



ELIEL DE OLIVEIRA BANDEIRA

**RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE E LETRAMENTO FUNCIONAL EM
SAÚDE EM PESSOAS IDOSAS**

RIO GRANDE

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE E LETRAMENTO FUNCIONAL EM
SAÚDE EM PESSOAS IDOSAS**

ELIEL DE OLIVEIRA BANDEIRA

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem– Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais. Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatría, Enfermagem/Saúde e Educação – GEP GERON.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Daiane Porto Gauterio Abreu

RIO GRANDE

2018

Ficha catalográfica

B214r Bandeira, Eliel de Oliveira.

Relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas / Eliel de Oliveira Bandeira. – 2018.

121 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2018.

Orientadora: Dra. Daiane Porto Gauterio Abreu.

1. Idoso 2. Atividades cotidianas 3. Alfabetização em saúde

Folha de Aprovação

ELIEL DE OLIVEIRA BANDEIRA

**RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE E LETRAMENTO FUNCIONAL EM
SAÚDE EM PESSOAS IDOSAS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 07 de dezembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.



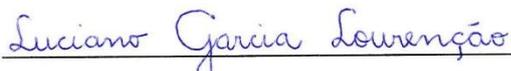
Giovana Calcagno Gomes

Coordenadora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – FURG

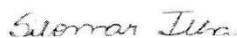
BANCA EXAMINADORA



Dra. Daiane Porto Gautério Abreu - Presidente (FURG)



Dr. Luciano Garcia Lourenção - Efetivo (FURG)



Dr. Silomar Ilha - Efetivo Externo (UFN)

Dra. Marta Regina Cezar-Vaz - Suplente (FURG)



Dra. Cenir Gonçalves Tier - Suplente Externo (Unipampa)

DEDICATÓRIA

A todos que apoiaram, incentivaram e acreditaram
neste meu projeto.

Em especial, a minha mãe, pelo exemplo de luta e força.

Te amo, infinitamente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por sempre se fazer presente na minha vida, e me conceder força e sabedoria para conquistar os meus objetivos e sonhos.

À minha mãe, por demonstrar seu amor incondicional, lutar comigo em todos os momentos, e sonhar os meus sonhos juntamente comigo. Palavras não medem o tamanho do meu amor por ti!

À minha família, em especial aos meus tios, prima e afilhada, que sempre me apoiaram, incentivaram e torceram para que eu alcance os meus objetivos, muito obrigado.

Ao meu companheiro Wesley, que mesmo com toda a distância sempre se faz presente, me incentiva, me ouve, me aconselha, luta as minhas lutas e comemora minhas vitórias, obrigado por tudo, te amo!

Aos meus amigos, por entender a minha ausência, e torcer sempre que eu alcance os meus sonhos, levo vocês sempre comigo.

Aos meus colegas da turma do mestrado, em especial a Aline, Bibiane, Cíntia, Fernanda, Jéssica, Patrícia, Silvana e Vanessa, pela parceria, risadas, churrascos. Sem vocês o caminho teria sido muito mais difícil.

À Juliana Piveta, por desde a graduação estar comigo. Compartilhando angústias, medos, alegrias e muita escrita, minha eterna gratidão.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo, aos profissionais das equipes da saúde da família, as pessoas idosas que aceitaram participar e, aos meus colegas de orientação e coleta, foi ótimo ter convivido com vocês.

Ao grupo GEP-GERON, por me acolher e auxiliar na minha jornada.

E finalmente, à minha orientadora Daiane Abreu, sem você nada disso seria possível. Obrigado pelos quase quatro anos trabalhando comigo, desde a graduação, por todos os ensinamentos que me foram transmitidos, pela paciência, dedicação e, disponibilidade. És um exemplo de profissional que almejo ser um dia. Gratidão.

Eliei de Oliveira Bandeira

***“Coisas extraordinárias só acontecem com pessoas
extraordinárias, vai ver é um sinal que
você tem um destino extraordinário,
algum destino maior do que você pode ter
imaginado”***

C. S. Lewis – As crônicas de Nárnia

RESUMO

BANDEIRA, ELIEL DE OLIVEIRA. **Relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas**. 2018. 121p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande.

A funcionalidade é o grande paradigma da Saúde da pessoa idosa, pois, é necessário entender como o comprometimento da saúde física, da saúde mental, autonomia, integração social, suporte familiar e independência podem afetar a capacidade funcional destas pessoas. A funcionalidade pode ser influenciada pelo grau de letramento funcional em saúde, refletindo em comportamento de saúde inadequado e resultados de saúde mais precários na pessoa idosa.. São objetivos deste estudo: 1) descrever, segundo a literatura brasileira e estrangeira a relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas; 2) avaliar a funcionalidade das pessoas idosas assistidas na Estratégia de Saúde da Família; 3) avaliar o letramento funcional em saúde das pessoas idosas assistidas na Estratégia de Saúde da Família. 4) verificar se há relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas assistidas na Estratégia de Saúde da Família. Para o primeiro objetivo, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, cuja busca foi realizada em quatro bases de dados *on-line*: *Scientific Electronic Library Online*; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*; e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, web of Science* e *Scopus* por meio do Portal de Periódicos Capes. A coleta de dados foi feita pelos descritores: *Activities of daily living*; *Health literacy*; *Aged* e foi realizada respeitando seis fases da revisão integrativa: elaboração da questão norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa. Para os demais objetivos, foi realizado um estudo quantitativo, exploratório-descritivo, transversal, em 17 equipes de saúde da família, na zona oeste do município de Rio Grande/RS. Será utilizada uma amostra de 350 pessoas idosas, cuja coleta dos dados ocorreu de julho a novembro de 2017, por meio da aplicação de quatro instrumentos: um questionário de caracterização sócio-demográfica e de saúde, a índice de Katz, escala de Lawton e Brody e a versão breve do *Test of Functional Health Literacy in Adults*. A análise dos dados foi realizada no software *Statistical Package for the Social Sciences*. Os aspectos éticos foram respeitados obtendo parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde, e posteriormente do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC). Verificou-se que 84,3% dos participantes eram independentes para as atividades básicas de vida diária e 94% eram independentes para as atividades instrumentais de vida diária e 58,9% tinham inadequado letramento funcional em saúde. Houve relação entre as Atividades Instrumentais de Vida Diária e Letramento Funcional em Saúde, sendo que as médias de Letramento para quem apresentava dependência parcial eram menores daqueles que eram independentes. Também houve uma correlação positiva entre as pontuações nas escalas de Atividades Instrumentais de Vida Diária e Letramento Funcional em Saúde. A enfermagem como uma das profissões que visam a promoção de saúde e a prevenção de doenças, devem buscar conhecer o nível de letramento funcional em saúde das pessoas idosas, visto que isto sofre impacto diretamente com os comportamentos e o entendimento sobre a saúde desta população, e conseqüentemente influencia na funcionalidade das pessoas idosas.

Descritores: Idoso. Atividades Cotidianas. Alfabetização em Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT

BANDEIRA, ELIEL DE OLIVEIRA **The relation between functionality and functional literacy towards elderly people health**. 2018. 121p. Dissertation (Nursing Master Course) Nursing School. Post-Graduation in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande.

The functionality is the biggest paradigm in elderly people health, since it is necessary to understand how physical and mental health, autonomy, social interaction, Family support and Independence may affect their functional capacity. Functionality may be influenced by the level of functional literacy regarding health, resulting in inadequate health behavior as well as precarious health results in elderly people. This research aims to: 1) describe, according to Brazilian and Foreign readings, the relation between functionality and functional literacy towards elderly people's health. 2) Evaluate the functionality of elderly people assisted by the Family's Health Strategy. 3) Evaluate functional literacy regarding elderly people's – assisted by the Family's Health Strategy- health 4) Check whether or not there is a relation between functionality and functional literacy to elderly people's health assisted by the Family Health Strategy. For the first goal, we propose an integrative revision on the readings, the research will be made in four online data bases: Scientific Electronic Library Online; Latin American and Caribbean Literature on Health Science; Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Web of Science and Scopus through Capes scientific journals portal. The data collection was made through the descriptors: Activities of daily living, Health literacy; Aged and it was made observing six phases of integrative revision: the creation of the guiding question, literature search, data collection, critical analysis of included studies, result discussion and integrative revision presentation. For the remaining goals, it was developed a quantitative study, exploratory-descriptive, transversal, in 17 family health teams in the West zone of Rio Grande/RS. Samples of 350 elderly people will be used, whose data collection occurred between July and November 2017, through the use of four instruments: a sociodemographic and health questionnaire, the Katz index, Lawton and Brody scale and the brief version of Test of Functional Health Literacy in adults. The data analysis will be performed using the Statistical Package for the Social Sciences software. The ethical aspects were observed in order to obtain a favorable response from the Ethics and Research in Health Committee and, also, from the Permanent Collective Health Education City Department (NUMESC) It was verified that 84,3% of the participants were independent and 58,9% had inadequate health functional literacy. There was a direct relation between the instrumental activities of daily life and health functional literacy, and the levels of literacy were lower for those who were partially dependent. There was also a positive correlation between the points in the Daily life instrumental activities and Health Functional Literacy. Nursing, as one of the health promotion and diseases prevention professions must know the level of functional literacy in elderly people once it directly impacts the behaviors and understandings about health, consequently their functionality.

Descriptors: Elderly. Daily Activities. Health Literacy. Family Health Strategy. Nursing.

RESUMEN

BANDEIRA, ELIEL DE OLIVEIRA. **Relación entre la funcionalidad y letramento funcional en la salud en personas ancianas.** 2018. 121p. Disertación (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande (FURG), Rio Grande.

La funcionalidad es el gran paradigma de la Salud de la persona anciana, pues es necesario entender cómo el comprometimiento de la salud física, de la salud mental, autonomía, integración social, soporte familiar e independencia pueden afectar la capacidad funcional de estas personas. La funcionalidad puede ser influenciada por el grado de letramento funcional en salud, reflejando en comportamiento de salud inadecuado y resultados de salud más precarios en la persona anciana. Los objetivos de este estudio: 1) describir, según la literatura brasileña y extranjera, la relación entre funcionalidad y letramento funcional en salud en las personas ancianas; 2) evaluar la funcionalidad de las personas ancianas asistidas en la Estrategia de Salud de la Familia; 3) evaluar el letramento funcional en salud de las personas ancianas asistidas en la Estrategia de Salud de la Familia. 4) verificar si hay relación entre funcionalidad y letramento funcional en salud en personas ancianas asistidas en la Estrategia de Salud de la Familia. Para el primer objetivo, se realizó una revisión integrativa de la literatura, cuya búsqueda fue realizada en cuatro bases de datos en línea: *Scientific Electronic Library Online*; Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud; *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*; y *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, web of Science eScopus* a través del Portal de Periódicos Capes. La recolección de datos fue hecha por los descriptores: *Activities of daily living*; *Health literacy*; y se realizó respetando seis etapas de la revisión integrativa: elaboración de la cuestión orientadora, búsqueda en la literatura, recolección de datos, análisis crítico de los estudios incluidos, discusión de los resultados y la presentación de la revisión integrativa. Para los demás objetivos, se realizó un estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo, transversal, en 17 equipos de salud de la familia, en la zona oeste del municipio de Rio Grande / RS. Se utilizará una muestra de 350 personas ancianas, cuya recolección de datos ocurrió de julio a noviembre de 2017, por medio de la aplicación de cuatro instrumentos: un cuestionario de caracterización sociodemográfica y de salud, el índice de Katz, escala de Lawton y Brody y la versión breve del *Test of Functional Health Literacy in Adults*. El análisis de los datos fue realizado en el software *Statistical Package for the Social Sciences*. Los aspectos éticos fueron respetados obteniendo un dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación en el Área de la Salud, y posteriormente del Núcleo Municipal de Educación Permanente en Salud Colectiva (NUMESC). Se verificó que el 84,3% de los participantes eran independientes para las actividades básicas de vida diaria y el 94% eran independientes para las actividades instrumentales de la vida cotidiana y el 58,9% tenían inadecuado letramento funcional en salud. Hubo relación entre las Actividades Instrumentales de Vida Diaria y Letramento Funcional en Salud, siendo que los promedios de letramento para quien presentaba dependencia parcial eran menores de los que eran independientes. También hubo una correlación positiva entre las puntuaciones en las escalas de Actividades Instrumentales de Vida Diaria y Letramento Funcional en Salud. La enfermería como una de las profesiones que aspiran la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, debe buscar conocer el nivel de letramento funcional en salud de las personas ancianas, ya que esto sufre impacto

directamente con los comportamientos y el entendimiento sobre la salud de esta población, y consecuentemente influye en la funcionalidad de las personas ancianas.

Descriptores: Ancianos. Actitudes cotidianas. Alfabetización en Salud. Estrategia de Salud de la Familia. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1-** Fluxo dos estudos incluídos na RI de acordo com as bases de dados.....55
- FIGURA 2-** Fluxo da influência dos fatores de escolaridade, raça e renda no Letramento Funcional em saúde e na funcionalidade, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.....64

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Caracterização dos artigos selecionados quanto ao título, tipo de estudo, periódico, ano de publicação, base de dados, objetivos e relação entre a funcionalidade e o Letramento Funcional em Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.....	56
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição das pessoas idosas assistidas pela ESF de acordo com variáveis sociodemográficas, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.....	75
TABELA 2- Associação entre ABVD e LFS em pessoas idosas assistidas pela ESF, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.....	76
TABELA 3- Associação entre AIVD e LFS em pessoas idosas assistidas pela ESF, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.....	77
TABELA 4- Médias do LFS de acordo com os níveis de ABVD e AIVD para as pessoas idosas assistidas pela ESF, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.....	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAVD	Atividade Avançada de Vida diária
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DECS	Descritor em Ciência da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LFS	Letramento Funcional em Saúde
LS	Letramento em Saúde
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NVS	Novo Sinal Vital
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
REALM	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>
SAHLPA	<i>Short Assesment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults</i>
SAHLSA	<i>Short Assesment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
S – TOFHLA	<i>Short Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOFHLA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	22
3 HIPÓTESES	23
4 REVISÃO DE LITERATURA	24
4.1 O envelhecimento populacional	24
4.2 Funcionalidade.....	30
4.2.1 Instrumentos para avaliar a Funcionalidade	34
4.3 Letramento Funcional em Saúde	36
4.3.2 Instrumentos para avaliar o Letramento Funcional em Saúde	40
4.4 Funcionalidade e Letramento Funcional em Saúde.....	44
5 METODOLOGIA	47
5.1 Revisão integrativa da literatura	48
5.2 Pesquisa quantitativa	49
5.2.1 Tipo de estudo.....	49
5.2.2 Local do estudo.....	50
5.2.3 População	50
5.2.4 Amostra	51
5.2.5 Instrumentos para coletas de dados	52
5.2.6 Coleta de dados.....	53
5.2.7 Análise de dados	53
5.2.8 Aspectos éticos	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
6.1 Artigo 1	56
6.2 Artigo 2.....	74
7 CONCLUSÃO	88
8 REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A – Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde	97

APÊNDICE C – Formulário para coleta de dados/ tabela para revisão integrativa	102
ANEXO A - Avaliação da acuidade visual	103
ANEXO B – Avaliação da acuidade auditiva	105
ANEXO C - Avaliação cognitiva	106
ANEXO D - Índice de Katz.....	110
ANEXO E - Escala de Lawton e Brody	111
ANEXO F - versão traduzida e adaptada do <i>Short-Test of Functional Health Literacy in Adults</i> (S-TOFHLA)	112
ANEXO G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)	122
ANEXO H – aprovação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC)	123

APRESENTAÇÃO

Primeiramente, gostaria de me apresentar e mostrar meu envolvimento com o campo de estudo. Meu primeiro contato com a Gerontologia surgiu no início de minha graduação em Enfermagem, quando fui selecionado para ingressar no projeto “Núcleo Universitário da Terceira Idade - NUTI-FURG”, do qual fui bolsista remunerado durante dois anos. Logo após, fui selecionado para o Programa de Educação Tutorial em Enfermagem – PET Enfermagem e continuei atuando como bolsista voluntário no NUTI, por mais um ano. No NUTI era professor de teatro e dança para as pessoas acima de 60 anos.

A partir desse momento, despertou em mim o desejo de aprofundar conhecimentos sobre questões relacionadas ao envelhecimento ativo na pessoa idosa. Como bolsista do PET Enfermagem pude integrar algumas pesquisas sobre temas relacionados à pessoa idosa. Ao cursar a disciplina “Enfermagem Gerontogeriatrica” no curso de graduação, interessei-me ainda mais sobre o assunto e logo busquei participar do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação – GEP GERON da Escola de Enfermagem da FURG. A partir daí considerei a possibilidade de dar continuidade aos estudos e pesquisa sobre a temática, no curso de mestrado.

Este estudo trata centralmente dos temas da capacidade funcional e do Letramento Funcional em Saúde (LFS) nas pessoas idosas, partindo da ideia da importância da manutenção da autonomia e da independência para um envelhecimento ativo e, consequentemente, uma melhor funcionalidade. E, também, de que a funcionalidade pode ser influenciada pelo grau de letramento funcional em saúde, refletindo nos comportamentos de saúde e resultados de saúde na população idosa.

1 INTRODUÇÃO

O papel da pessoa idosa na sociedade vem apresentando mudanças devido ao aumento da expectativa de vida, essas pessoas desejam, a cada dia, se tornar mais produtivas e, conseqüentemente, levar uma vida mais ativa (VANZELLA; NETO; SILVA, 2011). Para isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o termo “envelhecimento ativo”, que se refere ao equilíbrio biológico, psicológico e social, a manutenção da integralidade da pessoa idosa em seu contexto social, e ainda na capacidade de aperfeiçoar as suas potencialidades (WHO, 2005; FERREIRA et al, 2012).

Alguns determinantes de saúde são de extrema importância para se adquirir um envelhecimento ativo, dentre eles estão: os sociais, econômicos, pessoais e comportamentais. Um dos principais determinantes para que o objetivo do envelhecimento ativo seja atingido é a manutenção da capacidade funcional, pois além de permitir melhor bem-estar, proporciona a pessoa idosa viver de forma autônoma e independente (WHO, 2005).

A perda da autonomia e da independência na pessoa idosa pode gerar a incapacidade funcional, que se trata da presença de dificuldade no desempenho de atividades cotidianas ou a impossibilidade de desempenhá-las, e está relacionada com o maior risco de hospitalização, institucionalização e morte (BRITO, MENEZES, OLINDA, 2016).

Associada a fatores multidimensionais, a incapacidade funcional pode ser mensurada sob dois domínios: a realização de atividades básicas da vida diária (ABVD), ou seja, tarefas ligadas ao autocuidado ou de cuidado pessoal, caracterizam-se como a capacidade que o indivíduo tem em alimentar-se, banhar-se, vestir-se e outras; e a realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), relacionadas à independência do indivíduo na sociedade, como, por exemplo, fazer compras e utilizar meio de transporte, dentre outras (NUNES et al, 2017). Existem também as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), que envolvem tarefas relacionadas ao desempenho de funções sociais como: a participação da pessoa idosa em atividades: sociais, físicas, de lazer, comunitárias, religiosas e de trabalho (DIAS et al, 2014).

A perda da capacidade funcional traz implicações para a pessoa idosa, a família e a comunidade. Além de aumentar o risco de morte, gera maior chance de hospitalização e de

gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para as famílias. Por isso, torna-se fundamental avaliar a capacidade funcional em pessoas idosas e seus fatores associados, para eleger intervenções apropriadas, com o intuito de auxiliar na promoção da qualidade de vida e na (re) organização de estratégias com foco nas pessoas idosas e suas famílias e até mesmo na população de uma forma geral (NUNES et al, 2017).

Diante disso, a fim de minimizar os gastos em saúde pública, maximizar a promoção de saúde e motivar a manutenção da autonomia e independência, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Essa Política engloba o envelhecimento ativo como uma das suas principais diretrizes, tendo como finalidade a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, com vistas à promoção de ações voltadas ao envelhecimento ativo (BRASIL, 2006).

Entre as pessoas idosas, a capacidade de viver de forma independente pode ser influenciada por vários fatores, entre eles um inadequado LFS (MCDOUGALL et al, 2012). O LFS ocorre pelo conhecimento e as competências que a pessoa tem em acessar, compreender e aplicar as informações em saúde, para tomada de decisões na vida cotidiana em matéria de cuidados de saúde (SORENSE, 2012). O LFS é um determinante social de saúde e deve ser reconhecido como e utilizado para monitorar o estado de saúde da população (BONACORSI et al, 2017). Um baixo LFS pode influenciar na capacidade de gerir sua própria saúde, e também nas medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças (PASSAMAI et al, 2012).

Para se adaptar as mudanças na prestação de cuidados, nas novas tecnologias, e nos avanços dos conhecimentos científicos, a pessoa idosa necessita de um alto nível de LFS para orientar-se e auxiliar na tomada de decisão correta acerca de sua saúde. Também, o letramento ajuda na coparticipação em assumir a responsabilidade pela sua saúde, diante disto o LFS não deve ser subestimado e se torna um desafio de saúde pública (BONACORSI et al, 2017).

O LFS não é só uma demanda da educação em saúde, mas da promoção de saúde (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013). Além disso, existe a expectativa de ser mais uma tecnologia leve, que se baseia em competências preexistentes dos usuários para transitarem no meio da saúde e cujos resultados de sua aplicação poderão direcionar futuras ações/intervenções mais específicas na orientação de pessoas idosas para as medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde (SANTOS et al, 2015).

Existe também a preocupação por parte dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, de como as pessoas idosas estão informadas e gerem a sua própria saúde e, conseqüentemente, realizam seu autocuidado (SANTOS; SILVA; REGO, 2016). É importante salientar que as medidas direcionadas à elevação dos níveis do LFS devem se concentrar tanto na melhoria das competências individuais quanto no papel desempenhado pelos serviços de saúde humanizados, no sentido de aperfeiçoar suas comunicações, escritas e orais, para satisfazer as necessidades (e habilidades) de seus usuários (PASSAMAI et al, 2012).

O grande número de pessoas idosas que cresce acentuadamente a cada ano (UNITED NATIONS, 2015), a importância de manter um envelhecimento ativo, preservando a autonomia e independência (BRITO, MENEZES, OLINDA, 2016), a influência que uma baixa funcionalidade pode ter nos custos em saúde pública, nos custos familiares, no impacto gerado no seio familiar e social desta pessoa idosa (NUNES et al, 2017), e na importância de se ter um adequado letramento funcional em saúde (BONACORSI, 2017), refletem a relevância deste estudo.

O desenvolvimento deste estudo justifica-se ainda, pelos escassos estudos no Brasil e no exterior sobre a relação da funcionalidade e do letramento funcional em saúde, pela importância de conhecer essa relação. Para utilizar a funcionalidade é importante conhecer o LFS, para que a equipe de saúde possa desenvolver intervenções que favoreçam a manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa. Este estudo poderá também, servir para auxílio de futuras pesquisas sobre a temática.

O presente estudo tem como questões de pesquisa: como se apresenta a produção científica brasileira e estrangeira sobre a relação entre funcionalidade e do letramento funcional em saúde em pessoas idosas? Qual o grau de funcionalidade de pessoas idosas que vivem na comunidade? Qual o grau de letramento funcional em saúde em pessoas idosas que vivem na comunidade? Existe relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas que vivem na comunidade?

Esse estudo poderá servir como ferramenta para os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), expondo a importância da averiguação da funcionalidade e do letramento funcional em saúde nas pessoas idosas da comunidade. Também poderá favorecer as equipes de saúde, melhorando sua assistência, propiciando uma melhor qualidade em educação e promoção de saúde.

2 OBJETIVOS

- Descrever o que a literatura brasileira e estrangeira apresenta sobre a relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas.
- Avaliar a funcionalidade das pessoas idosas assistidas pela Estratégia da Saúde da Família.
- Avaliar o letramento funcional em saúde das pessoas idosas assistidas pela Estratégia da Saúde da Família.
- Verificar se há relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas assistidas pela Estratégia da Saúde da Família.

3 HIPÓTESES

- A literatura brasileira e estrangeira traz que as pessoas idosas com baixo letramento funcional em saúde apresentam maiores níveis de incapacidade funcional.
- As pessoas idosas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família com baixo letramento funcional em saúde, apresentam maiores níveis de incapacidade funcional.
- Existe relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas que vivem na Estratégia de Saúde da Família.

4 REVISÃO DE LITERATURA

A fim de aprofundar a temática do presente projeto de pesquisa, esta revisão de literatura aborda questões relacionadas ao envelhecimento populacional, diante suas características, projeções e estimativas populacionais, questões referentes ao envelhecimento ativo e as políticas direcionadas à pessoa idosa. Logo após, a questão da funcionalidade, expondo conceitos, fatores relacionados a capacidade funcional e o principal indicador para avaliação da funcionalidade da pessoa idosa.

Ainda, o letramento funcional em saúde, abordando os conceitos e os fatores relacionados ao letramento funcional em saúde em pessoas idosas. Por fim, a relação entre a funcionalidade e o letramento funcional em saúde.

4.1 O envelhecimento populacional

A população mundial vem apresentando um processo gradativo de envelhecimento, causado pela queda acentuada da fertilidade e da mortalidade, e o aumento da expectativa de vida, nas últimas décadas. Em 2015, cerca de 12% da população global tinha 60 anos ou mais, o que representava 901 milhões de pessoas. Esta taxa cresce cerca de 3,26% ao ano. O número de pessoas idosas no mundo está projetado para ser de 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, podendo subir para 3,2 bilhões em 2100 (UNITED NATIONS, 2015).

O continente Europeu tem a maior porcentagem de população idosa, chegando a 24%, porém, o rápido envelhecimento vai ocorrer em outras partes do planeta. Até 2050, todas as principais áreas do mundo, exceto a África, terão cerca de um quarto da população com 60 anos ou mais (UNITED NATIONS, 2015). Entretanto, há uma importante diferença na velocidade da transição demográfica dos países desenvolvidos para a dos em desenvolvimento. Na França este processo foi mais lento, demorou cerca de 150 anos para que a população de idosos fosse de 10% para 20%. Já o Brasil, a Índia e a China deverão ter apenas vinte anos para se adaptar a essa nova realidade (BNDS, 2016).

Entre os anos de 1950 a 2010 a população de pessoas idosas no Brasil esteve abaixo de 10%, semelhante aos países menos desenvolvidos, porém, a partir de 2010 o país começa a

se aproximar dos valores projetados para os países desenvolvidos. Em 2070, há a estimativa que o Brasil chegue a 35% de pessoas idosas superando, inclusive, o indicador para países desenvolvidos (BRASIL, 2016).

O Brasil, desde a década de 1980 vem vivenciando uma importante transição demográfica (PIMENTA-JÚNIOR, 2015). Em 2005, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa correspondia a 9,8% da população, em 2015 esse número subiu para 14,3% (BRASIL, 2016). Entre os anos de 2012 e 2016 a população idosa cresceu 16% chegando a 29,6 milhões de pessoas (BRASIL, 2017).

No Brasil, a velocidade da mudança no perfil etário da população é bem maior, em comparação aos indicadores mundiais. A proporção de pessoas idosas no mundo era de 12,3% em 2015, este número dobrará para 24,6% em cerca de 55,8 anos. Já no Brasil, a proporção de pessoas idosas dada pelas Nações Unidas em 2015 era de 11,7% e este número dobrará para 23,5%, porém, em apenas 24,3 anos. Ou seja, por mais que o percentual da população de pessoas idosas no Brasil seja semelhante à proporção mundial, o número de idosos dobrará em menos da metade do tempo do que nos indicadores mundiais (UNITED NATIONS, 2015).

O aumento da população idosa ocorre em todas as regiões do Brasil, porém, há diferenças territoriais nesta transição demográfica. Este processo está mais avançado na Região Sul e Região Sudeste devido à maior expectativa de vida em função da menor taxa de mortalidade infantil, já nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste este processo é mais lento. A Região Norte ainda apresenta a taxa de fecundidade equivalente ao nível de reposição populacional (2,1 filhos por mulher), as projeções para 2030 ainda apontam a prevalência dessa marcante diferença regional no país (BNDS, 2016).

Historicamente, o número de crianças sempre foi superior ao número de pessoas idosas, porém, espera-se que no Brasil, em 2030, o número de pessoas com mais de 60 anos ultrapasse o número do percentual de jovens de até 14 anos. O Brasil segue a tendência mundial, sendo projetada para este mesmo ano uma expectativa de vida populacional média de 79 anos (BNDS, 2016).

O envelhecimento pode se tornar mais gradativo para uns e mais lento para outros, esse fator pode ser dependente do estilo de vida, das condições sócio econômicas e da presença de doenças crônicas não transmissíveis (FECHINE; TROMPIERE, 2012). Porém, é um processo biológico inevitável, evidente por uma perda progressiva de funções sensoriais e

motoras, as quais podem afetar a funcionalidade, a mobilidade e a independência (LOBO; SANTOS; GOMES, 2014).

O envelhecimento deve ser compreendido como um fenômeno biopsicossocial e que atinge o homem e toda a sua existência na sociedade. Trata-se de um processo irreversível, marcado pelas experiências vividas e pelas especificidades do sujeito, enfim, pelas particularidades da cultura (JUNIOR; GOMES, 2014).

Do ponto de vista biológico, está relacionado com o acúmulo gradual de uma variedade de danos moleculares e celulares que podem levar à redução das reservas fisiológicas, maior risco para incidência de doenças e perda das capacidades funcionais individuais (WHO, 2015).

As modificações psicológicas do envelhecimento, estão ligadas as adaptações que o ser humano necessita ter frente as novas situações do seu cotidiano, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Embora algumas dessas mudanças possam ser guiadas por uma adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada, que pode ser associado ao desenvolvimento de novos papéis, pontos de vista e muitos contextos sociais inter-relacionados (WHO, 2015).

Já, as modificações sociais, estão associadas as alterações nas relações sociais devido à diminuição da produtividade e da capacidade física. As pessoas idosas tendem a selecionar metas e atividades em menor número, porém mais significativas, que podem otimizar suas capacidades existentes, por meio de práticas e novas tecnologias, bem como, compensar as perdas de algumas habilidades encontrando outras maneiras de realizar tarefas. Os objetivos, as prioridades motivacionais e as preferências também podem mudar (WHO, 2015).

O envelhecimento é um processo universal, progressivo, inevitável e faz parte do processo do desenvolvimento do ser humano, que acontece desde que se é concebido. Embora seja progressivo, tem momentos de aceleração variável, o que pode parecer que, a partir de certa idade, ou seja na velhice, é que todo o processo de envelhecimento se desenvolve, o que não é verdade. A velhice é uma fase da vida, na qual está o indivíduo idoso, e que desperta valores diferentes consoante as pessoas e as sociedades. Alguns adotam valores negativos a velhice associando-a com a morte, acentuada como a última fase da vida, outros, adotam valores positivos como privilégio em chegar às idades mais avançadas (ROSA, 2016).

A velhice é sempre fonte de preocupação para os indivíduos, pelas suas diversas formas de enfrentamento. Alguns caracterizam-na pela diminuição das capacidades de vida

diária, outros o consideram como um período de vulnerabilidade e de cada vez maior dependência do seio familiar. Outros, ainda, veneram-na como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade (FECHINE; TROMPIERE, 2012).

A Organização das Nações Unidas (ONU) (1982) define a pessoa idosa a partir da idade cronológica, porém, diferencia essa caracterização dos países em desenvolvimento para os países já desenvolvidos. É considerada idosa aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Portanto, em concordância com a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, no Brasil, idoso é considerado a pessoa a partir de 60 anos.

O aumento da expectativa de vida traz consigo uma nova realidade do papel da pessoa idosa na sociedade. Com esse aumento da longevidade as pessoas querem continuar a ser ativas e também a fazer parte do processo produtivo (VANZELLA; NETO; SILVA, 2011). Embora existam perdas significativas durante o processo do envelhecimento, o envelhecer e ter uma velhice de modo ativo deve ser estimulado entre as pessoas idosas, pois ele contribui para uma vida plena e com qualidade, quando se chega na velhice (FERREIRA et al., 2012).

Diante disto, a OMS surge com o termo “envelhecimento ativo”, para demarcar o processo de envelhecimento como uma experiência positiva, acompanhada de oportunidades de saúde, segurança e participação, conceituando como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2005). Ou seja, corresponde ao equilíbrio biopsicossocial, à integralidade do ser que está inserido em um contexto social e ainda se refere a pessoa idosa como capaz de aprimorar suas potencialidades (FERREIRA et al., 2012).

O envelhecimento ativo se tornou assunto de suma importância desde 2002, com o surgimento do caderno *Active ageing: a policy framework* feito pela OMS sobre o envelhecimento ativo na população idosa e, obteve sua primeira tradução para língua portuguesa no ano de 2005 intitulada *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (WHO, 2005).

Em concordância com a OMS foi elaborada no Brasil, em 19 de outubro de 2006 pelo Ministério da Saúde, a PNSPI, sob portaria nº 2.528. Essa política tem como finalidade primordial:

“(…) recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006) ”.

A PNSPI tem como suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O envelhecimento ativo torna-se uma das principais diretrizes da PNSPI. Nesta política afirma-se que “Envelhecer, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades” (BRASIL, 2006).

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização (WHO, 2005). Em toda a Política é notório a preocupação com esta abordagem visto que ela traz como finalidade a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, com vistas a promoção de ações voltadas ao envelhecimento ativo. E ainda,

(...) enfatiza aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal – cuidado consigo mesmo – ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações (BRASIL, 2006).

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento ativo (WHO, 2005). Nisto a Política é

enfática “As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida” (BRASIL, 2006).

Algumas ações propostas na PNSPI em concordância com o Envelhecimento Ativo: (BRASIL, 2006).

- Informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;

- Facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde a pessoa idosa possa ser ouvida e apresentar suas demandas e prioridades;

- Articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;

- Promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

- Realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;

- Implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;

- Implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem indivíduos, famílias e países (WHO, 2005). A independência funcional, capacidade cognitiva, depressão, percepção de saúde e funcionamento familiar representam fatores importantes para a contribuição do envelhecimento ativo, porque eles têm o potencial de afetar a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Segundo a OMS os determinantes sociais, econômicos, pessoais, comportamentais, os serviços sociais e de saúde, e o ambiente físico estão diretamente ligadas ao envelhecimento ativo (WHO, 2005). Destaca-se aqui, a capacidade funcional como um importante determinante para o envelhecimento ativo, tornando-se um atributo que permite que as pessoas sejam ou façam o que valorizam. Portanto, envelhecimento ativo é dado como

o processo de desenvolvimento e manutenção da funcionalidade que permite o bem-estar em idade avançada.

4.2 Funcionalidade

A funcionalidade é o grande paradigma da pessoa idosa, pois é necessário entender como o comprometimento da saúde física e mental, a autonomia, a integração social, o suporte familiar e a independência podem afetar a capacidade funcional do idoso (VEIGA et al, 2016). Esse paradigma vai ao encontro do conceito ampliado de saúde proposto pela OMS, com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que aponta a relação dinâmica entre as condições de saúde, fatores ambientais e fatores pessoais para que haja funcionalidade (WHO, 2013).

O conceito contemporâneo de saúde considera saudável o indivíduo com plena capacidade funcional, mesmo que seja diagnosticado com múltiplas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (REBOUÇAS et al, 2017). A pessoa idosa que é capaz de gerir sua vida, determinar quando, onde e como realizará suas atividades sociais, trabalho e lazer, mesmo na presença de patologias cardíacas, hipertensão, diabetes, que são muito frequentes nesta fase da vida, poderá ser considerada saudável. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantenha sua autonomia, seja feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável (RAMOS, 2003).

Com isso, um envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença. Para a maioria das pessoas idosas, a manutenção da capacidade funcional é mais importante. (WHO, 2015). Portanto, a capacidade funcional conceitua-se na competência de manter as habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma (PEREIRA et al, 2017).

Esse conceito é o que será utilizado neste estudo, pois privilegia a independência e a autonomia do indivíduo, no dia-a-dia, como variáveis fundamentais. Diante disso, torna-se relevante abordar os conceitos de autonomia e independência, já que estas estão diretamente ligadas à capacidade funcional.

A autonomia depende fortemente do atendimento das necessidades básicas da pessoa idosa e, por sua vez, possui grande influência sobre a dignidade, integridade, liberdade e independência destas pessoas, e tem sido repetidamente identificada como um componente central de seu bem-estar geral. As pessoas idosas têm o direito de fazer escolhas e assumir o controle de uma série de questões, incluindo onde vivem, os relacionamentos que têm, o que

vestem, como passam seu tempo e se desejam ser submetidas ou não a determinado tratamento. Portanto, é definida como, a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como viver diariamente, de acordo com suas regras e preferências. (WHO 2015). A independência é tida como capacidade de realizar atividades cotidianas sem auxílio, é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função de toda a equipe de saúde, em todos os níveis (PEREIRA; LACERDA; NATAL, 2017).

A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional das pessoas idosas (BARBOSA et al, 2014). Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar, de forma objetiva, os níveis de que uma pessoa está funcionando, numa variedade de áreas, utilizando diferentes habilidades (LUSTOSA et al, 2016).

O principal indicador para avaliação da funcionalidade da população idosa é a capacidade da execução das atividades de vida diária (AVD) (LOPES; SANTOS, 2015). O desempenho das AVDs é utilizado como parâmetro para determinar o estado funcional do indivíduo. Didaticamente essas atividades são divididas em ABVD; AIVD e AAVD (DIAS et al, 2014).

A dependência nas ABVDs constitui-se um marcador de maiores níveis de comprometimento funcional. O comprometimento funcional nas ABVDs é precedido por alterações em outras tarefas que envolvem interações entre os indivíduos e destes com os recursos do ambiente (DIAS et al, 2014).

O termo AIVDs é usado para tarefas mais complicadas do que as ABVDs, no que tange às exigências neuropsicológicas e a influência de fatores sociais, motivacionais e contextuais, para manutenção da vida independente. Essas atividades reúnem componentes físicos, cognitivos e sociais, sofrendo influência também da geração, da cultura e do gênero (DIAS et al, 2014).

A independência nas ABVDs e AIVDs tem sido utilizada como parâmetro para auxiliar os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, quanto à avaliação e tomada de decisão sobre a possibilidade da pessoa permanecer na comunidade, de forma independente ou assistida, ou ainda para indicar a necessidade de institucionalização (DIAS et al, 2014).

As AAVDs são relacionadas à melhor avaliação cognitiva e manutenção de excelente qualidade de vida. Um leve declínio no desempenho destas atividades poderia ser um marcador de declínio funcional futuro. Conhecer como se dá a participação nas AAVDs, no que se refere ao repertório de atividades realizadas pelas pessoas se torna importante para a

adequação de programas que visem o estabelecimento de um envelhecimento mais participativo e com melhor qualidade de vida (DIAS et al, 2014).

A prevalência de limitação funcional varia entre os países e com base no critério adotado para sua definição. Uma definição amplamente utilizada é o relato de dificuldades para realizar atividades básicas ou instrumentais da vida diária. (SILVA et al, 2017). Com base nessa definição, um estudo que buscou quantificar a prevalência de limitações funcionais na população de baixa e média renda entrevistou pessoas idosas em 43 países e detectou que 33,3% dos entrevistados tinham algum tipo de incapacidade. Os países de Comores e Bangladesh obtiveram os piores resultados, chegando acima de 50% de incapacidade (HOSSEINPOOR, et al, 2016).

Outro estudo, realizado nos Estados Unidos, mostrou que de 1982 a 2004 houve um declínio na porcentagem de pessoas idosas com alguma limitação funcional, porém, de 2004 a 2011 esta porcentagem tornou a aumentar. Outro resultado dessa pesquisa mostrou que, no período de 2004 a 2011, houve aumento de mulheres idosas incapazes de comprar, administrar seu dinheiro ou lavar roupas sem ajuda (FREEDMAN; WOLF; SPILLMAN, 2016).

Já em Portugal, na região de Alentejo, um estudo cujo objetivo era avaliar a funcionalidade dos idosos, constatou-se que a funcionalidade deles está mantida até a idade de 75 anos. Após, verificava-se um decréscimo progressivo com percentagens crescentes a desenvolverem dificuldades que requerem ajudas terapêuticas, como também, os problemas financeiros que podem afetar a funcionalidade e, conseqüentemente, a saúde da pessoa idosa (LOPES et al., 2013).

Na população idosa brasileira, a prevalência da incapacidade para realizar as AVDs foi de 6,5% em 1998, 6,4% em 2003 e 6,9% em 2008. Esses valores podem apresentar modificações conforme a população, a faixa etária considerada e os instrumentos de avaliação utilizados (BERLEZI et al, 2016. NUNES et al, 2017). Esses dados sugerem que, mesmo com avanços na atenção à saúde da pessoa idosa, especialmente na atenção básica, esse fato não está refletindo na manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas, ou seja, as ações implementadas podem estar reduzindo internações, por exemplo, o que melhora a percepção das condições de saúde, mas, por outro lado, não há ações preventivas focadas na manutenção e restauração da capacidade funcional (BERLEZI et al, 2016).

Entretanto, um estudo mais atual, realizado no estado do Pará, cujo objetivo era investigar a funcionalidade de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e

classificar pelas categorias de Atividade e Participação da CIF, constatou-se que cerca de 65% das pessoas idosas eram independentes para todas as atividades avaliadas pelo Índice de Katz e escala de Lawton, apesar de comprometimento funcional mais evidente para realização das AIVDs, o que talvez represente um envelhecimento com poucas perdas (LOPES; SANTOS, 2015).

Na cidade de Bagé, no Rio Grande do Sul, foi realizado um estudo de base populacional, objetivando estimar a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais diárias e os fatores associados em pessoas idosas residentes na área urbana. A prevalência de incapacidade funcional para as ABVD foi de 10,6%, e para as AIVD de 34,2%. Entre as atividades básicas, a maior independência foi para se alimentar (96,5%), seguida de realizar transferências cama-cadeira (94,8%). A necessidade de ajuda parcial para tomar banho foi referida por 3,9% das pessoas idosas, e por 3,7% para realizar as transferências cama-cadeira. Quanto à necessidade de ajuda total, a maior dependência encontrada foi para se vestir (7,0%) e se banhar (5,5%). Quanto às atividades instrumentais, as pessoas idosas referiram maior independência para lidar com objetos pequenos (86,7%) e administrar a ingestão de remédios (86,6%), enquanto 11,6% referiram necessidade de ajuda parcial para arrumar a casa e 9,7% para fazer compras. A necessidade de ajuda total foi mais frequente para usar o telefone (11,0%) e fazer compras (10,3%) (NUNES et al, 2017).

Vários são os fatores associados à dependência funcional, entre eles, a idade acima de 75 anos. A funcionalidade é diminuída nesta idade, devido à capacidade de realizar uma tarefa que envolva a integração de múltiplos sistemas fisiológicos que, com o avançar dos anos, gradualmente entram em declínio (ASSIS, et al, 2014).

Outro fator é ser do sexo feminino, pois, embora as mulheres sejam mais longevas, apresentam pior qualidade de vida. As causas mais frequentes de limitação funcional em mulheres são as doenças do sistema motor decorrentes de alterações degenerativas no sistema musculoesquelético e no tecido conjuntivo, relacionadas à doença articular degenerativa e que ocorrem no curso de doenças inflamatórias do sistema motor (WRÓBLEWSKA et al, 2018).

Não ter companheiro (a), o que engloba os solteiros, viúvos e divorciados. A perda de um conjugue gera um impacto negativo na vida da pessoa idosa, ademais, as evidências de diminuição dos vínculos afetivos e da rede de apoio e os decorrentes danos à saúde do indivíduo, com consequências negativas para sua capacidade funcional (PEREIRA, et al, 2017; NUNES, et al, 2017; BARBOSA, et al, 2014).

Ter alguma doença crônica também é um fator de dependência: doenças cardiovasculares, doenças do sistema motor, doenças oftalmológicas, auditivas, neurológicas e mentais; e deficiência mental. Elas pioram ou limitam a auto dependência nas AVD (WRÓBLEWSKA et al, 2018; VROOMEN et al, 2018).

A baixa escolaridade, juntamente com a raça/cor parda/amarela/indígena, fora evidenciada como fatores relacionados à incapacidade funcional. Essas associações podem estar relacionadas às condições socioeconômicas dessas pessoas idosas, tendo em vista que, no Brasil, a raça/cor da pele e a escolaridade estão diretamente relacionadas ao nível socioeconômico e, conseqüentemente, às condições de vida, habitação, trabalho, alimentação e lazer, e estilos de vida (TRIZE, et al, 2014; NUNES, et al, 2017).

Outro fator relacionado é o consumo de bebida alcoólica, devido ao álcool ser uma droga depressora do sistema nervoso central. Ele afeta diferentes funções cerebrais como a cognição, coordenação psicomotora, capacidade visuoespacial e habilidades perceptomotoras, podendo alterar o estado de saúde e reduzir a capacidade funcional (NUNES et al, 2017).

História de acidente vascular encefálico (AVE) também está relacionado à diminuição da capacidade funcional. Isto ocorre por o AVE causar ou exacerbar problemas associados com a dependência funcional, tais como, disfunção cognitiva, depressão, distúrbio de comunicação, alteração da marcha, incontinência urinária, entre outras e, em alguns casos, tem sido relatado com a principal causa de incapacidade funcional. Na França, um estudo de base domiciliar detectou que 34,5% das pessoas, após ter passado por um AVE, ficaram incapacitadas funcionalmente (SCHNITZER, et al, 2014).

O déficit cognitivo é outro fator associado à dependência funcional, pois implica perturbação na orientação espaço-temporal, dificuldade de atenção e de memória, tornando a atividade social e intelectual da pessoa idosa limitada, restringindo sua funcionalidade. Pessoas idosas hospitalizadas pelo menos uma vez no último ano apresentam uma probabilidade cerca de 70% maior de incapacidade para atividades básicas, e 30% maior para atividades instrumentais, pois a internação hospitalar gera perdas nas capacidades vitais. (NUNES, et al, 2017).

4.2.1 Instrumentos para avaliar a Funcionalidade

Grande parte dos instrumentos utilizados para avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas, em inquéritos populacionais no Brasil, é multidimensional e incluem escalas

de funcionalidade baseadas na percepção subjetiva sobre a própria competência para realizar as AVDs. Tratam-se de perguntas sobre a necessidade de ajuda para realizar atividades de cuidado pessoal e atividades instrumentais da vida em sociedade, como tomar banho, fazer compras ou limpar a casa. São questionários baseados em escalas que visam avaliar a competência no autocuidado pós alta hospitalar, ou no acompanhamento de doentes crônicos, ou ainda para avaliar a habilidade de manter uma vida independente em sociedade (REBOUÇAS et al, 2017).

A divisão em ABVD e AIVD começou com os estudos de Mahoney e Barthel e Lawton e Brody. Os autores apresentaram duas escalas de avaliação funcional que classificavam as atividades cotidianas de acordo com o seu nível de complexidade (BARBOSA et al, 2014). A incorporação das AAVDs na avaliação funcional da pessoa idosa iniciou-se com Reuben & Solomonem (1989). Os autores destacaram a necessidade de incorporação de atividades mais complexas que envolvessem funcionamento físico, mental e social, desempenhados em domicílio e na vida comunitária (DIAS et al, 2014).

Os principais instrumentos utilizados para avaliar ABVD são: Índice de Barthel e o índice de Katz. O Índice de Barthel verifica o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se a pessoa idosa é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos, de acordo com os níveis de dependência. Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 muito leve dependência e 100 independência (APÓSTOLO, 2012).

O Índice de Katz é outro instrumento utilizado para avaliar as ABVDs e foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Katz estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de autorregulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. Portanto, baseia-se na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as AVDs nos pacientes idosos seguem um

mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para banhar-se e, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama (e vice-versa) e alimentar-se. A recuperação dá-se na ordem inversa (BRASIL, 2015; BARBOSA et al, 2014). Este instrumento apresenta praticidade na aplicação, além de confiabilidade e validação asseguradas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; LINO et al., 2008). A pontuação total do instrumento é de 6 pontos, considerando a pessoa idosa como independente. De 4 a 6 pontos é considerada uma dependência moderada e abaixo de 2 pontos dependência total (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Os principais instrumentos utilizados para avaliar AIVD são: índice de Pfeffer e a escala de Lawton e Brody. O índice de Pfeffer é um instrumento que é constituído por itens relacionados com a capacidade do indivíduo para realizar AIVDs e funções cognitivas/sociais como fazer compras, preparar alimentação, manter-se em dia com a atualidade, prestar atenção em programas de rádio, TV e de os discutir. Quanto menor a pontuação obtida pelo indivíduo, maior a sua independência e autonomia. Esta escala é constituída por dez itens e evidencia a funcionalidade por meio do grau de independência para realização das AIVD. O score mínimo é 0 e o máximo é 30. Quanto maior a pontuação, maior é a dependência do paciente, sendo considerada a presença de prejuízo funcional a partir de um score de 3 (APÓSTOLO, 2012).

O índice de Lawton foi proposto por Lawton e Brody, em 1969, com o objetivo de avaliar as atividades mais complexas do que as ABVDs e cuja independência está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente. Ou seja, as pessoas idosas que apresentarem independência para as AIVDs apresentam condições mais favoráveis de viver na comunidade (BRASIL, 2015). Lawton e Brody elaboraram uma escala para avaliar AIVD com oito atividades: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte (BARBOSA et al, 2014). Esta escala contém nove itens e apresenta pontuação que varia entre 9 e 27 pontos. Pontuação menor ou igual a nove indica dependência total, pontuação maior que cinco e menor que 21 pontos dependência parcial, e, igual ou superior a 21 pontos representa independência para AIVDs (BRASIL, 2007).

4.3 Letramento Funcional em Saúde

O termo letramento funcional em saúde foi mencionado pela primeira vez em 1974, por Simonds, no artigo *Health education as social policy* (SIMONDS, 1974). Depois disso, o conceito recebeu uma atenção crescente no início da década de 1990, principalmente nos Estados Unidos e no Canadá, com o crescimento da produção científica. Recentemente, também ganhou importância na União Europeia, onde foi integrado na estratégia de saúde da Comissão Europeia *Together for Health 2008-2013* (BONACORSI; et al, 2017).

Letramento em Saúde (LS) é um descritor que teve origem na língua inglesa *health literacy* e estuda a influência do letramento no contexto da saúde. Foi traduzido para a língua portuguesa como alfabetização em saúde e, em meados dos anos 1980, com o surgimento desse novo campo de estudo, surgiram no Brasil, França e Portugal, as palavras *letramento*, *illettrisme* e *literacia*, respectivamente. Porém, conceitualmente, alfabetização em saúde e letramento ainda suscitam discussão quanto à sua aplicabilidade nas práticas sociais (SANTOS et al, 2015).

Embora os termos em muitos momentos, sejam usados como sinônimos em pesquisas, há distinções importantes a serem consideradas. O termo alfabetização refere-se ao resultado do processo de aprendizagem da leitura e da escrita. Já o letramento funcional indica os conhecimentos e habilidades de leitura e escrita que dão condições ao indivíduo de participar das atividades específicas de determinada área (ROCHA; LEMOS, 2016).

Diferentemente da alfabetização, o processo de letramento nos garante a viabilidade de usar, com competência, a tecnologia da escrita, envolvendo a nossa capacidade de ler e escrever para atingir objetivos diversos, tais como ampliar conhecimento, interagir com os outros, divertir, dar apoio à memória, entre outros. Esse processo que promove a nossa inserção no mundo da escrita é o que nos permite produzir e interpretar diferentes gêneros textuais, tais como uma carta, um cartaz, uma conta de luz, uma receita médica. Por isso, ressalta-se que o letramento é um processo que se constitui permanentemente, pois as condições de letramento são dependentes da relação que cada um estabelece com a leitura e com a escrita, durante a vida (FILHO, MASSI, 2014).

Existem três tipos de níveis ou estrato de letramento em saúde. O primeiro tipo é o letramento funcional em saúde, que associa a leitura e a escrita com as tarefas, no qual uma pessoa que consiga ler uma lista de palavras é considerada aprovada no teste de compreensão de leitura. Sendo assim, LFS é visto como o letramento fundamental ou básico que é associado com tarefas diárias (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013). O segundo tipo é o letramento em saúde interativo, que requer habilidades sociais, como ouvir e falar, para

completar tarefas interativas mais complicadas. O terceiro tipo é o letramento em saúde crítico, ou reflexão crítica, é o maior nível de letramento que é necessário para gerenciar a saúde. Embora o termo “funcional” não esteja presente nos tipos de letramento interativo e crítico, não deve-se desassociar a ideia de função para os três tipos de Letramento em Saúde (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

O *Institute of Medicine* dos Estados Unidos define LFS como a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários com a tomada de decisões adequadas em saúde. Na prática tem-se que indivíduos com LFS adequado tendem a apresentar melhores condições de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).

A OMS define o LFS como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar a informação, como forma de promover e manter a saúde, o que não significa apenas saber ler panfletos e marcar consultas (WHO, 1998).

A definição mais recente e aceita de LFS foi proposta por Sorensen (2012). Esta definição é o que será utilizada neste estudo:

envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana, em matéria de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida.

Por ser algo relativamente novo no campo da pesquisa na área da promoção da saúde, ainda há diferenciação no que se tange ao conceito de LFS, demarcando ser um fenômeno em evolução (SANTOS et al, 2015; PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013). Tem sido também considerado um campo emergente nas pesquisas da área da educação e da promoção da saúde (SANTOS et al, 2015).

Um bom nível educacional pode não ser o suficiente para entender a linguagem técnica e médica. Assim, os fatores que influenciam o letramento funcional em saúde podem ser agrupados em: sociodemográficos como ocupação, emprego, renda, suporte social, cultura, linguagem, educação, etnia, idade e os aspectos biológicos como visão, audição, habilidade verbal, memória e raciocínio (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Cerca de 50% da população da União Européia não possui LFS adequado. Estudos realizados na Europa revelam vários fatores importantes associados à LFS limitado, como níveis mais baixos de educação, idade avançada e baixo status socioeconômico. Além disso, o

LFS é associado de forma independente com vários resultados indesejáveis relacionados à saúde, como um estado de saúde geral mais pobre, hospitalização, mortalidade, e custos de saúde. Indivíduos com LFS baixo também têm participação limitada na triagem de doenças, compreensão limitada de sua doença ou plano de tratamento e dificuldades no gerenciamento de condições crônicas (VAN DER HEIDE et al, 2013; SORENSEN, et al, 2015; BONACORSI; et al, 2017).

Nos Estados Unidos, mais de um terço dos adultos, cerca de 80 milhões de pessoas, têm conhecimento limitado em saúde, tornando mais difícil ler, entender e aplicar informações de saúde (por exemplo, frascos de medicamentos, rótulos de alimentos, documentos de consentimento informado, formulários médicos, pedidos de seguro, contas médicas e materiais de educação sanitária). Embora os adultos dos EUA, em média, leiam em um nível da oitava série, mais de 75% dos materiais de educação do paciente são escritos em um nível de leitura do ensino médio ou superior (HERSH; SALZMAN; SNYDERMAN, 2015).

As taxas de letramento limitado são mais altas entre aqueles com menos escolaridade, aqueles que não falam inglês antes de começar a escola e aqueles que vivem abaixo do nível de pobreza. O letramento limitado em saúde é mais comum em populações de hispânicos (66%), negros (58%) e índios americanos e nativos do Alasca (48%), e entre aqueles com 65 anos ou mais (59%) (HERSH; SALZMAN; SNYDERMAN, 2015; MANTWILL; MONESTEL-UMAÑA; SCHULZ, 2015).

No Brasil, um estudo realizado no norte do país, verificou que 73,7% dos entrevistados tinham LFS inadequado, 10,5% LFS marginal e apenas 15,8% LFS adequado. Entre os condicionantes para estes números estavam o baixo nível de escolaridade e a presença de doenças crônicas como hipertensão e diabetes mellitus (SANTOS; PORTELLA, 2016).

O LFS inadequado parece estar mais presente em população com baixas condições econômicas e, acima de tudo, em pessoas idosas, podendo afetar significativamente os mais velhos, mas também aqueles com condições crônicas de saúde, que procuram mais pelos serviços de saúde e fazem uso de esquemas terapêuticos mais complexos (ROWLANDS, 2014; SANTOS et al, 2015). A maior mortalidade em pessoas idosas também está associada a um LFS inadequado, juntamente com maior uso de serviços médicos e hospitalizações (ROWLANDS, 2014).

A presença de doenças crônicas é outro fator associado ao LFS na pessoa idosa (TILLER et al., 2015; TOCI et al., 2015) juntamente com o comprometimento cognitivo (KOBAYASHI et al., 2015). Isto faz com que os comportamentos em saúde sejam afetados nessa população, trazendo riscos como: declínio da função física (SMITH et al., 2015), demência (KAUP et al., 2014) e morbidades (KOBAYASHI et al., 2015).

Por todas estas razões, o LFS é um determinante social da saúde e deve ser reconhecido como um indicador no monitoramento do estado de saúde da população. Nesta era de novos conhecimentos científicos, mudanças na prestação de cuidados, aumento do consumismo e avanços tecnológicos contínuos, os pacientes precisam de um alto nível de LFS para orientar-se e fazer escolhas informadas. Eles também são encorajados a assumir mais responsabilidade pela saúde em um sistema cada vez mais centrado no paciente e individualizado. No entanto, ainda é observada uma diferença crescente entre a demanda por habilidades e as habilidades reais de muitos pacientes. Portanto, o LFS tornou-se uma questão política e um desafio de saúde pública, que não deve ser subestimado (BONACORSI; et al, 2017).

A OMS expandiu o conceito de LFS como uma abordagem na promoção da saúde (WHO, 1998). Desde então, isto começou a fazer parte não apenas nos profissionais da educação em saúde mas a todos os profissionais envolvidos nos aspectos da promoção da saúde. Com isso, o LFS enfatiza as condições gerais para uma vida saudável. Essa abordagem exige também a melhoria dos recursos que as pessoas necessitam para ter um posicionamento ativo frente às questões da própria saúde, dos seus familiares e da sua comunidade, incluindo nesse processo a capacidade de mudar as condições de saúde vigentes (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Muitas ferramentas estão disponíveis para medir o LFS, desde itens de rastreio básicos até avaliações mais abrangentes (BONACORSI; et al, 2017). Os testes validados até o momento permitem classificar o grau de letramento em saúde de indivíduos e populações e, assim, determinar a intervenção mais apropriada nos casos em que há limitações das habilidades avaliadas. Esse processo é fundamental para que sejam alcançados desfechos clínicos mais favoráveis e reduzidas as iniquidades em saúde (MARQUES; LEMOS, 2017).

4.3.2 Instrumentos para avaliar o Letramento Funcional em Saúde

Existem instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral e específicos. Os primeiros podem ser classificados em: 1. Testes de triagem clínica, que avaliam a compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e numeramento, para identificar dificuldades em compreender e utilizar informações em saúde; 2. Medidas de aproximação, que utilizam pesquisas sobre o letramento e alfabetização, para estimar a proporção de pessoas com dificuldades de letramento em saúde, na população estudada; e 3. Medidas diretas do letramento em saúde, ou seja, das habilidades das pessoas em compreender, acessar, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde. Estas medidas são o campo em maior expansão. Quanto aos instrumentos de avaliação do letramento em saúde específicos, estes são elaborados com maior detalhamento e enfoque para cada condição de saúde que se pretenda analisar, a fim de mensurar a capacidade dos pacientes em lidar com distúrbios, como asma, diabetes e hipertensão, assim como para alterações relacionadas a outras especialidades de saúde (MARQUES; LEMOS, 2017).

Existem alguns teste que medem o LFS geral como: NAAL - *National Assessments of Adult Literacy*; HALS - *Health Activities Literacy Scale*; WRAT - *Wide Range Achievement Test*; REALM - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*; REALM Spanish, REALM Teen; TOFHLA - *Test of Functional Health Literacy in Adults*, STOFHLA, TOFHLA “adaptado”; NVS - *Newest Vital Sign*; SAHLSA - *Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults*; SIRACT - *Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer Text*; MART - *Medical Achievement Reading Test*; FHLM - *Functional Health Literacy Measure*; ELF - *Health literacy screener* (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013). No Brasil, os testes mais utilizados são o TOFHLA e o SAHLPA (*Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults*), versão validada em português do SAHLSA, adaptado do REALM (MARQUES; LEMOS, 2017).

O REALM, é um teste de legibilidade, desenvolvido por Davis e colaboradores, na década de 1990. O referido instrumento é voltado para o reconhecimento e pronúncia de palavras no campo médico por isso é muito utilizado para medir a capacidade de leitura nesse contexto específico. Ele pode ser administrado e pontuado em três minutos por profissionais treinados, com muita facilidade para o uso em contextos clínicos. Os entrevistados precisam ler uma lista de 66 palavras de termos médicos comuns que se espera que o paciente seja capaz de ler, para que possa gerir os cuidados com a sua própria saúde. As palavras são listadas em três colunas de acordo com o número de sílabas e dificuldade de pronúncia. Cada palavra lida e pronunciada corretamente aumenta 1 ponto nos escores do participante. Os

escores (de 0-66 palavras lidas e pronunciadas corretamente) podem ser convertidos em quatro níveis de ensino da leitura: graus de 0-3 (de 0-18 palavras), graus 4-6 (de 19-44 palavras), graus 7-8 (de 45-60 palavras), e graus 9 ou mais (de 61-66 palavras) (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Uma das ferramentas mais recentes é o novo sinal vital (NVS), que mede as habilidades de alfabetização e matemática. Consiste em um rótulo de nutrição alimentar e questões associadas para medir habilidades de alfabetização, compreensão, números, aplicação / função e avaliação. O NVS foi desenvolvido nos EUA em inglês e espanhol e depois validado e adaptado em muitos outros países, incluindo a Itália (BONACORSI; et al, 2017).

O SAHLPA foi validado em Língua Portuguesa no Brasil por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O SAHLPA foi originado da tradução e validação de outro instrumento muito utilizado nos Estados Unidos, o SAHLSA. O instrumento é um teste de leitura de termos médicos, mas que superou a medida de Letramento Funcional em Saúde levantada apenas pela pronúncia de vocábulos, com base somente na relação grafema-fonema, porque introduziu a compreensão como critério. Depois de ler 50 termos médicos o respondente deve escolher de uma lista de duas opções a palavra que encerra o significado de cada vocábulo. O letramento é categorizado dentro de quatro níveis: Analfabeto, em que a pessoa não consegue realizar tarefas simples envolvendo palavras e números; Rudimentar, a pessoa consegue encontrar informações explícitas em materiais curtos (avisos; símbolos); Básico, quando o sujeito pode ler materiais mais longos (revistas) e realizar cálculos simples de adição e subtração; Avançado, requer habilidades para ler materiais mais longos, realização de inferências e cálculo de percentagens (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

O TOFHLA foi publicado pela primeira vez em 1995, e atualmente é um dos testes mais referenciados na literatura para medir o Letramento Funcional em Saúde de Adultos. O TOFHLA é especialmente direcionado para captar as habilidades de numeramento e de compreensão da leitura em ambientes com baixos níveis de habilidade de letramento. O teste é formado por dois subtestes: um composto por 17 itens, que mede a habilidade numérica (numeramento), e outro com 50 itens, que avalia a compreensão de leitura. Tem o tempo de duração de 22 minutos (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Na medição da competência em numeramento é requisitada a compreensão sobre o uso de medicamentos, a monitoração da glicose sanguínea e a data da consulta clínica. Para

tanto são utilizados rótulos de frascos de comprimidos e cartões de marcação de consultas. Inicialmente são entregues aos entrevistados cartões com as seguintes situações: uma prescrição de medicamento (cartão 1: penicilina; cartão 2: amoxicilina; cartão 3: metotrexato; cartão 6: tetraciclina; cartão 7: fenobarbital; cartão 8: doxiciclina); resultado de um teste de laboratório (cartão 4: dados de teste laboratorial para glicemia); marcação de consulta médica (cartão 5: ficha de marcação de consulta). Em seguida, o entrevistador pede ao paciente para ler cada cartão individualmente, explicando-lhe que lhe serão feitas perguntas orais, com base nas informações dos cartões (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Para cada item das respostas dadas pelos entrevistados o pesquisador marca o número um (1) se a resposta estiver correta e zero (0) para a incorreta. O respondente acumula uma soma simples de itens corretos, considerados escores brutos, cujo valor é marcado em uma tabela com duas colunas; a esquerda marca os escores brutos e a direita os escores ponderados. São esses escores ponderados que serão somados à pontuação do subtteste de compreensão de leitura para classificar o grau de Letramento Funcional em Saúde do respondente. O tempo máximo estabelecido para a aplicação deste subtteste é de 10 minutos (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Para a compreensão de leitura, em cada cinco ou sete palavras da frase há uma lacuna que deve ser preenchida com a melhor opção, dentre uma lista de quatro palavras, que completa o sentido da frase. Os temas abordados nessas passagens são: instruções para preparação de um exame de raios-X do trato gastrointestinal superior (Passagem A); direitos e responsabilidades em relação ao sistema de saúde (Passagem B); consentimento informado (Passagem C). O tempo determinado para este subtteste é de 12 minutos. O respondente não deve ser avisado antecipadamente que o teste é cronometrado (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Em cada subtteste do TOFHLA as questões são pontuadas. Na versão completa a pontuação total é de 100 escores, 50 de compreensão leitora e 50 escores ponderados de numeramento. Os 50 pontos do numeramento são dados pela multiplicação dos 17 escores brutos pela constante 2,9412, totalizando 50 escores ponderados, que somados aos itens de leitura totalizam os 100 pontos referidos. A soma total dos escores (numeramento + compreensão de leitura) dá o perfil do letramento do sujeito investigado, dividido em três níveis: Inadequado Letramento Funcional em Saúde (0-59 escores); Marginal Letramento Funcional em Saúde (60-74 escores); Adequado Letramento Funcional em Saúde (75-100 escores) (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

O S-TOFHLA é um instrumento que foi elaborado para atender à necessidade de uma medida menor e mais rápida para triagem de Letramento Funcional em Saúde. O teste é composto por 36 questões de compreensão de leitura, contendo apenas as Passagens A e B do TOFHLA. O instrumento é cronometrado em 7 minutos. Nesse sentido, os pontos de corte para o presente teste são: Inadequado Letramento Funcional em Saúde (0-16 escores); Marginal Letramento Funcional em Saúde (17-22 escores); Adequado Letramento Funcional em Saúde (23-36 escores) (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Há uma terceira versão do TOFHLA, a versão breve, que mede não apenas a compreensão de leitura, mas também de numeramento. Nessa versão deverão ser usados os materiais do teste completo, mas apenas com as Passagens A e B da compreensão de leitura e mais quatro itens de numeramento do referido instrumento, incluindo apenas os cartões 1, 4, 5 e 8, respectivamente envolvendo questões relativas ao uso de penicilina; resultado de um teste laboratorial para glicemia; marcação de consulta médica e uso de doxiciclina. A versão breve demanda apenas 12 minutos para ser administrada (5 minutos para os itens de numeramento e 7 minutos para os de compreensão de leitura) (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

No que tange à pontuação, a cada item de numeramento foram atribuídos peso 7 (dando um total de 28 pontos para a seção de Numeramento) e a cada item de compreensão de leitura um peso 2 (dando um total de 72 pontos para a seção de “Compreensão”). O total de escores para esta versão breve do TOFHLA é de 100 pontos, ficando os níveis de letramento como: Inadequado Letramento Funcional em Saúde (0-53 escores); Marginal Letramento Funcional em Saúde (54-66 escores); Adequado Letramento Funcional em Saúde (67-100 escores). Esse teste foi realizado em 312 indivíduos atendidos em hospitais do SUS da cidade de São Paulo/SP (CARTHERY-GOULART et al., 2009). Embora na pesquisa o termo citado seja a versão curta, o teste contava com questões de letramento, caracterizando na versão breve (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

4.4 Funcionalidade e Letramento Funcional em Saúde

O campo do LFS está evoluindo rapidamente, por incorporar novos fatores que contribuem para a capacidade de um indivíduo para obter, compreender e agir sobre as informações de saúde (MCDUGALL *et al.*, 2012). O indivíduo deve se engajar na resolução dos problemas que envolvam sua saúde, lembrar das instruções dos profissionais, do regime

terapêutico, compreender as informações repassadas a ele e manter comportamentos diários que promovam a saúde (SERPER *et al.*, 2014).

Em particular, as pessoas idosas podem enfrentar desafios especiais relacionados ao envelhecimento e que podem limitar seu LFS e, por sua vez, sua capacidade de viver de forma independente. A capacidade de viver independentemente é uma preocupação para a população idosa, pelo fato do status funcional diminuir com a idade e ser um importante determinante da vida independente (MCDOUGALL *et al.*, 2012).

O baixo Letramento Funcional em Saúde pode resultar em uma baixa capacidade para gerir a própria saúde e o processo de adoecimento, e também na baixa adesão às medidas de promoção e prevenção de doenças (PASSAMAI *et al.*, 2012). Isto vai de encontro com o que preconiza a PNSPI, no qual afirma-se que “Envelhecer, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades” (BRASIL, 2006).

Quanto aos fatores associados ao estado de saúde funcional em pessoas idosas, alguns pesquisadores identificaram associações com o LFS (KIM, 2009). A associação entre o LFS inadequado e a deficiência da capacidade funcional nessa faixa etária pode refletir uma história de acesso precário aos cuidados, que permeia a associação entre o letramento mais baixo e resultados de saúde mais pobres na população idosa (BROWN *et al.*, 2014).

Existem poucos estudos abordando a relação da funcionalidade com o LFS, porém, as estruturas teóricas e a pesquisa empírica fornecem suporte para uma relação hipotética entre o LFS e o declínio da função física (SMITH *et al.*, 2015). Em uma amostra de 2923 pessoas idosas inscritos no *Managed Care da Medicare*, os entrevistados com níveis mais baixos de LFS relacionavam-se com uma pior função física e saúde mental; uma maior probabilidade de reportarem dificuldades nas AVDs e as AIVDs; uma maior limitação na atividade devido a uma saúde física debilitada; menos realizações devido à frágil saúde física e um maior número de relatos de dor que interfere nas AVDs (WOLF; GAZMARARIAN; BAKER, 2005).

Um estudo realizado com 103 pessoas idosas Coreanas residentes na comunidade, demonstrou que os entrevistados com baixa escolaridade em saúde apresentaram maiores limitações de atividade e apresentaram maior probabilidade de apresentar níveis mais baixos de função física e maiores níveis de limitações na atividade e dor (KIM, 2009). Em um outro estudo realizado com 529 adultos na faixa etária de 55 a 74 anos, nos Estados Unidos,

comprovou que o menor LFS aumenta o risco de apresentar um declínio físico mais rápido ao longo do tempo entre os adultos mais velhos (SMITH *et al.*,2015).

Segundo pesquisa realizada em Isfahan, no Irã, há evidências de uma forte dependência da presença de doenças crônicas e a capacidade de autocuidado relacionada ao letramento funcional em saúde. Outros fatores como a atividade física influenciam nos resultados do LFS, uma vez que exercícios regulares são uma importante medida preventiva contra riscos à saúde, reduz significativamente as doenças cardiovasculares, diabetes, mortes e debilitações relacionadas a doenças crônicas (REISI et al, 2014).

Um caminho entre o LFS e os resultados de saúde pode ser por meio de comportamentos de saúde como atividade física, consumo de frutas e vegetais, tabagismo, consumo de café da manhã, consumo de álcool e índice de massa corporal (IMC), todos os quais são conhecidos por estarem ligados ao estado de saúde e resultados de saúde. As pessoas idosas com baixo LFS podem estar menos conscientes da importância dos comportamentos de saúde. Além disso, é necessário ter um nível adequado de letramento para tomar decisões apropriadas em relação aos comportamentos de saúde (GEBOERS et al, 2016).

O LFS leva a um melhor conhecimento dos riscos e serviços de saúde e ao cumprimento das ações prescritas, capacidade melhorada para atuar de forma independente, motivação melhorada e mais autoconfiança, melhora a resiliência individual à adversidade social e econômica. Em termos de benefícios comunitários e sociais, o LFS aumenta a participação em programas de saúde da população, aumenta a capacidade de influenciar as normas sociais e interage com os grupos sociais, melhora o empoderamento da comunidade e aumenta a capacidade de atuar sobre os determinantes sociais e econômicos da saúde (SORENSEN et al, 2012).

O LFS limitado em saúde está associado a maiores taxas de condições crônicas, menor saúde física e alta limitação de atividades. Com isso, vale salientar que os enfermeiros são fundamentais para proporcionar educação em saúde às pessoas idosas. É de extrema importância saber as potencialidades das pessoas idosas, para que a realização das atividades seja estimulada. O enfermeiro, por exemplo, pode facilitar a manutenção da terapia medicamentosa por meio de recursos didáticos, adaptando-os de acordo com as condições de compreensão da pessoa idosa, e o orientando quanto à dosagem e frequência (PINTO et al, 2016). A compreensão da relação do LFS com o estado de saúde é essencial para desenvolver

esforços de comunicação e educação em saúde para a população idosa, na prática de enfermagem (KIM, 2009).

5 METODOLOGIA

Este estudo integra o macroprojeto intitulado “Relação entre letramento funcional em saúde, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família”. O presente estudo irá discutir os assuntos “funcionalidade” e “letramento funcional em saúde” adotando o título “Relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas”.

Este estudo foi realizado por método misto, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos. Para a concretização do primeiro objetivo propõem-se um artigo de revisão integrativa de literatura. Para a concretização dos demais objetivos, propõem-se uma pesquisa quantitativa.

5.1 Revisão integrativa da literatura

A revisão integrativa é a abordagem metodológica mais ampla dentre as revisões, permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma análise mais completa do fenômeno estudado. Permite também a combinação de dados de literatura teórica e empírica, além de incorporar alguns propósitos como: a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Este estudo foi realizado respeitando seis fases da revisão integrativa: elaboração da questão norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão norteadora do estudo foi: “Como se apresenta a produção científica brasileira e estrangeira sobre a relação entre funcionalidade e do letramento funcional em saúde em pessoas idosas?”. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra *on-line* que abordem a temática do estudo, apresentação de resumo para a primeira apreciação, estudos nos idiomas, português, espanhol e inglês, realizados no período de 2014 a 2018. Como critérios de exclusão foram adotados: estudos em que a média de idade dos participantes não atinja a 60 anos de idade e estudos contidos em mais de uma base de dados, foram contabilizados e analisados apenas uma vez.

A busca foi realizada em seis bases de dados *on-line*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS); *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL); e *Medical Literature*

Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE). WEB OF SCIENCE; e SCOPUS, por meio do Portal Periódico Capes. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2018.

A coleta de dados foi feita através dos descritores presentes no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que serão: “*Activities of daily living*”; “*Health literacy*”; “*Aged*”. Primeiramente, foi realizado a leitura dos títulos e resumos e sempre que estes não forem esclarecedores, foi realizado a leitura do artigo na íntegra para verificar se os estudos atendem os objetivos desta revisão. Foi feito um formulário para coleta de dados de cada artigo contendo as seguintes informações: Base, título, ano, revista, objetivos, metodologia, resultados e relação da funcionalidade e do letramento funcional em saúde, juntamente com o nível de evidência (APÊNDICE C).

Para a análise dos estudos incluídos foram respeitados os seis níveis de evidência. Nível I: evidências resultantes da meta-análise de estudos clínicos controlados e randomizados; Nível II: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível III: evidência de estudos quase-experimentais; Nível IV: evidência de estudos descritivos ou com abordagem qualitativa; Nível V: evidência proveniente de relatos de caso ou de experiência; e Nível VI: evidência baseadas em opiniões de especialistas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Após, os dados foram discutidos e apresentados de forma clara e completa.

As questões éticas e os preceitos de autoria foram respeitados e as obras utilizadas tiveram seus autores citados e referenciados. Em virtude da natureza bibliográfica da pesquisa, não houve necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

5.2 Pesquisa quantitativa

5.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa do tipo transversal. A pesquisa quantitativa centra-se na objetividade, considera que a realidade é compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis (FONSECA, 2002).

A pesquisa exploratória proporciona maior intimidade com o assunto de forma a explicitá-lo melhor. Permite a adesão de técnicas que o pesquisador julgue mais adequadas à

sua pesquisa e apontar as questões que necessitam de uma investigação mais aprofundada e trabalhar as potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência. A pesquisa descritiva visa descrever características de uma determinada população ou de um fenômeno (GIL, 2009).

A pesquisa transversal envolve coleta de dados em um ponto do tempo. Os delineamentos transversais são apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

5.2.2 Local do estudo

O macroprojeto foi realizado em unidades de cobertura da ESF da cidade de Rio Grande/RS. O município conta com 39 equipes da saúde da família. Este estudo foi realizado em dez unidades, totalizando 17 equipes da saúde da família, que formam a zona oeste do município. Esta zona foi selecionada por ter 100% de abrangência da ESF.

As ESFs selecionadas para o macroprojeto foram: São Miguel I (duas equipes de saúde da família), São Miguel II (duas equipes de saúde da família); São João (uma equipe de saúde da família); Marluz (três equipes de saúde da família); Castelo Branco (duas equipes de saúde da família); PPV (uma equipe de saúde da família); CAIC (uma equipe de saúde da família); Cidade de Águeda (duas equipes de saúde da família); Santa Rosa (uma equipe de saúde da família); e Profilurb (duas equipes de saúde da família).

5.2.3 População

A população selecionada para o macroprojeto foram pessoas idosas adscritas nas ESF anteriormente citadas. Foram obedecidos critérios de inclusão dos participantes no macroprojeto e dentre esses alguns relação direta com essa pesquisa: idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da USF; possuir pelo menos 1 ano de escolaridade autorreferida; conseguir ler o Cartão de Jaeger (ANEXO A) em nível 20/40, considerado normal para uma visão periférica com ou sem lentes corretoras ou óculos; ouvir o sussurro dos lados, direito e esquerdo, do canal auricular pelo teste do sussurro (Teste de Whisper) (ANEXO B) e conseguir pontuação adequada no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO C). As notas de corte no MEEM são: Analfabetos = 19 pontos; 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos; 4 a 7 anos de escolaridade = 24; > 7 anos de escolaridade = 28 (BRASIL, 2007).

Os instrumentos dos anexos A, B e C foram utilizados, como recomendam estudos de avaliação do LFS, como avaliação multidimensional rápida, segundo o Caderno de Atenção Básica 19 (BRASIL, 2006); e, foram aplicados com o objetivo de minimizar possíveis vieses que pudessem surgir por alterações nas funções visual, auditiva ou cognitiva e interferir no resultado final do estudo (BAKER *et al.*, 1999; BRASIL, 2006; CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009; SANTOS; PORTELLA, 2016). Nesse caso, como foram avaliadas somente pessoas idosas, as mesmas podiam apresentar as alterações funcionais próprias do envelhecimento.

Os critérios de exclusão do macroprojeto foram: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia, devido às características específicas desses tratamentos, que podem interferir na adesão medicamentosa, ou ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados, devido a uma possível motivação das pessoas idosas para o uso regular dos medicamentos prescritos visando à recuperação do procedimento cirúrgico.

5.2.4 Amostra

Para chegar à amostra, primeiro se calculou a população esperada para a área de abrangência do estudo. Assim, foi utilizado como referência o número máximo de pessoas a serem assistidas por equipe de ESF que é de 4.000 pessoas (BRASIL, 2012). Obteve-se um total de 68.000 pessoas (17 equipes x 4.000 pessoas = 68.000).

A população da cidade é de cerca de 197 mil habitantes com estimativa de 208 mil habitantes no ano de 2017 (IBGE, 2010). O cálculo da população das pessoas idosas estimadas para a área de abrangência do estudo foi realizado tendo por base o percentual de idosos da cidade de Rio Grande/RS, que de acordo com o último censo demográfico realizado é de 13,89% (IBGE, 2010). A partir da população das 17 equipes incluídas na pesquisa (68.000), foi calculada a porcentagem de pessoas idosas (13,89%), obtendo-se como população do estudo aproximadamente 9.445 pessoas idosas.

Utilizou-se a fórmula de cálculo de amostras para população finita, com a seguinte fórmula (MIOT, 2011):

$$n = (Z^2 \times P \times Q \times N) / (e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q)$$

Onde:

Z – nível de significância do estudo = 95% (1,96);

P – prevalência do evento = utilizou-se de 50% que maximiza o tamanho da amostra quando não se sabe a prevalência;

Q – complementar da prevalência (1-P);

N – população total = 9445 pessoas idosas;

E – erro amostral de 5%.

Aplicando-se a fórmula com os parâmetros descritos anteriormente obteve-se $n = 370$.

A amostra foi por conveniência, e a seleção dos participantes foi por equipe: dividindo o n pelas 17 equipes participantes ($370/17 = 21,76$), obtendo 22 pessoas idosas por equipe. Esse número foi ainda dividido pelo número de microáreas de cada equipe.

Foi realizada visita domiciliar para coleta de dados as 376 pessoas idosas, destas 26 não foram incluídas no estudo, 18 por não atingirem a pontuação adequada no MEEM, seis por reprovação no teste de visão (Cartão de Jaeger) e duas por reprovação no teste do sussurro, utilizados como critérios de inclusão, obtendo-se como amostra final 350 pessoas idosas. As unidades da ESF foram avisadas por meio dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) das razões das exclusões das 26 pessoas idosas do estudo para futuros encaminhamentos e cuidados.

5.2.5 Instrumentos para coletas de dados

Para este estudo foi realizada a aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde elaborado para essa pesquisa, com o objetivo de caracterizar os participantes e algumas questões que podem estar relacionadas ao LFS e funcionalidade (APÊNDICE A).

Para avaliar a funcionalidade optou-se pelo índice de Katz para as ABVD (ANEXO D) porque é um instrumento validado no Brasil, de uso rápido, de manejo simples e fácil utilização. Além, de apresentar as atividades de maneira hierárquica à sua complexidade.

Para as AIVD optou-se pela escala de Lawton e Brody (ANEXO E) por ser um instrumento de rápida utilização e fácil aplicabilidade, além de englobar atividades referentes a assistência, a qualidade da execução e a iniciativa.

Para o LFS optou-se por utilizar a versão breve do TOFHLA (ANEXO F) por ser um instrumento completo em que verifica não apenas a compreensão de leitura, mas também o numeramento.

5.2.6 Coleta de dados

A coleta de dados do macroprojeto ocorreu no período de julho a dezembro de 2017. Os dados foram coletados pelos mestrandos e bolsistas de iniciação científica envolvidos no projeto, através utilizando-se dos instrumentos referidos anteriormente.

As pessoas idosas foram recrutadas nas ESFs nas quais foi feito contato prévio com os responsáveis pelas mesmas e verificação de disponibilidade para realização da coleta. As pessoas idosas de cada microárea foram indicadas pelos ACS. As entrevistas foram realizadas através de visitas domiciliares junto aos ACS da ESF. Destaca-se que as entrevistas não prejudicaram o trabalho dos ACS, sendo necessário somente o auxílio para o direcionamento dos pesquisadores até as residências das pessoas idosas.

Foram explicados os objetivos, os riscos e benefícios e, após as pessoas idosas aceitarem participar assinaram ou colocaram a impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

5.2.7 Análise de dados

Para a organização dos dados foi elaborada uma planilha no programa Microsoft® Excel, contendo um dicionário (codebook) e uma planilha que foi utilizada para digitação. Essa planilha foi verificada quanto à inconsistência dos dados. Logo após foi transferida para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Para análise quantitativa foi elaborado um banco de dados por meio da digitalização dos resultados no software SPSS versão 20.0. Foram realizadas: uma análise estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e frequência relativa para variáveis categóricas e uso das medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para variáveis numéricas; uma análise estatística inferencial, através de testes estatísticos para verificar a associação entre as variáveis.

Para análise quantitativa foi elaborado um banco de dados por meio da digitalização dos resultados no software SPSS versão 20.0. Foram realizadas: uma análise estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e frequência relativa para variáveis categóricas e uso das medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para variáveis numéricas; uma análise estatística inferencial, através de testes estatísticos para verificar a associação entre as variáveis.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificação da normalidade dos dados numéricos e os testes estatísticos para comparação entre as variáveis foram definidos a partir da normalidade ou não dos dados.

Para verificar a associação entre a funcionalidade para ABVD (categorizada em dependência total, moderada ou independência) e AIVD (categorizada em dependência total, moderada ou independência) e o LFS (categorizada adequado, marginal ou inadequado) foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. Para verificar a existência de diferença de média no grau de LFS entre os diferentes níveis de dependência para ABVD (dependência total, moderada e independência) e AIVD (dependência total, moderada e independência) foi utilizado o teste ANOVA. A correlação entre a pontuação nas escalas (Katz, Lawton e Brody e LFS) foi analisada por meio de Coeficiente de Correlação de Pearson. Em todos os testes foi considerado como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

5.2.8 Aspectos éticos

O macroprojeto foi cadastrado no site da Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESP), sob o número 607 e cadastrado na Plataforma Brasil, e após foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (EEnf) da FURG, pelo qual foi apresentado em reunião do Conselho da EEnf. Após homologação, projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG, obtendo o parecer favorável de número 93/2017 (ANEXO G) e posteriormente ao Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC) da secretaria de município de saúde de Rio Grande/RS, obtendo o parecer favorável de número 013/2017 (ANEXO H).

A aplicação dos instrumentos de coleta dos dados foi efetivada, após o consentimento dos referidos comitês e seguiu as orientações da Resolução 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Após a explanação dos objetivos e com o aceite voluntário dos participantes, foi realizada a leitura e solicitada a assinatura ou colocação da impressão digital em duas vias do TCLE (APÊNDICE B). Com essa medida, foi assegurada a autonomia dos participantes, entre outras questões. Uma via foi entregue ao participante e outra fica armazenada na escola de enfermagem sob responsabilidade da orientadora do projeto.

O material originado da coleta de dados fica armazenado na Escola de Enfermagem, sob responsabilidade da orientadora do projeto durante o período de cinco anos após o qual

será descartado de forma apropriada. A orientadora responsabilizar-se-à por todos os procedimentos envolvidos na pesquisa.

Os resultados do estudo serão conhecidos a partir do relatório de pesquisa, por meio de apresentação em eventos específicos e publicação em periódicos indexados e principalmente, serão devolvidos aos profissionais das USFs investigadas por meio da disponibilização de material impresso e no formato digital ao NUMESC.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta dissertação, serão apresentados em forma de dois artigos. O primeiro artigo intitula-se “Funcionalidade e Letramento Funcional em Saúde em pessoas idosas: uma revisão integrativa”, que teve como objetivo: descrever o que a literatura brasileira e estrangeira apresenta sobre a relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas. Este artigo foi formatado de acordo com as normas e será encaminhado para a Revista Brasileira em Enfermagem (REBEn).

O segundo artigo intitula-se “Relação entre Funcionalidade e Letramento Funcional em Saúde em pessoas idosas”, teve por objetivo: verificar se há relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas assistidas pela Estratégia da Saúde da Família. Este artigo foi formatado de acordo com as normas e será encaminhado para a Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP).

6.1 Artigo 1

FUNCIONALIDADE E LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE EM PESSOAS IDOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Objetivo: descrever o que a literatura brasileira e estrangeira apresenta sobre a relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas. **Método:** revisão integrativa da literatura, com busca nas bases de dados on-line: PubMed, SciELO, CINAHL, LILACS, Scopus e Web of Science, no mês de julho de 2018. Foram selecionados sete artigos que obedeceram aos critérios de inclusão. **Resultados:** todos os artigos selecionados para este estudo são internacionais. As pessoas idosas com menor funcionalidade e inadequado Letramento Funcional em Saúde tem maior risco de hospitalizações e acesso precários aos serviços de saúde. A internet mostrou-se um método eficaz para a busca de informações sobre a saúde. **Considerações finais:** Este estudo mostrou por meio de seus resultados, a influência do letramento funcional em saúde na funcionalidade da pessoa idosa e qua há diversos fatores que interferem nessa relação, como a educação, raça e a renda.

Descritores: Idoso; Atividade de Vida Diária; Alfabetização em Saúde; Enfermagem; Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é caracterizado por mudanças graduais e inevitáveis que podem desencadear um progressivo comprometimento funcional⁽¹⁾. A funcionalidade conceitua-se na competência de manter as habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma⁽²⁾.

A funcionalidade é um constructo multidimensional e pode ser avaliada através das Atividades de Vida Diária (AVD) mensuradas sob três domínios: a realização de atividades básicas da vida diária (ABVD), ou seja, tarefas ligadas ao autocuidado ou de cuidado pessoal, caracterizam-se como a capacidade que o indivíduo tem em alimentar-se, banhar-se, vestir-se e outras; a realização de atividades instrumentais da vida diária (AIVD), relacionadas à independência do indivíduo na sociedade, como, por exemplo, fazer compras, utilizar meio de transporte, dentre outras⁽³⁾. Por fim, as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) que são relacionadas à melhor avaliação cognitiva e manutenção de excelente qualidade de vida. Um

leve declínio no desempenho destas atividades poderia ser um marcador de declínio funcional futuro⁽⁴⁾

Um estudo realizado na cidade de Bagé, no Rio Grande do Sul, com pessoas idosas, constatou que a prevalência de incapacidade funcional para as ABVD foi de 10,6%, e para as AIVD de 34,2%⁽³⁾. Em Portugal, na região de Alentejo, um estudo com pessoas idosas, constatou que a funcionalidade delas está mantida até a idade de 75 anos, após, verificava-se um decréscimo progressivo⁽⁵⁾.

Entre as pessoas idosas, a funcionalidade pode ser influenciada por diversos fatores, entre eles o Letramento Funcional em Saúde (LFS)⁽⁶⁾. O LFS saúde corresponde ao conhecimento e as competências que a pessoa tem em acessar, compreender e aplicar as informações em saúde, para tomada de decisões na vida cotidiana em matéria de cuidados de saúde⁽⁷⁾. No Brasil, um estudo realizado no norte do país, verificou que 73,7% dos entrevistados tinham LFS inadequado, 10,5% LFS marginal e apenas 15,8% LFS adequado⁽⁸⁾.

Um inadequado LFS leva a uma pior conscientização e entendimento do estado de saúde, dos comportamentos de saúde e na tomada de decisões a respeito de sua saúde, o que pode afetar diretamente o seu estado funcional. O LFS leva a um melhor conhecimento dos riscos, dos serviços de saúde e ao cumprimento das ações prescritas, melhora a motivação, a autoconfiança, a resiliência individual frente à adversidade social e econômica e principalmente melhora a capacidade para atuar de forma independente, melhorando assim, a sua funcionalidade⁽⁷⁾.

Desse modo, tendo em vista a lacuna do conhecimento, pois não há estudos específicos sobre essa temática, torna-se relevante conhecer a relação da funcionalidade com o LFS, para que os profissionais de saúde, especialmente, os enfermeiros possam estabelecer intervenções a fim de melhorar a compreensão das pessoas idosas sobre sua própria saúde e, conseqüentemente, promover a independência e autonomia das mesmas. Para tanto, tem-se como questão norteadora: como se apresenta a produção científica brasileira e estrangeira sobre a relação entre funcionalidade e do letramento funcional em saúde em pessoas idosas? O presente estudo tem como objetivo descrever o que a literatura brasileira e estrangeira apresenta sobre a relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas.

MÉTODOS

A revisão integrativa é a abordagem metodológica mais ampla dentre as revisões, permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma análise mais

completa do fenômeno estudado. Permite também a combinação de dados de literatura teórica e empírica, além de incorporar alguns propósitos como: a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular⁽⁹⁾.

Este estudo foi realizado respeitando seis fases da revisão integrativa: elaboração da questão norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa⁽¹⁰⁾.

A questão norteadora do estudo foi: “Como se apresenta a produção científica brasileira e estrangeira sobre a relação entre funcionalidade e do letramento funcional em saúde em pessoas idosas?”. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra *on-line* que abordem a temática do estudo, apresentação de resumo para a primeira apreciação, estudos nos idiomas, português, espanhol e inglês, realizados no período de 2014 a 2018. Como critérios de exclusão foram adotados: estudos em que a média de idade dos participantes não atinja a 60 anos de idade. Estudos contidos em mais de uma base de dados, serão contabilizados e analisados apenas uma vez.

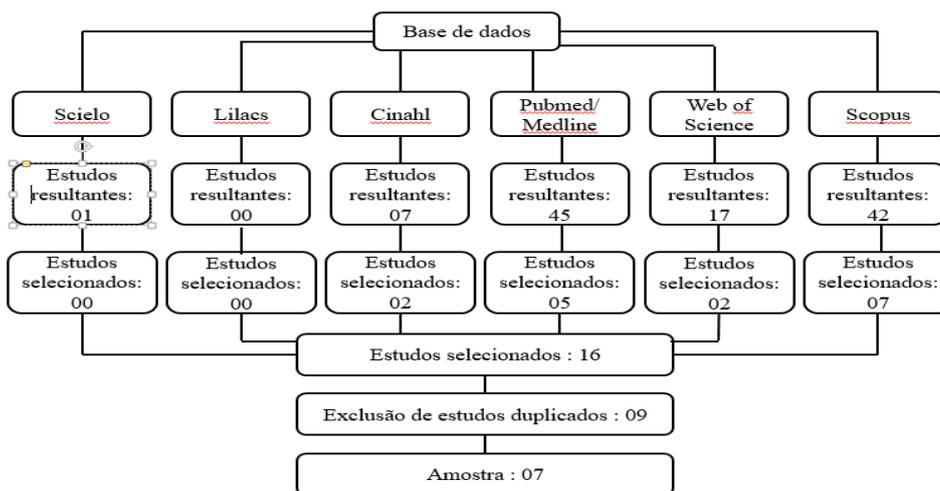
A busca foi realizada em seis bases de dados *on-line*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL); e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PUBMED/MEDLINE). WEB OF SCIENCE; e SCOPUS, por meio do Portal Periódico Capes. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2018.

Os descritores utilizados para realizar a busca estão presentes no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e foram: “*Activities of daily living*”; “*Health literacy*”; “*Aged*”; “atividade de vida diária”; “alfabetização em saúde”; “idoso”. Foi utilizada estratégia de busca específica de cada base de dados.

Inicialmente foi aplicado os filtros em cada base de dados, de acordo com os critérios de inclusão: texto completo e estudos publicados em até cinco anos. Primeiramente os descritores utilizados em todas as bases de dados foram no idioma inglês “*Activities of daily living*”; “*Health literacy*”; “*Aged*” com o operador booleano *and* resultando em nenhum artigo na LILACS, um artigo na SCIELO, sete na CINAHL, 17 na WEB OF SCIENCE, 42 na SCOPUS e, 45 na MEDLINE/PUBMED. Após, foi realizada a busca com os descritores em português “atividade de vida diária”; “alfabetização em saúde”; “idoso” resultando em nenhum artigo em todas as bases de dados.

Primeiramente, foi realizado a leitura dos títulos e resumos e sempre que estes não foram esclarecedores, foi realizado a leitura do artigo na íntegra para verificar se os estudos atendiam os objetivos desta revisão. Diante disso, obtiveram-se como amostra final 16 estudos, no qual dois eram da CINAHL, dois da WEB OF SCIENCE, cinco da MEDLINE/PUBMED, e sete da SCOPUS, destes nove artigos eram duplicados, resultando em uma amostra final de sete artigos, conforme figura a seguir:

Figura1: Fluxo dos estudos incluídos na RI de acordo com as bases de dados.



Foi feito um formulário para coleta de dados de cada artigo contendo as seguintes informações: Base, título, ano, revista, objetivos, metodologia, resultados e relação da funcionalidade e do letramento funcional em saúde, juntamente com o nível de evidência.

Para conhecer os diferentes tipos de produção de conhecimento presentes nos artigos selecionados, utilizaram-se sete níveis de evidência: Nível I: Evidência decorrente e Revisões Sistemáticas ou Meta-Análise de Estudos Randomizados Controlados (RCTs) relevantes, ou evidência decorrente de Guidelines para a prática clínica, baseadas em revisões sistemáticas de RCTs; Nível II: Evidência obtida através de pelo menos um RCT; Nível III: Evidência obtida através de um estudo controlado, sem randomização; Nível IV: Evidência obtida através de estudos de caso-controle ou de coorte; Nível V: Evidência obtida através de revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; Nível VI: Evidência obtida através de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: Evidência obtida através da opinião de autores e/ou relatórios de painéis de peritos. Considerando que essa classificação se baseia no tipo de delineamento do estudo e na sua capacidade de afirmar causa e efeito, os níveis I e II são consideradas evidências fortes, III e IV são moderadas e de V a VII são fracas⁽¹¹⁾.

As questões éticas e os preceitos de autoria foram respeitados e as obras utilizadas tiveram seus autores citados e referenciados. Em virtude da natureza bibliográfica da pesquisa, não há necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A amostra dessa revisão foi composta por sete artigos, todos internacionais, conforme mostra o quadro 1. Destes, quatro (57,14%) são originários dos Estados Unidos, um (14,28%) da Espanha, um (14,28%) da Inglaterra e um (14,28%) da China. Todos os artigos foram publicados entre os anos de 2014 e 2018.

Dos sete artigos dessa revisão, dois (28,57%) foram elaborados apenas por enfermeiros, dois (28,57%) apenas por médicos, um (14,28%) por médicos juntamente com psicólogos, um (14,28%) por epidemiologistas e um (14,28%) por médicos com apoio de bioestatísticos.

Em relação ao nível de evidência e delineamento da pesquisa, três estudos foram classificados como nível de evidência IV (três estudos de coorte), sendo considerados fontes de evidências moderadas, e quatro estudos com nível de evidência VI (três estudos transversais e um estudo de revisão integrativa), sendo considerados fontes de evidências fracas.

Quadro1 – Caracterização dos artigos selecionados quanto ao título, tipo de estudo, periódico, ano de publicação, base de dados, objetivos e relação entre a funcionalidade e o Letramento Funcional em Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.

Título/ nº de referência	Delineamento/ Nº de participantes/ Média de idade	Periódico/ Ano de publicação/ Base de dados	Objetivos	Relação funcionalidade/ LFS
Internet use, social engagement and health literacy decline during ageing in a longitudinal cohort of older English	Coorte longitudinal/ 4368/ 65,5 anos	Journal Epidemiology Community Health/ 2015/ Scopus e Pubmed	Investigar os papéis do uso da internet e engajamento social (em atividades cívicas, de lazer e culturais) no declínio da	Ter pelo menos uma limitação de AIVD foi associado ao declínio do LFS.

adults ⁽¹²⁾			alfabetização em saúde durante o envelhecimento entre uma amostra populacional de adultos ingleses com idade ≥ 52 anos no Estudo Longitudinal Inglês de Envelhecimento (ELSA).	
Functional disability in late-middle-aged and older adults admitted to a safety-net hospital ⁽¹³⁾	Transversal/ 699/ 66,2 anos	Journal of the american geriatrics society/ 2014/ Scopus, Cinahl, Web of Science e Pubmed	Determinar a prevalência de incapacidade funcional pré-admissão em pacientes idosos internados e identificar características associadas à incapacidade funcional por idade.	O LFS foi associado a maior chance de incapacidade nas ABVD entre participantes com 70 anos ou mais. O LFS foi associado à incapacidades nas AIVD entre participantes de 60 a 69 anos e 70 anos ou mais.
Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study ⁽¹⁴⁾	Coorte longitudinal/ 529/ 63 anos	Journal Epidemiology Community Health/2015/ Scopus e Pubmed	Determinar se a alfabetização em saúde é um fator de risco para o declínio da função física entre os idosos	Os participantes com inadequado e marginal LFS tiveram uma função física pior no início do estudo. Após um acompanhamento médio de 3 anos, os entrevistados com menor nível de LFS tiveram uma probabilidade 2,5 vezes maior de apresentar um declínio clínico significativo na função física.
Development of a multivariable model to predict vulnerability in older American patients	Prospectivo de coorte/ 445/ 71 anos	BMJ Open/ 2015/ Scopus e Pubmed	Identificar pacientes cardiovasculares vulneráveis no hospital usando uma ferramenta	A funcionalidade foi avaliada como um item do VES-13. O aumento dos escores do VES-13 aumenta a

hospitalised with cardiovascular disease ⁽¹⁵⁾			de triagem.	prevalência de LFS inadequado.
Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents ⁽¹⁶⁾	Transversal/ 1452/	Health Education Journal/ 2018/ Scopus/ Cinahl/ web of Science	Avaliar a relação entre o LFS, a gestão de autocuidado, o apoio social e o estado de saúde entre idosos chineses residentes em instituições para idosos em Xinjiang.	As AVD são consideradas uma dimensão do estado de saúde e o estado de saúde é influenciado diretamente pelo LFS. A média do score das AVD indicou déficit na função física na maioria dos idosos que apresentaram diferentes graus de dependência.
Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease ⁽¹⁷⁾	Transversal/ 296/ 68 anos	Respiratory medicine/ 2016/ Scopus e Pubmed	Quantificar LFS inadequado na Espanha, medido pelo questionário de Avaliação Curta de Alfabetização em Saúde para Adultos Espanhóis, e examinar as associações entre LFS e DPOC e estado de saúde.	Pacientes com LFS inadequado relatam mais dificuldades em realizar as AVD.
Indicators of Health Literacy In Bladder Cancer Survivors: A Secondary Analysis of the Integrative Health Interview Series (IHIS) ⁽¹⁸⁾	Revisão integrativa/ 357/ 71,32 anos	Urologic Nursing/ 2016/ Scopus	Identificar características comportamentais e demográficas que impactam o LFS de sobreviventes de câncer de bexiga.	O estudo considerou o uso da internet como um indicador de alto LFS, pessoas idosas que necessitam de auxílio para as AVD tem uma prevalência maior de não uso da internet para acessar conteúdos referentes à saúde.

Nota: LFS: Letramento Funcional em Saúde; ABVD: Atividade Básicas de Vida Diária; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária; VES-13: Vulnerable Elders Survey; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Nenhum dos estudos tinha por objetivo avaliar exclusivamente a relação entre a funcionalidade e o LFS, esta relação foi avaliada juntamente com os outros resultados contidos nos artigos. Os artigos de pesquisa utilizaram diferentes instrumentos para avaliar a funcionalidade e o LFS.

Para avaliar a funcionalidade: um artigo utilizou o relato pessoal apenas para as AIVD⁽¹²⁾; um a escala de Katz para as ABVD e a escala de Lawton e Brody para as AIVD⁽¹³⁾; um a escala PROMIS 10⁽¹⁴⁾; um estudo utilizou a escala de vulnerabilidade VES 13⁽¹⁵⁾ que abrange questões sobre as ABVD e as AIVD; um o questionário de Status de saúde SF-36⁽¹⁶⁾ que contém a escala de Lawton e Brody para AIVD; e, um o Índice de comorbidade de Charlson e o instrumento EQ-5D 3L que mede a qualidade de vida e que contém questões relacionadas às AVD.⁽¹⁷⁾

Para avaliar o LFS: um estudo utilizou um instrumento desenvolvido para o estudo⁽¹²⁾; um o relato pessoal⁽¹³⁾, com três questões pontuadas na escala Likert; um o NVS, TOFHLA e o REALM⁽¹⁴⁾; um o S-TOFHLA⁽¹⁵⁾; um o questionário Chinês de alfabetização de saúde do cidadão⁽¹⁶⁾; e, um estudo utilizou o SALHSA e o REALM⁽¹⁷⁾.

As médias de idades dos participantes dos estudos variaram entre 63 a 71,2 anos. Quanto à relação da funcionalidade e do LFS apresentam-se os seguintes resultados: o primeiro artigo discute que ser idoso, não branco, não ter qualificações educacionais e ter pelo menos uma limitação nas AIVD pode estar associado ao declínio do LFS, mostra também que 23% dos participantes tinham limitações nas AIVD e LFS inadequado⁽¹²⁾.

No segundo artigo, as pessoas idosas com 60 a 69 anos tinham 20,7% dos participantes com incapacidades para as ABVD e 29,6% para as AIVD, enquanto 49,8% tinham inadequado LFS. Entre os participantes com 70 anos ou mais as incapacidades nas ABVD eram de 41,2% e nas AIVD eram de 62,9%, já 67,0% tinham inadequado LFS. O inadequado LFS foi associado a maior chance de incapacidade nas ABVD entre participantes com 70 anos ou mais, já nas AIVD o LFS inadequado foi associado a deficiência nestas atividades nos participantes de 60 a 69 anos e também com 70 anos ou mais⁽¹³⁾.

No terceiro artigo, foi detectado que 30,6% dos participantes tinham baixo LFS e alguma limitação na função física, 28,3% tinham marginal LFS e alguma limitação na função física, enquanto 12% tinham adequado LFS e alguma limitação física⁽¹⁴⁾. O quarto artigo apontou que 30% dos participantes eram moderadamente vulneráveis, destes 16,3% tinham

inadequado LFS e 14,6% marginal LFS, 24% dos participantes tinham extrema vulnerabilidade, destes 36,6% tinham inadequado LFS e 8,9% tinham marginal LFS. Os autores relataram que o instrumento VES13 aborda questões referentes às AVD, porém, não inclui uma medida objetiva, tornando-se uma limitação do estudo⁽¹⁵⁾.

O quinto artigo, apontou um baixo LFS, capacidade moderada para realização do autocuidado, e baixa funcionalidade, com pessoas idosas com diferentes graus de dependência, neste estudo as AVD são consideradas uma dimensão do estado de saúde, trazendo como resultado que o estado de saúde é influenciado diretamente pelo LFS⁽¹⁶⁾. No sexto artigo, 58% dos participantes tinham inadequado LFS, destes 43% tinham problemas na mobilidade e 1,7% estava confinado a cama, 26,4% tinham algum problema em lavar-se ou vestir-se e 1,7% eram incapazes de realiza-las, 3,3% não conseguiam realizar a suas atividades habituais⁽¹⁷⁾. Por fim, o sétimo artigo aponta que 59,6% dos participantes necessitavam de ajuda para a realização das AVD, 57,4% tinham dificuldades na memória, 42,6% tinham inadequadas condições de saúde, 76,6% não busca na internet informações sobre saúde e 80,9% eram homens, associou o LFS a baixa funcionalidade por dificuldades de memória e ao baixo uso da internet para buscar informações para saúde⁽¹⁸⁾.

Três artigos destacam que as pessoas idosas com maior nível de dependência e menor nível de LFS utilizam mais os serviços de emergência e tem maior risco de hospitalizações^(14,15,16). Destacam ainda que o acesso precário aos serviços de saúde e a menor aceitação aos serviços preventivos podem ser reflexos da associação entre o baixo LFS e maior dependência nas AVD^(13,14).

Dois artigos apontam que ser idoso, negro, com maior dependência nas AVD, pode ter associação com o declínio no LFS^(12,14). A internet mostrou-se ser um método eficaz de busca para informações e manutenção da saúde independente das medidas de memória⁽¹²⁾. Outro estudo mostrou que o baixo uso da internet pode ter associação com os maiores níveis de dependência e problemas de memória e visão⁽¹⁸⁾.

Os artigos revelam que são necessárias intervenções para melhorar o LFS^(14,18) assim, conseqüentemente, melhorar as AVD e o autocuidado⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

DISCUSSÃO

Todos os artigos estudados nessa RI eram de origem estrangeira, o que demonstra a escassez de estudos nacionais sobre essa temática, necessitando ser mais explorada no Brasil.

Apenas dois artigos (28,57%) foram feitos por enfermeiros, o que mostra que esses profissionais podem se engajar mais na exploração e apropriação da relação da funcionalidade e do LFS pois ela é importante quando se trabalha a promoção de saúde e a prevenção de doenças para as pessoas idosas.

Apesar de todos os artigos terem sido publicados nos últimos cinco anos, não houve estudos no ano de 2017, a maioria dos estudos (86%) foram feitos entre os anos de 2014 a 2016, tendo retornado o interesse no ano de 2018. Tal achado mostra a necessidade de realização de mais pesquisas sobre o assunto.

Para avaliar a funcionalidade, alguns artigos trouxeram instrumentos validados em seus respectivos países e de medidas objetivas, enquanto outros estudos utilizaram instrumentos de medidas não objetivas, outro fator foi que alguns estudos avaliaram a funcionalidade de forma direta, com instrumentos próprios, e outros estudos avaliaram a funcionalidade como parte da dimensão do estado de saúde. Diante essas diferentes abordagens tornam-se difícil a comparação entre os estudos devido as diferenças na aplicação e avaliação dos instrumentos.

Grande parte dos instrumentos utilizados para avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas, em inquéritos populacionais no Brasil, é multidimensional e incluem escalas de funcionalidade baseadas na percepção subjetiva sobre a própria competência para realizar as AVDs. Tratam-se de perguntas sobre a necessidade de ajuda para realizar atividades de cuidado pessoal e atividades da vida em sociedade. São questionários baseados em escalas que visam avaliar a competência no autocuidado pós alta hospitalar, ou no acompanhamento de doentes crônicos, ou ainda para avaliar a habilidade de manter uma vida independente em sociedade⁽¹⁹⁾.

As avaliações para funcionalidade não objetivas, como por exemplo o autorrelato, medem a função física pela emissão de uma resposta do indivíduo às questões do seu funcionamento; é uma forma fácil, rápida e pouco onerosa de avaliar o paciente. Entretanto, a percepção do indivíduo sobre o seu estado geral pode, algumas vezes, influenciar suas respostas. Pequenas alterações funcionais podem, também, nesse tipo de avaliação, passar despercebidas pelas pessoas idosas. Indivíduos depressivos podem superestimar suas incapacidades, e indivíduos com alterações cognitivas, mesmo que moderadas, podem apresentar um falso desempenho nos testes. Como esses testes são questionários que necessitam da leitura dos itens, interferências em seus resultados são notadas em pacientes com baixo nível de escolaridade, deficiências na leitura e diminuição da acuidade visual⁽²⁰⁾.

Para a avaliação do LFS alguns estudos aplicaram instrumentos objetivos e validados em seus respectivos países, enquanto outros estudos utilizaram instrumentos de medidas não objetivas e relatos pessoais. O que também dificulta a comparação entre os estudos devido as diferenças da aplicação e avaliação dos instrumentos do LFS.

Muitas ferramentas estão disponíveis para medir o LFS, desde itens de rastreio básicos até avaliações mais abrangentes⁽²¹⁾. Os testes validados até o momento permitem classificar o grau de letramento em saúde de indivíduos e populações e, assim, determinar a intervenção mais apropriada nos casos em que há limitações das habilidades avaliadas. Esse processo é fundamental para que sejam alcançados desfechos clínicos mais favoráveis e reduzidas as iniquidades em saúde⁽²²⁾.

Os instrumentos de LFS são estruturados para avaliar habilidades de leitura, escrita, compreensão de textos e questões numéricas no contexto da saúde, e não diretamente na multidimensionalidade do LFS propriamente dito. Nenhum deles consegue capturar a complexidade e abrangência do constructo em si, porque não avaliam todos os aspectos do conceito, embora tenham a vantagem de fornecer informações sobre a situação de populações vulneráveis. Esses aspectos estão ligados a multidimensionalidade do LFS, que diz respeito tanto aos fatores individuais (habilidades cognitivas: raciocínio e memória; habilidades físicas: visão, audição, fluência verbal, idade) e características sociodemográficas (ocupação, emprego, renda, suporte social, cultura, linguagem) quanto ao acesso e à utilização do sistema de saúde, à interação paciente-profissional de saúde e ao autocuidado⁽²³⁾.

Existem instrumentos de avaliação do letramento em saúde geral e específicos. Os primeiros podem ser classificados em: 1. Testes de triagem clínica, que avaliam a compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e numeramento, para identificar dificuldades em compreender e utilizar informações em saúde; 2. Medidas de aproximação, que utilizam pesquisas sobre o letramento e alfabetização, para estimar a proporção de pessoas com dificuldades de letramento em saúde, na população estudada; e 3. Medidas diretas do letramento em saúde, ou seja, das habilidades das pessoas em compreender, acessar, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde. Estas medidas são o campo em maior expansão. Quanto aos instrumentos de avaliação do letramento em saúde específicos, estes são elaborados com maior detalhamento e enfoque para cada condição de saúde que se pretenda analisar, a fim de mensurar a capacidade dos pacientes em lidar com distúrbios, como asma, diabetes e hipertensão, assim como para alterações relacionadas a outras especialidades de saúde⁽²²⁾.

Na área da saúde, evidencia-se um crescente número de questionários e escalas disponíveis que procuram verificar e avaliar fenômenos determinados em diferentes âmbitos da assistência e pesquisa⁽²⁴⁾, porém, é de extrema importância que os instrumentos de avaliação sejam validados e objetivos. Pesquisadores apontam que os instrumentos para avaliação só são úteis e capazes de apresentar resultados cientificamente robustos quando demonstram boas propriedades psicométricas. Apesar do aumento significativo do número de escalas de avaliação, muitos não são desenvolvidos e validados de forma apropriada⁽²⁵⁾.

A perda da capacidade funcional traz implicações para a pessoa idosa, a família e a comunidade. Além de aumentar o risco de morte, gera maior chance de hospitalização e de gastos para o Sistema de Saúde e para as famílias⁽³⁾. Como também o LFS que tem associação com vários resultados indesejáveis relacionados à saúde, como um estado de saúde geral mais pobre, hospitalização, mortalidade, e custos de saúde^(26,27,21).

Além disso, um estudo apontou que as pessoas idosas hospitalizadas pelo menos uma vez no ano apresentam uma probabilidade cerca de 70% maior de incapacidade para as ABVD, e 30% maior para as AIVD, pois a internação hospitalar gera perdas nas capacidades vitais⁽³⁾. Ou seja, além das pessoas idosas com incapacidades terem maiores probabilidade de internações, quando hospitalizadas elas desenvolvem maiores chances de incapacidades.

Por isso, torna-se fundamental avaliar a capacidade funcional em pessoas idosas e seus fatores associados, para eleger intervenções apropriadas, com o intuito de auxiliar na promoção da qualidade de vida e na (re) organização de estratégias com foco nas pessoas idosas e suas famílias e até mesmo na população de uma forma geral⁽³⁾.

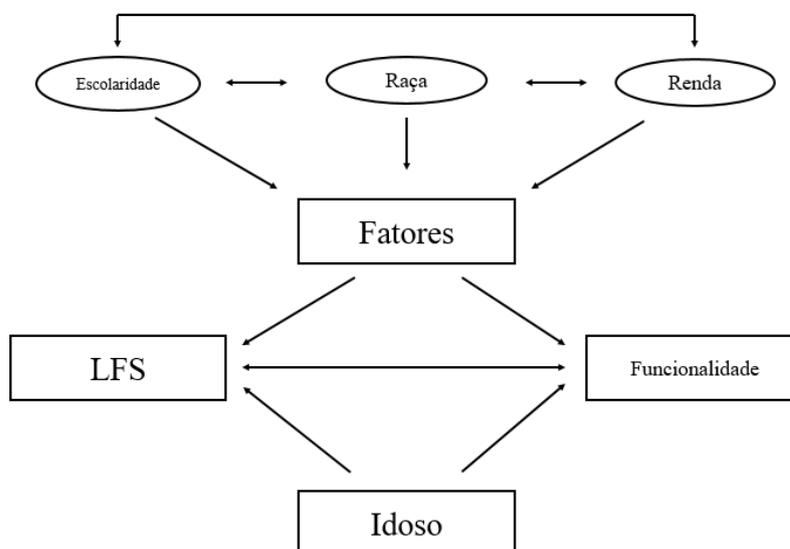
Quanto ao acesso a e aceitação dos serviços de saúde, o Sistema de saúde depende de textos escritos para a transmissão de diversas instruções, mas que a legibilidade de tais textos frequentemente excede a capacidade de leitura dos usuários. Pode ocorrer também uma dissonância entre as ações do sistema de saúde e as competências reais de letramento das pessoas, exemplificados com as campanhas de saúde, que, muitas vezes, exigem um conhecimento de conceitos complexos, como o de risco e probabilidade⁽²⁸⁾, o que pode explicar a razão do acesso precário aos serviços de saúde e a menor aceitação aos serviços preventivos.

Neste sentido, a importância de um adequado LFS está no melhor conhecimento dos riscos e uso dos serviços de saúde e ao cumprimento das ações prescritas. Também pode: aumentar a participação em programas de saúde da população, aumentar a capacidade de influenciar as normas sociais e interação com os grupos sociais, melhorar o empoderamento

da comunidade e aumentar a capacidade de atuar sobre os determinantes sociais e econômicos da saúde⁽⁷⁾.

Nos estudos analisados nessa RI, nota-se a influência dos fatores econômicos, raciais, escolaridade e idade no LFS. Esses fatores além de influenciar o nível de LFS, relacionam-se entre si, conforme figura 2. Ou seja, os fatores econômicos estão diretamente relacionados a escolaridade que se relaciona a raça, que por sua vez, também está relacionada aos fatores econômicos. Esses fatores podem afetar também a funcionalidade das pessoas idosas, que sofre influência direta do LFS, formando-se um ciclo.

Figura 2. Fluxo da influência dos fatores de escolaridade, raça e renda no Letramento Funcional em saúde e na funcionalidade, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.



Fonte: dados do estudo.

A baixa escolaridade, juntamente com a raça/cor parda/amarela/indígena, foram evidenciadas como fatores relacionados à incapacidade funcional. Essas associações podem estar relacionadas às condições socioeconômicas dessas pessoas idosas, tendo em vista que, no Brasil, a raça/cor da pele e a escolaridade estão diretamente relacionadas ao nível socioeconômico e, conseqüentemente, às condições de vida, habitação, trabalho, alimentação e lazer, e estilos de vida^(29,30).

As taxas de letramento limitado são mais altas entre aqueles com menos escolaridade, aqueles que não falam inglês antes de começar a escola e aqueles que vivem abaixo do nível de pobreza. O letramento limitado em saúde é mais comum em populações de hispânicos negros e índios americanos e nativos do Alasca, e entre aqueles com 65 anos ou mais^(30,31). É importante considerar que o LFS forma uma rede complexa de interação com o sistema de

saúde, com o sistema educacional, com os fatores sociais e culturais em que o indivíduo está imerso⁽³²⁾.

O LFS deve ser visto como um resultado chave da educação em saúde, que, por sua vez, é um campo de responsabilidade primordial da promoção da saúde. O LFS amplia de maneira significativa o âmbito e o conteúdo da educação e da comunicação em saúde, que são estratégias operacionais críticas da promoção da saúde⁽³³⁾.

O LFS tomado no contexto da promoção da saúde é aquele em que as competências cognitivas e sociais das pessoas dão a elas condições de terem acesso, compreenderem e usarem as informações para promoverem e manterem uma boa saúde⁽²³⁾. Neste sentido o LFS não é importante apenas para os profissionais que realizam atividades de educação em saúde mas para todos os profissionais envolvidos com promoção da saúde e prevenção de doenças⁽³³⁾.

As pessoas idosas têm o direito de fazer escolhas e assumir o controle de uma série de questões, incluindo onde vivem, os relacionamentos que têm, o que vestem, como passam seu tempo e se desejam ser submetidas ou não a determinado tratamento⁽³⁴⁾. Para que isso se realize é necessário visualizar o LFS como um instrumento da promoção da saúde, afim de assegurar as pessoas idosas a viver de forma independente e autônoma, melhorando assim a sua funcionalidade.

Com isso, vale salientar que os enfermeiros são fundamentais na educação em saúde e conseqüentemente na promoção da saúde e prevenção de doenças nas pessoas idosas. É de extrema importância saber as potencialidades das pessoas idosas, para que a realização das atividades seja estimulada. A compreensão da relação do LFS com o estado de saúde é essencial para desenvolver esforços de comunicação e educação em saúde para a população idosa na prática de enfermagem⁽³⁵⁾.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Como limitação dessa revisão integrativa, destaca-se que todo o conhecimento científico produzido acerca da relação da funcionalidade e do letramento funcional em saúde é oriundo de outros países, em sua totalidade países desenvolvidos. Logo, torna-se difícil aproximação para os países em desenvolvimento, pelas diferenças culturais e educacionais, principalmente diferenças no Sistema de Saúde dos países.

CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Destaca-se que o letramento funcional em saúde é de extrema importância para uma adequada comunicação com os paciente resultando uma melhor compreensão do seu estado de saúde, melhorando a funcionalidade da pessoa idosa. Assim, a enfermagem pode aprofundar mais sobre a temática dessa pesquisa, afim de conhecer os níveis de letramento funcional em saúde e de funcionalidade da pessoa idosa. Na prática, o uso de instrumentos para verificar o letramento funcional em saúde e a funcionalidade para conhecer o contexto e a especificidade da população, auxiliando nas intervenções, na educação para saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças da população idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa RI permitiu conhecer a produção científica da relação da funcionalidade e do letramento funcional em saúde da população idosa, compreendendo que ainda há poucos estudos sobre essa temática, principalmente no Brasil, percebendo a necessidade de mais pesquisas que abordem esta relação.

Este estudo mostrou por meio de seus resultados, a influência do letramento funcional em saúde na funcionalidade da pessoa idosa e qua há diversos fatores que interferem nessa relação, como a educação, raça e a renda. Destaca-se também a importância dessa relação na educação em saúde, na promoção em saúde e na prevenção de doenças.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira PSF, Marques MB, Coutinho JFV, Maia JC, Silva MJ, Moura ERF. Factors associated with the functional capacity of older adults with leprosy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 jul 01]; 70(4):711-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/0034-7167-reben-70-04-0711.pdf>.
2. Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Predictors for the functional incapacity of the elderly in primary health care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 jul 01]; 70(1):106-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0112.pdf>.
3. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, Thumé E, Facchini LA. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista Epidemiol. Serv. Saude*

[Internet]. 2017 [cited 2018 jul 01]; 26(2):295-304. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/en_2237-9622-ress-26-02-00295.pdf.

4. Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. As Atividades Avançadas de Vida Diária como componente da avaliação funcional do idoso. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2014 [cited 2018 ago 10]; 25(3): 225-232. Available from: http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/75910/pdf_66.

5. Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Revista Latino Americana em Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2018 ago 10]; (21). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_08.pdf.

6. McDougalL GJ, Mackert H, Becker H. Memory Performance, Health Literacy, and Instrumental Activities of Daily Living of Community Residing Older Adult. *Journal Nursing research* [Internet]. 2012 [cited 2018 jul 01]; 61(1): 70- 75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4839182/pdf/nihms558283.pdf>.

7. Sorensen K, Broucke SVD, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [cited 2018 jul 01]; 12(80):1-13. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-80>.

8. Santos MIPO, Portella MR. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2018 jul 06]; 69(1): 156-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0156.pdf>

9. Souza MTS, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein* [Internet]. 2010 [cited 2018 jul 12]; 8(1): 102-106. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.

10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2018 jul 12]; 17(4):758-764. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. 2 ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 3-24.

12. Kobayashi LC, Wardle J, Wagner CV. Internet use, social engagement and health literacy decline during ageing in a longitudinal cohort o folder English adults. *J Epidemiol Community Health* [Intrnet]. 2015 [cited 2018 jul 03]; (69): 278-283. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345520/pdf/jech-2014-204733.pdf>.

13. Brown RT, Pierluissi E, Guzman D, Kessell ER, Goldman E, Sarkar U, Schneidermann M, Critchfield JM, Kushel MB. Functional disability among late middle-aged and older adults admitted to a safety-net hospital. *J AM Geriatr Soc* [Internet]. 2014 [cited 2018 jul 01];

62(11): 2056-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241128/pdf/nihms620329.pdf>.

14. Smith SG, Connor RO, Curtis LM, Waite k, Deary IJ, Orlow MP, Wolf MS. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 03]; (69): 474 – 480. Available from: <https://jech.bmj.com/content/jech/early/2015/01/08/jech-2014-204915.full.pdf>.

15. Bell SP, Schnelle J, Nwosu SK, Schildcrout J, Goggins K, Cawthon C, Mixon AS, Vasilevskis EE, Kripalani S. Development of a multivariable model to predict vulnerability in older American patients hospitalised with cardiovascular disease. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 01]; (5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4554894/pdf/bmjopen-2015-008122.pdf>.

16. Liu YB, Xue LL, Xue HP, Hou P. Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. *Health Education Journal* [Internet]. 2018 [cited 2018 jul 01]; 77(03): 303-311. Available from: <https://doi.org/10.1177/0017896917739777>.

17. Maestu LP, Calle M, Hermosa JLR, Campuzano A, Diez JM, Sala JLA, Andues LP, Gutiérrez MJP, Lee SYD. Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine* [Internet]. 2016 [cited 2018 jul 01]; (115): 78-82. Available from: [https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(16\)30075-0/pdf](https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(16)30075-0/pdf).

18. Merandy K, Hardie T. Indicators of health literacy in Bladder cancer survivors: A secondary analysis of the integrative health interview series (IHIS). *Urologic Nursing* [Internet]. 2016 [cited 2018 jul 01]; 36(01): 37-43.

19. Rebouças M, Coelho-Filho JM, Veras RP, Lima-Costa MF, Ramos LR. Validade das perguntas sobre atividades da vida diária para rastrear dependência em idosos. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2018 ago 10]; (51): 84-93. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006959.pdf.

20. Santos GS, Cunha ICKO. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* [Internet]. 2014 [cited 2018 ago 10]; 2(03). Available from: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497950364003/html/index.html>.

21. Bonacorsi G, Grazzini M, Pieri L, Santomauro F, Ciancio M, Lorini C. Assessment of Health Literacy and validation of single-item literacy screener (SILS) in a sample of Italian people. *Ann Ist Super Sanità* [Internet]. 2017 [cited 2018 jul 04]; 53(3): 205-212. Available from: http://old.iss.it/binary/publ/cont/ANN_17_03_05.pdf.

22. Marques SRL, Lemos SMA. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. *Revista Audiology Communication Research* [Internet]. 2017 [cited 2018 ago 10]; 22(1). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/acr/v22/2317-6431-acr-2317-6431-2016-1757.pdf>.

23. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Rev. Interface - Comunic., Saude, Educ.* [Internet]. 2012 [cited 2018 ago 10]; 16(41): 301-314. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/en_aop2812.pdf.
24. Nora CRD, Zoboli E, Vieira MM. Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2018 ago 10]; 38(03). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v38n3/0102-6933-rngen-38-3-e64851.pdf>.
25. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumento de medida na área da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2018 ago 10]; 20(03): 925-936. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>.
26. Heide IVD, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sorensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2018 jul 03]; 12(17). Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-179>.
27. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 03]; 25(6): 1053-1058. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/pdf/ckv043.pdf>.
28. Rudd RE, Renzulli D, Pereira A, Daltroy L. Literacy demands in health care settings: the patient perspective. In: SCHWARTZBERG, J.G.; VENGEEST, J.B.; WANG, C.C. (Orgs.). *Understanding health literacy: implications for medicine and public health*. United States: AMA; 2005. p.69- 85.
29. Trize DM, Conti MHS, Gatti MAN, Quintino MN, Simeão SFAP, Vitta A. Fatores associados à capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter. Pesq* [Internet]. 2014 [cited 2018 jul 03]; 21(4): 378-383. Available from: http://www.scielo.br/pdf/fp/v21n4/pt_1809-2950-fp-21-04-00378.pdf.
30. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *American Family Physician* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 12]; 92(2): 118-124. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2015/0715/p118.pdf>.
31. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *Plos One* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 12]; 10(12): 1-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689381/pdf/pone.0145455.pdf>.
32. Santos MIPO, Portella MR. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 ago 10]; 69(1): 144-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0156.pdf>.
33. Passamai MPB, Sampaio HAC, Lima JWO. Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde. Fortaleza: EdUECE, 2013 [cited 2018 Jul 01].

Available from: http://www.uece.br/eduece/index.php/downloads/doc_details/2041-letramento-funcional-em-saude-de-adultos-no-contexto-do-sistema-unico-de-saude.

34. World Health Organization (WHO). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. Geneva: World Health Organization, 2015: 30p.

35. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2009 [cited 2018 jul 17]; 18(16): 2337- 2343. Available from: https://www.researchgate.net/publication/26653171_Health_literacy_and_functional_health_status_in_Korean_older_adults.

6.2 Artigo 2

RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE E LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE EM PESSOA IDOSAS

RESUMO

Objetivos: Verificar se há relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas assistidas pela Estratégia da Saúde da Família. **Método:** Estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa do tipo transversal realizado em dez unidades de cobertura da Estratégia da Saúde da Família, totalizando 350 pessoas idosas. Para coleta de dados utilizou-se um questionário sociodemográfico e aplicação dos instrumentos validados para mensurar a funcionalidade e o letramento funcional em saúde. A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2017, foi realizada a análise estatística descritiva e os testes qui-quadrado, ANOVA e de correlação de Spearman. **Resultados:** Não houve relação entre atividades básicas de vida diária e letramento funcional em saúde. Houve uma correlação positiva entre as pontuações nas escalas de atividades instrumentais de vida diária e letramento funcional em saúde. **Conclusão:** Os resultados encontrados podem contribuir para o avanço do conhecimento sobre a relação entre letramento funcional em saúde e funcionalidade em pessoas idosas.

Descritores: Idoso; Atividades Cotidianas; Alfabetização em Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Enfermagem.

Introdução

A capacidade funcional conceitua-se na competência de manter as habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma⁽¹⁾. O desempenho das atividades de vida diária (AVD) é utilizado como parâmetro para determinar o estado funcional do indivíduo. Didaticamente essas atividades são divididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD); Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD)⁽²⁾.

As ABVD constituem um marcador de maiores níveis de comprometimento funcional, e um declínio na execução dessas atividades é precedido por alterações em outras tarefas que envolvem interações entre os indivíduos e destes com os recursos do ambiente. As AIVD são tarefas mais complicadas do que as ABVD, no que tange às exigências neuropsicológicas e a influência de fatores sociais, motivacionais e contextuais, para manutenção da vida independente. As AAVD são relacionadas à melhor avaliação cognitiva e manutenção de excelente qualidade de vida sendo que um leve declínio no desempenho destas atividades poderia ser um marcador de declínio funcional futuro⁽²⁾.

Um estudo que buscou quantificar a prevalência de limitações funcionais na população de baixa e média renda entrevistou pessoas idosas em 43 países e detectou que 33,3% dos entrevistados tinham algum tipo de incapacidade. Os países de Comores e Bangladesh obtiveram os piores resultados, chegando acima de 50% de incapacidade⁽³⁾. Na população idosa brasileira, a prevalência da incapacidade para realizar as AVD, segundo metanálise de estudos realizados em todas as regiões do país, variou de 12,3 a 94,1% para os homens e de 14,9 a 84,6% em mulheres⁽⁴⁾.

Diversos fatores podem influenciar a funcionalidade das pessoas idosas, um desses fatores é o Letramento Funcional em Saúde (LFS)⁽⁵⁾. O LFS corresponde ao conhecimento e as competências que a pessoa tem em acessar, compreender e aplicar as informações em saúde, para tomada de decisões na vida cotidiana em matéria de cuidados de saúde⁽⁶⁾.

O LFS é um determinante social da saúde e deve ser reconhecido como um indicador no monitoramento do estado de saúde da população. Nesta era de novos conhecimentos científicos, mudanças na prestação de cuidados, aumento do consumismo e

avanços tecnológicos contínuos, os pacientes precisam de um alto nível de LFS para orientar-se e fazer escolhas informadas. Portanto, o LFS tornou-se uma questão política e um desafio de saúde pública, que não deve ser subestimado⁽⁷⁾.

Nos Estados Unidos, mais de um terço dos adultos, cerca de 80 milhões de pessoas, têm conhecimento limitado em saúde, tornando mais difícil ler, entender e aplicar informações de saúde⁽⁸⁾. No Brasil, um estudo realizado no norte do país, com 114 pessoas idosas, verificou que 73,7% dos entrevistados tinham LFS inadequado, 10,5% LFS marginal e apenas 15,8% LFS adequado. Entre os condicionantes para estes números estavam o baixo nível de escolaridade e a presença de doenças crônicas como hipertensão e diabetes mellitus⁽⁹⁾.

A compreensão das pessoas idosas sobre sua própria saúde, pode melhorar a adesão aos tratamentos, a realização de comportamentos benéficos a saúde, promover a independência e a autonomia e, conseqüentemente, melhorar a sua funcionalidade. Desse modo, é relevante conhecer a relação da funcionalidade com o LFS para que também, os profissionais de saúde possam estabelecer intervenções para melhorar o LFS e a funcionalidade das pessoas idosas, já que no Brasil há uma lacuna no conhecimento, visto que não existem estudos que explorem essa relação e os estudos estrangeiros abordam a relação, porém, não de forma direta. Diante disso tem-se como questão de pesquisa: Existe relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas que vivem na comunidade? Tem-se por objetivo: Verificar se há relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas assistidas pela Estratégia da Saúde da Família.

Método

Desenho do estudo

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa do tipo transversal realizado em de unidades de cobertura da ESF, totalizando 17 equipes da saúde da família, que formam a zona oeste de um município do sul do Brasil.

População

A população do estudo se constituiu de pessoas idosas (60 anos ou mais conforme Estatuto do Idoso)⁽¹⁰⁾ adscritas às equipes da ESF.

Crítérios de seleção

Os critérios de inclusão dos participantes foram: possuir pelo menos 1 ano de escolaridade autorreferida; conseguir ler o Cartão de Jaeger em nível 20/40, considerado

normal para uma visão periférica com ou sem lentes corretoras ou óculos; ouvir o sussurro dos lados, direito e esquerdo, do canal auricular pelo teste do sussurro (Teste de Whisper) e conseguir pontuação adequada no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Esses critérios são requisitos para a aplicação do instrumento de Letramento Funcional em Saúde.

Os critérios de exclusão foram: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia ou ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados pois essas condições podem interferir na funcionalidade.

Amostra

Primeiramente calculou-se a população esperada para a área de abrangência do estudo. Assim, foi utilizado como referência o número máximo de pessoas a ser assistida por equipe de ESF que é de 4.000 pessoas⁽¹¹⁾. Obteve-se um total de 68.000 pessoas (17 equipes x 4.000 pessoas = 68.000).

O cálculo da população das pessoas idosas estimadas para a área de abrangência do estudo foi realizado tendo por base o percentual de idosos do município que de acordo com o último censo demográfico realizado é de 13,89%⁽¹²⁾. A partir da população das 17 equipes incluídas na pesquisa (68.000), foi calculada a porcentagem de pessoas idosas (13,89%), obtendo-se como população do estudo aproximadamente 9.445 pessoas idosas.

Utilizou-se a fórmula de cálculo de amostras para população finita⁽¹³⁾. Onde: Z – nível de significância do estudo = 95% (1,96); P – prevalência do evento = utilizou-se de 50% que maximiza o tamanho da amostra quando não se sabe a prevalência; Q – complementar da prevalência (1-P); N – população total = 9445 pessoas idosas; E – erro amostral de 5%. Aplicando-se a fórmula obteve-se $n = 370$. A amostra foi por conveniência, e a seleção dos participantes foi por equipe: dividindo o n pelas 17 equipes participantes ($370/17 = 21,76$), obtendo 22 pessoas idosas por equipe. Esse número foi ainda dividido pelo número de microáreas de cada equipe.

Foi realizada visita domiciliar para coleta de dados as 376 pessoas idosas, destas 26 não foram incluídas no estudo, 18 por não atingirem a pontuação adequada no MEEM, seis por reprovação no teste de visão (Cartão de Jaeger) e duas por reprovação no teste do sussurro, utilizados como critérios de inclusão, obtendo-se como amostra final 350 pessoas idosas com uma perda amostral de 5,4%. Os achados foram repassados as ESF por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para futuros encaminhamentos e cuidados de saúde com essas 26 pessoas idosas.

Coletas de dados

A coleta de dados foi realizada por três estudantes do curso de graduação em Enfermagem e três pós-graduandos do curso de mestrado em Enfermagem que receberam treinamento prévio no mês de junho de 2017.

Foi realizada a aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde elaborado para essa pesquisa. Para avaliar o LFS utilizou-se a versão breve do TOFHLA por ser um instrumento completo e validado⁽¹⁴⁾ e que verifica não apenas a compreensão de leitura, mas também o numeramento. A pontuação total do teste é de 100 pontos. Indivíduos pontuando entre zero e 53 pontos são considerados na faixa inadequada; entre 54 e 66 pontos, na faixa marginal e entre 67 e 100, na faixa adequada.

Para mensurar a funcionalidade utilizou-se a Índice de Katz para as ABVD devido ser um instrumento validado no Brasil, de uso rápido, de manejo simples e fácil utilização⁽¹⁵⁾. Além, de apresentar as atividades de maneira hierárquica à sua complexidade. O instrumento possui seis questões, a pontuação total do instrumento é de 6 pontos, considerando a pessoa idosa como independente. De 4 a 6 pontos é considerada uma dependência moderada e abaixo de 2 pontos dependência total⁽¹⁵⁾.

E a utilização da escala de Lawton e Brody para as AIVD por ser um instrumento de rápida utilização e fácil aplicabilidade, além de englobar atividades referentes a assistência, a qualidade da execução e a iniciativa. Esta escala contém nove itens e apresenta pontuação que varia entre 9 e 27 pontos. Pontuação menor ou igual a cinco pontos indica dependência total, pontuação maior que cinco e menor que 21 pontos dependência parcial, e, igual ou superior a 21 pontos representa independência para AIVDs⁽¹⁶⁾.

Foram realizados testes pilotos com cinco pessoas idosas fora da área de cobertura das unidades selecionadas, aplicando-se todos os instrumentos incluídos nesta pesquisa. O tempo médio de duração da aplicação dos instrumentos foi de 20 minutos, e não houve necessidade de alterações nos instrumentos. Os dados obtidos no teste piloto não integraram a amostra desta pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2017. As pessoas idosas foram identificadas nas equipes da ESF a partir dos cadastros dos ACS que indicaram os participantes de cada microárea e conduziram os coletadores até as residências dos mesmos.

Análise e tratamentos dos dados

Para a organização dos dados foi elaborada uma planilha no programa Microsoft® Excel, contendo um dicionário (codebook) e uma planilha que foi utilizada para digitação.

Essa planilha foi verificada quanto à inconsistência dos dados. Logo após foi transferida para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Para análise quantitativa foi elaborado um banco de dados por meio da digitalização dos resultados no software SPSS versão 20.0. Foram realizadas: uma análise estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e frequência relativa para variáveis categóricas e uso das medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para variáveis numéricas; uma análise estatística inferencial, através de testes estatísticos para verificar a associação entre as variáveis.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificação da normalidade dos dados numéricos e os testes estatísticos para comparação entre as variáveis foram definidos a partir da normalidade ou não dos dados.

Para verificar a associação entre a funcionalidade para ABVD (categorizada em dependência total, moderada ou independência) e AIVD (categorizada em dependência total, moderada ou independência) e o LFS (categorizada adequado, marginal ou inadequado) foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. Para verificar a existência de diferença de média no grau de LFS entre os diferentes níveis de dependência para ABVD (dependência total, moderada e independência) e AIVD (dependência total, moderada e independência) foi utilizado o teste ANOVA. A correlação entre a pontuação nas escalas (Katz, Lawton e Brody e LFS) foi analisada por meio de Coeficiente de Correlação de Pearson. Em todos os testes foi considerado como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande e do Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva do município, no qual foi realizado por se tratar de uma pesquisa em área de cobertura da ESF e, seguiu as orientações da Resolução 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁷⁾, que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes.

Resultados

Participaram do estudo 350 pessoas idosas, dessas a maioria tinha entre 60 a 69 anos 224 (64,0%), eram do sexo feminino 236 (67,4%), com companheiro 192 (54,9%), com mais de quatro anos de estudo 182 (52,0%), brancos 231 (66,0%) e, que possuíam uma renda familiar acima de um salário mínimo 219 (62,8%) conforme Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das pessoas idosas assistidas pela ESF de acordo com variáveis sociodemográficas, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.

Variáveis sociodemográficas	n (%)
	350 (100)
Faixa etária	
60-69	224 (64)
70-79	106 (30,3)
≥80	20 (5,7)
Sexo	
Feminino	236 (67,4)
Masculino	114 (32,6)
Estado marital	
Sem companheiro	158 (45,1)
Com companheiro	192 (54,9)
Escolaridade	
Até 4 anos	168 (48)
+ 4 anos	182 (52)
Cor	
Branco	231 (66)
Não branco	119 (34)
Renda*	
≤ 1 salário	130 (37,2)
> 1 salário	219(62,8)

*n= 349. Salário mínimo: R\$ 937,00.

Entre as pessoas idosas entrevistadas 295 (84,3%) eram independentes, 48 (13,7%) tinham dependência moderada e 7 (2%) tinham dependência total para as ABVD. Em relação as AIVD 329 (94%) eram independentes, enquanto 21 (6%) tinham dependência moderada. Não houve participantes com dependência total para as AIVD. Em relação ao LFS, 86 (24,5%), tinham letramento adequado, 58 (16,6%) tinham letramento marginal e 206 (58,9) tinham letramento inadequado.

A tabela 2 apresenta a associação entre os níveis de dependência de ABVD e os níveis de LFS. Para os diferentes níveis de ABVD a maioria tinha o LFS inadequado. Contudo, o percentual de LFS inadequado foi maior para aqueles com dependência total seguido daqueles com dependência moderada e depois independentes. Não houve relação significativa estatisticamente entre os níveis de ABVD e os níveis de LFS.

Tabela 2: Associação entre ABVD e LFS em pessoas idosas assistidas pela ESF, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.

ABVD	LFS adequado	LFS marginal	LFS inadequado	Total n(%)	X²	Valor p
-------------	---------------------	---------------------	-----------------------	-------------------	----------------------	----------------

	n(%)	n(%)	n(%)			
Independente	76 (25,7)	49 (16,6)	170 (57,7)	295 (100)	5,570	0,234
Dependência moderada	10 (20,8)	09 (18,8)	29 (60,4)	48 (100)		
Dependência total	0	0	07 (100)	7 (100)		

A tabela 3 apresenta a associação entre os níveis de dependência nas AIVD e os níveis de LFS. Para os que eram independentes e tinham dependência parcial para as AIVD a maioria tinha o LFS inadequado. Não houve relação significativa estatisticamente entre os níveis de AIVD e os níveis de LFS, sendo que aqueles que tinham dependência parcial apresentaram percentual maior de LFS inadequado que os independentes.

Tabela 3: Associação entre AIVD e LFS em pessoas idosas assistidas pela ESF, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.

AIVD	LFS adequado n(%)	LFS marginal n(%)	LFS inadequado n(%)	Total n(%)	X ²	Valor p
Independente	85 (25,8)	53 (16,1)	191 (58,1)	329 (100)	4,874	0,087
Dependência parcial	01 (4,8)	05 (23,8)	15 (71,4)	21 (100)		

A tabela 4 apresenta uma análise por ANOVA das médias de LFS entre os níveis de dependência para as ABVD e as AIVD. Nas ABVD, tanto os independentes, quanto os com dependência moderada obtiveram a mesma média no LFS (52,2), essa média foi bem superior em comparação aos que tinham dependência total (35,0). Contudo, não houve diferença significativa estatisticamente entre as médias para ABVD ($p=0,125$).

Em relação as AIVD, os que eram independentes tinham uma média de LFS de 52,5 maior dos que tinham dependência parcial (42,5). Houve diferença significativa estatisticamente entre as médias ($p=0,040$). As médias tanto para ABVD como para AIVD correspondem a um LFS inadequado.

Tabela 4: Médias do LFS de acordo com os níveis de ABVD e AIVD para as pessoas idosas assistidas pela ESF, Rio Grande, RS, Brasil, 2017.

Variáveis	n (%)	Média LFS	DP	F	P
ABVD				2,092	0,125
Independência	295 (84,3)	52,2	22,7		
Dependência moderada	48 (13,7)	52,2	19,4		
Dependência total	07 (2,0)	35,0	14,0		
AIVD				4,262	0,040
Independência	329 (94)	52,5	22,3		
Dependência parcial	21 (6,0)	42,2	17,5		

Verificou-se que conforme aumentava a pontuação na escala de LFS também aumentava a pontuação na escala de AIVD, sendo essa correlação significativa ($\rho=0,152$ $p=0,004$). Não houve correlação significativa estatisticamente para a relação do LFS e as ABVD ($\rho=0,31$ $p=0,564$), embora também tenha ocorrido uma correlação positiva entre as escalas. Houve uma correlação positiva entre a escala que mede ABVD e a que mede AIVD, sendo que o aumento em uma influencia o aumento em outra ($\rho=0,302$ e $p < 0,001$).

Discussão

O presente estudo revelou que as pessoas idosas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família em um município no Sul do país, eram predominantemente do sexo feminino, com idade inferior a 80 anos, com companheiro, estes dados assemelham-se com estudo realizado em áreas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família na região Nordeste do país⁽¹⁸⁾. A renda assemelha-se a outro estudo realizado com 388 pessoas idosas atendidas em Unidades Básicas de Saúde, porém, nas variáveis escolaridade e cor houve divergência em que apontou que a maioria nunca estudou ou estudou até quatro anos e eram da cor parda⁽¹⁾.

Nas ABVD, a prevalência de independência funcional nas pessoas idosas foi de 84,3% assemelhando-se a estudos realizados na região Nordeste, na região Sudeste e na região Sul^(18,19,20), os quais encontraram que mais da metade das pessoas idosas tinham sua funcionalidade mantida. Entretanto, um estudo realizado nos Estados Unidos, mostrou que de 1982 a 2004 houve um declínio na porcentagem de pessoas idosas com alguma limitação funcional, porém, de 2004 a 2011 esta porcentagem tornou a aumentar. Outro resultado dessa pesquisa mostrou que, no período de 2004 a 2011, houve aumento de mulheres idosas incapazes de comprar, administrar seu dinheiro ou lavar roupas sem ajuda⁽²¹⁾.

A prevalência de dependência nas AIVD foi 21 (6%), resultado diferente a outros estudos no país em que a prevalência variou entre 34,2% de dependentes na cidade de Bagé no estado do Rio Grande do Sul⁽²⁰⁾ a 46,3% de dependentes na cidade de Uberaba no estado de Minas Gerais⁽¹⁹⁾. Em relação ao LFS, 58,8% das pessoas idosas tinham o LFS inadequado, esses resultados são semelhantes à de um estudo realizado na União Europeia que constatou que cerca de 50% da população não possui LFS adequado⁽²²⁾.

Ao analisar a relação das AVD com o LFS por níveis, constatou-se que não houve uma associação significativa estatisticamente, isto pode estar relacionado ao fato de que tanto

as pessoas idosas independentes quanto aos que tinham alguma dependência, o nível de LFS foi inadequado. Isto reforça que a população idosa tem dificuldades em compreender e utilizar as informações em saúde o que pode resultar em uma baixa capacidade para gerir a própria saúde e o processo de adoecimento, e também na baixa adesão às medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças⁽²³⁾.

A média do LFS das pessoas idosas do estudo correspondeu a um LFS inadequado, contudo, foi maior para os que eram independentes nas ABVD dos que para os que eram dependentes totais. Nas AIVD também ocorreu diferença de média, sendo os independentes com melhor média mesmo com um LFS inadequado. A associação entre o LFS inadequado e a deficiência da capacidade funcional nessa faixa etária pode refletir uma história de acesso precário aos cuidados, que permeia a associação entre o letramento mais baixo e resultados de saúde mais pobres na população idosa⁽²⁴⁾.

Existem poucos estudos abordando a relação da funcionalidade com o LFS, porém, as estruturas teóricas e a pesquisa empírica fornecem suporte para uma relação hipotética entre o LFS e o declínio da função física⁽²⁵⁾. Em uma amostra de 2923 pessoas idosas inscritos no *Managed Care da Medicare*, os entrevistados com níveis mais baixos de LFS relacionavam-se com uma pior função física e saúde mental; uma maior probabilidade de reportarem dificuldades nas AVDs e as AIVDs; uma maior limitação na atividade devido a uma saúde física debilitada; menos realizações devido à frágil saúde física e um maior número de relatos de dor que interfere nas AVDs⁽²⁶⁾.

Um caminho entre o LFS e os resultados de saúde pode se dar por meio de comportamentos de saúde como a prática de atividade física, consumo de frutas e vegetais, tabagismo, consumo de café da manhã, consumo de álcool e índice de massa corporal (IMC). As pessoas idosas com baixo LFS podem estar menos conscientes da importância de terem ou não certos comportamentos para manutenção ou melhoria do estado de saúde. Além disso, é necessário ter um nível adequado de letramento para tomar decisões apropriadas em relação aos comportamentos de saúde⁽²⁷⁾.

O LFS leva a um melhor conhecimento dos riscos dos serviços de saúde e ao cumprimento das ações prescritas, capacidade melhorada para atuar de forma independente, motivação melhorada e mais autoconfiança, melhora a resiliência individual à adversidade social e econômica. Em termos de benefícios comunitários e sociais, o LFS aumenta a participação em programas de saúde da população, aumenta a capacidade de influenciar as

normas sociais e interage com os grupos sociais, melhora o empoderamento da comunidade e aumenta a capacidade de atuar sobre os determinantes sociais e econômicos da saúde⁽⁶⁾.

Neste estudo, somente as AIVD tiveram associação com o LFS, porém, a predominância dos participantes foi pessoas idosas na etapa inicial da velhice, sendo 64% na faixa entre 60 a 69 anos, as pessoas idosas nessa faixa etária têm melhores níveis de funcionalidade. Sabendo que as pessoas idosas tendem a perder primeiramente as AIVD para depois as ABVD e que houve relação entre a o Índice de Katz que mede as ABVD com o Lawton e Brody que me as AIVD, acredita-se que com o avançar da idade essas pessoas idosas irão se tornar mais dependentes para as ABVD. Supõe-se então que o LFS exerce influência nas ABVD de forma indireta. Contudo, são necessários mais estudos com populações de pessoas idosas em faixas etárias mais avançadas para comprovar ou descartar tais suposições, acredita-se que os resultados encontrados neste estudo, contribuem para o avanço do conhecimento sobre LFS e funcionalidade em pessoas idosas tendo em vista a escassez de estudos na área.

Limitação do estudo

O fato da amostra ter sido selecionado por conveniência constitui-se em uma limitação do estudo pois não permite a generalização dos resultados.

Conclusão

Não houve relação entre ABVD e LFS. Houve relação entre as AIVD e LFS, sendo que as médias de LFS para quem apresentava dependência parcial eram menores daqueles que eram independentes. Também houve uma correlação positiva entre as pontuações nas escalas de AIVD e LFS.

REFERÊNCIAS

1. Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Predictors for the functional incapacity of the elderly in primary health care. Rev Bras Enf [Internet]. 2017 [citado em 26 jul. 2018]; 70(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0112.pdf
2. Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. As Atividades Avançadas de Vida Diária como componente da avaliação funcional do idoso. Rev Ter. Ocup. Univ. São Paulo

[Internet].2014 [citado em: 8 set. 2018];25(3). Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/75910/pdf_66

3. Hosseinpoor AR, Bergen N, Kostanjsek N, Kowal P, Oficial A, Chatterji S. Socio-demographic patterns of disability among older adult populations of low-income and middle-income countries: results from World Health Survey. *Internacional Journal Public Health* [Internet]. 2016 [citado em 22 de set. 2018]; 61(3):337-45. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4879166/pdf/38_2015_Article_742.pdf.

4. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [citado em 20 de set. 2018];19(3):545-59. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00545.pdf

5. McDougalL GJ, Mackert H, Becker H. Memory Performance, Health Literacy, and Instrumental Activities of Daily Living of Community Residing Older Adult. *Journal Nursing research* [Internet]. 2012 [cited 2018 jul 01]; 61(1): 70- 75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4839182/pdf/nihms558283.pdf>.

6. Sorensen K, Broucke SVD, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [cited 2018 jul 01]; 12(80):1-13. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-80>

7. Bonacorsi G, Grazzini M, Pieri L, Santomauro F, Ciancio M, Lorini C. Assessment of Health Literacy and validation of single-item literacy screener (SILS) in a sample of Italian people. *Ann Ist Super Sanità* [Internet]. 2017 [cited 2018 jul 04]; 53(3): 205-212. Available from: http://old.iss.it/binary/publ/cont/ANN_17_03_05.pdf.

8. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *American Family Physician* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 12]; 92(2): 118-124. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2015/0715/p118.pdf>.

9. Santos MIPO, Portella MR. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2018 jul 06]; 69(1): 156-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0156.pdf>

10. BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da república Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1 out 2003. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/Estatuto_Idoso.pdf.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: abril 2018.

12. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados. Cidades@. Informações sobre os municípios brasileiros. RS. Rio Grande. **Censo demográfico 2010: resultados da amostra - características da população.** 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431560> Acesso em: 10 abr. 2018.
13. Miot HA Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. J Vasc Bras [Internet]. 2011 [citado em 10 de set. 2018];10(4):275-278. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01>
14. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres. et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. Revista de Saúde Pública [Internet].2009 [citado em: 26 de set, 2018]; 43(4):631-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/124.pdf>
15. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo [internet]. 2007 [citado em 4 set. 2018]; 41(2):317-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v41n2/20.pdf>
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica–Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.
17. BRASIL. Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas. regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Diário Oficial da União, 13 de julho de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: Abril. 2018.
18. Pinto Junior EP, Silva IT, Vilela AB, Casotti CA, Pinto FJM, Silva MGC. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. Caderno de Saúde Pública [Internet].2016 [citado em 3 de set. 2018];24(4):404-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X-cadsc-24-4-404.pdf>
19. Virtuoso Junior JS, Martins CA, Roza LB, Paulo TRS, Ribeiro MCL, Tribess S. Prevalence of disability and associated factors in the elderly. Texto e Contexto- Enfermagem [Internet]. 2015 [citado em 20 de set. 2018]; 24(2):521-9 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00521.pdf.
20. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP. et al. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. Rev Epidemiol. Serv. Saude [Internet]. 2017 [citado em 28 jul. 2018];26(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/en_2237-9622-ress-26-02-00295.pdf
21. Freedman VA, Wolf DA, Spillman BC. Disability-Free Life Expectancy Over 30 Years: A Growing Female Disadvantage in the US Population. American Journal of Public Health [Internet]. 2016 [citado em 6 de out. 2018]; 106(6): 1079-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4860065/pdf/AJPH.2016.303089.pdf>

22. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 03]; 25(6): 1053-1058. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/pdf/ckv043.pdf>.
23. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Rev. Interface - Comunic., Saude, Educ.* [Internet]. 2012 [cited 2018 ago 10]; 16(41): 301-314. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/en_aop2812.pdf.
24. Brown RT, Pierluissi E, Guzman D, Kessell ER, Goldman E, Sarkar U, Schneidermann M, Critchfield JM, Kushel MB. Functional disability among late middle-aged and older adults admitted to a safety-net hospital. *J AM Geriatr Soc* [Internet]. 2014 [cited 2018 jul 01]; 62(11): 2056-63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241128/pdf/nihms620329.pdf>
25. Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2015 [cited em 22 de set. 2018]. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/early/2015/01/08/jech-2014-204915.full.pdf>
26. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Arch. Inter. Med* [Internet]. 2005 [cited em 6 de out. 2018]; 165(17). Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486704>
27. Geboers B, Reinjneveld SA, Jansen CJ, de Inverno AF. Health Literacy Is Associated With Health Behaviors and Social Factors Among Older Adults: Results from the LifeLines Cohort Study. *Journal of Health Communication* [Internet]. 2016 [cited em 23 de set. 2018]; (21):45-53. Disponível em: DOI: 10.1080 / 10810730.2016.1201174.

7 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nessa dissertação, revelam que pouco se conhece e se produz sobre a relação da funcionalidade e do letramento funcional em saúde, todos os estudos realizados são de origem estrangeira, mostrando uma lacuna no conhecimento sobre essa relação no Brasil. Detectou-se que as pessoas idosas que tinham menor funcionalidade e inadequado letramento funcional em saúde tinham maiores chances de hospitalizações, e acesso precário aos serviços de saúde.

A forma mais utilizada de mensurar o nível de funcionalidade e do letramento funcional em saúde nas pessoas idosas foram através dos instrumentos tanto de medidas objetivas, quanto as não objetivas. A internet mostrou-se um método eficaz de busca de informações sobre a saúde.

As pessoas idosas inseridas neste estudo, em sua maioria eram independentes para as atividades de vida diária, porém, grande parte tinham um letramento funcional em saúde inadequado. Houve uma relação significativa entre as atividades instrumentais de vida diária e o letramento funcional em saúde. Observou-se também, que quanto menor o nível de dependência nas atividades de vida diária, maior a média do letramento funcional em saúde e quanto maior o nível de dependência nas atividades de vida diária, menor a média de letramento funcional em saúde.

De acordo com o exposto, torna-se possível confirmar as hipóteses de que: A literatura estrangeira traz que as pessoas idosas com baixo letramento funcional em saúde apresentam maiores níveis de incapacidade funcional, porém, observa-se uma lacuna no conhecimento sobre essa temática na literatura brasileira; as pessoas idosas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família com baixo letramento funcional em saúde, apresentam maiores níveis de incapacidade funcional.; existe relação entre funcionalidade e letramento funcional em saúde em pessoas idosas que vivem na Estratégia de Saúde da Família.

Este estudo mostrou por meio de seus resultados, que embora a população idosa está mais independente, o letramento funcional em saúde pode influenciar a autonomia e a independência dessa população. Por isso a importância de uma adequada educação em saúde para a promoção de saúde e prevenção de doenças, e a relevância de mais estudos sobre essa relação, visto que essa temática ainda é incipiente no Brasil.

A enfermagem como uma das profissões que visam a promoção de saúde e a prevenção de doenças, devem buscar conhecer o nível de letramento funcional em saúde das

peessoas idosas, visto que isto sofre impacto diretamente com os comportamentos e o entendimento sobre a saúde desta população, e conseqüentemente influencia na funcionalidade das pessoas idosas. O uso dos instrumentos de mensuração da funcionalidade e do letramento funcional em saúde podem contribuir para a avaliação de saúde, auxiliando nas intervenções, na educação para saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças da população idosa.

8 REFERÊNCIAS

APÓSTOLO, J.L.A. Instrumentos para avaliação em geriatria. **Escola superior de enfermagem de Coimbra**-Maio 2012.

ASSIS, V.G. et al. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 17, n.1.

BAKER, D.W. et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Educ Couns.**, Bethesda, v. 38, n. 1, p. 33–42, 1999.

BARBOSA, B.R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Revista ciência e saúde coletiva**. v.19, n.8, 2014.

BELL, S.P et al. Development of a multivariable model to predict vulnerability in older American patients hospitalised with cardiovascular disease. **BMJ Open**, v. 5, 2015.

BERLEZI, E.M. et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 19, n. 4, 2016.

BNDS SETORIAL. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde: BNDS SETORIAL. n. 44, p. 87-124, 2016.

BONACORSI, G. et al. Assessment of Health Literacy and validation of single-item literacy screener (SILS) in a sample of Italian people. **Ann Ist Super Sanità**. v. 53, n. 3, 2017.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da república Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1 out 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº2528/06. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica–Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: abril 2018.

_____. **Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Diário Oficial da União, 13 de julho de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: Abril. 2018.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes”. 2015. Disponível em: < <http://www.saude.sp.gov.br> > Acesso em: abril de 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais, uma análise das condições de vida**, 2016. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/>>. Acesso em: abril de 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de amostra por domicílio contínua**, 2017. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: abril de 2018.

BROWN, R. T. et al. Functional Disability Among Late Middle-Aged and Older Adults Admitted to a Safety-Net Hospital. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 11, p. 2056-2063, 2014.

BRITO, K.Q.D.; MENEZES, T.N.; OLINDA, R.A. Incapacidade funcional: condições de saúde e práticas de atividades física em idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 5, 2016.

CAMPOS, A.C.V et al. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 19, n. 3, p. 545-59, 2016.

CAMPOS, A.C.V.; FERREIRA, E.F.; VARGAS, A.M.D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n. 7, p. 2221-37, 2015.

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

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumento de medida na área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 03, p. 925-936, 2015.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**: usando SPSS para Windows. 3 ed. Tradução Lori Viali, Porto Alegre: Artmed, 2006.

- DIAS, E.G. et al. As Atividades Avançadas de Vida Diária como componente da avaliação funcional do idoso. **Revista Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v. 25, n.3, 2014.
- DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRAO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.
- FECHINE, B.R.A.; TROMPIERE, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. Ed. 20, v.1, 2012.
- FERREIRA, O.G.L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-8, 2012.
- FILHO, P.P.S. MASSI, G.A. Letramento de idosos Brasileiros acima de 65 anos. **Rev. Disturb. Comum**. v. 26, n. 2, 2014.
- FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002.
- FREEDMAN, V.A.; WOLF, D.A.; SPILLMAN, B.C. Disability-Free Life Expectancy Over 30 Years: A Growing Female Disadvantage in the US Population. **American Journal of Public Health**. v. 106, n. 6, 2016.
- GEBOERS, B. et al. Health Literacy Is Associated With Health Behaviors and Social Factors Among Older Adults: Results from the LifeLines Cohort Study. **Journal of Health Communication**. V.21, 2016.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- HEIDE, I.V.D. et al. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. **BMC Public Health**, v. 12, n. 17, 2013.
- HERSH, L.; SALZMAN, B.; SNYDERMAN, D. Health Literacy in Primary Care Practice. **American Family Physician**. v. 92, n. 2, 2015.
- HOSSEINPOOR, A.R. et al. Socio-demographic patterns of disability among older adult populations of low-income and middle-income countries: results from World Health Survey. **Internacional Journal Public Health**. v. 61, 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados. Cidades@. Informações sobre os municípios brasileiros. RS. Rio Grande. **Censo demográfico 2010: resultados da amostra - características da população**. 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431560> Acesso em: 10 abr. 2018.
- INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: National Academies Press; 2004.han
- JUNIOR, J.A.S.H.; GOMES,G.C. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. **Revista SBPH**, v. 17, n. 2, 2014.

- KAUP, A.R. et al. Older adults with limited literacy are at increased risk for likely dementia. **J Gerontol A Bio Sci Med Sci**, v. 69, n. 7, p. 900-906, 2014.
- KIM, S.H. Health literacy and functional health status in Korean older adults. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, p. 2337- 2343, 2009.
- KOBAYASHI, L.C. *et al.* Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. **J Gen Intern Med**, v. 30, n. 7, p. 958-964, 2015.
- LINO, V.T.S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Caderno de Saúde Pública**. v.24, n.1, p.103-12, 2008.
- LIU, Y. B et al. Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. **Health Education Journal**, v. 77, n. 03, p. 303-311, 2018.
- LOBO, A.J.S., SANTOS, L., GOMES, S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n.6, p. 913-9, 2014.
- LOPES, G.L.; SANTOS, M.I.P.O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma Unidade de Estratégia da Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.18, n.01, p. 71-83, 2015.
- LOPES, M.J. et al. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. **Revista Latino Americana em Enfermagem**, v.21, n.spe, 2013.
- LUSTOSA, S.A.S. et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos na Unidade Básica de Saúde da Família São Geraldo, município de Volta Redonda, RJ. **Cadernos UniFoa**, n. 32, 2016.
- MAESTU, L. P et al. Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. **Respiratory Medicine**, v. 115, p. 78-82, 2016.
- MANTWILL, S. MONESTEL-UMAÑA, S.; SCHULZ, P.J. The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. **Plos One**. v. 10, n. 12, 2015.
- MARQUES, S.R.L.; LEMOS, S. M.A. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. **Revista Audiology Communication Research**, v. 22, n.1, 2017.
- MCDougall, G. J. et al. Memory Performance, Health Literacy, and Instrumental Activities of Daily Living of Community Residing Older Adult. **Journal Nursing research**, v. 61, n. 1, p. 70- 75, 2012.
- MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. 2 ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011. p. 3-24.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enferm.** v. 17, n. 4, p.758-764, 2008.

MERANDY, K.; HARDIE T. Indicators of health literacy in Bladder cancer survivors: A secondary analysis of the integrative health interview series (IHIS). **Urologic Nursing**, v. 36, n. 01, p. 37-43, 2016.

MIOT, H.A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J Vasc Bras.** v.10, n.4, p.275-278, 2011.

NOGUEIRA, P.S.F et al. Factors associated with the functional capacity of older adults with leprosy. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 4, p. 711-8, 2017.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M.M. Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 03, 2017.

NUNES, J.D. et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Revista Epidemiol. Serv. Saude.** V. 26, n. 2, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembléia Mundial sobre Envelhecimento: resolução 39/125. Viena: 1982.

PASSAMAI, M.P.B. et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Rev. Interface - Comunic., Saude, Educ.** 2012.

PASSAMAI, M.P.B.; SAMPAIO, H.A.C.; LIMA, J.W.O. Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde. Fortaleza: EdUECE, 2013.

PEREIRA, K.C.R.; LACERDA, J.T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Caderno de Saúde Pública.** v. 33, n. 4, 2017.

PEREIRA, L.C. et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 70, n. 1, 2017.

PIMENTA-JÚNIOR, F. G. **Guia de atendimento à pessoa idosa vítima de violência.** Abril, 2015. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

PINTO, A.H.; LANGE, C.; PASTORE, C.A. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Revista ciência e Saúde Coletiva.** v. 21, n. 11, 2016.

PINTO JUNIOR, E.P. et al. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.4, p. 404-12, 2016.

POLIT, D.F, BECK, C.T, HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

- RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de saúde Pública**. v. 19, n.3, 2003.
- REBOUÇAS, M. et al. Validade das perguntas sobre atividades da vida diária para rastrear dependência em idosos. **Revista de saúde pública**. V. 51, n.84, 2017.
- REISI, M. et al. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. **Journal of Education and Health Promotion**. v.3, n.119, 2014.
- ROSA, M.J.V. O envelhecimento da sociedade Portuguesa. 1º ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016.
- ROCHA, P.C. LEMOS, S.M.A. Aspectos conceituais e fatores associados ao letramento funcional em saúde: revisão de literatura. **Revista CEFAC**. v. 18, n.1, 2016.
- ROWLANDS, G. Health literacy: Ways to maximise the impact and effectiveness of vaccination information. **Hum. Vaccin. Immunother**. v. 10, n. 7, 2014.
- RUDD, R.E. et al. Literacy demands in health care settings: the patient perspective. In: SCHWARTZBERG, J.G.; VENGEEST, J.B.; WANG, C.C. (Orgs.). Understanding health literacy: implications for medicine and public health. United States: AMA; 2005. p.69- 85.
- SANTOS, G.S.; CUNHA, I.C.K.O. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, n. 3, 2014.
- SANTOS, G.L.A.; SANTANA, R.F.; BROCA, P.V. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. **Escola Anna Nery**. V.20, n.3, 2016.
- SANTOS, M.I.P.O. et al. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 18, n.3, 2015.
- SANTOS, M.I.P.O; PORTELLA, M.R.; Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 1, 2016.
- SANTOS, M.I.P.O.; SILVA, A.P.; REGO, N.C.C. Compreensão de informações em saúde pelos idosos atendidos no SUS estimulados pela ludicidade. **Interdisciplinary Journal of Health Education**. v. 1, n.1, 2016.
- SCHNITZER, A. et al. Prevalence of self reported stroke and disability in the french adult population: a transversal study. **PLoS ONE**. v. 9, n.12, 2014.
- SERPER, M. et al. Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health Status among Older Adults. **Health Services Research**, v. 49, n. 4, p. 1249 – 1267, 2014.
- SIMONDS, S. K. Health education as social policy. **Health Education Monograph**, v.2, n.1 (Suppl), p. 1-10, 1974.

SILVA, A.M.M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos Brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, n. 1, 2017.

SMITH, S. G. et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 69, p. 474 – 480, 2015.

SORENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, London, UK, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012.

SORENSEN, K. et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). **Eur J Public Health**, v.25, n.6, 2015.

SOUZA, M.T.S.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, v. 8, n, 1, 2010.

TILLER, D. et al. Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 883, 2015.

TIRZE, D.M. et al. fatores associados à capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. **Fisioter. Pesq.** v. 21, n. 4, 2014.

TOCI, E. et al. Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. **Health Promot Int**, v. 30, n. 3, p. 667-674, 2015.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables**. New York, 2015.

VAN DER HEIDE, I. et al. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. **BMC Public Health**, v.12, n.17, 2013.

VANZELLA, E. NETO, E.A.L, SILVA, C.C. A terceira idade e o mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**. v. 14, n. 4, p.97-100, 2011.

VEIGA, B. et al. Avaliação de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 19, n.06, 2016.

VIRTUOSO JUNIOR, J.S et al. Prevalence of disability and associated factors in the elderly. **Texto e Contexto- Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 521-9, 2015.

VROOMEN, J.L.M. et al. Diabetes, Heart Disease, and Dementia: National Estimates of Functional Disability Trajectories. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 66, n. 4, 2018.

WOLF, M.S.; GAZMARARIAN, J.A.; BAKER, D.W. Health literacy and functional health status among older adults. **Arch. Inter. Med.** v. 165, n. 17, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Geneva: WHO; 2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde, 2015.

WRÓBLEWSKA, I. et al. Health status, health behaviors, and the ability to perform everyday activities in Poles aged ≥ 65 years staying in their home environment. **Clinical Interventions in aging.** v. 13, 2018.

APÊNDICE A – Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde

Número entrevista: _____ Unidade: _____ Equipe: _____

Idade (em anos completos): _____

Sexo: () feminino () masculino

Estado civil: () casado(a) () solteiro (a) () viúvo (a)

() Separado(a)/divorciado(a) () União estável () não sabe/não informou

Filhos: () sim () não quantos? _____

Escolaridade: () não alfabetizado () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto () ensino superior completo () não sabe/não informou

Anos de estudo: _____

Renda familiar: () até 1 salário mínimo () mais de 1 até 3 salários mínimos () mais de 3 salários mínimos () não sabe/não informou _____

Número de pessoas que moram com a pessoa idosa: _____

Ocupação: _____

Cor/raça: () Branco () Pardo () Negro () Indígena () Amarelo

Como o(a) Sr(a) percebe sua saúde? () ótima () boa () regular () ruim () péssima

Presença de doenças crônicas? () Sim () Não

Quais? _____

Possui complicações relacionadas? _____

Onde busca assistência à saúde? () SUS () plano de saúde () particular () não sabe/não informou

Consulta na USF? () Sim () Não

nº consultas nos últimos 12 meses: _____

Em relação a seu tratamento, algum profissional de saúde fornece informações e orientações?

Médico Enfermeiro ACS Técnico de Enfermagem Farmacêutico

outro _____ nenhum não sabe/não informou

Como você se sente em relação ao atendimento, informações e orientações que recebe?

satisfeito indiferente insatisfeito não sabe/não informou

Como você caracteriza sua relação com os profissionais que lhe atendem?

ótima boa Regular ruim não sabe/não informou

Participa de grupos na USF? Sim Frequência: _____ Não

Medicamentos que utiliza:

Prescritos			Não prescritos		
Nome	Dose	Frequência	Nome	Dose	frequência

Número de medicamentos que utiliza diariamente: _____

Onde adquire as medicações? SUS Compra na farmácia consegue gratuitamente na farmácia popular doação outro _____ não sabe/não informou

Possui alguma dificuldade no tratamento medicamentoso? sim não

Quais? _____

Recebe ajuda ou apoio no tratamento medicamentoso/de saúde? Sim Não

De quem? _____

Recebe ajuda para realização das atividades do dia-a-dia? sim não

De quem? _____

Teve alguma internação hospitalar nos últimos 12 meses? Sim Não Quantas? _____

Realizou alguma cirurgia? Sim Não Quantas? _____

Faz uso de alguma(s) dessas substâncias?

Cigarro Álcool Drogas

Realiza atividade física? Sim Não Quais e quantas vezes por semana? _____

Realiza alguma dieta: Sim Não

Qual meio de comunicação mais utiliza para informações de saúde?

rádio televisão Internet telefone

Resultados dos demais testes:

Cartão de Jaeger: _____

Teste de sussurro: _____

MEEM: _____

Escala de adesão: alta adesão média adesão baixa adesão

Pontuação S-TOFHLA: _____ LFS inadequado LFS marginal LFS adequado

Índice de Katz: independente dependência moderada muito dependente

Escala de Lawton e Brody: independente dependência moderada muito dependente

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG) PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RELAÇÃO ENTRE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE, ADESÃO À MEDICAÇÃO E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

(escrito em letra tamanho 14 para facilitar a leitura do idoso/cuidador)

Pelo presente consentimento livre e esclarecido declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos do estudo, intitulado “**RELAÇÃO ENTRE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE, ADESÃO À MEDICAÇÃO E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”. O estudo tem como **objetivos:**

- verificar o grau de LFS de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar o nível de adesão à medicação de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar o grau de funcionalidade de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar a associação entre LFS e variáveis sociodemográficas em pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar a associação entre LFS e adesão à medicação em pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar a associação entre LFS e funcionalidade em pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande.

Fui esclarecido quanto às minhas dúvidas. Fui informado que a principal investigadora é a professora Daiane Porto Gautério Abreu, e que a coleta dos dados será realizada por mestrandos envolvidos no presente estudo.

Fui informado de que a coleta de dados ocorrerá por meio de uma entrevista na qual serão aplicados os seguintes instrumentos e questionários: um para caracterização da pessoa idosa; um instrumento que mede o comportamento específico de tomar medicamentos; um instrumento que avalia o letramento funcional em saúde (compreensão de informações de saúde); dois instrumentos de avaliação das atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária; um instrumento que avalia a capacidade de cognição da pessoa idosa. Também serão realizados dois testes: um de acuidade visual e outro de acuidade auditiva.

Quanto aos riscos da pesquisa, fui informado que estes são mínimos, podendo acarretar um certo desconforto causados por possível dificuldade em responder algumas questões dos instrumentos de coleta, ou constrangimento por algumas das questões incluídas no roteiro. No caso dessas ocorrências, fui informado que será fornecido suporte psicológico através do pagamento de consulta com profissional psicólogo. Quanto aos benefícios, fui informado que não há benefício imediato, estes poderão ser a longo prazo para o participante, visto que a pesquisa poderá contribuir para a produção de conhecimento e para aprimorar o atendimento e as práticas de enfermagem com as pessoas idosas na ESF do município de Rio Grande/RS e nas unidades incluídas no estudo.

Fui informado de que as informações obtidas neste estudo serão analisadas em conjunto com as de outros idosos, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante do estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do idoso

ou

Impressão digital:



Data: __/__/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste idoso ou do representante legal para a participação neste estudo.

Daiane Porto Gautério Abreu
Endereço: Rua Visconde de Paranaguá, sn
Telefone: 32330301
E-mail: daianeporto@furg.br
Responsável pela pesquisa

Data: __/__/____.

APÊNDICE C – Formulário para coleta de dados/ tabela para revisão integrativa

REVISÃO INTEGRATIVA

5 anos – texto completo

DESCRITORES: Activities of daily living. Health literacy. Aged

MEDLINE/ PUBMED =

CINAHL =

LILACS =

SCIELO =

TOTAL =

TÍTULO	ANO	BASE	REVISTA	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	RELAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA

ANEXO A - Avaliação da acuidade visual

Adaptado de Brasil (2007).

Cartão de Jaeger

O cartão é colocado a uma distância de 35 cm da pessoa idosa, que se possuir lentes corretivas deve mantê-las durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha.

Objetivo: Identificar possível disfunção visual.
Avaliações dos resultados: as pessoas que lerem até o nível 20/40 serão consideradas sem disfunção.

20/200	E	1
20/100	F P	2
20/70	T O Z	3
20/50	L P E D	4
20/40	P E C F D	5
20/30	E D F C Z P	6
20/25	F E L O P Z D	7
20/20	D E F P O T E C	8
20/15	L E F O D P C T	9
20/13	F D P L T C E O	10
20/10	P E Z O L C F T D	11

ANEXO B – Avaliação da acuidade auditiva

Adaptado de Brasil (2007).

A audição pode ser avaliada por meio do uso de algumas questões simples listadas a seguir ou ainda pela utilização do Teste do Sussurro (whisper) já validade em relação à audiometria.

Questões:

- Compreende a fala em situações sociais?
- Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão?
- Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?
- Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça?
- Fala alto demais?
- Evita conversar? Prefere ficar só?

TESTE DO SUSSURRO:

O examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33 cm e “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “qual o seu nome?”

Objetivo: avaliação da acuidade auditiva.

Avaliações dos resultados: se a pessoa idosa não responder, deve-se examinar seu conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume ser a causa da diminuição da acuidade auditiva.

ANEXO C - Avaliação cognitiva

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) adaptado de Brasil (2007):

Orientação Temporal – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ,ou não sabe (zero).

Ano	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Semestre	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Mês	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Dia	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Dia da semana	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Orientação Espacial - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ,ou não sabe (zero).

Local	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Rua	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Bairro	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Cidade	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Estado	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Registro – Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (repita até no máximo 5 vezes).

Nomeie três objetos: Caneca, tijolo e tapete.

Posteriormente pergunte os três nomes, em até três tentativas...

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou=1 Não lembrou=0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O(a) Sr(a) tem alguma dúvida?

Caneca	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Tijolo	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Tapete	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu

Número de repetições: _____

Atenção e cálculo – O(a) Sr(a) faz cálculos? Sim (vá para os cálculos) Não (vá para soletrar)

Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

$100 - 7 = 93$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$93 - 7 = 86$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$86 - 7 = 79$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$79 - 7 = 72$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$72 - 7 = 65$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Soletre a palavra MUNDO de trás para frente

O	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
D	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
N	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
U	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
M	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Memória de evolução das palavras – Marcar um ponto para cada cálculo, em qualquer ordem

Há alguns minutos, li uma série de três palavras e o Sr(a) as repetiu. Diga-me agora de quais lembra.

Caneca	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Tijolo	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Tapete	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Linguagem - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los... (permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Relógio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Repita a frase que vou lhe dizer – (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale um ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
------------------------------------	--

Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: **FECHE OS OLHOS**, diga-lhe:

Peça a ele(a) que leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10seg.).

Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou () (zero)
-------------------------------	-----------------------

Diga ao idoso(a):

Vou lhe dar um papel e, quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero) em cada item.

Pegue o papel com a mão direita	() acertou	() errou	() não sabe
Dobre esse papel ao meio	() acertou	() errou	() não sabe
Ponha-o no chão	() acertou	() errou	() não sabe

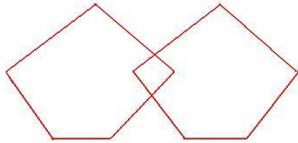
Diga ao idoso(a):

O(a) Sr(a) poderia escrever ou ditar uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)?

Contar 1 ponto se a frase tem sujeito e verbo, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe; se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg.)

Diga ao idoso(a):

Por favor, copie este desenho:



Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver duas figuras com interseção (1 ponto).

Escore:

Avaliações dos resultados:

Pontuação total = 30 pontos.

As notas de corte são: Analfabetos = 19.1 a 3 anos de escolaridade = 23.4 a 7 anos de escolaridade = 24.> 7 anos de escolaridade = 28.

ANEXO D - Índice de Katz

Quadro 5 - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = _____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
----------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: Duarte, Andrade e Lebrão (2007).

ANEXO E - Escala de Lawton e Brody

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			

ANEXO F - versão traduzida e adaptada do *Short-Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA)

Adaptado de Passamai (2012) e Carthery Goulart et al. (2009).

ITENS DE NUMERAMENTO:

Serão utilizados cartões com dados de:

- uma receita de antibiótico penicilina, 250 mg (cartão 1);
- um exame laboratorial de glicemia (cartão 2);
- uma ficha de marcação de consulta (cartão 3);
- uma receita do medicamento doxiciclina, 100 mg (cartão 4).

Os cartões estarão impressos na fonte 14. Em seguida serão feitas perguntas orais, as respostas serão anotadas e os pontos somados de acordo com o discriminado abaixo. O tempo para administração do teste é de 5 minutos.

Comece a administração do teste com a seguinte orientação:

- a. “Estas são orientações que você ou outra pessoa pode receber no hospital (ou posto). Por favor, leia cada orientação para você mesmo (a)”.
- b. Entregue o cartão referente a cada questão nas mãos do respondente.
- c. Continue, dizendo ao respondente: “Então eu vou fazer algumas perguntas para você sobre as informações que você leu”.
- d. Somente recolha o cartão das mãos do entrevistado quando for concluída a respectiva questão; então entregue o cartão da questão seguinte. Antes de apresentar cada cartão, dizer: “Olhe aqui, por favor”.
- e. Interromper após os 5 minutos.
- f. O respondente não deve ser avisado antecipadamente que o teste é cronometrado.
- g. Ao findar o tempo o entrevistador, delicadamente agradece a cooperação e informa ao entrevistado que ele já tem atendido ao que se busca na pesquisa, recolhendo em seguida o instrumento.
- h. Como é habitual em qualquer avaliação, você pode finalizar cada questão com “Excelente!”, “Obrigada!”.
- i. Perguntas sobre o desempenho colocado pelo respondente devem ser respondidas com: "Você está indo muito bem".

Orientações:

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7:00 horas da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima?

Cartão 2: Se essa fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal? Alguns pacientes irão dar seu próprio nível de açúcar no sangue. A única coisa que o entrevistador pode fazer é repetir a pergunta. O respondente deve descobrir independentemente se os dados fornecem a base para a resposta.

Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta? Alguns respondentes darão a data incorretamente para a próxima consulta.

Cartão 4: Se você fosse almoçar às 12 horas, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la?

Pontuação:

Pergunta do cartão 1: É aceitável um intervalo de tempo ≥ 3 horas ou ≤ 6 horas

Pergunta do cartão 2: “não” é a única resposta correta para esse item. Alguns não terão a competência para separar a condição própria da situação da questão. Outros reclamarão que não são capazes para ler resultados de exames médicos ou que não tem conhecimento sobre o nível de açúcar no sangue. É importante não conduzir o entrevistado nesta questão.

Pergunta do cartão 3: A única resposta correta é 25 de novembro.

Pergunta do cartão 4: Somente 11 horas é a resposta correta.

Escore

A cada item de numeramento é atribuído um peso 7 (dando um total de 28 pontos para esta seção). Coloque 7 pontos para cada resposta correta, ou seja, 4 questões = 28 pontos.

Antes de registrar a pontuação na folha “Escore do TOFHLA” anote o número do questionário no espaço destinado para esse fim. LEMBRE-SE: ESSA FOLHA VEM DESTACADA DO TESTE E SÓ DEVERÁ SER ANEXADA AO MESMO APÓS O TÉRMINO E REGISTRO DO TESTE DE COMPREEN- SÃO DE LEITURA.

Essa pontuação será somada aos escores de Compreensão de Leitura para completar a pontuação total de 100 escores.

ITENS DE COMPREENSÃO DE LEITURA

Entregar ao respondente as passagens da Compreensão de Leitura para serem completadas.

Iniciar a aplicação do instrumento de Compreensão de Leitura com o prefácio abaixo:

“Aqui estão algumas instruções médicas que você ou qualquer pessoa pode encontrar. Em cada frase faltam algumas palavras. Onde falta a palavra, há um espaço em branco e há 4 palavras para escolher. Quero que você escolha qual destas 4 palavras é a palavra que falta na frase, a que faz mais sentido na frase. Quando você decidir qual é a palavra correta para aquele espaço, circule a letra correspondente a ela e passe para a próxima frase. Quando você terminar a página, vire-a e continue na página seguinte até terminar”.

O tempo determinado para este subteste é de 7 minutos.

O respondente não deve ser avisado antecipadamente que o teste é cronometrado.

Ao findar o tempo o entrevistador, delicadamente agradece a cooperação e informa ao entrevistado que ele já tem atendido ao que se busca na pesquisa, recolhendo em seguida o instrumento.

Orientações para a Pontuação

Para a pontuação de cada item de Compreensão de Leitura é atribuído um peso 2, dando um total de 72 pontos para esta seção, isto é, para as Passagens A e B coloque 2 pontos para cada lacuna correta; são 36 lacunas = 72 pontos.

Interpretação dos Escores - Classificação do Letramento Funcional em Saúde

O total de escores para o S-TOFHLA é de 100 pontos, ficando os níveis de letramento como:

- Inadequado Letramento Funcional em Saúde (0-53 escores);
- Marginal Letramento Funcional em Saúde (54-66 escores);

- Adequado Letramento Funcional em Saúde (67-100 escores).

GABARITO (Compreensão de Leitura)

LACUNA	ITEM
1	A
2	C
3	B
4	A
5	C
6	A
7	B
8	B
9	D
10	B
11	C
12	C
13	B
14	C
15	D
16	A
17	C
18	A
19	D
20	B
21	D
22	C
23	A
24	D
25	B
26	C
27	D
28	D
29	A
30	C
31	B
32	A
33	D
34	C
35	B
36	B

PASSAGEM A

Seu médico encaminhou você para fazer um raio-X de _____.

- a) estômago
- b) diabetes
- c) pontos
- d) germes

Quando vier para o _____, você deve estar com o estômago _____.

- | | |
|-----------|------------|
| a) livro | a) asma |
| b) fiel | b) vazio |
| c) raio X | c) incesto |
| d) dormir | d) anemia |

O exame de raio-X vai _____ de 1 a 3 _____.

- | | |
|----------|------------|
| a) durar | a) camas |
| b) ver | b) cabeças |
| c) falar | c) horas |
| d) olhar | d) dietas |

NA VÉSPERA DO DIA DO RAIIO-X:

Coma somente um pedaço _____ de fruta.

- a) pequeno
- b) caldo
- c) ataque
- d) náusea

torradas e geleia, com _____ ou chá.

- a) lentes
- b) cantar
- c) café
- d) pensamento

Após _____, você não deve _____ nem beber _____.

- | | | |
|-----------------|-------------|----------|
| a) o minuto | a) conhecer | a) tudo |
| b) a meia noite | b) vir | b) nada |
| c) durante | c) pedir | c) cada |
| d) antes | d) comer | c) algum |

até _____ o raio-X.

- a) ter
- b) ser
- c) fazer
- d) estar

NO DIA DO RAIIO-X:

Não tome _____.

- a) consulta
- b) caminho
- c) café da manhã
- d) clínica

Não _____ nem mesmo _____.

a) dirija

b) beba

c) vista

d) dose

a) coração

b) respiração

c) água

d) câncer

Se você tiver alguma _____, ligue para _____ de raio-x no número 3470-4792.

a) resposta

b) tarefa

c) região

d) pergunta

a) o departamento

b) disque

c) a farmácia

d) o dental

PASSAGEM B

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber

- a) cabelo
- b) salgar
- c) poder
- d) doer

atendimento adequado nesse hospital.

Eu _____ que as informações que eu _____ ao médico

- | | |
|---------------|---------------|
| a) compreendo | a) provar |
| b) sondo | b) arriscar |
| c) envio | c) cumprir |
| d) ganho | d) transmitir |

serão muito _____ para permitir o correto _____.

- | | |
|-----------------|----------------|
| a) proteínas | a) agudo |
| b) importantes | b) hospital |
| c) superficiais | c) mioma |
| d) numéricas | d) diagnóstico |

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____ nas

- | | |
|---------------|--------------|
| a) investigo | a) alteração |
| b) entretenho | b) hormônio |
| c) entendo | c) antiácido |
| d) estabeleço | d) custo |

minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento

- a) três
- b) um
- c) cinco
- d) dez

em que me tornar _____ da alteração.

- a) honrado
- b) ciente
- c) longe
- d) devedor

Eu entendo _____ se eu não me _____ ao tratamento,

- | | |
|-----------|--------------|
| a) assim | a) alimentar |
| b) isto | b) ocupar |
| c) que | c) dispensar |
| d) do que | d) adaptar |

tenho _____ de _____ uma nova consulta _____ para o hospital.

- | | | |
|-------------|--------------|----------------|
| a) brilho | a) solicitar | a) contando |
| b) esquerdo | b) reciclar | b) lendo |
| c) errado | c) falhar | c) telefonando |
| d) direito | d) reparar | d) observando |

Se você _____ de ajuda para entender estas _____,

- | | |
|-------------|------------------|
| a) lavar | a) instruções |
| b) precisar | b) taxas |
| c) cobrir | c) hipoglicemias |
| d) medir | d) datas |

you will have to _____ a nurse or employee of the _____ Social

- | | |
|-------------|------------|
| a) relaxar | a) Tumor |
| b) quebrar | b) Abdômen |
| c) aspirar | c) Serviço |
| d) procurar | d) Adulto |

to _____ all your _____.

- | | |
|----------------|----------------|
| a) encobrir | a) pélvis |
| b) esclarecer | b) dúvidas |
| c) desconhecer | c) tomografias |
| d) esperar | consoantes |

ITENS DE NUMERAMENTO – Cartões para perguntas

Cartão 1:

Paciente: João da Silva

Médico: Carlos Schimidt

Data: 16/08/2017

USO ORAL:

Penicilina 250 mg _____ 28 cápsulas

Tomar uma cápsula a cada 6 horas.

Cartão 2:

Valor normal da glicemia: de **70 a 99** mg/dl.

Sua glicemia hoje é **110** mg/dl.

Cartão 3:

PRÓXIMA CONSULTA:

Local: Ambulatório de doenças crônicas

Sala: 205

Dia: quinta-feira

Data: 23 de novembro de 2017

Horário: 10:00 horas

*Trazer documento de identidade e Cartão SUS.

Cartão 4:

Paciente: João da Silva

Médico: Fernando Libério

Data: 16/08/2017

USO ORAL:

Doxiciclina 100 mg _____ 20 cápsulas

Tomar a medicação com o estômago vazio **uma hora** antes ou **duas a três** horas após a refeição.

ANEXO G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 93/2017

CEPAS 28/2017

Processo: 23116.003914/2017- 87

CAAE: 68441317.2.0000.5324

Título da Pesquisa: Relação entre letramento funcional em saúde, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família

Pesquisador Responsável: Daiane Porto Gautério Abreu

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de APROVADO para a o projeto “**Relação entre letramento funcional em saúde, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família**”.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.
Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 03 de julho de 2017.

Prof.ª Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO H – aprovação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC)

Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC

Parecer 013/2017
2017.

Rio Grande, 14 de junho de

Projeto: RELAÇÃO ENTRE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE, ADESÃO A MEDICAÇÃO E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor: DAIANE PORTO GAUTÉRIO ABREU

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde - NUMESC, decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto de pesquisa apresentado.

Ressalta-se que após a conclusão do projeto, os resultados sejam enviados para o NUMESC.



Tarso Pereira Teixeira
CRM 26330
Coordenador do NUMESC

Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas!