso no Brasil e demonstrou confiabilidade e aplicabilidade para utilização em diferentes populações com doenças crônicas, entre essas câncer, insuficiência renal, hipertensão arterial e diabetes mellitus (MORAES, 2018). Para realização deste estudo obteve-se a autorização para uso da versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) da Universidade de Swinburne - Austrália e também dos autores da versão brasileira (ANEXO E).

O HLQ - Br compreende 44 itens agrupados em nove escalas independentes: 1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde; 2. Informações suficientes para cuidar da saúde; 3. Cuidado ativo da saúde; 4. Suporte social para saúde; 5. Avaliação das informações em saúde; 6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde; 7. Navegar no sistema de saúde; 8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde; e 9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer (MORAES, 2018; OSBORNE, 2013).

As variáveis relacionadas ao letramento em saúde dos pacientes com diagnóstico de hepatite C crônica são divididas em nove escalas e estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4 - Categorização das variáveis relacionadas ao letramento em saúde de pessoas com hepatite C crônica atendidas em um serviço especializado da região metropolitana de Goiânia, Goiás, Brasil, 2020.

Avaliação	**Escalas do HLQ-Br**	**Categorias**	**Medida**
Letramento em saúde	Parte 1		
	1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde (Q2; Q8; Q17; Q22)	1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Concordo 4. Concordo totalmente	Ordinal
	2. Informações suficientes para cuidar da saúde (Q1; Q10; Q14; Q23)		
	3. Cuidado ativo da saúde (Q6; Q9; Q13; Q18; Q21)		
	4. Suporte social para saúde (Q3; Q5; Q11; Q15; Q19)		
	5.Avaliação das informações em saúde (Q4; Q7; Q12; Q16; Q20)		
	Parte 2		
	6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde (Q2; Q4; Q7; Q15; Q20)	1. Não consigo fazer ou sempre difícil 2. Geralmente difícil 3. Às vezes difícil 4. Geralmente fácil 5. Sempre fácil	Ordinal
	7. Navegar no sistema de saúde (Q1; Q8; Q11; Q16; Q19)		
	8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde (Q3; Q6; Q10; Q14; Q18)		
	9. Entender as informações sobre saúde e saber o que fazer (Q5; Q9; Q12; Q17; Q21)		

Abaixo estão descritos os itens pertencentes a cada uma das escalas, bem como sua intencionalidade (Tabela 5).

Quadro 5 - Escalas e intencionalidade dos constructos da versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire* (MORAES, 2018; OSBORNE, 2013).

Escalas HLQ - Br e Itens	Intencionalidade de cada constructo das escalas do HLQ
1. Compreensão e apoio dos profissionais de saúde *Q. 2. Eu tenho pelo menos um profissional ...* *Q. 8. Eu tenho pelo menos um profissional de saúde com quem eu posso ...* *Q. 17. Eu tenho os profissionais de saúde que necessito para me ajudar...* *Q. 22. Eu posso contar com pelo...*	**Alto:** têm um relacionamento estabelecido com pelo menos um profissional de saúde que conhecem bem e no qual confiam para fornecer conselhos e informações úteis e ajudá-los a compreender as informações e tomar decisões sobre sua saúde. **Baixo:** as pessoas que apresentam escores baixo neste domínio são incapazes de se envolver com os médicos e com outros profissionais de saúde. Elas não têm um provedor de saúde regular e/ou têm dificuldade em confiar nos provedores de saúde como uma fonte de informação e/ou de conselhos.
2. Informações suficientes para cuidar da saúde *Q.1. Na minha opinião, tenho boas informações...* *Q.10. Eu tenho informação suficiente para me ajudar a lidar ...* *Q.14. Eu tenho certeza de que tenho toda informação que ...* *Q.23. Eu tenho toda a informação que preciso para ...*	**Alto:** são confiantes de que têm todas as informações de que precisam para viver e cuidar da sua condição e tomar decisões. **Baixo:** acreditam que há muitas lacunas no seu conhecimento e que não dispõem da informação necessária para viver e gerenciar suas preocupações com a saúde.
3. Cuidado ativo da saúde *Q.6. Eu gasto bastante tempo envolvido ...* *Q.9. Eu faço planos sobre o que eu preciso ...* *Q.13. Apesar de outras coisas acontecendo em minha vida...* *Q.18. Eu decido meus próprios objetivos ...*	**Alto:** reconhecem a importância e são capazes de assumir a responsabilidade pela própria saúde. Empenham-se ativamente no seu próprio cuidado e tomam suas próprias decisões sobre saúde. **Baixo:** não veem sua saúde como sua responsabilidade, não estão envolvidos em seus

Escalas HLQ - Br e Itens	Intencionalidade de cada constructo das escalas do HLQ
Q.21. Há coisas que eu faço regularmente	cuidados de saúde e os consideram como algo que deva ser feito para eles.
4. Suporte social para saúde *Q.3. Eu tenho acesso a várias pessoas que me entendem...* *Q.5. Quando me sinto doente, as pessoas ao meu redor realmente ...* *Q.11. Se eu precisar de ajuda, eu tenho muitas pessoas ...* *Q.15. Eu tenho pelo menos uma pessoa que pode me ...* *Q.19. Eu tenho forte apoio da família ...*	**Alto:** as pessoas têm o sistema social que desejam e de que precisam. **Baixo:** completamente sozinhas e sem apoio.
5. Avaliação das informações em saúde *Q.4. Eu comparo informações de saúde...* *Q.7. Quando eu vejo novas informações sobre saúde...* *Q.12. Eu sempre comparo informações de saúde obtidas de fontes ...* *Q.16. Eu sei como descobrir se as informações de saúde ...* *Q.20. Eu pergunto aos profissionais de saúde sobre a qualidade ...*	**Alto:** são capazes de identificar boas e confiáveis fontes de informação e de distinguir informações contraditórias sozinhas ou com a ajuda de outros. **Baixo:** não importa o quanto tentem, não compreendem a maioria das informações sobre saúde e ficam confusas quando há informações conflitantes.
6. Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde *Q.2. Ter certeza de que os profissionais de saúde entendem ...* *Q.4. Sentir-se capaz de conversar sobre suas preocupações ...* *Q.7. Ter boas conversas sobre ...* *Q.15. Conversar com os profissionais de saúde...* *Q.20. Fazer perguntas aos profissionais de saúde para ...*	**Alto:** são proativos sobre a sua saúde e se sentem no controle do relacionamento com os profissionais de saúde. São capazes de procurar aconselhamento adicional dos profissionais de saúde, quando necessário. Eles continuam indo até conseguirem o que querem. **Baixo:** são passivos nas suas abordagens aos cuidados de saúde, inativos, ou seja, não procuram ou não esclarecem informações e conselhos e/ou opções de serviço. Aceitam informações, sem questionar. São incapazes de fazer perguntas para obter informações ou para esclarecer o que não entendem. Aceitam o que é oferecido sem procurar

Escalas HLQ - Br e Itens	Intencionalidade de cada constructo das escalas do HLQ
	garantir que suas necessidades sejam atendidas. Sentem-se incapazes de compartilhar preocupações.
7. Navegar no sistema de saúde *Q.1. Encontrar o serviço ...* *Q.8. Conseguir consultar o profissional ...* *Q.11. Decidir qual profissional de saúde...* *Q.16. Descobrir quais serviços de saúde ...* *Q.19. Decidir qual é o melhor serviço ...*	**Alto:** são capazes de descobrir informações sobre os serviços e suporte de saúde para que tenham todas as suas necessidades atendidas. Também são capazes de navegar por conta própria no sistema de saúde. **Baixo:** não são capazes de navegar nos serviços de saúde por conta própria e são incapazes de encontrar alguém que possa ajudá-los a usar o sistema de saúde para resolver as suas necessidades de saúde. Não enxergam para além dos recursos óbvios e têm uma compreensão limitada do que está disponível e daquilo a que têm direito.
8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde *Q.3. Encontrar informação sobre ...* *Q.6. Encontrar informações sobre ...* *Q.10. Conseguir informação sobre saúde para que você fique ...* *Q.14. Conseguir informações sobre saúde ...* *Q.18. Conseguir informações ...*	**Alto:** são "exploradores de informação". Usam ativamente diversificadas fontes para encontrar informações e são atualizados. **Baixo:** não conseguem acessar informações de saúde quando necessário. São dependentes dos outros para oferecer informações.
9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer *Q.5. Preencher corretamente formulários com informações ...* *Q.9. Seguir exatamente as instruções dos ...* *Q.12. Ler e entender informações...* *Q.17. Ler e entender todas as ...* *Q.21. Entender o que os profissionais de ...*	**Alto:** são capazes de compreender todas as informações escritas (incluindo informação numérica) em relação à sua saúde e de escrever de forma adequada nos formulários sempre que necessário. **Baixo:** têm problemas em entender qualquer informação de saúde escrita ou instruções sobre os tratamentos ou medicamentos. São incapazes de ler ou escrever bem o suficiente para preencher formulários médicos.

As opções de resposta para cada escala são definidas pelo conteúdo e natureza dos itens. Para as escalas 1-5 são disponibilizadas opções de resposta ordinal de quatro pontos (discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente) e, para as escalas 6-9 opções, opções de resposta ordinal de cinco pontos (não consigo fazer ou sempre difícil, geralmente difícil, às vezes difícil, geralmente fácil e sempre fácil) (OSBORNE *et al.*, 2013).

5.5 Análise dos dados

Os dados foram registrados em formulário eletrônico específico, no programa Microsoft Excel® 2013. Este banco foi validado para a análise da consistência interna. As inconsistências identificadas foram checadas e corrigidas ao longo do processo de análise estatística exploratória. Sequencialmente, este banco de dados foi importado para *software* R (versão 4.0.3), no qual foram realizadas todas as análises estatísticas.

O HLQ não fornece pontuação global para o questionário e sim escore de média e desvio-padrão para cada uma das nove escalas separadamente. Essa pontuação indica os pontos fortes e as necessidades de cada pessoa em relação ao seu letramento em saúde (OSBORNE *et al.*, 2013).

As variáveis contínuas foram apresentadas por meio de média, desvio-padrão, mediana e intervalo interquartil. As variáveis categóricas foram calculadas por meio de frequência e porcentagens, e o intervalo de confiança de 95% (IC95%) através do método de Wilson (WILSON, 1927). A confiabilidade do HLQ-Br foi calculada pelo Alfa de Cronbach.

Para analisar o conhecimento do paciente em relação à hepatite C analisou-se a proporção de acertos e erros em cada uma das questões do instrumento. Neste caso, considerou-se alto conhecimento quando alcançadas proporções iguais ou superiores a 70% (SOUZA *et al*., 2017).

Avaliou-se a associação entre as variáveis dependentes e cada variável independente categórica por meio do teste Wilcoxon-Mann-Whitney (duas categorias) ou Kruskal-Wallis (mais do que duas categorias). Para variáveis independentes contínuas, a associação com a dependente foi avaliada por meio de regressão linear simples (univariada), utilizando o teste F. As variáveis contínuas e categóricas que demonstraram associação significativa com a resposta na análise univariada (p-valor

< 0,10) foram incluídas na análise multivariada por meio do modelo de regressão linear múltipla.

O modelo final foi selecionado utilizando o critério AIC *(Akaike Information Criterion) (*AKAIKE, 1998). Avaliou-se a qualidade do ajuste do modelo final por meio do R-quadrado ajustado. O teste F foi utilizado para comparar o modelo final com um modelo de regressão contendo apenas o intercepto.

5.6 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob o parecer 3.739.691 e número CAEE: 24596419.9.0000.0037. O estudo foi conduzido respeitando os aspectos éticos-legais vigentes na legislação brasileira para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme regulamentam os dispositivos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados no formato alternativo, distribuídos em dois manuscritos. O primeiro será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem (ANEXO I) e o segundo à Revista Latino-Americana de Enfermagem (ANEXO J). Eles foram formatados de acordo com as instruções para os autores específicos destes periódicos.

6.1 Manuscrito 1 – Fatores associados ao conhecimento de pacientes crônicos em acompanhamento ambulatorial acerca da hepatite C

6.2 Manuscrito 2 – Fatores associados ao letramento em saúde de pacientes com Hepatite C crônica em acompanhamento ambulatorial

6.1 Manuscrito 1 – Fatores associados ao conhecimento de pacientes crônicos em acompanhamento ambulatorial acerca da hepatite C

Revista Brasileira de Enfermagem
REBEn

ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados ao conhecimento de pacientes crônicos em acompanhamento ambulatorial acerca da hepatite C

RESUMO

Objetivo: verificar os fatores associados ao conhecimento de pacientes com hepatite C crônica em acompanhamento ambulatorial. **Métodos:** estudo transversal, analítico, realizado com 105 indivíduos com hepatite C crônica em acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada no Centro-Oeste do Brasil. Foram realizadas entrevistas estruturadas com questões sociodemográficas, clínicas e sobre o tratamento medicamentoso. Avaliou-se o conhecimento dos participantes por meio de instrumento de autorrelato sobre as causas e transmissão da infecção por hepatite C e calculou-se a mediana de conhecimento da amostra. A interpretação foi conduzida com base na proporção de acertos e erros em cada uma das questões do instrumento, tendo sido considerado alto conhecimento proporções iguais ou superiores a 70%. As associações entre as variáveis foram analisadas mediante regressão linear simples e múltipla. **Resultados:** quatro variáveis associaram-se ao conhecimento sobre HC: idade ($p<0,001$), ter companheiro ($p<0,001$), escolaridade Ensino Médio e Superior ($p<0,001$) e tabagismo ($p=0,009$). Os itens de conhecimento que tiveram os piores desempenhos foram relacionados à natureza e formas de transmissão da doença. **Conclusão:** há déficit de conhecimento em relação às causas, tratamento e existência de vacina para hepatite C. Associaram-se negativamente ao conhecimento idade e tabagismo e, positivamente, ter Ensino Médio ou Superior.

Descritores: Hepatite C crônica; Conhecimento; Autogestão.

Descriptors: Hepatitis C, Chronic; Knowledge; Self-management.

Descriptores: Hepatitis C Crónica; Conocimiento; Automanejo.

INTRODUÇÃO

A hepatite C (HC) é uma infecção viral considerada um desafio global para os sistemas de saúde. Estima-se que, em 2015, cerca de 71,1 milhões de pessoas tenham sido infectadas pelo vírus da hepatite C (HCV), o equivalente a 1,0% da população mundial[1]. A maior parte dessas pessoas desconhece seu diagnóstico, mesmo após o alarmante número de 400 mil mortes. Até 2040, estima-se um total de 84 milhões de mortes por ano decorrentes de cirrose hepática e câncer de fígado[2-3].

Em 2016, durante a 69ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde, foi aprovada a "Estratégia Global do Setor Saúde para Eliminação da Hepatite Viral até 2030"[1]. Desde então, apesar da tendência de declínio, as taxas morbidade e mortalidade ainda se mantêm elevadas, e em 80% dos casos de HC tem sido observada evolução para a forma crônica[4-6].

As metas a serem alcançadas até 2030 são: taxa de diagnóstico de 90% do total de infecções, diminuição de 90% no número de novas infecções e de 65% da mortalidade relacionada ao fígado[1-5]. O alcance dessa estratégia pressupõe, sobretudo, uma abordagem abrangente e compreensiva do cuidado em saúde, que posicione paciente, família e comunidade no centro das ações de cuidado em saúde e que enfatize o desenvolvimento de competências para o autocuidado e autoeficácia no enfrentamento desta enfermidade[1-7].

Os desafios comuns para eliminação da hepatite C incluem o déficit de conhecimento e a falta de conscientização sobre as medidas de prevenção, controle e tratamento da HC. Além disso, o estigma, a discriminação e a baixa compreensão acerca do tratamento contribuem para que as pessoas não acessem os serviços de saúde[8].

Nesse sentido, a tomada de decisão compartilhada com o engajamento do paciente que apresenta hepatite C é fundamental para que ele amplie sua compreensão sobre as demandas necessárias ao longo do continuum do cuidado.

Para isso, é essencial avaliar o conhecimento de pessoas com diagnóstico de hepatite C, nos quesitos causas, modos de transmissão e tratamento[9-11]. Este é um importante indicador para o planejamento de ações educativas que contribuam para o autogerenciamento da saúde e autoeficácia neste processo. Fundamental também o apoio dos profissionais da saúde no enfrentamento de sentimentos como medo da infecção, culpa e vergonha, os quais podem estar relacionados ao déficit de conhecimento e a atitudes negativas diante da doença[12].

Estudos apontam que o déficit de conhecimento entre pessoas infectadas pelo HCV tem sido associado a fatores como nível de educação, idade e raça[13-15]. As limitações do conhecimento podem influenciar a decisão do paciente em buscar os serviços de saúde e iniciar a terapia antirretroviral, bem como comprometer a qualidade de vida e o cuidado em saúde[11]. O baixo nível de conhecimento

tem ainda o potencial de prejudicar o comportamento e as escolhas de saúde das pessoas com hepatite C[9,11,16].

Por outro lado, o adequado conhecimento beneficia o engajamento do paciente no processo terapêutico, estabelecendo a vinculação com o serviço de saúde e preparando-o para o enfrentamento da doença, adesão ao tratamento medicamentoso e manutenção das medidas preventivas[17].

Entretanto, apesar da importância deste tema, ainda são escassas as pesquisas sobre o conhecimento dos pacientes com hepatite C, especialmente em países da América Latina, como o Brasil. A maioria dos estudos que investigou o conhecimento a respeito do HCV foi realizada na perspectiva de profissionais de saúde[18-22]. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar os fatores associados ao conhecimento de pacientes em acompanhamento ambulatorial acerca da HC.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob CAEE 24596419.9.0000.0037 e parecer 3.739.691. A pesquisa foi conduzida segundo as normativas éticas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde[23].

Desenho, período e local do estudo

Estudo transversal, analítico, realizado com pacientes ambulatoriais, cronicamente infectados com o vírus da hepatite C (HCV), acompanhados em um serviço especializado do Sistema Único de Saúde da região metropolitana de Goiânia, Goiás, Brasil, no período de janeiro a agosto de 2020. Neste estudo, seguiu-se a estratégia de qualificação para estudos observacionais em epidemiologia[24].

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi constituída por todas as pessoas com diagnóstico de hepatite C crônica que estavam em acompanhamento ambulatorial no período de 2017 a 2019. A amostra foi definida por conveniência, considerando as limitações para coleta de dados em 2020 em virtude do enfrentamento da pandemia COVID-19. Na época, o agendamento de consultas eletivas destinadas ao atendimento especializado foi reduzido em 50% para evitar aglomerações, conforme Portaria Municipal Nº 02/2020-GAB/SMS (APARECIDA DE GOIÂNIA, 2020).

Os critérios para inclusão no estudo foram: idade ≥ 18 anos, possuir confirmação laboratorial sorológica anti-HCV (reagente), HCV-RNA (detectável) e residir no município onde faz o

acompanhamento ambulatorial. Constituíram critérios de exclusão: gestantes; pessoas com transtorno mental severo relacionado à demência, esquizofrenia e outros; óbitos. Essas informações estavam registradas nos prontuários.

Estavam cadastrados no serviço especializado 186 pacientes com diagnóstico de HC crônica. No entanto, após revisão da Ficha de Investigação de Hepatites Virais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dos registros da equipe de saúde e exames diagnósticos complementares de todos os pacientes e aplicando-se os critérios de elegibilidade, foram excluídos 18 prontuários: oito por serem residentes em outro município, uma pessoa com transtorno mental severo e nove óbitos. Assim, dos 168 pacientes que atendiam aos critérios de elegibilidade para o estudo, 105 compareceram no ambulatório e constituíram a amostra do estudo.

Coleta de dados e variáveis em estudo

Para as entrevistas foi utilizado um formulário estruturado composto de duas seções: (1) dados de identificação, características sociodemográficas, dados clínicos do paciente e tratamento medicamentoso; (2) questionário relativo ao conhecimento sobre a hepatite C.

As variáveis observadas foram: 1. informações sociodemográficas (idade, sexo, ter companheiro, escolaridade, renda familiar); 2. informações clínicas relacionadas ao HCV (uso de drogas injetáveis atualmente; uso de álcool; tabagismo); atividade física; tempo de diagnóstico de HCV; tempo de acompanhamento ambulatorial; fonte de transmissão; histórico de diabetes; hipertensão arterial; multimorbidades; complicações hepáticas genótipo 1; gravidade da doença hepática (registro da classificação de Child-Turcotte-Pugh – emprega três critérios laboratoriais e dois critérios clínicos para doença hepática, Child A/B/C, sendo C a maior gravidade)[25]; 3) variáveis relacionadas ao tratamento medicamentoso: em uso de terapia antirretroviral; uso de quatro ou mais medicamentos; autoavaliação do estado de saúde.

Para avaliar o conhecimento relacionado à hepatite C, foram utilizadas as 39 questões que investigam o conhecimento autorrelatado das causas e formas de transmissão da infecção propostas por Souza e colaboradores[26]. Para elaboração dessas questões, os pesquisadores fizeram adaptações a partir de outros estudos dedicados a esta avaliação e que demonstraram aplicabilidade para avaliar o conhecimento desta enfermidade[19-20].

Para cada uma das 39 questões do questionário, há três possibilidades de respostas: verdadeiro, falso e não sei. Analisou-se a proporção de acertos e erros em cada questão do questionário.

Análise dos resultados e estatística

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software* R (versão 4.0.3). As variáveis contínuas foram descritas por meio de mediana e intervalo interquartil. As variáveis categóricas foram relatadas como frequência e porcentagens. Intervalos de confiança para as porcentagens foram obtidos por meio do método de Wilson[27].

Calculou-se a mediana de conhecimento relacionado à hepatite C, bem como a proporção de acerto e erros em cada uma das questões do instrumento. Classificou-se como baixo conhecimento proporções de erros iguais ou superiores a 70%[18].

Na análise univariada, avaliou-se a associação entre a variável-resposta e cada variável independente categórica por meio do teste Wilcoxon-Mann-Whitney (duas categorias) ou Kruskal-Wallis (mais do que duas categorias). Para cada variável independente contínua, a associação com a resposta foi avaliada mediante regressão linear simples utilizando o teste F. As variáveis independentes contínuas e categóricas que demonstraram associação significativa com a resposta na análise univariada ($p < 0,1$) foram incluídas na análise multivariada por meio de um modelo de regressão linear múltipla.

O modelo final de regressão múltipla foi selecionado utilizando o critério AIC *(Akaike Information Criterion*)[28]. Avaliou-se a qualidade do ajuste do modelo final por meio do R-quadrado e R-quadrado ajustado. O teste F foi utilizado para comparar o modelo final com um modelo de regressão contendo apenas o intercepto.

RESULTADOS

A maioria dos 105 participantes era do sexo masculino, morava com um (a) companheiro (a), tinha Ensino Fundamental e renda mensal inferior a um salário-mínimo e meio. Em termos clínicos, prevaleceu o genótipo 1 para o HCV, com baixa severidade da doença hepática (Child A – 101; 96%).

As formas de transmissão do HCV mais frequentemente relatadas foram transmissão sanguínea, uso de material perfurocortante e uso de drogas injetáveis. A maioria dos participantes estava em tratamento medicamentoso e em uso de polifarmácia.

A mediana do escore de conhecimento dos participantes foi de 28 (IQ= 25-30). Na análise univariada, quatro variáveis mostraram-se associadas ao conhecimento da HC ($p < 0,10$) e entraram no modelo multivariado: idade ($p < 0,001$), escolaridade Fundamental, Médio ou Superior ($p < 0,001$) e tabagismo ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas e tratamento medicamentoso em relação ao conhecimento de pacientes ambulatoriais sobre hepatite C crônica, Brasil, 2020

Variáveis	**Participantes n=105**	**IC (95%)**	**Conhecimento HCV md (IQ)[a]**	**p**
Características sociodemográficas				
Idade[a]	54 (48-62)[a]		-0,9[b]	p<0,001*
Sexo (%)				0,901
Masculino	61 (58%)	48,54-67,08	28 (25-30)	
Feminino	44 (42%)	32,92-51,46	28,5 (25-30,2)	
Ter companheiro (%)				p<0,001*
Não	40 (38%)	29,38-47,65	27 (24-29)	
Sim	65 (62%)	52,35-70,62	29 (26-31)	
Escolaridade (%)				p<0,001*
Ensino Fundamental	52 (50%)	40,15-58,93	27 (24-29)	
Ensino Médio	46 (44%)	34,7-53,35	29 (26-31)	
Ensino Superior	7 (7%)	3,27-13,13	32 (31-33)	
Renda mensal[c] (n=85) (%)				p<0,001*
> 1,5 salários-minimos	14 (13%)	10,07-25,77	31,5 (28-32)	
≤ 1,5 salários-mínimos	71 (68%)	74,23-89,93	28 (25-30)	
Características clínicas				
Uso atual de drogas injetáveis (%)				p<0,001*
Não	103 (98%)	93,32-99,48	28 (25-30)	
Sim	2 (2%)	0,52-6,68	32 (31-33)	
Uso atual de álcool (%)				0,634
Não	65 (62%)	52,35-70,62	28 (25-31)	
Sim	40 (38%)	29,38-47,65	28 (25,8 - 30)	
Tabagismo atual (%)				p<0,001*
Não	75 (71%)	62,15-79,19	29 (25-31)	
Sim	30 (29%)	20,81-37,85	27 (24,2-28)	
Atividade física (%)				0,181
Não	92 (88%)	79,96-92,62	28 (25-30)	
Sim	13 (12%)	7,38-20,04	29 (28-31)	
Diabetes mellitus (%)				0,420
Não	86 (82%)	73,46-88,1	28 (25-30)	
Sim	19 (18%)	11,9-26,54	28 (26,5-31,5)	
Hipertensão arterial (n=102) (%)				0,852
Não	73 (70%)	62,16-79,42	28 (25-31)	
Sim	29 (28%)	20,58-37,84	28 (26-29)	
Multimorbidades (≥ 2 morbidades) (%)				0,249
Não	40 (38%)	29,38-47,65	28 (26,8-30,2)	

Variáveis	Participantes n=105	IC (95%)	Conhecimento HCV md (IQ)[a]	p
Sim	65 (62%)	52,35-70,62	28 (25-30)	
Condições clínicas relacionadas ao HCV				
Genótipo 1 (%)				0,294
Não	11 (10%)	5,95-17,79	29 (27,5-31)	
Sim	94 (90%)	82,21-94,05	28 (25-30)	
Gravidade da doença hepática (n=104) (%)				0,311
Child A	101 (96%)	91,86-99,01	28 (25-30)	
Child B	3 (3%)	0,99-8,14	32 (27,5-33,5)	
Tempo de diagnóstico[d](%), em dias (%)	1034 (619-1512)		7,5	0,611
Tempo de acompanhamento ambulatorial[d], em dias (%)	929 (547-1498)		2,2	0,853
Modo de transmissão (%)				0,673
Transfusão sanguínea	44 (42%)	32,92-51,46	28 (24-30)	
Sexual	7 (7%)	3,27-13,13	27 (26-29)	
Drogas injetáveis	21 (20%)	13,47-28,65	29 (27-30)	
Material perfurocortante	33 (31%)	23,34-40,83	29 (25-31)	
Complicações hepáticas (%)				0,173
Não	95 (90%)	83,35-94,74	28 (25-31)	
Sim	10 (10%)	5,26-16,65	27,5 (23-28,8)	
Tratamento medicamentoso para o HCV (%)				0,947
Não	8 (8%)	3,91-14,32	27,5 (26,5-30)	
Sim	97 (92%)	85,68-96,09	28 (25-30)	
Polifarmácia (≥ 4 medicamentos) (%)				0,544
Sim	55 (52%)	46,77-66,12	29 (25-31)	
Não	42 (40%)	33,88-53,23	28 (24,2-30)	
Autoavaliação do estado de saúde (n=102) (%)				0,033
Ruim	1 (1%)	0,17-5,35	24 (24-24)	
Regular	20 (19%)	13,07-28,35	26 (23,8-29)	
Bom	81 (77%)	70,57-86,12	28 (26-31)	

[a]Mediana e intervalo interquartil. [b]Coeficientes. [c]Salário-mínimo atual: R$ 1,045,00 [d]em anos. [‡]IC= intervalo de confiança;
[e]Child A/B/C, sendo C a maior gravidade.
*Variavéis que resultaram em p-valor <0,10 foram incluídas na análise de regressão múltipla.

Analisou-se simultaneamente a associação dos fatores idade, escolaridade e tabagismo com o escore de conhecimento do HCV por meio de modelo de regressão linear múltipla. Utilizando o critério AIC, o modelo final selecionado comportou todos os quatro fatores inicialmente considerados, ou seja, nenhuma variável foi descartada. Esse modelo foi capaz de explicar 27,9% (R^2) da variância dos escores de conhecimento. Identificou-se que o aumento de um ano na idade

gera decréscimo na mediana dos escores de conhecimento, considerando as outras variáveis fixas (Tabela 2).

Tabela 2 - Efeito de variáveis idade, escolaridade e tabagismo na mediana de conhecimento sobre hepatite C de 105 pacientes em acompanhamento ambulatorial. Brasil, 2020

Variáveis	**Coeficiente**	**IC** (95%)**		**Valor de p ***
Idade	-0,12	-0,193	-0,049	0,001
Escolaridade (Ensino Médio)	0,78	-0,945	2,503	0,028
Escolaridade (Ensino Superior)	4,41	1,188	7,631	
Tabagismo (sim)	-2,04	-3,758	-0,327	0,020

*p-valor do teste F avaliando a significância de cada variável
† R^2 = R quadrado; ** Intervalo de confiança (IC) de 95% para cada coeficiente;

As questões que apresentaram proporção de erros >70% foram: tipo do microrganismo transmissor; acreditar que era mais fácil ser infectado com HIV do que com o agente etiológico da hepatite C; não acreditar que um indivíduo poderia ter anticorpos contra a hepatite C sem ter sido recentemente infectado pelo vírus; considerar que a exposição percutânea a sangue contaminado é menos eficaz; não considerar possível ocorrer transmissão no parto; acreditar na transmissão pela amamentação; e acreditar na existência da vacina (Tabela 3).

Tabela 3 - Proporção de acertos e erros dos itens relacionados ao conhecimento de 105 pacientes em acompanhamento ambulatorial sobre hepatite C , Brasil, 2020.

Questões	**Acertos n (%)**	**Erros n (%)**
Natureza da Doença		
Q 1. A hepatite C é causada por vírus (V)	81 (77,1)	24 (22,9)
Q 2. A hepatite C é causada por bactérias (F)	30 (28,6)	75 (71,4)
Q 17. Os indivíduos com alto risco de infecção pela hepatite C são aqueles que receberam transfusão de sangue/hemoderivados antes 1992, pacientes em hemodiálise, hemofílicos, presos, sexualmente promíscuos, transplantados, pessoas com tatuagens, piercing e usuários de drogas injetáveis ilícitas (V)	102 (97,1)	03 (2,9)
Q 27. As pessoas com hepatite C deveriam ser impedidas de trabalhar na indústria de alimentos (F)	82 (78,1)	23 (21,9)
Q 28. A hepatite C pode causar cirrose (V)	104 (99,0)	01 (1,0)
Q 29. A hepatite C está associada ao aumento do risco de câncer de fígado (V)	103 (98,1)	02 (1,9)
Q 30. A hepatite C é uma mutação da hepatite B (F)	38 (36,2)	67 (63,8)
Q 31. Uma pessoa pode ser infectada com hepatite C e não apresentar quaisquer sintomas da doença (V)	95 (90,5)	10 (9,5)
Q 34. É mais fácil ser infectado com HIV que com o agente etiológico da hepatite C (F)	20 (19,0)	85 (81,0)
Q 35. Um indivíduo pode ter anticorpos contra a hepatite C sem ter sido recentemente infectado pelo vírus (V)	28 (26,7)	77 (73,3)

Questões	Acertos n (%)	Erros n (%)
Q 36. As pessoas com hepatite C deveriam restringir a ingestão de álcool (V)	104 (99,0)	01 (1,0)
Q 37. Depois de ter tido hepatite C, você não pode adquirir a doença de novo, pois está imune (F)	56 (53,3)	49 (46,7)
Q 39. A maioria das pessoas que contraíram a hepatite C morrerão prematuramente por causa da infecção (F)	80 (76,2)	25 (23,8)
Transmissão		
Q 3. A hepatite C pode ser transmitida por meio do compartilhamento de materiais injetáveis, tais como: agulhas, garrotes, colheres, cachimbos, etc. (V)	67 (63,8)	38 (36,2)
Q 4. A hepatite C pode ser transmitida por mosquito (F)	79 (75,2)	26 (24,8)
Q 5. A hepatite C é transmitida pelo contato com sangue contaminado (V)	98 (93,3)	07 (6,7)
Q 6. A hepatite C é transmitida através do ar em ambiente fechado (por exemplo: ônibus, elevadores, etc (F)	95 (90,5)	10 (9,5)
Q 7. A transmissão sexual é uma forma comum de transmissão da hepatite C (V)	92 (87,6)	13 (12,4)
Q 8. A hepatite C pode ser transmitida através do beijo na boca (F)	79 (75,2)	26 (24,8)
Q 9. A hepatite C pode ser transmitida através do sexo oral (V)	87 (82,9)	18 (17,1)
Q 10. Algumas pessoas com hepatite C foram infectadas através da realização de tatuagens (V)	98 (93,3)	07 (6,7)
Q 11. O HCV é transmitido principalmente por via parenteral, através da grande ou repetida exposição a sangue ou produtos hemoderivados contaminados, como ocorre durante a transfusão de sangue e transplante de órgãos, tecidos ou medula óssea de doadores infectados com HCV (V)	100 (95,2)	05 (4,8)

Questões	Acertos n (%)	Erros n (%)
Q 12. Outro modo menos comum e eficaz de transmissão do HCV inclui a exposição percutânea à quantidade de sangue contaminado (ou seja, acidentes com agulhas ou objetos cortantes) (F)	01 (1,0)	104 (99,0)
Q 13. A hepatite C pode ser transmitida durante o parto (V)	29 (27,6)	76 (72,4)
Q 14. A hepatite C pode ser transmitida através de relação sexual desprotegida com parceiros infectados com o HCV (V)	102 (97,1)	03 (2,9)
Q 15. A hepatite C pode ser transmitida através de serviços de barbearia (V)	99 (94,3)	06 (5,7)
Q 16. A hepatite C pode ser transmitida através de serviços de acupuntura (V)	89 (84,8)	16 (15,2)
Q 18. A hepatite C pode ser transmitida através de rituais de escarificação (V)	58 (55,2)	47 (44,8)
Q 19. A hepatite C pode ser transmitida através de circuncisão (V)	32 (30,5)	73 (69,5)
Q 20. A hepatite C pode ser transmitida através do compartilhamento de escova de dente (V)	62 (59,0)	43 (41,0)
Q 21. A hepatite C pode ser transmitida através de serviços de manicure e pedicure (V)	103 (98,1)	02 (1,9)
Q 22. A hepatite C pode ser transmitida através do compartilhamento de lâminas de barbear (V)	99 (94,3)	06 (5,7)
Q 23. Não existe contágio por abraços e contato casual com a pessoa portadora de hepatite C (F)	44 (41,9)	61 (58,1)
Q 24. A hepatite C pode ser transmitida por espirros e tosses (F)	92 (87,6)	13 (12,4)
Q 25. A hepatite C pode ser transmitida através do compartilhamento de copos e talheres (F)	91 (86,7)	14 (13,3)

Questões	Acertos n (%)	Erros n (%)
Q 26. A mãe com hepatite C pode transmitir a doença para o seu filho durante a amamentação (F)	30 (28,6)	75 (71,4)
Q 38. Realizar um procedimento médico e/ou odontológico no Oriente Médio, no Sudeste Asiático ou no Mediterrâneo aumenta as chances de uma pessoa contrair hepatite C	66 (62,9)	39 (37,1)
Tratamento/Vacina		
Q 32. Há um tratamento farmacêutico disponível para a hepatite C (V)	95 (90,5)	10 (9,5)
Q 33. Existe uma vacina para a hepatite C (F)	51 (48,6)	54 (51,4)

Q (questão); verdadeiro (V); falso (F)

DISCUSSÃO

A hepatite C crônica é um desafio para os sistemas de saúde, em termos da elaboração de estratégias que promovam o efetivo engajamento do paciente com o processo terapêutico[1, 6, 12, 17]. A análise do conhecimento dos pacientes em seguimento ambulatorial em um serviço de saúde brasileiro permitiu inferir avanços e desafios a serem enfrentados para que o Brasil atinja a meta traçada pela Organização Mundial da Saúde de eliminação da Hepatite Viral até 2030[1-4].

Verificou-se o efeito negativo da idade e do uso de tabagismo na mediana global do conhecimento. Sabe-se que, no cuidado de pessoas com condições crônicas, o envelhecimento impõe limitações para que o paciente compreenda melhor sua enfermidade, sobretudo as condições crônicas que demandam uso de polifarmácia, multimorbidades e que tenham repercussão sistêmica[9,29].

Somado a isso, hábitos de vida poderão interferir neste processo. No caso da amostra investigada, o tabagismo foi associado ao baixo conhecimento de pacientes com hepatite C crônica, sendo considerado importante fator de risco para as doenças crônicas. Pesquisadores japoneses identificaram interação multiplicativa entre a infecção pelo HCV e o tabagismo. Algumas substâncias químicas presentes na fumaça do tabaco, incluindo 4-aminobifenil e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, podem ser metabolizadas em carcinógenos[30].

Possuir Ensino Médio ou Superior também contribuiu para aumentar o nível de conhecimento. É reconhecido o limitado conhecimento sobre doenças infecciosas em geral, incluindo hepatites virais, principalmente entre pessoas com baixo nível educacional e socioeconômico[15-16]. Nesse sentido, a oferta de informações atualizadas ajuda a elevar o conhecimento e está incluída na primeira Estratégia Global do Setor de Saúde sobre Hepatite Viral da Organização Mundial da Saúde[1].

O fato de ter companheiro foi associado ao aumento da mediana do conhecimento, o que reforça a importância de envolver o núcleo familiar do paciente com hepatite C no processo de tomada de decisão acerca de cada etapa de desenvolvimento terapêutico. Em se tratando da hepatite C, é fundamental que os profissionais de saúde considerem este aspecto na abordagem clínica e incluam esses indicadores em sua avaliação clínica, especialmente no sentido de relacionar a autoeficácia do paciente para o enfrentamento da enfermidade, neste caso a hepatite C.

A avaliação do conhecimento relacionado às causas, transmissão e tratamento da infecção viral decorrente do HCV é essencial para o gerenciamento e controle da HC[1,12,16]. Em

geral, as pessoas são diagnosticadas em uma fase avançada da enfermidade e vivenciam multimorbidades e demandas de cuidados para o autogerenciamento de sua saúde[7,31]. Assim como apresentado nos principais relatórios mundiais, pacientes com hepatite C são, em sua maioria, adultos jovens, em fase produtiva, geralmente contaminados por fatores associados ao comportamento de risco (ex. uso de drogas injetáveis) e por transfusão sanguínea (apesar dos avanços desta terapêutica)[4,15,26,32].

No contexto, observou-se que os participantes apresentaram bom conhecimento acerca das causas e transmissão da hepatite C. Isto pode ser fator indicativo das ações de atenção à saúde que são desenvolvidas no serviço que adota os protocolos nacionais de atenção à saúde a pessoas com hepatite C e contempla ações de acompanhamento e monitoramento desses pacientes ao longo de todo processo terapêutico[4-5].

Tal como descrito em estudos que avaliaram o conhecimento de pacientes na Índia[33] e China[13], identificou-se que os participantes ainda precisam receber informações básicas acerca das causas, transmissão e tratamento desta doença. Embora o conhecimento de pacientes com HCV crônica fosse satisfatório, foram identificados deficits de conhecimento significativos sobre transmissão sexual, disponibilidade de tratamento, interpretação de testes diagnósticos e mortalidade, os quais podem prejudicar o comportamento e as escolhas de saúde das pessoas com hepatite C[11]. Persistem, por exemplo, deficits relacionados à etiologia da doença, uma vez que muitos participantes acreditavam que o HCV é transmitido por vírus e bactéria. O menor conhecimento sobre saúde pode aumentar a dificuldade de lidar com a doença, de modo que, mesmo após receber o diagnóstico, o paciente precisa adquirir novos conhecimentos[34].

Neste contexto, é necessário que a abordagem do cuidado a esse grupo de pessoas seja pautada sobretudo em modelos de atenção à saúde centrados nas pessoas, famílias e comunidades, no sentido de elaborar estratégias que promovam o empoderamento e a autonomia para tomada de decisão compartilhada ao longo do continuum do cuidado[9,29]. Estudos mostram que a abordagem centrada no paciente para cuidados de saúde na população infectada com HCV provavelmente resultará em melhores resultados de saúde[35-36].

O monitoramento desses aspectos deve fazer parte dos protocolos e procedimentos dos serviços de atenção à saúde, especialmente no contexto de serviços especializados no atendimento a esta população[1,5,15]. Neste âmbito da atenção à saúde é condição fundamental que pacientes crônicos tenham acesso às ações educativas, com ênfase na prevenção, tratamento e reabilitação da HC. Segundo pesquisas, os pacientes com HCV consideram a educação sobre

o HCV uma necessidade importante de cuidados de saúde, que resulta em aumento marcante na disposição de aceitar o tratamento[11,32].

Para isso, os profissionais devem avaliar e checar continuamente o conhecimento dos pacientes, esclarecendo dúvidas, introduzindo conceitos e novas orientações a cada encontro terapêutico. O conhecimento limitado dos pacientes acerca da hepatite C poderá aumentar o risco de contaminação de suas famílias e outros contatos, além de contribuir para o despreparo ao longo do processo terapêutico para tomar decisões e adotar comportamentos de proteção à saúde, incluindo a adesão à terapêutica medicamentosa[12,16,29].

Este é um elemento central, considerando que pacientes que se engajam na tomada de decisão são mais informados, têm maior clareza para escolher o comportamento, maior conhecimento de riscos, assumem papel mais ativo em seus cuidados de saúde e podem aderir melhor ao tratamento e desenvolver uma melhor comunicação com os profissionais de saúde[8,12].

Neste estudo, embora a principal limitação tenha sido a dificuldade de encontrar o padrão-ouro para avaliação do conhecimento, especialmente pela diversidade de instrumentos utilizados nos estudos identificados, verificou-se a equivalência dos resultados nos seguintes aspectos: 1) desconhecimento dos agentes etiológicos da infecção e algumas formas de transmissão; 2) desconhecimento das complicações da doença; 3) percepção de existência de vacina para hepatite C[13,33].

Pesquisadores chineses identificaram, entre pacientes com HC, que apenas 41,6% sabiam da inexistência de vacina para o HCV, e 25,7% acreditavam, erroneamente, que nenhum tratamento era necessário na ausência de sintomas[13]. Outro estudo avaliou o tipo de informações que os pacientes com HC gostariam de receber e identificou informações básicas sobre HCV e doença hepática para tomar decisões informadas. Quarenta e dois por cento dos participantes queriam receber informações gerais sobre o HCV, que se enquadravam em quatro subcategorias: sintomas do HCV (16%), detalhes sobre o vírus (11%), como o HCV é transmitido (10%) e disponibilidade de apoio social para pacientes ou familiares (6%)[12].

A dificuldade de compreender a diferença entre uma infecção viral e bacteriana, acreditar que existe vacina para hepatite C e a não percepção de risco de contaminação por exposição ao sangue contaminado foram aspectos que chamaram a atenção e que merecem especial consideração para o planejamento de ações educativas. Importante explorar este aspecto, considerando-se que o curso clínico e terapêutico de uma infecção viral possui demandas e características próprias e que pressupõe um tempo prolongado, adesão à terapia

medicamentosa, realização de testes periódicos e adoção de comportamentos preventivos. Além disso, há necessidade de apoio social e psicológico, especialmente para pacientes diagnosticados com hepatite C, visto que a doença ainda possui um caráter estigmatizante.

Outra possibilidade refere-se às limitações do conhecimento dos profissionais de saúde que prejudicam a comunicação eficaz de informações aos pacientes em toda a rede de atenção à saúde. Estudos conduzidos com profissionais evidenciaram limitações neste conhecimento, sobretudo no que se refere à transmissão sanguínea do HCV entre profissionais de saúde e estudantes de medicina: 31% dos médicos, 38% dos dentistas e 49% dos enfermeiros afirmaram terem sido vacinados contra a hepatite C, embora não exista tal vacina[22].

A principal limitação do estudo está relacionada ao fato da coleta envolver exclusivamente a análise do conhecimento em termos do autorrelato, que poderá não refletir as reais atitudes dos participantes[20].

Destaca-se, também, que os estudos sobre o conhecimento dos pacientes crônicos são escassos e que este trabalho veio para preencher essa lacuna, mesmo sendo oriundo de uma amostra relativamente pequena e de haver possibilidade de viés de memória devido ao autorrelato. Além disso, é importante reforçar que o contexto de pandemia pode ter afetado no tamanho da sua amostra e que os resultados retratam exclusivamente a realidade de uma determinada unidade de saúde.

Ficou evidente a necessidade de aprimorar os programas educativos sobre hepatite C para pacientes, familiares, profissionais de saúde e a população em geral. As intervenções educacionais têm efeitos benéficos significativos em pessoas que estão em risco ou foram diagnosticadas com hepatites virais[10-11,37]. Esses efeitos se estendem do conhecimento da doença até a modificação de comportamento, incluindo realizar testes com frequência e estar disposto a iniciar e aderir ao tratamento.

CONCLUSÃO

O estudo aponta que o baixo nível de conhecimento está associado a fatores como idade, escolaridade (ter Ensino Fundamental) e uso de cigarro. A dificuldade de compreensão requer atenção especial, uma vez que déficits de conhecimento relacionados às causas e transmissibilidade da doença podem prejudicar as escolhas em saúde do indivíduo e comprometer sua autonomia.

Os resultados reafirmam a tendência mundial de avanços na implementação de protocolos direcionados às pessoas com hepatite C e sugerem o reforço em ações centradas na educação em saúde dessa população. Apesar dos resultados evidenciarem avanços no processo de informações oferecidas ao paciente, verificou-se que os participantes compreendiam equivocadamente questões importantes e que demandam atenção especial para melhorar a adesão a comportamentos preventivos.

Estudo demonstrou a necessidade de estratégias que melhorem o conhecimento de pacientes com HC acerca das causas, transmissão e tratamento da hepatite C crônica. As lacunas de conhecimento indicam a necessidade de avanços nos estudos e na implementação de intervenções educacionais que contemplem as necessidades deste grupo populacional. A disseminação correta de informações aos pacientes como parte de uma abordagem holística para seus cuidados de saúde pode ajudá-los a desenvolver boas estratégias de gerenciamento da saúde e constituir um componente essencial da hepatite viral, eficaz em programas de prevenção, em última análise, e ajudando a reduzir a carga de doença. O conhecimento da etiologia e consequências de HC pode, portanto, capacitá-los para tomar parte ativa em seu próprio tratamento.

Isto sugere a necessidade de uma abordagem nacional acerca dos modelos de informação às pessoas com hepatite C, bem como de melhorar a comunicação dos profissionais com pacientes e de um contínuo monitoramento dessas pessoas em toda a rede de atenção à saúde.

Destaca-se, ainda, a importância de avanços das pesquisas nesta área, não somente em termos de avaliação do conhecimento, mas, também, da compreensão da experiência vivenciada no contexto sociocultural.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. World Health Organization; 2016.
2. The Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2(3):161-76. doi: https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30181-9
3. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. Lancet. 2018;392(10159):2052-90. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5
4. Castelo A, Mello CEB, Teixeira R, Madruga JVR, Reuter T, Pereira LMMB, et al. Hepatitis C in the Brazilian public health care system: burden of disease. Arq gastroenterol.

2018;55(4):329-37. doi: dx.doi.org/10.1590/s0004-2803.201800000-74
5. Duarte G, Pezzuto P, Barros TD, Mosimann Junior G, Martínez-Espinosa FE. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30.
6. Gamkrelidze I, Pawlotsky JM, Lazarus JV, Feld JJ, Zeuzem S, Bao Y, et al. Progress towards hepatitis C virus elimination in high-income countries: An updated analysis. Liver Int. 2021;41(3):456-63. doi: https://doi.org/10.1111/liv.14779
7. Pedrana A, Howell J, Scott N, Schroeder S, Kuschel C, Lazarus JV, et al. Global hepatitis C elimination: an investment framework. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020;5(10):927-39. doi: https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30010-8
8. Evon DM, Golin CE, Bonner JE, Grodensky C, Velloza J. Adherence during antiviral treatment regimens for chronic hepatitis C: a qualitative study of patient-reported facilitators and barriers. J Clin Gastroenterol. 2015;49(5):e41-50. doi: https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000000151
9. Vainauskienė V, Vaitkienė R. Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self-Management of Chronic Disease: An Integrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5). doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18052247
10. Al Ghamdi SS, Shah H. An Educational Needs Assessment for Patients with Liver Disease. J Can Assoc Gastroenterol. 2018;1(2):54-9. doi: https://doi.org/10.1093/jcag/gwy012
11. Surjadi M, Torruellas C, Ayala C, Jr. Yee HF, Khalili M. Formal patient education improves patient knowledge of hepatitis C in vulnerable populations. Dig Dis Sci. 2011;56(1):213-9. doi: https://doi.org/10.1007/s10620-010-1455-3
12. Evon DM, Golin CE, Stoica T, Jones RE, Willis SJ, Galanko J, et al. What's Important to the Patient? Informational Needs of Patients Making Decisions About Hepatitis C Treatment. Patient. 2017;10(3):335-44. doi: https://doi.org/10.1007/s40271-016-0207-7
13. Zhao T-S, Jin C, Wang Y, Cui F. Knowledge, attitude and psychological status of patients living with hepatitis C in five provinces in China: a cross-sectional survey. BMJ open. 2021;11(4):e040434. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040434
14. Ghany MG, Morgan TR. Hepatitis C Guidance 2019 Update: American Association for the Study of Liver Diseases-Infectious Diseases Society of America Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection. Hepatology. 2020;71(2):686-721. doi: https://doi.org/10.1002/hep.31060
15. World Health Organization (WHO). Global hepatitis report. Geneva: World Health Organization; 2017.
16. Castro-Sánchez E, Chang PW, Vila-Candel R, Escobedo AA, Holmes AH. Health literacy and infectious diseases: why does it matter? Int J Infect Dis. 2016;43:103-10. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.019
17. Lubega S, Agbim U, Surjadi M, Mahoney M, Khalili M. Formal hepatitis C education enhances HCV care coordination, expedites HCV treatment and improves antiviral response. Liver Int. 2013;33(7):999-1007. doi: https://doi.org/10.1111/liv.12150
18. Souza NP, Villar LM, Moimaz SAS, Garbin A, Garbin CAS. Knowledge, attitude and behaviour regarding hepatitis C virus infection amongst Brazilian dental students. Eur J Dent Educ. 2017;21(4):e76-e82. doi: https://doi.org/10.1111/eje.12224
19. Joukar F, Mansour-Ghanaei F, Soati F, Meskinkhoda P. Knowledge levels and attitudes of health care professionals toward patients with hepatitis C infection. World J Gastroenterol. 2012;18(18):2238. doi: https://dx.doi.org/10.3748%2Fwjg.v18.i18.2238
20. Richmond J, Dunning T, Desmond P. Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C. J Viral Hepat. 2007;14(9):624-32. doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2007.00849.x
21. Mansour-Ghanaei R, Joukar F, Souti F, Atrkar-Roushan Z. Knowledge and attitude of

medical science students toward hepatitis B and C infections. Int J Clin Exp Med. 2013;6(3):197.
22. van de Mortel TF. Health care workers? knowledge of hepatitis C and attitudes towards patients with hepatitis C: a pilot study. Aust J Adv Nurs. 2002;20(1):13-9.
23. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2012.
24. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFPd. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. Rev Saúde Pública. 2010;44:559-65. doi: https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000300021
25. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. Hepatology. 2001;33(2):464-70. doi: https://doi.org/10.1053/jhep.2001.22172
26. d'Souza R, Glynn M, Alstead E, Osonayo C, Foster G. Knowledge of chronic hepatitis C among East London primary care physicians following the Department of Health's educational campaign. QJM. 2004;97(6):331-6. doi: https://doi.org/10.1093/qjmed/hch060
27. Wilson EB. Probable inference, the law of succession, and statistical inference. J Am Stat Assoc. 1927;22(158):209-12. doi: https://doi.org/10.2307/2276774
28. Akaike H. Information theory and an extension of the maximum likelihood principle. Selected papers of hirotugu akaike. Springer; 1998. p. 199-213.
29. Lubkin IM, Larsen PD. Chronic Illness: Impact and Intervention. Jones & Bartlett Publishers; 2013.
30. Ohfuji S, Matsuura T, Tamori A, Kubo S, Sasaki S, Kondo K, et al. Lifestyles associated with prognosis after eradication of hepatitis C virus: a prospective cohort study in Japan. Dig Dis Sci. 2020:1-11. doi: https://doi.org/10.1007/s10620-020-06475-0
31. Marinho RT, Costa A, Pires T, Raposo H, Vasconcelos C, Polónia C, et al. A multidimensional education program at substance dependence treatment centers improves patient knowledge and hepatitis C care. BMC Infect Dis. 2016;16(1):565. doi: https://doi.org/10.1186/s12879-016-1883-6
32. Wu E, Chen X, Guan Z, Cao C, Rao H, Feng B, et al. A comparative study of patients' knowledge about hepatitis C in the United States and in urban and rural China. Hepatol Int. 2015;9(1):58-66. doi: https://doi.org/10.1007/s12072-014-9559-z
33. Mukherjee PS, Dutta E, Das DK, Ghosh S, Neogi S, Sarkar A. Knowledge about hepatitis B and hepatitis C virus infection and consequences: a cross-sectional assessment of baseline knowledge among infected patients in West Bengal, India. Hepatol Med Policy. 2017;2(1):1-9. doi: https://doi.org/10.1186/s41124-016-0014-8
34. Yang M, Rao HY, Feng B, Wu E, Wei L, Lok AS. Patient Education Improves Patient Knowledge and Acceptance on Antiviral Therapy of Hepatitis C in Rural China. Chin Med J (Engl). 2017;130(22):2750-1. doi: https://dx.doi.org/10.4103%2F0366-6999.218023
35. Chan DP, Sun H-Y, Wong HT, Lee S-S, Hung C-C. Sexually acquired hepatitis C virus infection: a review. Int J Infect Dis. 2016;49:47-58. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.05.030
36. Grebely J, Oser M, Taylor LE, Dore GJ. Breaking down the barriers to hepatitis C virus (HCV) treatment among individuals with HCV/HIV coinfection: action required at the system, provider, and patient levels. J Infect Dis. 2013;207(suppl_1):S19-S25. doi: https://doi.org/10.1093/infdis/jis928
37. Zhou K, Fitzpatrick T, Walsh N, Kim JY, Chou R, Lackey M, et al. Interventions to optimise the care continuum for chronic viral hepatitis: a systematic review and meta-analyses. Lancet Infect Dis. 2016;16(12):1409-22. doi: https://doi.org/10.1016/s1473-3099(16)30208-0

6.2 Manuscrito 2

ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados ao letramento em saúde de pacientes com hepatite C crônica em acompanhamento ambulatorial

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre as dimensões do letramento em saúde (LS) e o conhecimento de pacientes com hepatite C crônica acerca desta doença. **Método:** estudo transversal, analítico, realizado entre os meses de janeiro e agosto de 2020. Foram entrevistados 105 pacientes em tratamento ambulatorial, cujos dados foram coletados mediante a aplicação de três instrumentos: versão brasileira do *Health Literacy Questionnaire*; questionário sociodemográfico e clínico; e questionário de conhecimento sobre a doença. Foram realizadas análises descritivas e regressão linear múltipla pelo critério de Akaike para determinar as variáveis preditoras do letramento em saúde. **Resultados**: predominaram participantes do sexo masculino (58%), com mediana de idade de 54 (IQ = 48-62) anos. A análise multivariada apresentou R2 elevado em três dimensões do LS: "avaliação de informações de saúde" (R2: 0,35), "encontrar boas informações de saúde" (R2: 0,32) e "compreensão de informações de saúde" (R2: 0,48). As variáveis independentes que apresentaram associação negativa com os escores do HLQ-Br foram idade ("ter informações suficientes; encontrar boas informações de saúde e compreender as informações de saúde", p <0,001); tratamento ("avaliação das informações de saúde", p <0,001); hipertensão ("navegando no sistema de saúde", p <0,05), "entendendo informações de saúde", p <0,005) e tipo de transmissão ("entendendo informações de saúde" p <0,05). O conhecimento sobre a doença foi preditor de melhores escores em dimensões do LS. **Conclusões:** são necessárias estratégias que melhorem a capacidade de compreensão das informações sobre doença e tratamento, bem como as habilidades dos profissionais de saúde para se comunicarem com pacientes com hepatite C crônica.

Descritores: Letramento em Saúde; Hepatite C Crônica; Pacientes Ambulatoriais.

Descriptors: Health Literacy; Hepatitis C Chronic; Outpatients.

Descriptores: Alfabetización en Salud; HLQ; Hepatitis C Crónica; Pacientes Ambulatorios.

INTRODUÇÃO

A hepatite C é considerada problema de saúde pública em decorrência da elevada taxa de progressão para doença hepática crônica, com significativa morbimortalidade[1-4]. Nesse sentido, esforços têm sido envidados para o cuidado dessas pessoas, como a garantia de apoio diagnóstico e terapêutico adequado em tempo oportuno, a fim de retardar as complicações da doença[3, 5].

A complexidade da doença e seus possíveis efeitos crônicos podem impactar ampla gama de dimensões que vão além da saúde física e psicossocial do paciente e o gerenciamento do cuidado, no contexto comunitário e das políticas de saúde[6-8]. Estudos mostram que as principais barreiras para o cuidado em saúde de indivíduos com hepatite C incluem o baixo conhecimento e percepção imprecisa sobre a infecção pelo vírus HCV e seu tratamento[9]. O baixo nível de conhecimento tem o potencial de afetar negativamente o comportamento e as escolhas de saúde das pessoas com hepatite C[10, 11].

Por isso, o acesso, a compreensão e o uso das informações de saúde são essenciais para tomada de decisão assertiva e melhores resultados em saúde[12, 13], ou seja, é essencial conhecer as condições de letramento em saúde (LS) dessa população. O LS implica "habilidades cognitivas e sociais que determinam a capacidade de obter, acessar, compreender e utilizar informações para a promoção e manutenção da saúde"[14].

A literatura aponta que indivíduos com doença hepática crônica que realizaram transplante de fígado possuem LS limitado, o que coopera para um maior número de hospitalizações[15]. Isso explicita a importante tarefa de identificar fatores capazes de melhorar o LS e o conhecimento em relação à condição de indivíduos com hepatite C, ainda em tratamento ambulatorial. Verificar a possível relação entre o LS de pessoas com hepatite C crônica e o seu conhecimento poderá nortear estratégias e planos de cuidado que efetivamente contemplem as reais necessidade de informação e cuidado para essa população. No entanto, até o momento, não foram identificados estudos que analisaram essa associação.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar a associação entre as dimensões do letramento em saúde e o conhecimento acerca da doença de portadores de hepatite C crônica, em tratamento ambulatorial.

MÉTODO

Tipo de estudo, período e local do estudo

Trata-se de estudo transversal, analítico, realizado com pacientes diagnosticados com hepatite C crônica em acompanhamento ambulatorial na região metropolitana de uma capital da região Centro-Oeste do Brasil, no período de janeiro a agosto de 2020.

Amostra e critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi definida por conveniência, considerando as limitações em coletar dados no ano de 2020 devido à pandemia da COVID-19. No período da coleta, estavam em acompanhamento ambulatorial no referido serviço 186 pacientes.

Para seleção da amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: idade ≥ 18 anos, confirmação laboratorial sorológica anti-HCV (reagente), HCV-RNA (detectável) e residir no município. Constituíram critérios de exclusão: pacientes que residiam em outros municípios; gestantes; pacientes com transtorno mental severo relacionado à demência; esquizofrenia e transtorno com déficit cognitivo.

Do total de 186 pacientes, 18 foram excluídos: oito por serem residentes em outro município; um por apresentar transtorno mental severo; e nove óbitos. Assim, dos 168 pacientes elegíveis, 105 compareceram ao ambulatório no período da coleta de dados e foram incluídos na amostra.

Coleta de dados e variáveis em estudo

Para as entrevistas foi utilizado um formulário estruturado composto de duas seções: 1) características sociodemográficas e clínicas e questionário de conhecimento sobre a hepatite C; 2) Questionário para avaliação do letramento em saúde -*Health Literacy Questionnaire* – HLQ versão brasileira.

As variáveis coletadas foram: **1) informações sociodemográficas** (idade, sexo, ter companheiro, escolaridade e renda familiar); **2) informações clínicas relacionadas ao HCV**: uso de drogas injetáveis atualmente; uso de álcool; tabagismo atual; atividade física; tempo de diagnóstico de HCV em dias; tempo de acompanhamento ambulatorial em dias; fonte de transmissão (transfusão sanguínea; sexual; drogas injetáveis; material perfurocortante); em uso de terapia antirretroviral; uso de quatro ou mais medicamentos; autoavaliação do estado de saúde; histórico de diabetes mellitus; hipertensão arterial; multimorbidades (≥2 morbidades)[16], complicações hepáticas; genótipo 1; gravidade da doença hepática (registro da classificação de

Child-Turcotte-Pugh - emprega três critérios laboratoriais e dois critérios clínicos para doença hepática, Child A/B/C, sendo C a maior gravidade)[17].

O conhecimento sobre hepatite C foi avaliado por meio de um questionário constituído de 39 questões. Para elaboração deste instrumento, os autores adaptaram as questões a partir de outros estudos dedicados a esta avaliação e que demonstraram aplicabilidade para avaliar o conhecimento acerca desta enfermidade[18, 19].

Para cada item do questionário há três possibilidades de respostas: verdadeiro, falso e não sei. Para cada resposta correta foi atribuído um ponto. Em casos de respostas incorretas e incertas atribuiu-se zero pontos[20]. A mediana total da pontuação considerando os 39 itens foi discriminante para o nível de conhecimento: alto conhecimento (valor ≥ mediana) e baixo conhecimento (valor < mediana).

Para avaliar o letramento em saúde optou-se por utilizar o *Health Literacy Questionaire* (HLQ - Br) versão brasileira[21]), questionário australiano multidimensional, desenvolvido para delinear o perfil de um indivíduo ou da população em geral, selecionando as limitações e potencialidades do letramento em saúde. O instrumento original apresenta confiabilidade em todas as dimensões.

O HLQ - Br está dividido em parte I e parte II, compreendendo 44 itens em nove dimensões independentes: 1) Compreensão e apoio dos profissionais de saúde; 2) Informações suficientes para cuidar da saúde; 3) Cuidado ativo da saúde; 4) Suporte social para saúde; 5) Avaliação das informações em saúde; 6) Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde; 7) Navegar no sistema de saúde; 8) Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde; e 9) Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer [21-22].

Na primeira parte do instrumento (Dimensões 1 a 5), os participantes têm quatro opções de respostas indicando o quanto eles discordam ou concordam totalmente com as questões: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) concordo e (4) concordo plenamente. Na segunda parte (Dimensões 6-9), os participantes têm cinco opções para indicar quão difícil ou fácil era para eles realizar determinadas tarefas (1=não consigo fazer ou sempre difícil, 2=geralmente difícil, 3=às vezes difícil, 4=geralmente fácil, 5=sempre fácil). O HLQ não possui um escore total ou ponto de corte, de modo que as melhores médias indicam potencialidades nas condições de letramento em saúde[22].

Análise dos resultados e estatística

A análise estatística foi desenvolvida em três etapas: análise descritiva; análise univariada; e análise multivariada. Na análise descritiva, foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão, assim como as frequências absolutas (n) e relativas (%) para as classes das variáveis.

Para associação entre a variável dependente e as variáveis independentes categóricas foi aplicado o teste Wilcoxon-Mann-Whitney (duas categorias) e Kruskal-Wallis (mais do que duas categorias). Modelos de regressão linear simples utilizando o teste F foram utilizados para associação das variáveis independentes contínuas com as dimensões do letramento em saúde. Calculou-se a confiabilidade do HLQ-Br pelo Alfa de Cronbach.

Primeiramente, realizou-se a análise univariada para verificar a existência de associação entre cada variável independente com os escores de cada uma das nove dimensões do letramento em saúde. Nesta etapa, após análise exploratória, as dimensões (1) Compreensão e apoio dos profissionais de saúde; (4) Suporte social para saúde; e (6) Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde não entraram no modelo de análise multivariada, uma vez que não houve diferenças significativas entre as médias dos escores nessas dimensões para maioria dos pacientes, não variando de acordo com as diferentes variáveis independentes. Assim, entraram no modelo de regressão múltipla pelo critério de AIC *(Aikaike Information Criterion)*[23] apenas seis das nove dimensões do HLQ-Br.

Os critérios para inclusão das variáveis independentes em cada um dos modelos da multivariada foram: se na análise univariada resultasse em $p<0,10$; dados faltantes inferiores a 3%; e representatividade em cada uma das categorias ($n>1$).

A seleção do modelo final foi realizada por meio do Critério Akaike (AIC). Apesar dos p valores individuais do teste F das variáveis independentes não terem sido utilizados na seleção do modelo, eles estão apresentados na tabela. Utilizou-se o teste F para comparar o modelo final com um modelo de regressão contendo apenas o intercepto.

Avaliou-se a qualidade do ajuste do modelo final por meio do R-quadrado ajustado, que representa a magnitude da relação entre a variável dependente e diversas variáveis independentes, consideradas simultaneamente. Além disso, o R^2 indica a proporção da variância da variável dependente (letramento em saúde) em relação às variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, clínicas e conhecimento sobre a hepatite C).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob CAEE 24596419.9.0000.0037 e parecer 3.739.691. A pesquisa foi conduzida segundo as normativas éticas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde [24].

RESULTADOS

Os 105 indivíduos com diagnóstico de hepatite C crônica tinham mediana de idade de 54 anos (IQ=48-62), 58% eram do sexo masculino e 50% tinham o Ensino Fundamental. A mediana do tempo de diagnóstico foi de 1034 (IQ=619-1512) dias e de acompanhamento ambulatorial, de 929 (547-1498) dias. A maioria tinha multimorbidade (62%) e estavam em uso de polifarmácia (62%). Dez por cento apresentaram complicações hepáticas (ex. fibrose, cirrose, ascite, varizes esofágicas, alterações na veia porta, entre outras) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com diagnóstico de hepatite C crônica em seguimento ambulatorial, Brasil, 2020.

Variáveis	N (%)
Características sociodemográficas	
Sexo	
Masculino	61 (58%)
Feminino	44 (42%)
Ter companheiro	
Não	40 (38%)
Sim	65 (62%)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	52 (50%)
Ensino Médio	46 (44%)
Ensino Superior	7 (7%)
Renda mensal[c] (n=85)	
> 1,5 salários-minimos	14 (13%)
≤ 1,5 salários-mínimos	71 (68%)
Características clínicas	
Uso atual de drogas injetáveis	
Não	103 (98%)
Sim	2 (2%)
Uso atual de álcool	
Não	65 (62%)

Variáveis	N (%)
Sim	40 (38%)
Tabagismo atual	
Não	75 (71%)
Sim	30 (29%)
Atividade física	
Não	92 (88%)
Sim	13 (12%)
Diabetes mellitus	
Não	86 (82%)
Sim	19 (18%)
Hipertensão arterial (n=102)	
Não	73 (70%)
Sim	29 (28%)
Multimorbidades (≥ 2 morbidades)	
Não	40 (38%)
Sim	65 (62%)
Condições clínicas relacionadas ao HCV	
Genótipo 1	
Não	11 (10%)
Sim	94 (90%)
Gravidade da doença hepática[a] (n=104)	
Child A	101 (96%)
Child B	3 (3%)
Modo de transmissão	
Transfusão sanguínea	44 (42%)
Sexual	7 (7%)
Drogas injetáveis	21 (20%)
Material perfurocortante	33 (31%)
Complicações hepáticas	
Não	95 (90%)
Sim	10 (10%)
Tratamento medicamentoso para o HCV	
Não	8 (8%)
Sim	97 (92%)
Polifarmácia (≥ 4 medicamentos)	
Sim	55 (52%)
Não	42 (40%)
Autoavaliação do estado de saúde (n=102)	
Ruim	1 (1%)
Regular	20 (19%)

Variáveis	N (%)
Bom	81 (77%)

*Salário-mínimo atual: R$ 1,045,00, Brasil, 2021 [a]Child A/B/C, sendo C a maior gravidade.

O *Health Literacy Questionnaire (HLQ-Br)* é um instrumento confiável para mensuração do LS nessa população, com índice de confiabilidade pelo alfa de Cronbach de 0,89. A mediana do conhecimento em relação às causas, transmissão e tratamento da hepatite C foi de 28 pontos (IQ=25-30). As dimensões do LS em que foram observadas menores escores foram: 2) informações suficientes para cuidar da saúde, parte 1; e 9) entender as informações sobre saúde e saber o que fazer, na parte 2 (Tabela 2).

Tabela 2 – Escores médios das dimensões do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ-Br) - versão brasileira[a], avaliadas em 105 pacientes com hepatite C crônica, Brasil, 2020.

Dimensões do HLQ-BR	Nº de itens	Média[a] (DP)	95% IC
Parte 1 (escores 1-4)			
1 - Compreensão e apoio dos profissionais de saúde	4	3,00 (0,11)	2,98 – 3,02
2 – Informações suficientes para cuidar da saúde	5	2,54 (0,46)	2,45 – 2,63
3 – Cuidado ativo da saúde	5	2,72 (0,48)	2,63 – 2,81
4 – Suporte social para saúde	5	2,96 (0,21)	2,92 – 3,00
5 – Avaliação das informações em saúde	5	2,57 (0,33)	2,51 – 2,63
Parte 2 (escores 1-5)			
6 – Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde	5	3,94 (0,17)	3,91 – 3,97
7 – Navegar no sistema de saúde	6	3,82 (0,29)	3,76 – 3,88
8 – Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	5	3,62 (0,38)	3,55 – 3,69
9 – Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	5	3,58 (0,44)	3,49 – 3,67

[a]Elevados escores indicam melhor letramento em saúde. Dimensões 1-5 têm as seguintes opções de resposta: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) concordo e (4) concordo totalmente. Nas dimensões 6-9, as opções de resposta foram: (1) não consigo fazer ou sempre difícil; (2) Geralmente difícil; (3) Às vezes difícil; (4) Geralmente fácil, e (5) Sempre fácil.

As dimensões 1 “Compreensão e apoio dos profissionais de saúde”, 4 “Suporte social para saúde” e 6 “Capacidade de interagir ativamente com os profissionais de saúde” não fizeram

parte da análise multivariada, pois os escores nessas respectivas dimensões foram aproximadamente os mesmos para a maioria dos pacientes, não variando de acordo com as diferentes preditoras. O conjunto de variáveis independentes que entraram no modelo final de regressão foi específico em seis dimensões de LS.

As maiores proporções do R^2 ajustado foram identificadas no conjunto de variáveis que integraram o modelo multivariado nas dimensões "Avaliação das Informações em Saúde", "Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde e "Compreender as informações sobre saúde saber o que fazer". Essas variáveis foram responsáveis pela variabilidade dos escores nessas dimensões em 35%, 32% e 48%, respectivamente. Apesar do conjunto de variáveis do modelo para Informações suficientes para cuidar da saúde (dimensão 2) explicar somente 19% da variabilidade dos escores, esse modelo foi significativamente melhor do que o modelo somente com o intercepto (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 – Efeito de variáveis clínicas, sociodemográficas e escore do conhecimento nas dimensões do *Health Literacy Questionnaire* versão brasileira (Parte 1), no modelo múltiplo, de 105 pacientes com hepatite C crônica, Brasil, 2020

Dimensões HLQ-Br – Parte 1	**Regressão linear múltipla**			
2. Informações suficientes para cuidar da saúde	Modelo inicial		Modelo final	
	ß*	p§	ß	p§
Idade (Anos)	-0,008	0,012	-0,009	< 0,001
Escolaridade **		0,431		
Ensino Médio	0,090			
Ensino Superior	0,060			
Uso de cigarro (Sim)	-0,104	0,144	-0,113	0,099
Atividade física (Sim)	0,200	0,035	0,212	0,024
Modo de transmissão***		0,073		0,073
Transmissão sexual	0,310		0,291	
Drogas injetáveis	0,080		0,080	
Material perfurocortante	0,122		0,133	
Conhecimento HCV****	0,000	0,737		
	**R^2 = 0,18	0,001	R^2 = 0,19	0,001
3. Cuidado ativo da saúde	**Modelo inicial**		**Modelo final**	
	ß	p§	ß	p§
Escolaridade **		0,219		0,103
Ensino Médio	0,039		0,048	
Ensino Superior	0,169		0,194	
Atividade física (Sim)	0,184	0,009	0,189	0,007
Conhecimento HCV****	0,004	0,413		
	R^2 = 0,09	0,007	R^2 = 0,10	0,004

Dimensões HLQ-Br – Parte 1	Regressão linear múltipla			
5. Avaliação das informações em saúde	**Modelo inicial**		**Modelo final**	
	ß	p§	ß	p§
Idade (Anos)	-0,011	0,003	-0,014	p<0,001
Escolaridade **		0,057		0,010
Ensino Médio	0,173		0,206	
Ensino Superior	0,231		0,288	
Atividade física (Sim)	0,281	0,009	0,285	0,007
Multimorbidades+ (Sim)	-0,067	0,358		
Tratamento medicamentoso*****	-0,262	0,040	-0,276	0,029
Hipertensão arterial (Sim)	-0,112	0,180		
	R^2 = 0,35	p<0,001	R^2 = 0,35	p<0,001

**Baseline = Ensino Fundamental; ***Baseline = transfusão sanguínea; ****média do escore; ß - coeficiente; ****Tratamento medicamentoso para HCV; ; R^2 = R^2 ajustado; § p-valor do teste F avaliando a significância do modelo final com um modelo de regressão contendo apenas o intercepto.

Tabela 4 – Efeito de variáveis clínicas, sociodemográficas e escore do conhecimento nas dimensões do *Health Literacy Questionnaire* versão brasileira (Parte 2), no modelo múltiplo, de 105 pacientes com hepatite C crônica, Brasil, 2020.

Dimensões HLQ-Br – Parte 2	Regressão linear múltipla			
7. Navegar no Sistema de Saúde	**Modelo inicial**		**Modelo final**	
	ß	p§	ß	p§
Idade (Anos)	-0,001	0,849		
Escolaridade **		0,777		
Ensino Médio	0,014			
Ensino Superior	0,100			
Multimorbidades+	-0,002	0,973		
Conhecimento HCV****	0,021	0,008	0,023	<0,001
Hipertensão arterial (Sim)	-0,130	0,088	-0,135	0,042
	R^2 = 0,10	P=0,013	R^2 = 0,13	p<0,001
8. Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde	**Modelo inicial**		**Modelo final**	
	ß	p§	ß	p§
Idade (Anos)	-0,005	0,235	-0,006	0,107
Escolaridade **		0,154		0,104

Dimensões HLQ-Br – Parte 2	Regressão linear múltipla			
Ensino Médio	0,171		0,181	
Ensino Superior	0,097		0,113	
Uso de cigarro (Sim)	-0,021	0,816		
Multimorbidades+ (Sim)	-0,010	0,905		
Complicações hepáticas (sim)	-0,135	0,312		
Conhecimento HCV****	0,042	<0,001	0,042	p<0,001
Hipertensão (Sim)	-0,057	0,556		
	R^2 = 0,31	p<0,001	R^2 = 0,32	p<0,0001
9. Compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer	**Modelo inicial**		**Modelo final**	
	ß	p§	ß	p§
Idade (Anos)	-0,008	0,029	-0,008	0,174
Ter companheiro (Sim)	0,045	0,543		
Escolaridade **	0,098	0,287		
Ensino Médio	0,194			
Ensino Superior	-0,120			
Modo de transmissão***	0,022	0,116		0,023
Transmissão sexual	0,164		-0,121	
Drogas injetáveis	-0,112		0,030	
Material perfurocortante	0,043		0,203	
Complicações hepáticas (sim)	-0,109	0,311		
Conhecimento HCV****		p<0,001	0,049	p<0,001
Hipertensão (Sim)		0,196	-0,140	0,081
	R^2 = 0,48	p<0,001	R^2 = 0,48	p<0,001

***** ß – Coeficiente. ******R^2 = R^2 ajustado**.** § p-valor do teste F avaliando a significância do modelo final com um modelo de regressão contendo apenas o intercepto.

As variáveis independentes que apresentaram associação negativa com os escores do HLQ-Br nas respectivas dimensões foram: idade (dimensões 5, 8 e 9); tratamento medicamentoso (dimensão 8); hipertensão arterial (dimensões 7 e 9) e transmissão sexual

(dimensão 9). Dessa forma, a cada aumento de ano na idade; realizar tratamento medicamentoso; ser hipertenso; e autorrelato de modo de transmissão via sexual do HCV ocasiona um decréscimo na média dos escores nessas dimensões do letramento em saúde (Tabelas 3 e 4).

Em contrapartida, verificou-se associação positiva para as seguintes variáveis nas respectivas dimensões: escolaridade (dimensões 3, 5 e 8), atividade física (dimensões 2, 3 e 5) e conhecimento HCV (dimensões 7, 8 e 9). Assim, referir prática de atividade física, ter escolaridade média e superior e os maiores valores de mediana do escore de conhecimento leva ao acréscimo nas médias do HLQ.

DISCUSSÃO

A avaliação multidimensional do letramento em saúde de indivíduos com diagnóstico de HC evidenciou que, apesar de estarem em acompanhamento no serviço de saúde há pelo menos dois anos, os participantes ainda apresentavam limitações do letramento em saúde relacionadas a: “informações suficientes para cuidar da saúde”, “avaliação das informações em saúde”; “capacidade de encontrar boas informações sobre saúde” e de “compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer”.

Esses resultados têm implicações importantes e reafirmam a necessidade de avanços no cuidado a pessoas com HC em termos da comunicação assertiva entre pacientes e profissionais de saúde. Estudos realizados em populações com outras condições crônicas apontaram que as dimensões do letramento em saúde com menores desempenho foram “avaliação das informações de saúde” e “capacidade de encontrar boas informações de saúde”[25-27].

Apesar dos avanços observados mundialmente para o cuidado de pessoas com HC nos quesitos diagnóstico e acesso ao tratamento antirretroviral, sabe-se que a promoção de ações educativas que contribuam para o letramento em saúde e empoderamento dessas pessoas ainda é um desafio global[11, 28-29]. Atualmente, o acesso a informações não é o principal problema, mas sim a sua qualidade. As diversas fontes de informação, Internet e outras mídias digitais podem acabar desinformando os pacientes, quando o esperado seria o contrário[26-27, 30].

Para minimizar esse aspecto, estratégias como disponibilização de materiais educativos sobre a doença e tratamento em linguagem acessível são condutas que os profissionais da saúde podem e devem adotar nas suas práticas. Além disso, medidas como dispor de um conjunto de sites e/ou aplicativos confiáveis e ensinar aos seus pacientes como acessar podem minimizar a

dificuldade de compreensão das informações[25, 30-31].

Ademais, a adoção de estratégias de comunicação assertiva, por meio do uso de *teach back* (estratégia de comunicação usada para confirmar se, de fato, o paciente entendeu o que está sendo explicado) pode favorecer a validação da compreensão das informações sobre HCV[32-33]. Essas estratégias de comunicação de informações em saúde oferecem suporte para que pessoas com HC fortaleçam o conhecimento, a capacidade para a tomada de decisão compartilhada, a motivação e a responsabilidade pessoal no processo terapêutico[28, 34]. Dessa forma, estudos apontam que devem ser desenvolvidas ações em que os profissionais da saúde sejam capazes de orientar e informar os pacientes a respeito de onde encontrar as melhores informações de saúde[7, 25].

Importante considerar que os participantes do estudo estavam em acompanhamento ambulatorial no serviço de saúde brasileiro que já incorpora e tem consolidado o protocolo de atenção à saúde de pessoas com HC, com acesso e cobertura universal especialmente aos métodos diagnósticos e terapia antirretroviral[1, 35-36]. No entanto, o sistema ainda enfrenta desafios para promover o cuidado centrado em pessoas, que possibilite a implementação de ações para promoção do letramento em saúde no que se refere, sobretudo, a: comunicação assertiva, escuta ativa, entrevista motivacional, decisão terapêutica compartilhada com paciente e família, entre outros. A literatura aponta que estudos futuros devem focar na caracterização do impacto do letramento em saúde limitado nas doenças hepáticas e na medição das mudanças após simplificação, tornando acessíveis as informações direcionadas ao paciente[37].

Profissionais de saúde frequentemente pressupõem que os pacientes receberam informações sobre sua condição crônica de saúde e que dispõem de conhecimento e habilidades adequadas para instituir as necessárias mudanças para o gerenciamento efetivo de sua saúde. No entanto, pesquisas apontam que cerca de 50% dos pacientes deixam os serviços de saúde com baixa ou nenhuma compreensão do que foi dito pelos profissionais[38].

Este modelo de cuidado centrado na doença gera para os pacientes com hepatite C a falta e, muitas vezes, a continuidade do tratamento, além de deficits nas experiências de cuidados de saúde[39]. Nesse sentido, destaca-se o papel central que a atenção primária tem na coordenação de cuidados a pessoas com hepatite C, sobretudo por ser este o espaço no qual se espera o efetivo acolhimento, bem como a vinculação do paciente.

Este estudo encontrou diversas associações entre as dimensões de letramento em saúde com as variáveis sociodemográficas e clínicas. A idade foi a variável para a qual se identificou associação negativa nas dimensões “avaliação das informações em saúde”; “capacidade de

encontrar boas informações sobre saúde" e de "compreender as informações sobre saúde e saber o que fazer". Estudos que avaliaram letramento em saúde em diferentes populações também evidenciaram este como um aspecto predominante, especialmente em termos das informações a respeito de saúde e prevenção de doenças, compreensão de informações sobre prevenção e promoção de saúde[25-26, 32-33].

Os pesquisadores atribuem este fato ao declínio relacionado à idade da capacidade de realizar tarefas cognitivas que requerem processamento de informações. Os adultos com maior idade parecem ter mais dificuldade em concluir tarefas que exigem raciocínio ou inferências a partir das informações apresentadas, o que tem sido associado ao menor letramento em saúde[26, 32].

A maioria dos participantes estava em uso de polifarmácia. Verificou-se que o tratamento medicamentoso apresentou associação negativa com a dimensão "Avaliação das informações em saúde". Sabe-se que, para a cura da infecção pelo HCV, o paciente deve aderir ao uso de antivirais de ação direta (DAAs), os quais são altamente seguros, eficazes e demandam curto período de tratamento (cerca de 12 semanas). A tomada de decisão do paciente em uso de medicamentos prescritos determina a capacidade de autogerenciamento da doença[40-41].

A hipertensão arterial está associada ao LS inadequado. Estudos evidenciam que pacientes hipertensos também tendem a ser menos responsivos às mensagens tradicionais de educação em saúde, menos propensos a usar serviços de prevenção de doenças e menos capazes de controlar doenças crônicas com êxito[10, 42].

Os profissionais de saúde devem informar e exemplificar o assunto em linguagem simples até que os pacientes compreendam. Estudo concluiu que, embora os pacientes tenham referido facilidade para discutir assuntos com seus médicos, os clínicos consideravam que esses momentos eram limitados a conversas amigáveis, visto que os pacientes não faziam perguntas, nem sempre entendiam seus problemas de saúde e saíam da consulta sem informações úteis sobre saúde[43].

Sugerimos que os profissionais tenham uma comunicação assertiva, usando a estratégia *teach back*, no sentido de ressaltar a importância da adesão ao tratamento e do acompanhamento no serviço de saúde. Devem, também, esclarecer que a cura do HCV não garante imunidade ao paciente, pois caso ele tenha contato com o HCV, pode ser infectado novamente[39-40]. No entanto, é preciso que este cuidado seja contínuo, ou seja, sempre que o paciente comparecer ao serviço deve-se verificar se ele de fato compreendeu as informações e é capaz de revisá-las.

A comunicação bem-sucedida com informações esclarecedoras e linguagem simples requer o fornecimento de materiais escritos de maneira adequada, usando a comunicação oral e melhorando a apresentação visual. O envolvimento direto dos pacientes na produção de materiais educativos pode capacitá-los a melhorar sua saúde, buscando conteúdo que, de fato, proporcione entendimento do que está sendo abordado[41-42].

Na dimensão navegação no sistema de saúde, observou-se que os fatores idade e ser hipertenso apresentaram efeito negativo na média dos escores. Estudo australiano aplicou o HLQ e constatou que o conhecimento e a saúde de pacientes que dependiam dos profissionais de saúde para lhes dizer o que fazer e quais serviços usar estavam melhorando[43].

Esse é um aspecto crítico e requer trabalho integrado e cooperativo de equipes multiprofissionais para além dos limites organizacionais, com papel protagonista da Enfermagem de Navegação e/ou ligação[44]. Os enfermeiros de navegação/ligação são essenciais para o engajamento dos pacientes e cuidadores na transição, além de terem papel importante na defesa das necessidades de cuidados em saúde e de suporte comunitário[44-46].

Na atenção à saúde a pessoas com hepatite C, as principais atividades desempenhadas pelos enfermeiros são coordenar a triagem e engajamento do paciente; direcionamento na realização de testes diagnósticos completos; avaliação do processo de navegação do paciente; desenvolvimento de um plano de cuidado para esse processo; ações de promoção da saúde; promover a integração das informações em saúde; e garantir o retorno para o cuidado.

Este profissional contribui para que o paciente compreenda os resultados do processo terapêutico e ofereça suporte ao longo do processo de referência e contrarreferência no atendimento em saúde[39-40]. Além disso, promover ações de educação em saúde, comunicar informações, aconselhar e defender o paciente em um modelo de atenção à saúde centrado nas pessoas, famílias e comunidades favorece a recuperação e a integração do paciente ao serviço de saúde. Acresce-se que informação compartilhada e identificação de questões psicossociais também cooperam para melhores desfechos para pacientes com hepatite C[31, 37, 40].

A capacidade de navegação no sistema é um importante elemento para o enfrentamento de condições crônicas, inclusive da hepatite C, por diversos motivos: a) facilita as transições dos pacientes entre os profissionais de saúde nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde; b) promove a eficiência do cuidado em termos da melhor integração e coordenação dos planos terapêuticos compartilhados ao longo desse processo; e c) garante o cuidado individualizado de acordo com as necessidades sociais e de saúde dessas pessoas[22, 46].

O presente estudo corrobora pesquisas anteriores, ao indicar que o letramento em saúde inadequado está associado com os piores resultados de saúde e maiores custos com a saúde de indivíduos e sistemas[30, 37]. Diante isso, o paciente deve ser encorajado para que sejam estabelecidos os cuidados em saúde. Todos os esforços voltados para o LS buscam seguir as orientações de saúde para a tomada da melhor decisão relacionada a sua saúde e bem-estar[11].

Por isso, o LS pode ser considerado um determinante social crucial nos resultados clínicos e sociais relacionados com doenças infecciosas[11, 41-42]. Nota-se que o LS inadequado em grupos mais vulneráveis tem sido associado a uma elevada prevalência de infecções[30, 33, 41]. Fornecer aos pacientes estratégias para acessar informações de saúde relevantes e capacitá-los para avaliar essas informações é imprescindível. Além disso, atenção especial deve ser conferida aos pacientes vulneráveis, caracterizados por uma situação de saúde complexa, em que há baixa escolaridade e baixo suporte social[7, 25].

As limitações deste estudo referem-se ao número reduzido de participantes, tendo em vista a coleta de dados ter sido realizada durante a pandemia da COVID-19, e à utilização de variáveis com dados faltantes (hipertensão arterial, renda mensal, gravidade da doença hepática, polifarmácia e autoavaliação do estado de saúde). Assim, sugerimos a realização de pesquisas futuras nessa área.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que as pessoas com hepatite C crônica com mais idade, hipertensas, que realizavam tratamento medicamentoso e que tinham contraído o vírus HCV por via sexual tiveram piores desempenho em dimensões do letramento em saúde. Em contrapartida, ter o hábito de praticar de atividade física, níveis de escolaridade mais altos e maiores valores de mediana do escore de conhecimento influenciam positivamente em dimensões do LS.

Dentre o conjunto de variáveis sociodemográficas, clínicas e de conhecimento que constituíram o modelo de regressão múltipla, as que melhor explicaram a maior variabilidade nos escores foram relacionadas às dimensões “Avaliação das Informações em Saúde” (dimensão 5), “Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde” (dimensão 8) e “Compreender as informações sobre saúde saber o que fazer” (dimensão 9).

Assim, o presente estudo fornece *insights* sobre quais são os desafios relacionados ao letramento em saúde enfrentados por pacientes com hepatite C crônica. Reforça, também, a importância dos profissionais disponibilizarem informações em saúde em linguagem acessível

à população, bem como de adotarem estratégias que visem à melhora no processo de comunicação com os pacientes.

Por fim, destaca-se a necessidade de programas de educação em saúde para essa população considerando as lacunas assinaladas, a fim de possibilitar às pessoas com hepatite C crônica melhora do autogerenciamento da sua condição de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Ministério da Saúde; 2019.
2. The Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2(3):161-76. doi: https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30181-9
3. Gamkrelidze I, Pawlotsky JM, Lazarus JV, Feld JJ, Zeuzem S, Bao Y, et al. Progress towards hepatitis C virus elimination in high-income countries: An updated analysis. Liver Int. 2021;41(3):456-63. doi: https://doi.org/10.1111/liv.14779
4. WHO. Global hepatitis report. Geneva: World Health Organization; 2017.
5. Pedrana A, Howell J, Scott N, Schroeder S, Kuschel C, Lazarus JV, et al. Global hepatitis C elimination: an investment framework. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020;5(10):927-39. doi: https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30010-8
6. Rei A, Rocha M, Pedroto I. Improving Health-Related Quality of Life Assessment in Chronic Hepatitis C. GE Port J Gastroenterol. 2019;26(2):150-1. doi: https://doi.org/10.1159/000488507
7. Surjadi M, Torruellas C, Ayala C, Jr. Yee HF, Khalili M. Formal patient education improves patient knowledge of hepatitis C in vulnerable populations. Dig Dis Sci. 2011;56(1):213-9. doi: https://doi.org/10.1007/s10620-010-1455-3
8. Vaitkienė R. Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self-Management of Chronic Disease: An Integrative Review. International journal of environmental research and public health. 2021;18(5).
9. Grebely J, Oser M, Taylor LE, Dore GJ. Breaking down the barriers to hepatitis C virus (HCV) treatment among individuals with HCV/HIV coinfection: action required at the system, provider, and patient levels. J Infect Dis. 2013;207(suppl_1):S19-S25. doi: https://doi.org/10.1093/infdis/jis928
10. Wu E, Chen X, Guan Z, Cao C, Rao H, Feng B, et al. A comparative study of patients' knowledge about hepatitis C in the United States and in urban and rural China. Hepatol Int. 2015;9(1):58-66. doi: https://doi.org/10.1007/s12072-014-9559-z
11. Castro-Sánchez E, Chang PW, Vila-Candel R, Escobedo AA, Holmes AH. Health literacy and infectious diseases: why does it matter? Int J Infect Dis. 2016;43:103-10. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.019
12. Yang M, Rao HY, Feng B, Wu E, Wei L, Lok AS. Patient Education Improves Patient Knowledge and Acceptance on Antiviral Therapy of Hepatitis C in Rural China. Chin Med J (Engl). 2017;130(22):2750-1. doi: https://dx.doi.org/10.4103%2F0366-6999.218023
13. Benzaken AS, Girade R, Catapan E, Pereira GFM, Almeida ECd, Vivaldini S, et al. Hepatitis C disease burden and strategies for elimination by 2030 in Brazil. A mathematical modeling approach. Braz J Infect Dis. 2019;23(3):182-90. doi: https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.04.010

14. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):1-10. doi: https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259
15. Serper M, Patzer RE, Reese PP, Przytula K, Koval R, Ladner DP, et al. Medication misuse, nonadherence, and clinical outcomes among liver transplant recipients. Liver Transpl. 2015;21(1):22-8. doi: https://dx.doi.org/10.1002%2Flt.24023
16. Johnston MC, Crilly M, Black C, Prescott GJ, Mercer SW. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. Eur J Public Health. 2018;29(1):182-9. doi: https://doi.org/10.1093/eurpub/cky098
17. Kamath PS, Wiesner RH, Malinchoc M, Kremers W, Therneau TM, Kosberg CL, et al. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. Hepatology. 2001;33(2):464-70. doi: https://doi.org/10.1053/jhep.2001.22172
18. Richmond J, Dunning T, Desmond P. Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C. J Viral Hepat. 2007;14(9):624-32. doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2007.00849.x
19. Joukar F, Mansour-Ghanaei F, Naghipour MR, Hasandokht T. Nurses' knowledge toward hepatitis B and hepatitis C in Guilan, Iran. Open Nurs J. 2017;11:34. doi: https://dx.doi.org/10.2174%2F1874434601711010034
20. Souza NP, Villar LM, Moimaz SAS, Garbin A, Garbin CAS. Knowledge, attitude and behaviour regarding hepatitis C virus infection amongst Brazilian dental students. Eur J Dent Educ. 2017;21(4):e76-e82. doi: https://doi.org/10.1111/eje.12224
21. Moraes KL, Brasil VV, Mialhe FL, Sampaio HAdC, Sousa ALL, Canhestro MR, et al. Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) to brazilian portuguese. Acta Paul Enferm. 2021;34. doi: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02171
22. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC public health. 2013;13(1):1-17. doi: https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658
23. Akaike H. Information theory and an extension of the maximum likelihood principle. Selected papers of hirotugu akaike. Springer; 1998. p. 199-213.
24. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 2012.
25. Stømer UE, Gøransson LG, Wahl AK, Urstad KH. A cross-sectional study of health literacy in patients with chronic kidney disease: Associations with demographic and clinical variables. Nurs open. 2019;6(4):1481-90. doi: https://doi.org/10.1002/nop2.350
26. Van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. BMC public health. 2013;13:179. doi: https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-179
27. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. J Gen Intern Med. 2005;20(2):175-84. doi: https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x
28. Evon DM, Golin CE, Stoica T, Jones RE, Willis SJ, Galanko J, et al. What's Important to the Patient? Informational Needs of Patients Making Decisions About Hepatitis C Treatment. Patient. 2017;10(3):335-44. doi: https://doi.org/10.1007/s40271-016-0207-7
29. World Health Organization (WHO). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. World Health Organization; 2016.
30. Poureslami I, Nimmon L, Rootman I, Fitzgerald MJ. Health literacy and chronic disease management: drawing from expert knowledge to set an agenda. Health Promot Int. 2017;32(4):743-54. doi: https://doi.org/10.1093/heapro/daw003

31. Zhou K, Fitzpatrick T, Walsh N, Kim JY, Chou R, Lackey M, et al. Interventions to optimise the care continuum for chronic viral hepatitis: a systematic review and meta-analyses. Lancet Infect Dis. 2016;16(12):1409-22. doi: https://doi.org/10.1016/s1473-3099(16)30208-0
32. Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A, Buchbinder R. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Health Serv Res. 2017;17(1):1-12. doi: https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12913-016-1973-6
33. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC public health. 2015;15:678. doi: https://doi.org/10.1186/s12889-015-2056-z
34. Al Ghamdi SS, Shah H. An Educational Needs Assessment for Patients with Liver Disease. J Can Assoc Gastroenterol. 2018;1(2):54-9. doi: https://doi.org/10.1093/jcag/gwy012
35. Castelo A, Mello CEB, Teixeira R, Madruga JVR, Reuter T, Pereira LMMB, et al. Hepatitis C in the Brazilian public health care system: burden of disease. Arq gastroenterol. 2018;55(4):329-37. doi: dx.doi.org/10.1590/s0004-2803.201800000-74
36. Duarte G, Pezzuto P, Barros TD, Mosimann Junior G, Martínez-Espinosa FE. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30.
37. Gulati R, Nawaz M, Pyrsopoulos NT. Health literacy and liver disease. Clin Liver Dis (Hoboken). 2018;11(2):48. doi: https://doi.org/10.1002/cld.690
38. Lubkin IM, Larsen PD. Chronic Illness: Impact and Intervention. Jones & Bartlett Publishers; 2013.
39. National Alliance of State and Territorial Aids Directors (NASTAD). Hep C community navigation model and toolkit: improving care for people who use drugs and other impacted populations. 2020.
40. Lin YC, Chiu WN, Chang TS, Huang TJ, Chen MY. Liver Health Literacy and Health Status Among Adults With Hepatitis C: Implications for the Nursing Profession as Part of the 2030 Global Elimination Goal. J Nurs Scholarsh. 2020;52(2):128-35. doi: https://doi.org/10.1111/jnu.12533
41. Bauer U. The social embeddedness of health literacy. International handbook of health literacy. 2019:573.
42. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annu Rev Public Health. 2021;42. doi: https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
43. Hawkins M, Gill SD, Batterham R, Elsworth GR, Osborne RH. The health literacy questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):1-15. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-017-2254-8
44. Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse Navigator: development of a program for Brazil. Rev Latino-Am Enfermagem . 2020;28. doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.3258.3275
45. McMurray A, Cooper H. The nurse navigator: An evolving model of care. Collegian. 2017;24(2):205-12. doi: https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.01.002
46. Valaitis RK, Carter N, Lam A, Nicholl J, Feather J, Cleghorn L. Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):1-14. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-017-2046-1

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou que os 105 indivíduos com diagnóstico de hepatite C crônica tinham mediana de idade de 54 anos (IQ=48-62), a maioria era do sexo masculino e possuía Ensino Fundamental. A mediana do tempo de diagnóstico foi de 1034 (IQ=619-1512) dias e de acompanhamento ambulatorial, de 929 (547-1498) dias. A maioria apresentava multimorbidades e estava em uso de polifarmácia.

Os fatores associados ao baixo conhecimento acerca da hepatite C foram idade, escolaridade (ter apenas Ensino Fundamental) e uso de cigarro. Verificou-déficit de conhecimento relacionado ao reconhecimento do tipo microrganismo transmissor da doença; ao alto risco de contaminação; às vias de transmissão; e à possibilidade de imunidade por vacinas.

As condições de letramento em saúde dos pacientes com diagnóstico de hepatite C crônica foram associadas a: idade, realizar tratamento medicamentoso, ser hipertenso e autorrelato de modo de transmissão por via sexual. Esses fatores reforçam a relevância de melhorar as informações de saúde, considerando a necessidade de compreensão das informações para auxiliar o paciente no empoderamento, autogerenciamento e engajamento no cuidado à saúde.

Dentre o conjunto de variáveis sociodemográficas, clínicas e de conhecimento que constituíram o modelo de regressão múltipla, as que melhor explicaram a maior variabilidade dos escores do HLQ-Br estiveram relacionadas às dimensões “Avaliação das Informações em Saúde”, “Capacidade de encontrar boas informações sobre saúde” e “Compreender as informações sobre saúde saber o que fazer”.

O letramento em saúde e o conhecimento em relação à sua condição de saúde são indispensáveis para a promoção do cuidado centrado na pessoa, pois integram atributos do acesso, compreensão e uso dos serviços de saúde, possibilitando a tomada de decisão em saúde compartilhada, que visa melhorar a própria condição de saúde. Nesse sentido, a avaliação dos níveis de conhecimento dos pacientes com hepatite C crônica, bem como da condição de LS, viabiliza o processo de superação de barreiras que dificultam a compreensão da condição de saúde e o tratamento para evitar a progressão da doença.

O estudo permitiu explorar os aspectos mais frágeis em relação ao conhecimento da doença e tratamento e ao LS de portadores de HC, fornecendo

insights para o planejamento de estratégias e programas educativos para o portador de hepatite C e seus familiares. Reitera-se a necessidade de que tais medidas considerem os princípios do letramento em saúde, a fim de melhorar a compreensão das informações e, consequentemente, obter resultados satisfatórios em saúde.

Assim, os serviços de atenção primária podem pensar em incluir avaliações sistemáticas em relação ao conhecimento e ao letramento em saúde de portadores de HC como forma de qualificar o cuidado prestado. Isso favorecerá a corresponsabilização tanto dos serviços no processo de cuidar quanto dos indivíduos e família.

Embora os resultados evidenciem lacunas no cuidado ao portador de HC eles também revelam que esses pacientes vêm sendo assistidos de maneira sistemática pela equipe de saúde, visto que, em muitos aspectos, conseguem autogerir sua condição.

A cada consulta é necessário avaliar o paciente como um todo de forma integral, bem como acolher, explicar, orientar e aplicar técnicas de comunicação assertiva, em linguagem simples e clara, com emprego das técnicas de *teach back*, *ask me three*. Esse tipo de comunicação é fundamental, pois favorece a melhor compreensão possível, auxiliando na tomada de decisões em saúde e no autogerenciamento.

Para melhorar o letramento em saúde no âmbito do sistema único de saúde faz-se necessário implementar medidas práticas para a elaboração de estratégias que promovam engajamento, adesão terapêutica e comportamento preventivo. Tais medidas também podem favorecer as práticas de autocuidado centrado no paciente e melhorar o conhecimento das causas, formas de transmissão e tratamento da hepatite C crônica.

No entanto, o letramento em saúde apresenta outras diversas potencialidades que podem e devem ser exploradas em busca de identificar novas estratégias de educação e informação em saúde capazes de proporcionar melhor controle da saúde. Nesse sentido, os aspectos evidenciados neste estudo podem suscitar o interesse e a busca por novas estratégias e informações em saúde para essa população. Faz-se necessário envolver todos os profissionais no desenvolvimento de ações preventivas, sobretudo naquelas que incluam os fatores associados neste estudo.

REFERÊNCIAS

AKAIKE, H. **Information theory and an extension of the maximum likelihood principle**. Selected papers of hirotugu akaike. Springer, 1998.

AL GHAMDI, S. S.; SHAH, H. An Educational Needs Assessment for Patients with Liver Disease. **Journal of the Canadian Association of Gastroenterology**, v. 1, n. 2, p. 54-59, 2018.

APARECIDA DE GOIÂNIA. **Portaria Municipal Nº 02/2020-GAB/SMS, de 18 de março de 2020**. Restringe em 50% (cinquenta por cento) o agendamento de consulta eletiva para atendimento especializado, exceto nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Aparecida de Goiânia e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2020.

BABABEKOV, Y. J. *et al*. Health literacy burden is associated with access to liver **Transplantation**, v. 103, n. 3, p. 522-528, 2019.

BAUER, U. The social embeddedness of health literacy. **International handbook of health literacy**, p. 573, 2019.

BEAUCHAMP, A. *et al*. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC public health**, v.15, p. 678, 2015.

BENZAKEN, A. S. *et al*. Hepatitis C disease burden and strategies for elimination by 2030 in Brazil. A mathematical modeling approach. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 23, n. 3, p. 182-190, 2019.

BERKMAN, N. D.; DAVIS, T. C.; MCCORNACK, L. Health Literacy: What is it? **Journal of Health Communication**, v. 15, n. 2, p. 9-19, 2010.

BRANDÃO, N. A. A. **Prevalência e fatores associados às infecções pelos vírus das hepatites B e C em pacientes HIV positivos, atendidos na rede pública de Goiânia - Goiás**. 2013. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical e Saúde Pública) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

BRASIL. **Hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde. 2018a.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde: 2019.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CAMPIOTTO, S. *et al*. Geographic distribution of hepatitis C virus genotypes in Brazil. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 38, p. 41-49, 2005.

CARTHERY-GOULART, M. T. *et al*. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 631-638, 2009.

CASTELO, A. *et al*. Hepatitis C in the Brazilian public health care system: burden of disease. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 55, n. 4, p. 329-337, 2018.

CASTRO-SANCHEZ, E. et al. Health literacy and infectious diseases: why does it matter? **Internacional Journal of Infectious Diseases**, v. 43, p. 103-110, 2016.

CHAN, D. P. *et al*. Sexually acquired hepatitis C virus infection: a review. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 49, p.74-58, 2016.

CHEHUEN NETO, J. A., *et al*. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1121-1132, 2019.

CHO, H. J.; PARK, E. Quality of life of chronic Hepatitis C patients and its associated factors. **Osong Public Health and Research Perspectives**, v. 8, n. 2, p. 124-129, 2017.

COMPRI, A. P. *et al*. Resposta virológica sustentada às drogas de ação direta de segunda geração para hepatite C. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 196, n. 17, p. 1-10, 2020.

DENNISTON, M. M. *et al*. Awareness of infection, knowledge of hepatitis C, and medical follow-up among individuals testing positive for hepatitis C: National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2008. **Hepatology**, v. 55, n. 6, p. 1652-1661, 2012.

D'SOUZA, R. *et al*. Knowledge of chronic hepatitis C among East London primary care physicians following the Department of Health's educational campaign. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 97, n. 6, p. 331-336, 2004.

DUARTE, G. *et al*. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER (EASL). Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. **Journal Hepatology**, v. 55, n. 2, p. 245-264, 2011.

EVON, D. M. *et al*. Adherence during antiviral treatment regimens for chronic hepatitis C: a qualitative study of patient-reported facilitators and barriers. **Journal of**

clinical gastroenterology, v. 49, n. 5, p. 41-50, 2015.

EVON, D. M. *et al*. What's Important to the Patient? Informational Needs of Patients Making Decisions About Hepatitis C Treatment. **The patient**, v. 10, n. 3, p. 335-344, 2017.

FOREMAN, K. J. *et al*. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. **Lancet (London, England)**, v. 392, n.10159, p. 2052-2090, 2018.

GAMKRELIDZE, I. *et al*. Progress towards hepatitis C virus elimination in high-income countries: An updated analysis. **Liver international: official journal of the International Association for the Study of the Liver**, v. 41, n. 3, p. 2, 456-463, 2021.

GHANY, M. G.; MORGAN, T. R. Hepatitis C Guidance 2019 Update: American Association for the Study of Liver Diseases-Infectious Diseases Society of America Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection. **Hepatology (Baltimore, Md)**, v. 71, n. 2, p. 686-721, 2020.

GOMES, M. A. *et al*. Hepatocellular carcinoma: epidemiology, biology, diagnosis, and therapies. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 514-524, 2013.

GREBELY, J. *et al*. Breaking down the barriers to hepatitis C virus (HCV) treatment among individuals with HCV/HIV coinfection: action required at the system, provider, and patient levels. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 207, Suppl 1, p. 19-25, 2013.

GULATI, R.; NAWAZ, M.; PYRSOPOULOS, N. T. Health literacy and liver disease. **Clinical Liver Disease**, v. 11, n. 2, p. 48-51, 2018.

HAWKINS, M. *et al*. The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 1-15, 2017.

JESSUP, R. L. *et al*. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2017.

JOHNSTON, M. C. *et al*. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. **European Journal of public health**, v. 29, n.1, p. 182-189. 2018.

JOUKAR, F. *et al*. Knowledge levels and attitudes of health care professionals to ward patients with hepatitis C infection. **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v. 18, n. 18, p. 2238, 2012.

JOUKAR, F. *et al*. Kowledge toward Hepatitis B and Hepatitis C in Guilan, Iran. **The Open Nursing Journal**, v. 11, p. 34-42, 2017.

KALICHMAN, S. C.; RAMACHANDRAN, B.; CATZ, S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. **Literacy and HIV Treatment Adherence**, v. 14, p. 267-273, 1999.

KAMATH, P. S. *et al*. A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. **Hepatology**, v. 33, n. 2, p. 464-470, 2001.

KAUNDINYAA, T. .*et al*. Health Literacy Gaps in Online Resources for Cirrhotic Patients. **Journal of Current Surgery**, v. 10, p. 1-6, 2020.

KIM, E.; KO, H. H.; YOSHIDA, E. M. A concise review of hepatitis C in heart and lung transplantation. **Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v. 25, n. 8, p. 445-448, 2011.

KUNRATH, A. A. F.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. Vulnerabilidades e subjetividades de pessoas com diagnóstico e tratamento de hepatite C. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 225-233, 2014.

LIN, Y.C. *et al*. Liver Health Literacy and Health Status Among Adults With Hepatitis C: Implications for the Nursing Profession as Part of the 2030 Global Elimination Goal. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 52, n 2, p 128-135, 2020.

LUBEGA, S. *et al*. Formal hepatitis C education enhances HCV care coordination, expedites HCV treatment and improves antiviral response. **Liver International**, v. 33, n. 7, p. 999-1007, 2013.

LUBKIN, I. M.; LARSEN, P, D. **Chronic Illness: Impact and Intervention**. Jones & Bartlett Publishers, 2013.

MALTA, M. *et al*. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p.559-65,2010.

MANSOUR-GHANAEI, R. *et al*. Knowledge and attitude of medical science students toward hepatitis B and C infections. **International journal of clinical and experimental medicine**, v. 6, n. 3, p. 197, 2013.

MARAGNO, C. A. D.; LUIZ, P. P. V. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso: uma revisão da literatura. **Revista Iniciação Científica**, v. 14, n. 1, 2016.

MARINHO, R.T. *et al*. A multidimensional education program at substance dependence treatment centers improves patient knowledge and hepatitis C care. **BMC infectious diseases**, v. 16, n. 66, 2016.

MARQUES, S. R. L.; LEMOS, S. M. A. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. **Audiology - Communication Research**, v. 22, p. 1-12, 2017.

MARTÍNEZ-REBOLLAR, M. *et al.* Estado actual de la hepatitis aguda C Current status of acute hepatitis C. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, v. 29, n. 3, p. 210-215, 2011.

MCMURRAY, A; COOPER, H. The nurse navigator: An evolving model of care. **Collegian**, v. 24, n. 2, p. 205-212, 2017.

MIALHE, F. L.; PELICIONI, M. C. F. **Educação e Promoção da Saúde: teoria e prática**. 2019.

MORAES, K. L. *et al*. Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) to brazilian portuguese. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

MORAES, K. L. Health literacy: a long journey to Brazilian health practices. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 2, n. 3, p. 161-162, 2018.

MORAIS, A.; MAGNO, L. A.; GOMIDE, G. P. M. Impacto da hepatite C sobre o consumo de recursos e custos de pacientes com cirrose hepática no SUS. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 7, n. 2, p. 116-121, 2015

MUCCI, S. *et al*. Adaptação cultural do Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) para população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 199-205, 2010.

MUCCI, S. **Questionário para Avaliação de Qualidade de Vida em Portadores de Doença Hepática Crônica: Tradução e Validação do CLDQ – Chronic Liver Disease Questionnaire**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2009.

MUKHERJEE, P. S. *et al*. Knowledge about hepatitis B and hepatitis C virus infection and consequences: a cross-sectional assessment of baseline knowledge among infected patients in West Bengal, India. **Hepatology, Medicine and Policy**, v. 2, n. 1, p. 1- 9, 2017.

NATIONAL ALLIANCE OF STATE AND TERRITORIAL AIDS DIRECTORS (NASTAD). **Hep C community navigation model and toolkit: improving care for people who use drugs and other impacted populations**. 2020.

NAVICKAS, R. *et al*. Multimorbidity: what do we know? What should we do? **Journal of comorbidity**, v. 6, n.1, p. 4-11, 2016.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. **Health Promotion International**, v. 15, n. 3, p. 1-10, 2000.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, v. 67, p. 2072–2078, 2008

NUTBEAN, D.; LLOYD, J. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health annu. **Annual review of public health**, v. 42, 2021.

OHFUJI, S. *et al*. Lifestyles associated with prognosis after eradication of hepatitis C virus: a prospective cohort study in Japan. **Digestive diseases and sciences**, v. 1, n. 11, 2020.

OSBORNE, R. H. *et al*. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC public health**, v. 13, n. 1, p. 658-675, 2013.

PAASCHE-ORLOW, M.K. *et al*. The prevalence of limited health literacy. **Journal of general internal medicine**, v. 20, n. 2, p.175-184, 2005.

PASSAMAI, M. D. P. B. *et al*. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 2, p. 1-14, 2012.

PAUTASSO, F.F. *et al*. Nurse Navigator: development of a program for Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

PEDRANA, A. *et al*. Global hepatitis C elimination: an investment framework. **The lancet Gastroenterology & hepatology**, v. 5, n. 10, p. 927-939, 2020.

PEREIRA, L. M. M. P. *et al*. Prevalence and risk factors of Hepatitis C virus infection in Brazil, 2005 through 2009: a cross-sectional study. **BMC Infectious Diseases**, v. 13, n. 60, 2013.

PERLIN, C. M. *et al*. Quality of life in Brazilian patients with treated or untreated chronic hepatitis C. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 59, p. e81, 2017.

POURESLAMI, I. *et al*. Health literacy and chronic disease management: drawing from expert knowledge to set an agenda. **Health Promotion International**, v. 32, n. 4, p. 743-754, 2017.

PUGH, R. N. H. *et al*. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. **British Journal of Surgery**, v. 60, n. 8, p. 646-649, 1973.

REI, A.; ROCHA, M.; PEDROTO, I. Improving health-related quality of life assessment in chronic hepatitis C. **GE – Portuguese Journal of Gastroenterology**, v. 26, n. 2, p. 150-151, 2019.

RICHMOND, J. A.; DUNNING, T. L.; DESMOND, P. Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C. **Journal of Viral Hepatitis**, v. 14, n. 9, p. 624-632. 2007.

SANTOS, P. *et al*. Health literacy as a key for effective preventive medicine. **Cogent Social Sciences**, v. 3, 2017.

SCHIMITH, M. D. *et al*. Relationships between health professionals and users throughout health care practices. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9 n. 3, p. 479-

503, 2012.

SERPER, M. *et al*. Medication misuse, nonadherence, and clinical outcomes among liver transplant recipients. **Liver transplantation**, v. 21, n. 1, p. 22-28, 2015.

SMITH-PALMER, J.; CERRI, K.; VALENTINE, W. Achieving sustained virologic response in hepatitis C: a systematic review of the clinical, economic and quality of life benefits. **BMC Infectious Diseases**, v. 15, p. 1-19, 2015.

SORENSEN, K. *et al*. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, p. 80, 2012.

SOUZA, N. P. *et al*. Knowledge, attitude and behaviour regarding hepatitis C virus infection amongst Brazilian dental students. **European Journal of Dental Education: official journal of the Association for Dental Education in Europe**, v. 21, n. 4, p. 76-82. 2017.

SOUZA, N. P. **Infecção pelo vírus da hepatite C: conhecimento dos acadêmicos de Odontologia e dos pacientes infectados**. 2016. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

STØMER, U. E. *et al*. A cross-sectional study of health literacy in patients with chronic kidney disease: Associations with demographic and clinical variables. **Nursing open**, v. 6, n. 4, 1481-1490.

STRAUSS, E. Hepatite C. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 1, p. 69-82, 2001.

STRAUSS, E.; TEIXEIRA, M. C. D. Quality of life in hepatitis C. **Liver International**, v. 26, n. 7, p. 755-765, 2006.

SULTAN, N. Y. *et al*. Assessing the level of knowledge and available sources of information about hepatitis C infection among HCV-infected Egyptians. **BMC Public Health**, v. 18, n. 747, 2018.

SUN, X. *et al*. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. **BMC Public Health**, v. 13, n. 261, 2013.

SURJADI, M. *et al*. Formal patient education improves patient knowledge of hepatitis C in vulnerable populations. **Digestive diseases and sciences**, v. 56, n. 1, p. 213-219, 2011.

TADDEO, P. S. *et al*. Access, educational practice and empowerment of patients with chronic diseases. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2931, 2012.

THE POLARIS OBSERVATORY HCV COLLABORATORS. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. **The lancet Gastroenterology & hepatology**, v. 2, n. 3, p.161-176, 2017.

THOMAS, D. L. Global Elimination of Chronic Hepatitis. **New England Journal of Medicine**, v. 380, p. 2041–50, 2019.

VAINAUSKIENĖ, V.; VAITKIENĖ, R. Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self-Management of Chronic Disease: An Integrative Review. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 5, 2021.

VALAITIS, R. K. *et al*. Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. **BMC health services research**, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2017.

VAN DE MORTEL, T. F. Health care workers? knowledge of hepatitis C and attitudes towards patients with hepatitis C: a pilot study. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 20, n. 1, p. 19-19, 2002.

VAN DER HEIDE, I. *et al*. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. **BMC public health**, v. 13, p. 179, 2013.

VIANA, D. R. *et al*. Hepatite B e C: diagnóstico e tratamento. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 4, n. 3, p. 73-79, 2017.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis: planning and tracking progress towards elimination**. Geneva: World Health Organization, 2019.

WILLIAMS, M. V. *et al*. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. **Archives of internal medicine**, v. 158, p. 166-172, 1998.

WILSON, E. B. Probable inference, the law of succession, and statistical inference. **Journal of the American Statistical Association**, v. 22, n. 158, p. 209-212, 1927.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021: howards ending viral hepatitis**. Geneva: World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global hepatitis report**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection**. Geneva: World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection: updated version**. Geneva: World Health Organization, 2016.

WU, E. *et al*. A comparative study of patients' knowledge about hepatitis C in the

United States and in urban and rural China. **Hepatology international**, v. 9, n. 1, p. 58-66, 2015.

WU, Z. *et al*. Hepatitis C related chronic liver cirrhosis: feasibility of texture analysis of MR images for classification of fibrosis stage and necroinflammatory activity grade. **PLoS One**, v. 10, n. 3, p. e0118297. 2015.

YANG, J. H. Antibiotic-induced changes to the host metabolic environment inhibit drug efficacy and alter immune function. **Cell host & microbe**, v. 22, n. 6, p. 757-765, 2017.

YANG, M. *et al*. Patient Education Improves Patient Knowledge and Acceptance on Antiviral Therapy of Hepatitis C in Rural China. **Chinese medical journal**, v. 130, n. 22, 2017.

YOUNOSSI, Z. M. *et al*. Association of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) with hepatocellular carcinoma (HCC) in the United States from 2004 to 2009. **Hepatology**, v. 62, n. 6, p. 1723-1730, 2015.

ZHAO, T-S. *et al*. Knowledge, attitude and psychological status of patients living with hepatitis C in five provinces in China: a cross-sectional survey. **BMJ open**, v. 11, n. 4, p. e040434, 2021.

ZHOU, K. *et al*. Interventions to optimise the care continuum for chronic viral hepatitis: a systematic review and meta-analyses. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 16, n. 12, p. 1409-1422, 2016.

APÊNDICES

Apêndice A - Instrumento de dados sociodemográficos

Questionário sociodemográfico e clínico do paciente (dados que serão coletados no prontuário e dados que serão coletados com o paciente).

Data:_____/_____/_____ N° do questionário: _____

Entrevistado (a) (iniciais): _____

Entrevistador: _____

1.Características sociodemográficas	
1.1Data de Nascimento: ____/____/_____	1.2 Idade:
1.3 Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	1.4 Cor da pele autorreferida:
1.5 Situação conjugal: (1) Com companheiro(a) (0) Sem companheiro(a)	1.6 Escolaridade: (0) Ensino Fundamental (1) Ensino Médio (2) Ensino Superior
1.7 Qual é a sua ocupação? _____	1.8 Renda familiar? Número de salários-mínimos: _____ (1) não quer declarar
1.9 Usuário de drogas injetáveis? (1) Sim (0) Não	1.10 Uso de bebida alcóolica? (1) Sim (0) Não
1.11 Tabagista (1) Sim (0) Não	1.12 Exercícios físicos? (1) Sim (0) Não
2. Dados clínicos do paciente	
2.1 Data do diagnóstico: ____/_____/_____	2.2 Data da primeira consulta:
2.3 Provável fonte de transmissão: (0) Transfusão sanguínea (1) Relação sexual (2) Uso de drogas injetáveis (3) Material cortante contaminado	2.4 Comorbidades: Diabetes mellitus (1) Sim (0) Não Hipertensão arterial (1) Sim (0) Não Outros: _____
2.5 Sintomas e complicações relacionados com a doença? Ascite (0) ausente (1) leve (2)moderada Icterícia (1) Sim (0) Não Fadiga (1) Sim (0) Não Varizes (1) Sim (0) Não Dor abdominal (1) Sim (0) Não Hemorragia digestiva (1) Sim (0) Não	2.6 Genótipo: (1)Genótipo 1 (2) Genótipo 2 (3) Genótipo 3 (4) Genótipo 4 (5) Genótipo 5 (6) Genótipo 6

2.7 Tipo sanguíneo (1) A+ (2)A- (3) AB+ (4)AB- (5)B+ (6)B- (7)O+ (8)O-	2.8 Albumina (g/dl)_____ (Data do exame mais recente:____/____/____)
2.9 TGO_____ (Data do exame mais recente:____/____/____)	2.10 TGP_____ (Data do exame mais recente:____/____/____)
2.11 Gama GT_____ (Data do exame mais recente:____/____/____)	2.12 Creatinina_____ (Data do exame mais recente:____/____/____)
2.13 Ácido úrico _____ (Data do exame mais recente:____/____/____)	2.14 Bilirrubina Total (mg/dl)_____ (Data do exame mais recente:____/____/____)
2.15 INR_____ (Data do exame mais recente:____/____/____)	2.16 Encefalopatia hepática: (0) ausente (1) leve/Grau 1-2 (3) moderada/Grau 3-4
2.17 Escala de Gravidade de doença hepática (Child-Pugh) (0) Child A: 5-6 pontos (1) Child B: 7-9 pontos (2) Child C: 10-15 pontos	
3. Tratamento medicamentoso	
3.1 Tratamento Medicamentoso? (1) Sim (0) Não Se sim, qual a data que iniciou o tratamento? _____	3.2 Em qual dos locais abaixo você consegue obter os medicamentos que utiliza? Serviço Público (1) Sim (0) Não Serviço Privado (1) Sim (0) Não
3.3 Qual é o esquema de tratamento? E a duração? _____	3.4 Número de medicamentos em uso? (1) 1 medicamento (2) 2 medicamentos (3) 3 medicamentos (4) 4 ou mais medicamentos
3.5 Quando você não consegue comprar os medicamentos que o governo oferece, o que você faz? Compra a medicação? (1) Sim (0) Não Fica sem tomar o medicamento até conseguir? (1) Sim (0) Não Outros: _____	3.6 O Sr.(a) recebe apoio de amigos e/ou familiares para cumprir o tratamento médico? (1) Sim (0) Não Se sim, qual? _____
3.7 O Sr (a) precisa de ajuda de outra pessoa para tomar os medicamentos? (1) Sim (0) Não Se sim, de quem? _____	3.8 Como o Sr (a) avalia seu estado de saúde? (0) Ruim (1) Regular (2) Bom

ANEXO

Anexo A – Cartilha informativa sobre hepatites

Anexo B – Questionário relativo ao conhecimento sobre a hepatite C frente a indivíduos com hepatite C (SOUZA *et al*., 2016).

Tabela 1. Itens do questionário relativo ao conhecimento sobre a hepatite C, atitudes e comportamento autorrelatados frente a indivíduos com hepatite C.

Questões sobre o conhecimento da hepatite C (Opções de resposta: verdadeiro, falso, não sei)			
1. A hepatite C é causada por vírus.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não Sei ( )
2. A hepatite C é causada por bactéria.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não Sei ( )
3. A hepatite C pode ser transmitida por meio do compartilhamento de materiais injetáveis, tais como: agulhas, garrotes, colheres, cachimbos, etc.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
4. A hepatite C pode ser transmita por mosquitos.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
5. A hepatite C é transmitida por meio de contato com sangue contaminado.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
6. A hepatite C é transmitida através do ar em ambiente fechado (por exemplo: ônibus, elevadores, etc.)	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
7. A transmissão sexual é uma forma comum de transmissão da hepatite.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
8. A hepatite C pode ser transmitida através do beijo na boca.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
9. A hepatite C pode ser transmitida através do sexo oral.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
10. Algumas pessoas com hepatite C foram infectadas através da realização de tatuagens.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
11. O HCV é transmitido, principalmente, por via parenteral, através da grande ou repetida exposição a sangue ou produtos hemoderivados contaminados, como ocorre durante a transfusão de sangue e transplante de órgãos, tecidos ou medula óssea de doadores infectados com HCV.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
12. Outro modo menos comum e eficaz de transmissão do HCV inclui a exposição percutânea à quantidade de sangue contaminado (ou seja, acidentes com agulhas ou objetos cortantes).	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
13. A hepatite C pode ser transmitida durante o parto.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
14. A hepatite C pode ser transmitida através de relação sexual desprotegida com parceiros infectados com o HCV.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
15. A hepatite C pode ser transmitida através de serviços de barbearia.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
16. A hepatite C pode ser transmitida através de serviços de acupuntura.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
17. Os indivíduos com alto risco de infecção pela hepatite C são aqueles que receberam transfusões de sangue/hemoderivados antes de 1992, pacientes em hemodiálise, hemofílicos, presos, sexualmente promíscuos, transplantados, pessoas com tatuagens e piercings e usuários de drogas injetáveis ilícitas.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
18. A hepatite C pode ser transmitida através de rituais de escarificação.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )

19. A hepatite C pode ser transmitida através de circuncisão.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
20. A hepatite C pode ser transmitida através do compartilhamento de escovas de dente.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
21. A hepatite C pode ser transmitida através de serviços de manicure e pedicure.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
22. A hepatite C pode ser transmitida através do compartilhamento de lâminas de barbear.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
23. Não existe o contágio por abraços e contato casual com a pessoa portadora de hepatite C.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
24. A hepatite C pode ser transmitida por espirros e tosses.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
25. A hepatite C pode ser transmitida através do compartilhamento de copos e talheres.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
26. A mãe com hepatite C pode transmitir a doença para o seu filho durante a amamentação.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
27. As pessoas com hepatite C deveriam ser impedidas de trabalhar na indústria de alimentos.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
28. A hepatite C pode causar cirrose.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
29. A hepatite C está associada ao aumento do risco de câncer de fígado.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
30. A hepatite C é uma mutação da hepatite B.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
31. Uma pessoa pode ser infectada com hepatite C e não apresentar quaisquer sintomas da doença.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
32. Há um tratamento farmacêutico disponível para a hepatite C.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
33. Existe uma vacina para a hepatite C.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
34. É mais fácil ser infectado com HIV que com o agente etiológico da hepatite C.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
35. Um indivíduo pode ter anticorpos contra a hepatite C sem ter sido recentemente infectado pelo vírus.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
36. As pessoas com hepatite C deveriam restringir a ingestão de álcool.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
37. Depois de tido hepatite C, você não pode adquirir a doença de novo, pois você está imune.	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
38. Realizar um procedimento médico e/ou odontológico no Oriente Médio, no Sudeste Asiático ou no Mediterrâneo aumenta as chances de uma pessoa contrair hepatite C	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )
39. A maioria das pessoas que contraíram a hepatite C morrerão prematuramente por causa da infecção	Verdadeiro ( )	Falso ( )	Não sei ( )

ANEXO C – Instrumento para avaliação do letramento em saúde

MONASH University
Medicine, Nursing and Health Sciences

hlQ

SWINBURNE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

Portuguese (Brazil)

Identificação do Participante_____

Questionário sobre Compreensão da Saúde e Cuidados de Saúde

Obrigado por dedicar seu tempo para preencher este questionário. Esperamos que os resultados nos ajudem a melhorar a forma como prestamos assistência à nossa comunidade.

Nós queremos saber como você encontra, entende e utiliza informações sobre saúde, e como você gerencia sua saúde e interage com médicos e outros profissionais de saúde.

Neste questionário, o termo **profissionais de saúde** se refere a médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e qualquer outro trabalhador da área da saúde a quem você recorre em busca de conselho ou tratamento.

Informações sobre este questionário e como preenchê-lo.
Esse questionário contém duas partes.
Na **Parte 1** você é solicitado a indicar o quanto **discorda** ou **concorda** com um grupo de afirmações.
Na **Parte 2** você é solicitado a indicar o quanto você considera **difícil** ou **fácil** fazer uma série de atividades.
Para cada afirmação ou atividade, marque o quadro que **melhor descreve você neste momento.**
Por favor, confira se você marcou **um quadro** para **todas** as afirmações ou atividades.

Um exemplo:

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. A terra é plana	☒	☐	☐	☐

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

A Parte 1 do questionário começa aqui.

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

Marque o quadro fazendo um X dessa forma: ☒

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

Continuação da **Parte 1**
Por favor, indique o quanto você **discorda** ou **concorda** com cada uma das afirmações a seguir. Lembre-se de marcar apenas **um** quadro para cada afirmação.

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

Por favor, continue na próxima página.

A Parte 2 do questionário começa aqui.

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

Marque o quadro fazendo um X dessa forma : ☒

		Não consigo fazer ou sempre difícil	Geralmente difícil	Às vezes difícil	Geralmente fácil	Sempre fácil
1	Encontrar o serviço	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ter certeza de que os profissionais de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
3	Encontrar informação	☐	☐	☐	☐	☐
4	Sentir-se capaz de conversar sobre	☐	☐	☐	☐	☐
5	Preencher corretamente formulários	☐	☐	☐	☐	☐
6	Encontrar informações sobre saúde	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ter boas conversas sobre	☐	☐	☐	☐	☐
8	Conseguir consultar o profissional	☐	☐	☐	☐	☐
9	Seguir exatamente as instruções	☐	☐	☐	☐	☐
10	Conseguir informação sobre saúde	☐	☐	☐	☐	☐
11	Decidir qual profissional	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ler e entender informações	☐	☐	☐	☐	☐
13	Ter certeza de encontrar o lugar correto	☐	☐	☐	☐	☐

Por favor, continue na próxima página.

Continuação da **Parte 2**
Por favor, indique o quanto **difíceis** ou **fáceis** são as seguintes atividades para você neste momento. Lembre-se de marcar apenas **um** quadro para cada afirmação

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

Obrigado por completar esse questionário.

Anexo D – Escala de gravidade de doença hepática (Child-Pugh Score)

Pontos	1	2	3
Ascite	Ausente	Leve	Moderada/ Grave
Encefalopatia	Ausente	Grau I-II	Grau III-IV
Bilirrubina	<2 mg/dl	2-3 mg/dl	>3 mg/dl
TP/RNI	1-3/ <1.7	4-6 / <1.7- 2,3	>6 / >2,3
Albumina	>3.5 g/dl	2.8 – 3.5 g/dl	<2.8 g/dl

Interpretação

Pontos	Classe	Sobrevida em 1 ano	Sobrevida em 2 ano
5-6	A	100%	85%
7-9	B	81%	57%
10-15	C	45%	35%

Fonte: MUCCI, 2009

ANEXO E – Autorização para uso do questionário Health Literacy Questionnaire

Swinburne University of Technology

SWIN BUR NE

QUESTIONNAIRE LICENCE AGREEMENT

Information Schedule

Parties

Swinburne	**SWINBURNE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY** (ABN: 13 628 586 699) a body politic and corporate established under the Swinburne University of Technology Act 2010 (Vic) of John Street, Hawthorn in the State of Victoria, Australia
Licensee	**The Party identified in Item 1 below**

Background

A. Swinburne is the owner of the Intellectual Property Rights in the Licensed Material.

B. The Licensee seeks a licence of the Licensed Material.

C. Swinburne has agreed to grant the licence sought on the basis set out in this Agreement.

Date

Date of Agreement	means the date on which the last of the parties signs this Agreement

Details

Item No	Identifier	Detail	
1	Licensee	Name:	**Master in Health Attention, School of Social Science and Health, Pontifical Catholic University of Goias**
		Address:	**Av. Universitária, 1069 – Setor Universitário, Goiania, Goias, Brazil**
		Authorised Officer	**Associate Professor Vanessa da Silva Carvalho Vila, PhD**
		Email:	**vscvila@uol.com.br**
		Phone:	**+55 (62)3946-1261/ +55 (62) 98132-8200**
2	Licensed Material	means any and all statutory and other proprietary rights in respect of the Questionnaire recognised at common law, or laws relating to Intellectual Property Rights.	
3	Commencement Date	means 14 days following the Date of Agreement.	
4	Term	means the duration identified in **Item 4** of the **Schedule**, which commences on the Commencement Date.	
5	Licence Fee	Means, where applicable, the fee identified in **Item 2** of the **Schedule** and payable by the Licensee during the Term.	

Execution

Swinburne	**SIGNED** for and on behalf of **SWINBURNE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY** in the presence of: Date signed: 09/10/2019 Kerrie Paulger Signature of witness	Ranjit Nadarajah Name of signatory Manager Title of signatory
Licensee	**SIGNED** for and on behalf of **LICENSEE** in the presence of: Date signed: 03/10/2019 Signature of witness	Adenilia Custodia Silva Souza Name of signatory Associate Professor Title of signatory

General Terms

This section of the Agreement sets out the General Terms applicable to this Questionnaire Licence Agreement. The signed Information Schedule constitutes an acceptance by the Parties of these General Terms and all other parts of this Agreement.

1. **Grant of Licence**

   Subject to the limitations set forth in this Agreement and in consideration of mutual promises set out herein, Swinburne hereby grants to Licensee a non- exclusive licence (**Licence**), to use the Licensed Materials for the Purpose in the Territory during the Term to the extent permitted by law.

2. **Reserved Rights**

   2.1 Swinburne expressly reserves the right to:

   2.1.1 use Swinburne Intellectual Property Rights and associated technology for educational and research purposes, clinical research, and research sponsored by commercial entities,

   2.1.2 publicly disclose research results; and

   2.1.3 allow other non-profit research institutions to use Swinburne' Copyright Rights and associated technology for the same purposes as clause 2.1.1 and 2.1.2.

   2.2 Except as set forth in this Agreement, Licensee shall not:

   2.2.1 remove any copyright or other proprietary notices on or in any copies of the Licensed Materials; or

   2.2.2 modify, adapt, or translate the Licensed Materials.

3. **Sub-Licence**

   The Licensee may not sub-license any rights granted under this Agreement without the prior written consent of Swinburne.

4. Permitted Reproduction and Adaptations

4.1 The Licensee is permitted to reproduce, copy, or communicate the Questionnaire online, provided The Licensee ensures that such online access to the Questionnaire is a password protected online survey instrument. Furthermore, if indicated in **Item 6** of the **Schedule**, Swinburne grants to the Licensee the right to use the Questionnaire to prepare and produce a cultural adaptation and/or translation of the Questionnaire into the language identified in **Item 6** of the **Schedule (Translation)** subject to the following conditions:

4.1.1 Licensee must undertake the cultural adaptation and/or translation of the Questionnaire only in accordance with the Translation Integrity Procedure attached as **Annexure A;**

4.1.2 Licensee must provide a copy of the forward and backward translations to Swinburne for approval at least 60 days before Licensee proposes to administer the Questionnaire **(Administration Date)** to allow sufficient time for review of documents by Swinburne, preparation of the final translation and local validation of the Questionnaire, and finalisation as described in **Annexure A.**

4.1.3 Swinburne will own all Intellectual Property rights in the Translation and the Licensee assigns such rights to Swinburne upon their creation.

4.1.4 If with Swinburne's prior written consent, the Licensee engages a third party to prepare the Translation, the Licensee must ensure that such third party assign to Swinburne in writing all Intellectual Property rights in the Translation. Swinburne is entitled to approve the contents of the agreement between the Licensee and third party translator as a condition of providing its consent pursuant to this **clause 4.1.4**.

4.2 The Licensee acknowledges that it may not disclose, use, reproduce, communicate or exploit or permit such disclosure, use, reproduction, communication or exploitation of the Questionnaire in any way other than for the Purpose, or in any jurisdiction other than the Territory, unless otherwise agreed in writing with Swinburne.

4.3 The Licensee agrees that if any adaptations or modifications are made to the Questionnaire by or on behalf of the Licensee or as a consequence of the Licensee's use of the Questionnaire (including cultural adaptations and/or translations as set out in **clause 4.1**), all Intellectual Property in such modifications must be assigned to Swinburne, and the Licensee will do all things reasonably necessary (including the execution of documentation) to effect such assignment upon request by Swinburne.

5. Licence Fee

5.1 The Licensee will pay to Swinburne the Licence Fee at the times and in the manner set out in **Item 2** of the **Schedule** during the Term.

5.2 Except as set forth in **clause 5.3**, any Licence Fee specified in **Item 2** of the **Schedule** is payable upfront in a single payment, which must be made on or before the Commencement Date.

5.3 By agreement with Swinburne, the Licensee may pay the Licence Fee payable for each year of the Term annually in advance in each year of the Term. The first payment must be paid on or before the Commencement Date, and thereafter must be paid on or before each anniversary date of the Commencement Date during the Term.

5.4 The Licence Fee is exclusive of GST. If the Licensee is an Australian entity, then GST is imposed on any supply made under this Agreement, the recipient of the taxable supply must pay to the supplier an additional amount equal to the GST payable on the taxable supply. Subject to the recipient receiving a tax invoice of the supply, payment of the GST must be made at the same time as payment for the taxable supply.

5.5 Swinburne reserves the right to revise the Licence Fee for:

5.5.1 any use of the Questionnaire in excess of the Number of Authorised Implementations specified under **Item 3** (Approved Purpose) in the **Schedule**; or

5.5.2 any subsequent extension of this Agreement.

6. Obligations of Licensee

6.1 The Licensee undertakes to use the Licensed Materials only in accordance with the Licence.

6.2 The Licensee must ensure that the Questionnaire is only used for the Purpose, and unless permission is granted in **Item 6** of the **Schedule**, not modify or translate the Questionnaire, without the express written approval of Swinburne.

6.3 The Licensee will itself administer the Questionnaire. The Licensee acknowledges and agrees that it must implement the Questionnaire in a manner that ensures Swinburne may readily audit (at Swinburne's sole discretion) the monitoring, calculation and reporting by the Licensee of usage of the Questionnaire.

6.4 Other than as provided in clause 4.1, the Licensee must not, and must not allow or cause any other person to:

6.4.1 reproduce, communicate or copy the Questionnaire by any means or in any form;

6.4.2 give, license, sub-license, lease, assign, transfer, distribute, disseminate, disclose, or publish the Questionnaire in any form to any other person or attempt to do any of these acts without the written authority of Swinburne;

6.4.3 reverse engineer the Questionnaire; or

6.4.4 alter, change, remove or obscure any notices or other indications (including but not limited to copyright notices) as to ownership of the Questionnaire.

6.5 The Licensee must provide to Swinburne de-identified information (eg age, country and language) about the person to whom the Questionnaire was administered in a locked Excel or other standard database as agreed with Swinburne.

6.6 The Questionnaire consists of separate individual scales that measure separate aspects of health literacy. The Licensee may use the individual scales as long as the Licensee ensures that each selected scale contains all the questions within that scale and the questions are in the exact order as in the Questionnaire. The Licensee must ensure the scales are scored as prescribed to ensure interpretations of the data are consistent with the development and psychometric studies. The Licensee undertakes to ensure that it will not reveal or disclose the individual scales in any publications made by the Licensee.

6.7 The Licensee undertakes to keep secret and protect the confidential nature of all information and documentation provided to it, learnt by it or to which it has or has had access, arising out of or in connection with any aspect of the negotiation or performance of this Agreement including, without limitation, the terms of this Agreement, the Licence Fee, and the Questionnaire ("Confidential Information"). To this end the Licensee must not use, disclose or in any way communicate to any other person the details of any Confidential Information without the prior written consent of Swinburne.

7. Warranties and Limitation of Liability

7.1 The Licensee agrees that, to the extent permitted by Australian law, all warranties (including implied warranties), other than express warranties given in this Agreement, in respect of the subject matter of this Agreement are excluded and of no effect. Where the exclusion of a given implied warranty would be void or unenforceable, the Licensee agrees that Swinburne's liability for a breach of such warranty will be limited, at Swinburne's discretion to the re-supply of the Questionnaire or the payment of the cost of the re-supply of the Questionnaire.

7.2 For the avoidance of doubt, the Licensee agrees that it uses the Questionnaire entirely at its own risk, and Swinburne does not warrant that the Questionnaire is suitable for any particular purpose, or that the Questionnaire will function or perform in a particular manner, or that the Licensee will derive any particular result or outcome from its use of the Questionnaire.

7.3 The Licensee agrees that Swinburne's aggregate liability for all causes of action against Swinburne, whether contractual, tortious or otherwise, will not exceed the aggregate of Licence Fees paid by the Licensee as at the date on which the first such cause of action arose. Swinburne will not be liable to the Licensee for any indirect or consequential losses, damages, costs and/or expenses incurred or sustained by the Licensee under, or as a result of exercising rights in, this Agreement (including as a result of any negligence by Swinburne), and in particular will not be liable for any loss of revenue or profits, loss of data, loss of goodwill or failure to realise an anticipated saving or benefit.

7.4 The Licensee agrees to indemnify Swinburne from and against liability and all loss and damage of any kind whatsoever caused directly or indirectly by any claim or action against Swinburne arising directly or indirectly out of the Licensee's use of the Questionnaire or any breach by the Licensee of the terms and conditions of this Agreement.

8. Termination by Swinburne

8.1 If Licensee violates or fails to perform any material term of this Agreement, then Swinburne may give written notice of the default (**Notice of Default**) to Licensee. If Licensee does not remedy the default within thirty (30) days after the effective date of the Notice of Default (**Period to Cure**), then Swinburne may terminate this Agreement and the Licence by a second written notice (**Notice of Termination**) to Licensee.

8.2 If Swinburne sends a Notice of Termination to Licensee, then this Agreement automatically terminates on the date specified in the Notice of Termination.

8.3 Termination does not relieve Licensee of its obligation to pay any monies (if any) owed at the time of the date of termination and does not impair any accrued right of Swinburne.

8.4 Upon termination of this Agreement, all licenses granted under this Agreement will terminate, and the Licensee must immediately cease all use of the Questionnaire.

9. Termination By Licensee

9.1 Licensee has the right at any time to terminate this Agreement by giving sixty (60) days written notice to Swinburne.

9.2 Any termination in accordance with clause **Erro! Fonte de referência não encontrada.** does not:

9.2.1 relieve the Licensee of any obligation or liability accrued prior to termination.

9.2.2 rescind anything done by Licensee or any payments made to Swinburne prior to the date of termination.

9.2.3 Termination does not affect in any manner any rights of Swinburne arising under this Agreement prior to termination.

10. General

10.1 Interpretation

The following rules apply unless the context requires otherwise:

10.1.1 words denoting the singular include the plural and vice versa;

10.1.2 words denoting natural persons include corporations and vice versa;

10.1.3 words denoting any gender include all genders;

10.1.4 headings are for convenience only and do not affect interpretation;

10.1.5 reference to any Party to this Agreement or any other relevant agreement or document includes that Party's successors and permitted assigns;

10.1.6 reference to any document or agreement is deemed to include references to such document or agreement as amended, novated, supplemented, varied or replaced from time to time;

10.1.7 references to any legislation or to any provision of any legislation include any modification or re-enactment of such legislation or any legislative provisions substituted for, and all legislation and statutory instruments issued under, such legislation; and

10.1.8 any reference to "GST", "recipient", "supplier", "supply", "tax invoice" and "taxable supply" has the meaning given to those expressions in the A New Tax System (Goods and Services Tax) Act 1999.

10.2 **No partnerships:** This Agreement does not create a partnership, agency, fiduciary or other relationship, except the relationship of contracting parties. No Party is liable for the acts or omission of any other Party, save as set out in this Agreement.

10.3 **Assignment:** The Licensee must not assign, sub-contract, or transfer any of its rights or obligations under this Agreement to any person without the prior written consent of Swinburne. Such consent must not be unreasonably withheld.

10.4 **Severability:** If a clause or part of a clause can be read in a way that makes it illegal, unenforceable or invalid, but can also be read in a way that makes it legal, enforceable and valid, it must be read in the latter way. If any clause or part of a clause is illegal, unenforceable or invalid, that clause or part is to be treated as removed from this Agreement, but the rest of this Agreement is not affected and all other provisions will remain in full force and effect.

10.5 Governing Law: This Agreement shall be governed by the laws of Victoria, Australia. Each Party submits to the non-exclusive jurisdiction of the courts of that place.

10.6 Several Obligations: Each Party's obligations and liabilities under this Agreement are several and not joint or joint and several.

10.7 No Waiver: Any failure by a Party to compel performance by the other Party of any of the terms and conditions of this Agreement will not constitute a waiver of those terms or conditions or diminish the rights arising from their breach.

10.8 Counterparts: This Agreement may be executed in any number of counterparts, each counterpart is an original but the counterparts together are one and the same agreement. This Agreement is binding on the Parties on the exchange of counterparts. A copy of a counterpart sent by electronic transmission –

10.8.1 must be treated as an original counterpart;

10.8.2 is sufficient evidence of the execution of the original; and

10.8.3 may be produced in evidence for all purposes in place of the original.

10.9 Signatories: The signatories to this Agreement warrant that they have the authority to enter into this agreement on behalf of the party they are stated to represent.

10.10 Variation: This Agreement may only be varied in writing, signed by all Parties.

10.11 No representation: A Party shall not represent that another Party or any of their staff in any way endorse, support or approve of, any products, services, Intellectual Property or business of the representing party unless that other Party has given its express written consent to such representation.

10.12 Entire Understanding: This Agreement-

10.12.1 is the entire understanding between the Parties on everything connected with the subject matter of this Agreement; and

10.12.2 supersedes any prior agreement or understanding on anything connected with that subject matter.

10.13 Contra Proferentem: This Agreement or any part of this Agreement is not to be construed against a Party merely because that Party was responsible for preparing it.

10.14 Execution: This Agreement is null and void unless it is executed by all parties.

11. Notices

Any notice given under this Agreement:

11.1 must be in writing and signed by a person authorised by the sender;

11.2 must be delivered to the intended recipient by post or by hand or fax or email to the address or fax number or email address set out in the Information Schedule;

11.3 will be taken to be duly given or made:

11.3.1 in the case of delivery in person, when delivered;

11.3.2 in the case of delivery by post, five Business Days after the date of posting unless it has been received earlier;

11.3.3 in the case of fax, on receipt by the sender of a transmission control report from the dispatching machine; and

11.3.4 if transmitted electronically, upon actual receipt by the addressee provided that the sender does not receive notification of invalid email delivery address or other transmission error. In the case where the sender receives a transmission error report, the sender must re-send the notice by one of the other means by hand, post or fax;

but if the result is that a notice would be taken to be given or made on a day which is not a Business Day, or is later than 4.00pm (local time), it will be taken to have been duly given or made on the next Business Day.

Glossary	
Agreement	means this agreement including this Glossary, the Information Schedule, the General Terms, all Schedules and Annexures to this agreement, and any amendment to it in writing.
Annexure	means an annexure to this Agreement.
Business Day	means a day that is not a Saturday, Sunday or any other day which is a public holiday or a bank holiday in the place where an act is to be performed or a payment is to be made.
General Terms	means the general terms described as such in this Agreement.
Glossary	means this glossary.
Information Schedule	means the Schedule at the start of this Agreement that details the key information relevant to this Agreement.
Intellectual Property Rights	means all rights resulting from intellectual activity whether capable of protection by statute, common law or in equity and including copyright, discoveries, inventions, patent rights, registered and unregistered trade marks, design rights, circuit layouts and plant varieties, know-how and all rights and interests of a like nature, together with any and all documentation relating to such rights and interests for the intellectual property specified in Item 3 of the Information Schedule.
Item	means an item in the Information Schedule.
Licence	has the meaning set forth in clause 1 of this Agreement.
Parties	means the parties to this Agreement and their respective successors and permitted assigns, and **"Party"** means any one of them.
Purpose	means the manner of use permitted under this License specified in Item 3 of the Schedule.
Questionnaire	means the health literacy questionnaire as specified in Item 1 of the Schedule.
Schedule	means a schedule to this Agreement.
Territory	means the territorial limits of this Licence specified in Item 5 of the Schedule.

Schedule

Licence Number: L19094IA

Item 1 – The Questionnaire	HLQ – the health literacy questionnaire developed by Richard Osborne, Rachelle Buchbinder, Gerald Elsworth and Roy Batterham and more fully described in "The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)" *BMC Public Health* 2013, 13:658.

Item 2 – Licence Fee	
	Waived (for the duration of the Term)

Item 3 – Approved Purpose	
Purpose	Use of the HLQ in the Portuguese (Brazil) Language for the project "Quality of life and Health Literacy of persons living with Chronic Hepatitis C Diagnosis"
Number of Authorised Implementations	300
Project Start Date	1st December 2019
Project End Date	1st December 2023

Item 4 – Duration of Licence	
	4 years

Item 5 – Territory	
	Brazil

Item 6 – Cultural Adaptation and/or Translation Rights	
	[The Licensee does not have a right to prepare or obtain a cultural adaptation of the Questionnaire] *[The Licensee does not have a right to obtain a translation of the Questionnaire]*
Language of Translation	*[N/A]*

The following Questions must be completed within 3 months before the end of the Term. The response to the questions should not exceed one side of an A4 page.

1) Please provide information on the particular purposes for which the questionnaires have been administered in the past 12 months?

2) What challenges (if any) have you encountered in the administration and collection of responses to the questionnaires in the last 12 months?

3) What benefits have accrued through the administration of the questionnaires in the past 12 months? (this may include but not limited to new interventions, re-alignment of practices, input to strategic plans and policy, presentation to stakeholders and broader audiences, publications etc)

4) Did the questionnaire serve your specific needs and purpose? Do you have any suggestions on ways in which the questionnaires may better serve your specific requirements?

Anexo F – Declaração de instituição coparticipante

PREFEITURA DE APARECIDA
Fazendo cada vez mais

SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância em Saúde
Aparecida de Goiânia

Aparecida de Goiânia, 09 de outubro, de 2019.

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa **"Hepatite C crônica: conhecimento e letramento em saúde de pacientes em seguimento ambulatorial"** de responsabilidade da pesquisadora Prof.ª Dr.ª Vanessa da Silva Carvalho Vila e da mestranda Lorena Costa Francisco Marques e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Atenciosamente,

Alessandro Magalhães
Secretário Municipal de Saúde
Aparecida de Goiânia - GO

ALESSANDRO LEONARDO ÁLVARES MAGALHÃES

Secretário Municipal de Saúde

Rua Vitória Qd. 40 Lt.04 – Jardim Belo Horizonte – Aparecida de Goiânia – Goiás CEP: 74.976-140
Telefone: (62)3545-6514 E-mail: dstaids.aparecida@gmail.com

Anexo G – Autorização para manuseio de prontuários

PREFEITURA DE APARECIDA
Fazendo cada vez mais

SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância em Saúde
Aparecida de Goiânia

Aparecida de Goiânia, 10 de outubro, de 2019.

AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS

Cientes das disposições da Resolução CNS 466/12, autorizo o manuseio dos prontuários dos pacientes em atendimento no Serviço de Assistência Especializada – SAE da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia para o projeto de pesquisa **"Hepatite C crônica: conhecimento e letramento em saúde de pacientes em seguimento ambulatorial"** de responsabilidade da pesquisadora Prof.ª Dr.ª Vanessa da Silva Carvalho Vila e da mestranda Lorena Costa Francisco Marques após aprovação ética. Os prontuários deverão ser manuseados no Serviço de Assistência Especializada que reservará uma sala adequada para este procedimento.

Sem mais para o momento, renovo meus votos de estima e cooperação.

Atenciosamente,

Alessandro Magalhães
Secretário Municipal de Saúde
Aparecida de Goiânia -GO

ALESSANDRO LEONARDO ÁLVARES MAGALHÃES

Secretário Municipal de Saúde

Rua Vitória Qd. 40 Lt.04 – Jardim Belo Horizonte – Aparecida de Goiânia – Goiás CEP: 74.976-140
Telefone: (62)3545-6514 E-mail: dstaids.aparecida@gmail.com

Anexo H – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC/GOIÁS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HEPATITE C CRÔNICA: CONHECIMENTO E LETRAMENTO EM SAÚDE DE PACIENTES EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Pesquisador: LORENA COSTA FRANCISCO MARQUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24596419.9.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.739.691

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal analítico, que será desenvolvido em um serviço ambulatorial especializado, em um município da região metropolitana de Goiânia, Goiás. A população será constituída por todas as pessoas com diagnóstico de hepatite C crônica. Atualmente, estão em acompanhamento regular, aproximadamente 285 pacientes com diagnóstico confirmado de hepatite C. Entre esses, 122 em tratamento antirretroviral. Os atendimentos são exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), destinado aos pacientes que residem no próprio município.Os critérios para inclusão no estudo serão: idade > 18 anos, com confirmação laboratorial ou sorológica anti-HCV (reagente), HCV-RNA (reagente); estar em acompanhamento regular no serviço. Os critérios de exclusão: pacientes co-infectados com outro tipo de hepatite viral e/ou HIV; gestantes; pacientes com transtorno mental severo relacionados a demência, esquizofrenia e outros. Os dados serão coletados de dezembro de 2019 a junho de 2020. Serão revisados no departamento de arquivos da instituição, os prontuários e analisados os seguintes documentos: Ficha de investigação de Hepatites Virais do Sistema de Informação e Notificação – SINAN; registros da equipe de saúde e exames diagnósticos complementares; de todos os pacientes soropositivos para HCV (aproximadamente 285 prontuários/pacientes).Será elaborado um banco de dados com a listagem dos pacientes que estiverem em seguimento na instituição. No dia da consulta médica ou de enfermagem será realizado o convite para participação no estudo. A pesquisadora apresentará os objetivos do estudo apontando os benefícios diretos e indiretos da

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

participação e implementando o processo de consentimento informado para realização da pesquisa. Esse encontro acontecerá em um consultório, garantindo a privacidade do paciente. Para os pacientes que não tiverem disponibilidade para serem entrevistados no serviço de saúde, as pesquisadoras oferecerão a possibilidade de realizar uma visita aos seus domicílios. Os dados serão coletados por meio de uma entrevista estruturada individualizada, conduzida pela própria pesquisadora, com duração estimada em 20 a 60 minutos. Para a coleta de dados será utilizado um formulário estruturado composto de duas seções: (1) dados de identificação, características sociodemográfico, dados clínicos do paciente e variáveis relacionadas ao tratamento medicamentoso ; (2) Questionário relativo ao conhecimento sobre a hepatite C, atitudes e comportamentos autorrelatados frente a indivíduos com hepatite C (ANEXO A); (3) Versão brasileira do Health Literacy Questionaire (HLQ-Br), Questionário sobre compreensão da saúde e cuidados de saúde. As variáveis a serem investigadas serão: 1. Informações sociodemográficas: data de nascimento, idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, ocupação, renda familiar, uso de drogas injetáveis, histórico de tabagismo, uso de bebida alcóolica;2.Informações clínicas relacionadas ao HCV: data do diagnóstico,provável fonte de transmissão; comorbidades, início do tratamento, data da última consulta,; sintomas e complicações relacionados com a doença,tipo sanguíneo, albumina, TGO, TGP, Gama GT, creatinina, bilirrubina total, RNI, encefalopatia hepática; 3. Variáveis relacionadas ao tratamento medicamentoso: início do medicamento, local que recebe o medicamento, recebe apoio de amigos e/ou familiares para cumprir o tratamento estabelecido, precisa de ajuda para tomar os medicamentos e por fim como avalia seu estado de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o letramento em saúde e o conhecimento de indivíduos com diagnóstico de Hepatite C crônica atendidos em um serviço ambulatorial.
- Identificar as condições de letramento em saúde de indivíduos com diagnóstico de Hepatite C crônica atendidos em um serviço ambulatorial.
- Avaliar o conhecimento em relação a doença e tratamento dos indivíduos com diagnóstico de Hepatite C crônica atendidos em um serviço ambulatorial.
- Avaliar se as variáveis sociodemográficas e clínicas se configuraram como preditoras do letramento em saúde de indivíduos com diagnóstico de Hepatite C crônica atendidos em um serviço ambulatorial.
- Avaliar se as variáveis sociodemográficas e clínicas se configuraram como preditoras do conhecimento em relação a doença e tratamento de indivíduos com diagnóstico de Hepatite C crônica atendidos em um serviço ambulatorial.

- Identificar possível associação entre as condições de letramento em saúde e conhecimento dos indivíduos com diagnóstico de Hepatite C crônica atendidos em um serviço ambulatorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os investigadores informaram os riscos psicológicos em participar do estudo como emergir sentimento de tristeza e constrangimento diante das perguntas realizadas. Para amenizar estes sentimentos a entrevista será realizada em um local privativo e a pesquisadora deixará o participante a vontade para esclarecer qualquer dúvida e se retirar do estudo a qualquer

momento. E caso seja necessário a entrevista será interrompida imediatamente e só retornará quando o participante se sentir bem e autorizar a continuação, caso o paciente não se sinta bem a entrevista não prosseguirá.

Os benefícios informados do estudo serão identificar a partir dos resultados obtidos aspectos necessários para melhorar a qualidade do cuidado à saúde.

Será importante mostrar para profissionais de saúde e outras pessoas que vivenciam a hepatite C como esta enfermidade interfere na saúde e quais ações são necessárias para promover saúde frente a hepatite C. O participante também poderá participar de uma atividade educativa que o ajudará a conhecer um pouco mais sobre sua enfermidade e poderá esclarecer dúvidas sobre o seu tratamento e acompanhamento nas unidades de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologicamente consistente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto não apresenta óbices éticos. Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as

conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.

3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.

4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1430735.pdf	29/10/2019 11:54:02		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	18/10/2019 17:02:19	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Outros	LATTES_VANESSA.pdf	18/10/2019 16:58:25	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Outros	LATTES_KATARINNE.pdf	18/10/2019 16:58:06	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Outros	LATTES_LORENA.pdf	18/10/2019 16:57:38	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/10/2019 16:54:16	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/10/2019 16:53:14	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Outros	L19094IA_HLQ_License.pdf	18/10/2019 16:50:54	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_COLETA_DADOS.pdf	18/10/2019 16:49:59	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo.pdf	18/10/2019 16:48:27	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/10/2019 16:47:22	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Outros	Autorizacao_manuseio_pront.pdf	18/10/2019 16:45:57	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_coparticipante.pdf	18/10/2019 16:45:09	Vanessa da Silva Carvalho Vila	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC/GOIÁS

Continuação do Parecer: 3.739.691

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

GOIANIA, 02 de Dezembro de 2019

Assinado por:
ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

ANEXO I – INSTRUÇÕES AOS AUTORES/ REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

ISSN 0034-7167 ***versão impressa***
ISSN 1984-0446 ***versão online***

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1. POLÍTICA EDITORIAL

A **REBEn** é um periódico de acesso aberto (*open access*) revisado por pares que tem a missão de divulgar a Ciência da Enfermagem e da Saúde.

Aceita manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. É publicada somente na versão eletrônica e em fluxo contínuo. Os conteúdos publicados na REBEn estão sob licença da Creative Commons (CC-BY) Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt).

Manuscritos redigidos em português ou espanhol, deverão ser traduzidos para o inglês, em sua versão **final**, após o aceite do artigo.
Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **REBEn**, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s).

A **REBEn** endossa as práticas de ciência aberta que consistem no conhecimento transparente e acessível que é compartilhado e desenvolvido por meio de redes de trabalhos colaborativos (FOSTER Open Science Definition - https://www.fosteropenscience.eu/foster-taxonomy/open-science-definition).

Diante desta definição, e objetivando aumentar o rigor, a responsabilidade e a reprodutibilidade da pesquisa em prol da transparência, qualidade e rapidez, conforme as recomendações TOP - *Transparency and Openess Promotion* (https://osf.io/dngy3/), a **REBEn** aceita manuscritos provenientes de servidores *preprints* para o processo de avaliação pelos pares.

1.1 Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa

A REBEn apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html.

Apoia ainda os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (*Committee on Publication Ethics*) e destinados a editores e autores (disponíveis em: https://publicationethics.org/resources/resources-and-further-reading/international-standards-editors-and-authors).

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e a exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

A **REBEn** adota o sistema *Ithenticate* para identificação de similaridade. Práticas que ferem a integridade científica como plágio, autoplágio, fabricação de dados, publicação redundante e conflitos de interesse não divulgados serão levadas para avaliação do Conselho Editorial que seguirá o fluxograma fornecido pelo COPE - http://publicationethics.org/resources/flowcharts. O Conselho Editorial da **REBEN** discutirá tais casos suspeitos e tomará as devidas decisões, tais como: embargos e suspensão de publicar no periódico por período determinado pelo Conselho Editorial. Os autores serão imediatamente comunicados de todas as etapas deste processo.

A **REBEn** não hesitará em publicar erratas, retificações, retratações e desculpas quando necessário.

1.2 Conflito de Interesse

A **REBEn** exige que todos os autores do manuscrito declarem quaisquer fontes potenciais de conflitos de interesse. Qualquer interesse ou relacionamento, financeiro ou outro, ou crenças pessoais, religiosas ou políticas que possam ser percebidas como influenciando a objetividade de um autor são considerados uma fonte potencial de conflito de interesses. Fontes potenciais de conflito de interesse incluem, mas não

estão limitadas a: patente ou propriedade de ações, participação em um conselho de administração de uma empresa, participação em um conselho consultivo ou comitê de uma empresa e consultoria ou recebimento de honorários de palestrante de uma empresa. A existência de conflito de interesses não impede a publicação. Se os autores não tiverem conflito de interesses a declarar, deve m declarar na submissão do manuscrito, na carta ao editor. É responsabilidade do autor correspondente revisar esta política com todos os autores e, coletivamente, divulgar com a submissão **TODAS** as relações comerciais e outras pertinentes.

A declaração de conflito de interesse deve ser informada no momento de submissão do manuscrito pelo sistema ScholarOne

1.3 Pesquisas Experimentais e com seres humanos ou animais

A **REBEn** considera condição *sine qua non* para publicação que os manuscritos submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e/ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.
Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012 (http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf), o(s) autor(es) brasileiros deve(m) mencionar no manuscrito a aprovação do projeto por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando a pesquisa tiver sido executada em outro país.

Na pesquisa experimental envolvendo animais deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do §1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais, e as normas estabelecidas no Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., EUA), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, de 1991 (disponível em: www.cobea.org.br). Essas informações devem constar no método de acordo com a recomendação do ARRIVE (https://www.nc3rs.org.uk/arrive-guidelines).

2. CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

A **REBEn** considera para publicação somente os artigos que atendem aos padrões de qualidade estabelecidos pelas diretrizes para produção de pesquisa em saúde – Enhancing the Quality and Transparency of Health Research Network (EQUATOR) (https://www.equator-network.org/). É obrigatório indicar no método em desenho do estudo qual instrumento do Equator foi utilizado para nortear a pesquisa (https://www.equator-network.org/toolkits/selecting-the-appropriate-reporting-guideline/). O não cumprimento dessa norma levará ao arquivamento do manuscrito.
Tipos de artigos considerados:

- **Editorial:** texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento com repercussão para Enfermagem e Saúde. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo até **quatro referências**, quando houver.
- **Artigos originais:** estudos que agreguem informações novas para a área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria: ensaios clínicos randomizados, estudos de caso-controle, coorte, prevalência, incidência, estudos de acurácia, estudo de caso e estudos qualitativos. Os artigos originais devem conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo os resumos, **50 referências e até oito autores.**
- **Revisão:** utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta- *ou metassíntese e revisão de escopo.* As revisões devem conter no máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo os resumos, **50 referências e até seis autores.**
- **Reflexão** – Formulação discursiva aprofundada, focalizando um conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos ou práticos. Deve conter no máximo **dez (10) páginas**, incluindo os resumos, **dez referências e até quatro autores.**
- **Relato de Experiência, Atualização e/ ou Inovação Tecnológica** – Estudo que se descreve situações da prática e/ou **inovação tecnológica** (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter no máximo **dez (10) páginas**, incluindo os resumos, **dez referências e até quatro autores.**
- **Carta ao Editor** - máximo **uma página.**

- **Resposta do autor** - máximo **250 palavras.**

Categoria de Manuscritos – Checklist

Categoria	Manuscrito (n. de págs.)	Autores (n.)	Referências (n.)
Artigos Originais	15	8	50
Revisão	20	6	50
Reflexão	10	4	10
Relato de Experiência, Atualização e/ou Inovação Tecnológica	10	4	10
Carta ao Editor	1	-	-
Editorial	2	-	4

2.1 Registro de Estudos Clínicos, Revisões Sistemáticas e outras Revisões

- A **REBEn** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Dessa forma, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – REBEC (http://www.ensaiosclinicos.gov.br/ ou http://apps.who.int/trialsearch/default.aspx). O número de identificação do registro deve ser inserido na seção "Métodos"
- Os estudos randomizados devem seguir as diretrizes **CONSORT** (http://www.consort-statement.org). Esta declaração fornece uma abordagem baseada em evidências para melhorar a qualidade dos relatórios de ensaios clínicos. Todos os manuscritos que descreverem um estudo clínico devem incluir o Diagrama de Fluxo **CONSORT** mostrando o número de participantes de cada grupo de intervenção, bem como a descrição detalhada de quantos pacientes foram excluídos em cada passo da análise de dados. Todos os testes clínicos devem ser registrados e disponibilizados em um site de acesso livre. O protocolo do ensaio clínico (incluindo o plano de análise estatística completa) deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito (https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-11-9)
- **REBEn** encoraja o registro de estudos observacionais, tais como de coorte e caso controle nas Plataformas REBEC – http://www.ensaiosclinicos.gov.br/ ou similares com a Clinical Trial - https://clinicaltrials.gov/. Para maiores informações acesse: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960148-1/fulltext
- Revisões sistemáticas devem seguir o protocolo PRISMA (http://www.prisma-statement.org/Protocols/) e devem fornecer o número de registro de protocolo no banco de dados PROSPERO (https://www.crd.york.ac.uk/prospero/).
- Artigos apresentando estudos clínicos ou revisões sistemáticas sem protocolos de registro serão prontamente rejeitados sem revisão por pares.
- As revisões de escopo, devem seguir as diretrizes (http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviews) e incentiva que os protocolos sejam disponibilizados em repositórios de acesso e livre, como a OSF – Open Science Framework - https://osf.io/.

2.2 Dados de Pesquisa

A **REBEn** incentiva o depósito e o compartilhamento de dados de pesquisa que apoiam a publicação do artigo. Os dados de pesquisa referem-se aos resultados de observações ou experimentações que validam os resultados da pesquisa. Para possibilitar a reprodutibilidade e a reutilização de dados, a **REBEn** recomenda que partir de 2021 e obrigatoriamente a partir de 2022, o depósito e o compartilhamento do projeto de pesquisa, relatórios parciais da pesquisa, softwares, códigos, modelos, algoritmos, protocolos, procedimentos operacionais, metodologias de fluxo de trabalho, cadernos de campo, diários, questionários, fitas de áudio ou vídeo, métodos e outros materiais úteis relacionados ao projeto em um repositório público de dados.

Repositório de Dados é um banco de dados onde são armazenados conteúdos digitais e recursos que podem ser pesquisados e recuperados para uso posterior. Há uma variedade de repositórios brasileiros na qual é possível depositar os dados de pesquisa. Um exemplo é o SCIELO Data - https://data.scielo.org/. As Universidade do Estado de São Paulo (USP, UNIFESP, UNICAMP. ITA, entre outras) desenvolveram um metabuscador no qual é possível realizar uma busca em uma diversidade de repositórios de dados:

https://metabuscador.uspdigital.usp.br/. Para encontrar o repositório mais apropriado, bem como informações sobre como depositar, compartilhar e usar dados de pesquisa e outros materiais relevantes, consulte: https://www.re3data.org/ e https://fairsharing.org.

Para os autores de manuscrito que estão compartilhando seus dados, a **REBEn** encoraja a citar e linkar os mesmos no manuscrito, no capítulo MATERIAL SUPLEMENTAR, APÓS A CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS E ANTECEDENDO a seção de Referências).

2.3 Aceitação de publicações *Preprints*

A **REBEn** aceita manuscritos que foram previamente depositados em um servidor não comercial de *preprints*, desde que não tenham sido submetidos a revisão por pares em outro periódico simultaneamente.

O *preprint* consiste em uma versão completa do artigo científico que ainda não foi revisado por pares. Os *preprints* operam independentemente do periódico e a publicação de um *preprint* não afeta o processo de revisão por pares.

O autor responsável pela submissão deve informar se o manuscrito está depositado em um servidor de *preprints* e obrigatoriamente fornecer o DOI correspondente. O manuscrito deve obedecer a uma licença que permita compartilhar o material em qualquer suporte ou formato (Creative Commons - CC-BY).

São exemplos de servidores nacionais o SciELO Preprint - https://preprints.scielo.org/ o Emerging Researcher Information (EmeRI) https://preprints.ibict.br/) e internacionais o Medrxiv (https://www.medrxiv.org/).

A **REBEn** recomenda o preenchimento do **Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta** que deve ser submetido como arquivo suplementar ao manuscrito e que ficará acessível aos revisores.

2.4 Responsabilidade da Autoria

A autoria confere crédito e tem importantes implicações acadêmicas, sociais e financeiras. A autoria implica responsabilidade pelo trabalho publicado. Para todos os autores que tiveram contribuições intelectuais e substanciais no manuscrito, a **REBEn** exige que cada autor especifique suas contribuições no trabalho. O autor correspondente ou autor que encaminhou o trabalho indicará, durante o processo de submissão, a garantia e a exatidão da integridade de todos os dados relatados no manuscrito (**Modelo de Declaração – encaminhar como arquivo suplementar**). A **REBEn** segue a recomendação da ICMJE, que se baseia nos critérios descritos a seguir:

1. concepção ou desenho do estudo/pesquisa;
2. análise e/ou interpretação dos dados;
3. revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

Todos os colaboradores que não atendam aos critérios de autoria devem ser listados na seção **Agradecimentos**, bem como o apoio financeiro das agências de fomento.

Para manuscritos publicados previamente em servidores *preprints* orienta-se que sejam mantidos os mesmos autores, com base nos critérios já descritos.

3. PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os **manuscritos somente serão aceitos**, para avaliação, se estiverem rigorosamente de acordo com o modelo disponível nos Templates e preparados da seguinte forma:

Arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

3.1 Página de Título (Template 1)

- **Título do artigo:** até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Recomenda-se que o título seja composto utilizando pelo menos 3 descritores;
- **Autoria:** Nome completo dos autores. A afiliação de cada autor deve conter as informações: universidade, cidade, país e ORCID (todos os autores devem ter o identificador ORCID – *Open Researcher and Contributor ID* – https://orcid.org/signin);
  - Um autor correspondente deve ser indicado com o endereço do e-mail e foto.
- **Resumo:** resumo limitado a 150 palavras no mesmo idioma do manuscrito. Deverá estar estruturado em Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais;
- **Descritores:** devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol). Descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS (http://decs.bvs.br) e em inglês do MeSH (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh ou https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand);
- **Fomento e Agradecimento:** Informar a instituição de fomento. Agradecimentos são opcionais para participantes não considerados autores.

3. 2 Estrutura do texto

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito e no resumo. Para tabelas e figuras com abreviações é obrigatório inserir em nota de rodapé da tabela ou figura. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses após o termo por extenso.

- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, e
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:
  - Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;
  - No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas, sem itálico e recuo de 3 cm da margem esquerda.
- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;
  - Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5)].
  - Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5).], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].
- As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.

- Apêndices e anexos serão desconsiderados.

3.3 Documento Principal (Template 2)

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

- **Título do artigo:** até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Componha seu título utilizando pelo menos 3 descritores;
- **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras no mesmo idioma do manuscrito.** Deverá estar estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais).
- **Descritores:** devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol).Para descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: http://decs.bvs.br e inglês do MeSH: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh ou https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand
- **Corpo do texto:** consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito. A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: **Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.**
- **Ilustrações:** tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, entre outros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito e ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar **o número de cinco.**
- **Figuras e Tabelas Figuras:** Devem ter obrigatoriamente legendas, sendo para figura a legenda deve ser na parte inferior e a identificação de tabelas e quadros deve estar na parte superior, seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários.** As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf
- As ilustrações devem ser enviadas em seus **arquivos editáveis originais dos programas de origem**, ou exportados vetorizados nos formatos EPS ou PDF.
- Abreviações devem ser inseridas por extenso em nota de rodapé da tabela e/ou figura.
- **Subtítulos:** os subtítulos do **Método e Discussão** devem ser destacados em negrito conforme recomendação do ***CHECKLIST***.
- **Fomento e Agradecimentos** deverão ser citados antes do capítulo das referências. Em Fomento é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na versão final após aceite. Em Agradecimentos são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na versão final após aceite.
- **Referências:** o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da *National Library of Medicine* (NLM) em *Citing Medicine* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/. No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos. A **REBEn** sugere que 40% das referências sejam de revistas brasileiras, da coleção SciELO e RevEnf.

Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente. Evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, jornais ou revistas não científicas (*Magazines*) e no prelo, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: *Handbook Cochrane*).

A REBEn incentiva o uso do DOI, pois garante um link permanente de acesso para o artigo eletrônico. Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI, indicar o endereço da URL completa bem como a data de acesso em que foi consulta.

Serão aceitas até 3 referências de *preprint* (opcional).

Sugestão: A **REBEn** aceitas referências de *preprint* desde que extremamente necessária. Sugerimos fortemente que durante o processo de avaliação por pares e a prova de prelo os autores verifiquem se a versão citada já foi publicada e atualizem com a referência do periódico correspondente.

Exemplos mais comuns de referências:

Artigos com o identificador DOI:
Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 5):2323-33. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429.

Artigos Eletrônicos:

Polgreen PM, Diekema DJ, Vandeberg J, Wiblin RT, Chen YY, David S, et al. Risk factors for groin wound infection after femoral artery catheterization: a case-control study. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 5];27(1):34-7. Available from: http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/journal/issues/v27n1/2004069/2004069.web.pdf

Artigos em outro idioma
Cruz MSD, Bernal RTI, Claro RM. [Trends in leisure-time physical activity in Brazilian adults (2006-2016)]. Cad Saude Publica. 2018. 22;34(10):e00114817. doi: 10.1590/0102-311X00114817 Portuguese.

Livro
Jenkins PF. Making sense of the chest x-ray: a hands-on guide. New York: Oxford University Press; 2005. 194 p.

Livro na Internet
Higgins JP, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [Internet].Version 4.2.6.Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2006 [cited 2018 Oct 15]. 257 p. Available from: http://www.cochrane.org/resources/handbook/handbook.pdf

Preprint
Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DARD, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. Medrxiv. 2018. Preprint(v.2) [cited 2019 Oct 12]. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0429.

Vídeos
No Youtube: Viseu Now. Entrevista Marco Machado, enfermeiro em Londres [Internet]. Viseu Now; 2020 Mar 24. [cited 2020 Apr 12]. Video: 7 min 18 seg. Available from: https://youtu.be/bJ9fDzVWOz4

No figshare: Plessis-Faurie, Alida S. A Mother and Preterm Infant in a South African Informal Settlement [Internet]. Visualise Your Thesis. Presentation; 2019 [cited 2020 Nov 13]. Video: 1 min 13 seg. Available from: https://figshare.com/articles/presentation/A_Mother_and_Preterm_Infant_in_a_South_African_Informal_Settlement/9992606 doi: https://doi.org/10.6084/m9.figshare.9992606.v1

- **Citação e Referência de Dados de Pesquisa e Outros Conteúdos:** a **REBEn** encoraja citar arquivos de dados, códigos de programas e outros conteúdos subjacentes ou relevantes em seu manuscrito, citando no texto e incluindo a referência dos dados em Referências. A REBEn endossa os Principios de Citação de Dados da FORCE 11 (*FORCE 11 Data Citation* - https://www.force11.org/datacitationprinciples) que indica que todos os conjuntos de dados disponíveis publicamente sejam totalmente referenciados na lista de referência com um número de acesso ou identificador exclusivo, como um identificador de objeto digital (DOI). Para maiores informações, consulte: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7273/#A57722

Exemplo:

Dados de Pesquisa: Coin L. Genomics of development and disease [dataset]. 2014 Jun 1 [cited 2017 Jun 9]. The University of Queensland. Available from: http://dx.doi.org/10.14264/uql.2016.583.

Dados de Repositório: Global Health Observatory Data Repository [Internet]. Geneva: WHO. [cited 2019 Jul 3]. Available from: http://www.who.int/gho/database/en/.

Dados depositados em Repositórios: Zimmermann B, Tkalčec Z, Mešić A, Kohler A. Characterizing aeroallergens by infrared spectroscopy of fungal spores and pollen [dataset]. 2015 Apr 27 [cited 2019 Jul 3]. Dryad Digital Repository. Available from: https://datadryad.org/resource/doi:10.5061/dryad.f4v0s. Referenced in doi: 10.1371/journal.pone.0124240.

Dados descritos em artigos: Mann C, Kane L, Dai M, Jacobson K. Description of the 2012 NEMSIS public-release research dataset. Prehosp Emerg Care. 2015;19(2):232-40. doi: 10.3109/10903127.2014.959219.

4. PROCESSO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos devem ser submetidos à **REBEn** por meio da URL http://www.scielo.br/reben/, acessando o link *Submissão Online*.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: REBEn 2020-0001).

Tópicos do Checklist:

- Página de Título (Template 1);
- Documento Principal no Modelo Indicado (Template 2);
- Declaração de Responsabilidade pela Autoria, Exclusividade e Transferência de Direitos Autorais e de Ciência das Instruções da REBEn aos autores Modelo de Declaração;
- Carta ao Editor (*cover letter*);
- Comprovante de **aprovação** do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- Comprovante de pagamento de taxa de avaliação **com o nome do pagante e data de pagamento visíveis**.
- Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta

O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um *login*, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Só serão verificados pelo escritório editorial quanto à adequação às normas, os manuscritos que estiverem formatados no modelo de submissão. Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn, seguir rigorosamente o ***CHECKLIST*** e ter todos os documentos necessários para submissão. É obrigatório o preenchimento completo dos metadados no formulário de submissão.
Cada documento deve ser anexado, separadamente, no campo indicado pelo sistema.

Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor criando/associando o cadastro do ORCID (*Open Researcher and Contributor* ID - https://orcid.org/signin). Todos os autores devem ter o cadastro associado ao ORCID atualizado.

Os autores devem indicar quatro possíveis pareceristas para avaliação do manuscrito. **Estes indicados deverão ser obrigatoriamente doutores, não ter conflito de interesses e não pertencer a instituições de qualquer dos autores.** Os pareceristas podem ser acatados ou não pelos editores associados. Possíveis revisores podem ser localizados na plataforma lattes de acordo com a temática do manuscrito.

Os manuscritos que não se adequarem às normas na segunda rodada do *checklist* serão arquivados sem devolução da taxa de avaliação.

5. PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

A **REBEn** adota, para manuscritos aprovados e que não tenham sido disponibilizados em servidores de *preprints*, a avaliação duplo-cega (*double-blind review*) que é constituído por dois ou mais árbitros designados para realizar a revisão do manuscrito. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou que requer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelos Editores Chefes, e um parecer final é enviado aos autores. Para manuscritos previamente publicados em servidores de *preprints* a REBEn entende que não é possível garantir o anonimato dos autores, sendo garantido apenas dos revisores envolvidos no processo. Para os dois casos, o nome do Editor Associado (EA) envolvido com o processo de *peer review* é publicado junto com o manuscrito.

Com o objetivo de tornar o processo de revisão por pares mais transparente e apoiada nos preceitos da ciência aberta, a partir de 2021 a **REBEn** adotará o processo transparente de revisão por pares (Figura 1), que consiste em compartilhar o relatório de revisão emitido pelos revisores mas sem a identificação destes. A partir de 2022 a REBEn oferecerá aos autores e revisores a possibilidade de optar por exibir os relatórios dos revisores (e as respostas dos autores) junto com o artigo publicado. O conteúdo da revisão por pares só aparecerá quando todos aceitarem. Os revisores também poderão assinar seu relatório, se desejarem.

Figura 1 - Conceito de Revisão Por Pares Transparente/Aberta e Cega

6. REVISÃO TÉCNICA DE LÍNGUA PORTUGUESA E TRADUÇÃO DE MANUSCRITOS

Quando o artigo for aceito, o autor receberá um e-mail do escritório editorial com instruções sobre:

- Tradutores e revisores certificados pela REBEn relacionados neste documento;
- Os documentos a serem enviados no template final (disponibilizado apenas pelo escritório).

A devolutiva do manuscrito nas versões traduzidas, revisadas e certificadas bem como o comprovante de pagamento da taxa de editoração **com o nome do pagante e data de pagamento visíveis**, deverão ser encaminhados ao e-mail reben@abennacional.org.br no prazo de **até 25 dias corridos**. Este prazo não atendido e a não conformidade com o modelo (Template final **enviado pelo escritório**), ocasionará o **arquivamento** do manuscrito.

ANEXO J – INSTRUÇÕES AOS AUTORES/ REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM

1. Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde, por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico e de relevância social. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, Revisão e Cartas ao Editor. A revista publica textos científicos divulgados em repositórios *Preprints* nacionais e internacionais, reconhecidos pela comunidade acadêmica. Artigos já publicados em outro periódico ou textos que estejam em avaliação em outro periódico, simultaneamente, não são aceitos para submissão pela RLAE.

O processo de avaliação de todos os textos científicos submetidos à RLAE é o de revisão por pares (*peer review*), preservado o anonimato dos autores e revisores. No artigo publicado é identificado o nome do Editor Associado condutor do processo avaliativo, que é iniciado pela pré-análise, realizada pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovado na pré-análise, o texto científico é enviado ao Editor Associado, que o envia para os consultores. O Editor Científico Chefe, com base nos pareceres emitidos, decide pela aprovação, reformulação ou recusa do texto.

A RLAE segue a política de acesso aberto, do tipo *Gold Open Access* e tem seus artigos disponibilizados para integral acesso, de forma gratuita e adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Números especiais são publicados, a critério do Conselho de Editores.

A revista é normalizada seguindo os "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver) (http://www.icmje.org/recommendations) e adota as recomendações dos códigos de condutas ética em publicação do *Commitee on Publication Ethics* (COPE) (http://publicationethics.org) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* (http://publicationethics.org/resources/code-conduct).

É obrigatório a todos os autores e coautores realizarem a vinculação do seu registro ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*) à sua conta no sistema ScholarOne-RLAE. Além disso, é necessário aos autores informarem o registro ORCID nos seguintes documentos:

"**Declaração de Responsabilidade, Transferência de Direitos Autorais e Contribuição dos Autores**" e "***Title Page***". Não serão aceitos autores sem registro.

Declaração de conflito de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, por ocasião da submissão do seu texto. Os conceitos emitidos nos textos científicos submetidos à RLAE são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho Editorial.

A revista recebe para apreciação apenas textos científicos cuja coleta de dados tenha sido realizada há menos de três anos.

Ferramentas para a detecção de similaridade de textos são utilizadas pela revista.

Prioridade de publicação: prioriza-se a publicação de artigos resultantes de pesquisa que:

1.1. Mostre o avanço de conhecimento científico.

1.2. Contribua para o avanço da prática clínica e/ou ensino e/ou desenvolvimento de políticas públicas de saúde e/ou futuras pesquisas.

1.3. Tenha alta qualidade científica, com método e análise apropriada para responder à questão de pesquisa.

1.4. Mostre rigor, originalidade e criatividade na apresentação dos resultados.

1.5. Apresente relevância e interesse global.

1.6. Siga os guias recomendáveis para reportar os diferentes tipos de estudos.

2. Instruções gerais

2.1. Autoria

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo segundo os critérios de autoria das deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors (*ICMJE), determinando que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3) Aprovação final da versão a ser publicada; 4) Ser responsável por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em Declaração (download), assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para a

RLAE, no ato de submissão do texto.

O número de autores é limitado a seis e, excepcionalmente, será examinada a possibilidade de inclusão de outros autores, considerando as justificativas apresentadas por eles. A inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critériosmencionados não é justificativa, podendo, nesse caso, figurar na seção **Agradecimentos**, que inclui instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem autores.

Os textos científicos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico *ScholarOne* (https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo), em português ou inglês ou espanhol.

Os textos científicos devem ser submetidos acompanhados de cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos ou de Animais de acordo com o tipo de pesquisa. Para estudo do tipo Ensaio Clínico, a RLAE segue as recomendações do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) de Registro de Ensaios Clínicos, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e exige o número do Registro de Aprovação de Ensaios Clínicos de uma das entidades abaixo:

- *Australian New Zealand Clinical Trials Registry* (ANZCTR);
- *ClinicalTrials.gov*;
- *International Standard Randomised Controlled Trial Number* (ISRCTN);
- *Nederlands Trial Register* (NTR);
- *UMIN Clinical Trials Registry* (UMIN-CTR);
- *WHO International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP);
- *Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos* (ReBEC).

2.2. Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte institucional ou privado, para a realização do estudo. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Os autores devem inserir na Carta de Apresentação (*Cover Letter*, disponível aqui) a declaração de ciência de que o texto científico, após submetido, não poderá ter nem a ordem e nem o número de autores alterados, sem prévias justificativa e informação à RLAE.

2.3. Cadastro do autor responsável

Nome(s) e sobrenome(s): o autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro do ORCID.

Correspondência: deve constar o nome e endereço completo para correspondência.

Instituição: podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação, por exemplo, "Universidade, Faculdade e Departamento". Essa informação deverá constar de forma idêntica também na ***Title Page***. Exemplo: *Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

2.4. Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais do texto submetido à RLAE, por meio da Declaração de Responsabilidade e transferência de direitos autorais, assinada por todos os autores (download).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença *Creative Commons* – Licença CC BY (http://creativecommons.org/licenses). Essa licença permite a distribuição, remixagem, adaptação e criação a partir do seu artigo, inclusive para fins comerciais, desde que atribuído o devido crédito pela criação original ao autor e créditos de publicação à RLAE. A Licença *Creative Commons* é recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

2.5. Categorias de artigos aceitos para publicação

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados e as pesquisas de abordagem metodológica qualitativa. São também considerados artigos originais as análises de teorias ou métodos que fundamentam a Ciência da Enfermagem ou de áreas afins.

Artigos de revisão: estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos, incluem-se: metanálise, metassíntese, *scoping review*, *mapping review*, *overview*, revisão sistemática, entre outros.

Cartas ao Editor: incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

2.6. Destaques

Os destaques são pontos que transmitem as principais conclusões do estudo. Eles são obrigatórios para a publicação do artigo na RLAE e consistem em uma pequena coleção de aspectos que indicam as principais contribuições do texto submetido. Devem ser encaminhados em um arquivo editável e separado no sistema de submissão *on-line*. Use 'Destaques' no nome do arquivo e inclua de 3 a 5 desses destaques. Cada um deve ter, no máximo, 85 caracteres, incluindo os espaços.

2.7. Processo de submissão

O texto científico submetido à RLAE, após aprovação na pré-análise realizada pelo Editor Científico Chefe, será avaliado pela secretaria da revista, com base nas normas contidas nas instruções aos autores (http://rlae.eerp.usp.br/section/6/instrucoes-aos-autores). Nessa etapa, os ajustes ao texto solicitados pela secretaria para os autores serão encaminhados, no máximo, por três vezes. Superado esse limite, o processo de submissão será encerrado.

2.8. Processo de julgamento

Os estudos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação serão enviados à pré-análise pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovados na pré-análise, e em conformidade com as normas, os textos serão enviados ao Editor Associado, para a seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realizará a recomendação para o Editor Científico Chefe, que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa dos textos, com base nas avaliações realizadas pelos consultores e pelo Editor Associado.

2.9. Taxa de processamento

A submissão do texto à RLAE não representa custo para os autores. Quando o texto é aprovado na fase de pré-análise, os autores deverão pagar a taxa de processamento, no valor de R$ 300,00, para prosseguir no processo de avaliação por pares. O comprovante de pagamento deverá ser anexado e encaminhado via sistema *ScholarOne*, em formato **PDF**,com data de pagamento atual e informações legíveis. Se houver a aprovação do artigo

para publicação, os autores deverão se responsabilizar pelos custos da revisão gramatical do artigo em seu idioma de submissão e das traduções para os demais idiomas de publicação indicados pela revista.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Dados bancários: Banco: Banco do Brasil

Favorecido: Receita Própria
EERP CNPJ: 63.025.530/0027-43
Agência: 0028-0
Conta Corrente: 130.151-9

2.10. Custos de publicação

O custo de publicação para os autores é composto pelo pagamento da revisão gramatical do artigo em seu idioma de submissão e das traduções nos três idiomas de publicação da revista.

2.11. Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação final do texto científico, o qual deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, somente serão aceitas aquelas acompanhadas do(s) certificado(s) de tradução emitido(s) por uma das empresas credenciadas pela RLAE. A versão do artigo aprovado em seu idioma de submissão (português, inglês ou espanhol) também deverá vir acompanhada da certificação de revisão gramatical por uma das empresas credenciadas pela RLAE.

Recomenda-se fortemente aos autores que confiram cuidadosamente as versões de seu artigo antes de as encaminharem à RLAE para publicação.

3. Preparação do texto científico (manuscrito)

3.1. Guias para apresentação do texto

Para melhorar a qualidade e a transparência das investigações em saúde, os textos devem seguir as orientações dos guias da Rede Equator (https://www.equator-network.org/), conforme o tipo de estudo:

- Para todos os tipos de estudos de melhoria de qualidade, consultar o guia

Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0

- *checklist)*.

- Para ensaio clínico randomizado, utilizar o guia CONSORT *(checklist e* fluxograma);
- Para as revisões de estudos de metanálise, metassíntese, *scoping review, mapping review*, *overview*, revisão sistemática, entre outros, utilizar o guia PRISMA *(checklist e* fluxograma).
- Para estudos observacionais em epidemiologia, consultar o guia STROBE *(checklist)*.
- Para estudos qualitativos, recomenda-se o guia COREQ *(checklist).*

3.2. Estrutura

O texto deve conter a seguinte estrutura: título, resumo, descritores em português, *descriptors* em inglês, *descriptores* em espanhol, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Os nomes das seções **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências** deverão ser apresentados em negrito, com caixa alta somente na primeira letra (Exemplo: **Resultados**).

Os agradecimentos deverão constar apenas na *Title Page*.

3.3. Formatação

Os Artigos Originais e de Revisão deverão conter até 5000 palavras; as Cartas ao Editor até 500 palavras e no máximo cinco referências. Na contagem das palavras, não serão considerados os destaques, as tabelas, as figuras e as referências.

O texto científico deverá ser enviado de acordo com as seguintes instruções:

- Arquivo no formato .doc ou .docx (Microsoft Word).
- Tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,27” x 11,7”), com margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1”).
- Fonte deverá ser *Times New Roman* tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas).
- Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas, que devem ter espaçamento simples.
- Para destacar termos no texto, utilizar itálico.

Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta ou marcadores do Microsoft Word.

3.4. Título

O título deve ser conciso e informativo, no idioma em que o texto científico for submetido, com até 15 palavras e em negrito. A utilização de caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa não será permitida.

3.5. Resumo

O resumo deve ser estruturado em: **Objetivo**, **Método**, **Resultados** e **Conclusão**. Deverá ser redigido em parágrafo único, com até 200 palavras, no idioma em que o texto for submetido, em espaçamento duplo entre as linhas e com a fonte *Times New Roman* tamanho 12. Citações de autores, local e ano da coleta de dados e siglas, não devem ser apresentadas. O **Objetivo** deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O **Método** deve conter o tipo de estudo, amostra, variáveis, instrumentos utilizados na pesquisa e o tipo de análise. Os **Resultados** devem ser concisos, informativos e apresentar os principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. A **Conclusão** deve responder estritamente ao objetivo, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas do estudo e as suas principais contribuições para o avanço do conhecimento científico.

Os **Ensaios Clínicos** devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. O número desse registro não será computado no número de palavras do resumo.

3.6. Descritores

Os descritores em português, inglês e espanhol deverão ser selecionados da lista do *Medical Subject Headings* (MeSH) ou vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Devem ser incluídos **seis** descritores, separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor deve estar em caixa alta, exceto artigos e preposições.

3.7. Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas (dos últimos três anos) e de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses do estudo, quando aplicável, e o objetivo no final dessa seção. O objetivo deve ser idêntico no resumo e ao final da introdução.

As siglas deverão ser descritas por extenso na primeira vez em que aparecerem no

texto e acompanhadas de sua abreviatura.

3.8. Método

Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou delineamento do estudo; Local ou Cenário em que aconteceu a coleta de dados (cidade, sigla do estado e país); Período; População; Critérios de seleção; Definição da amostra, se for o caso, ou Participantes; Variáveis do estudo; Instrumentos utilizados para a coleta das informações; Coleta de dados; Tratamento e Análise dos dados e Aspectos éticos. Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito. Para os estudos de abordagem qualitativa, deve estar explícito o referencial ou quadro conceitual no corpo do texto científico.

3.9. Resultados

Descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações, comentários ou comparações. O texto não deverá repetir o que está descrito nas tabelas e nas figuras.

3.10. Discussão

Deve se restringir aos resultados obtidos e alcançados. Enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas, publicadas em periódicos nacionais e internacionais. Apresentar, ao final deste tópico, as limitações do estudo e as implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem.

3.11. Conclusão Responder aos objetivos do estudo, de forma clara, direta e objetiva, restringindo-se aos dados encontrados, sem a citação de referências.

4. Tabelas e Figuras

O texto científico deve conter, no máximo, cinco tabelas e/ou figuras.

As tabelas devem conter título informativo, claro e completo, localizado acima da tabela, indicando o que se pretende mostrar. O título deve conter as informações: participantes do estudo, variáveis, local (cidade, sigla do estado, país) e ano da coleta de dados. O ponto final após a descrição do título da tabela não deve ser incluído.

4.1. Formatação das tabelas

As tabelas deverão ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, em fonte *Times New Roman* tamanho 12, com espaçamento simples entre as linhas. Os dados

deverão ser separados por linhas e colunas, de forma que cada dado esteja em uma célula. As tabelas não devem conter células vazias e cada coluna deve ser identificada. Os traços internos deverão ser inseridos somente abaixo e acima do cabeçalho e na última linha das tabelas.

4.2. Menção e inserção das tabelas no texto

Todas as tabelas e figuras deverão ser mencionadas no texto científico e inseridas logo após a sua primeira menção. Exemplo: "...conforme a Tabela 1...".

4.3. Cabeçalho e fonte de informação das tabelas para dados secundários

O cabeçalho deverá estar em negrito. A fonte de informação para dados secundários deverá ser mencionada em nota de rodapé, nas próprias tabelas.

4.4. Notas de rodapé das tabelas

As notas de rodapé das tabelas devem ser restritas ao mínimo necessário. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ‖ e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em sua nota de rodapé.

4.5. Siglas

A utilização de siglas deve ser restrita ao mínimo necessário.

As siglas presentes nas tabelas e/ou figuras deverão ser apresentadas por extenso em nota de rodapé das, utilizando os símbolos sequenciais: *, †, ‡, §, ‖ e ¶, sem a utilização de ponto final.

Exemplo: *GC = Grupo controle; †GI = Grupo intervenção

Os símbolos sequenciais devem ser reiniciados para cada tabela e/ou figura, sendo apresentados desde o título/cabeçalho, corpo da tabela/figura e nota de rodapé, em sistema de leitura ziguezague (da esquerda para a direita, de cima para baixo).

Quando houver necessidade de utilizar mais de seis indicações na mesma tabela e/ou figura, símbolos sequenciais duplicados deverão ser utilizados após os seis símbolos iniciais. Se houver necessidade de utilizar mais símbolos, obedecer à mesma lógica, ou seja, utilizar símbolos triplicados, quadruplicados, etc., conforme exemplo a seguir: *, †, ‡, §, ‖, ¶, **, ††, ‡‡,
§§, ‖‖, ¶¶, ***, †††, ‡‡‡, §§§, ‖‖‖, ...

4.6. Valores monetários

Deverão ser apresentados em dólares dos Estados Unidos (USD) ou em salários mínimos no país da pesquisa na época da coleta de dados.

Se apresentados em dólares (USD), a cotação do dólar e a data da cotação devem ser informadas em nota de rodapé.

Exemplo: *Cotação do Dólar EUA = R$ 4,6693, em 10/03/2020

Se apresentados em salários mínimos, o valor, ano e país da pesquisa referentes ao salário mínimo devem ser informados em nota de rodapé.

Exemplo: *Salário mínimo vigente = R$ 1.045,00, Brasil, 2020

4.7. Formatação não permitida

Quebras de linhas utilizando a tecla *ENTER*, recuos utilizando a tecla *TAB*, espaços para separar os dados, caixa alta, sublinhado, marcadores do Microsoft Word, cores nas células e tabelas com mais de uma página não serão permitidos. As tabelas de apenas uma ou duas linhas deverão ser convertidas em texto.

5. Figuras

São consideradas figuras: quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos. Todos estes itens devem ser denominados apenas como “figura” no texto científico (Exemplo: Figura 1, Figura 2, etc.).

O título da figura deve estar localizado logo abaixo da mesma. Se houver nota de rodapé, o título virá imediatamente abaixo.

As figuras devem estar em alta resolução, com um mínimo de 900 DPI (Dots Per Inch ou Pontos por Polegada, em português), sendo, sempre que possível, editáveis.

5.1. Figuras: Quadros

Os quadros deverão conter dados textuais e não numéricos, serem fechados nas laterais e com linhas internas. Os quadros, quando construídos com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, poderão ter o tamanho máximo de uma página e não, somente, 16x10 cm como as demais figuras. A inserção de quadros, quando extraídos de outras publicações, exige a indicação da fonte em nota de rodapé.

5.2. Figuras: Gráficos

Os gráficos deverão estar legíveis e nítidos, com o tamanho máximo de 16x10 cm. Se optar por utilizar cores, elas devem ser de tons claros. Vários gráficos em uma única figura somente serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

5.3. Figuras: Desenhos, esquemas e fluxogramas

Os desenhos, esquemas e fluxogramas deverão ser construídos com ferramentas

adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Eles deverão ser de fácil compreensão, legíveis, nítidos e no tamanho máximo de 16x10 cm.

Desenhos, esquemas e fluxogramas inseridos, quando extraídos de outras publicações, exigem a indicação da fonte em nota de rodapé da figura.

5.4. Figuras: Fotos

As fotos deverão ser legíveis, nítidas e de tamanho máximo de 16x10 cm. Caso contenham imagens de pessoas deverão ser tratadas, para que não haja possibilidades de identificação das que foram retratadas.

5.5. Notas de rodapé das figuras

As notas de rodapé das figuras devem ser restritas ao mínimo necessário. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ‖ e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé.

6. Depoimentos de participantes dos estudos

Os depoimentos devem ser apresentados em itálico, na fonte *Times New Roman* tamanho 10, sem aspas e na sequência do texto. É obrigatória a identificação por código de cada depoimento citado no manuscrito, entre parênteses, sem itálico e ao final do depoimento.

7. Notas de rodapé no texto

As notas de rodapé deverão ser indicadas pelo sinal gráfico asterisco, iniciadas a cada página e restritas a um máximo de cinco.

Utilizar a sequência *, **, ***, **** e *****.

8. Formatação das citações

8.1. Citações de referências no texto

Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: $^{(1-4)}$; quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula. Ex.: $^{(1-2,4)}$.

Entre a citação numérica e a palavra que a antecede, não deve existir espaço.
Exemplo Cândida albicans$^{(3-6,16,21)}$.

A indicação da página consultada da referência citada no artigo não deve ser mencionada.

8.2. Citações de referências "*ipsis literes*"

8.3.

Essas citações deverão ser apresentadas entre aspas, sem itálico, com fonte *Times New Roman* tamanho 12 e na sequência do texto. Referências

A RLAE adota as referências em conformidade com o Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Inexiste limite máximo do número de referências, desde que pertinentes ao texto e com *link* de acesso para sua averiguação. Os autores devem seguir a proporcionalidade de, no mínimo, 80% de artigos de periódicos indexados em bases de dados internacionais e dos últimos três anos.

As referências citadas deverão estar no idioma inglês sempre que disponível. O *Digital Object Identifier* (DOI) ou o *link* de acesso devem ser inseridos ao final de todas as referências citadas no artigo.

Para se ter exemplos de como citar artigos publicados na RLAE, recomenda-se a consulta ao *site* http://rlae.eerp.usp.br/section/9/como-citar-artigos-publicados-na-rlae.

9. Modelo de Carta de Apresentação (*Cover Letter*)

Carta de Apresentação (*Cover Letter*)

Cidade, dia, mês e ano.

Prezado(a) Editor(a) da Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)

[Informar como os achados e as conclusões do texto científico contribuem para o avanço do conhecimento para a área de saúde e enfermagem]
[Informar a(s) inovação(ões) do estudo]

Assim, submetemos à sua apreciação o texto científico intitulado "[título do texto]", o qual se adequa às áreas de interesse da RLAE. A revista foi escolhida por [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do texto científico].

Todos os autores declaram ter ciência de que o estudo, após submetido, não poderá ter a ordem nem o número de autores alterados, sem informação e justificativa prévias à RLAE.

Todos os autores declaram ainda que contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa e em sua redação, bem como aprovaram o seu conteúdo antes de sua submissão à RLAE.

Os autores certificam que o texto científico submetido representa uma pesquisa original e que, em parte ou na íntegra, não foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Os autores declaram ainda não haver conflitos de interesse em relação ao presente texto científico (Se houver conflito, os mesmos devem especificar quais são).

_____
Nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

_____
Nome completo do autor 2 + ORCI