JULIANA PIVETA DE LIMA

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS DE PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RIO GRANDE

2018

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

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS DE PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

JULIANA PIVETA DE LIMA

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 Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação – GEP GERON.

Orientadora: Profª Drª Daiane Porto Gautério Abreu

RIO GRANDE
2018

Ficha catalográfica

L732l Lima, Juliana Piveta de.
Letramento funcional em saúde e fatores associados de pessoas idosas cadastradas na estratégia de saúde da família / Juliana Piveta de Lima. – 2018.
100 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2018.
Orientadora: Dra. Daiane Porto Gautério Abreu.

1. Idoso 2. Alfabetização em Saúde 3. Estratégia Saúde da Família 4. Educação em Saúde 5. Uso de Medicamentos 6. Enfermagem I. Abreu, Daiane Porto Gautério II. Título.

CDU 613-053.9

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

Folha de Aprovação

JULIANA PIVETA DE LIMA

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS DE PESSOAS IDOSAS CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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)

Dra. Diéssica Roggia Piexak - Efetivo (FURG)

Dr. Silomar Ilha - Efetivo Externo (UFN)

Dra. Marlise Capa Verde Almeida Mello - Suplente (FURG)

Dra. Silvana Sidney Costa Santos - Suplente (FURG)

Dra. Juliane Portella Ribeiro - Suplente Externo (UFPel)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Cesar e Márcia, pelo incentivo, pela educação e por abdicarem de suas vidas em prol das realizações e felicidade das suas filhas.

À minha irmã Mariana, pelo carinho e amizade.

Ao meu avô Ribamar (*in memoriam*), minha infinita fonte de sabedoria, apoio e amor.

Ao Bruno, pelo amor, carinho, apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela dádiva da vida, por ter me dado a oportunidade de ter pessoas maravilhosas ao meu lado, sem as quais não teria dado conta. Agradeço a Ele por todas as conquistas alcançadas.

Aos meus pais, Cesar e Márcia, minha eterna gratidão pela educação, pelos valores, por me mostrarem o quanto é importante estudar e por não medirem esforços para que eu alcançasse meus objetivos.

À minha irmã Mariana, amiga de todas as horas, obrigada pelo incentivo e apoio nos momentos de dificuldade.

Ao meu avô Ribamar (*in memoriam*), pelo exemplo, por todos os ensinamentos, por ter sido um grande incentivador da educação dos seus netos.

À minha avó Maria, pela educação, pelo carinho, pelo incentivo e por acreditar no meu sucesso desde a infância.

Ao Bruno, por acreditar em mim, por ser tão importante na minha vida e, principalmente, pela paciência, pelo carinho e pelo amor de sempre.

Aos meus amigos, Peterson e Sibely, sempre presentes, pela amizade, pelo carinho e pela força que só amigos podem dar.

Aos meus colegas de mestrado, por dividirem as angústias e alegrias, pela troca de conhecimentos e, sobretudo, pela amizade. Foi muito bom contar com vocês!

Ao amigo Eliel Bandeira, pela grande parceria que teve início na graduação e pela amizade ao longo desse período.

À orientadora Drª. Daiane Porto, por todos os ensinamentos e sugestões, pela disponibilidade, competência, paciência e confiança em mim depositada.

À banca, pela disponibilidade e pelas importantes contribuições para o aperfeiçoamento da dissertação.

Ao grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP/GERON), pelas experiências e conhecimentos compartilhados.

À professora Drª. Vera Gomes pelos ensinamentos, pela amizade e pelo carinho. Ter feito parte do grupo PET fez a diferença em minha formação acadêmica.

Aos sujeitos desta pesquisa, pela confiança, por disponibilizarem seu tempo e pelo acolhimento em seus domicílios.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de Demanda Social concedida.

RESUMO

DE LIMA, JULIANA PIVETA. **Letramento Funcional em Saúde e fatores associados de pessoas idosas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família.** 2018. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande.

Atrelado ao aumento da população idosa está o crescimento relativo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que afetam em maior prevalência este segmento da população e são responsáveis por elevados índices de óbitos. Além de se considerar os cuidados permanentes que são necessários para pessoas em condições crônicas, faz-se necessária uma abordagem mais adequada e efetiva, utilizando-se de uma linguagem simples e clara quanto às orientações em saúde fornecidas para o autocuidado. Torna-se importante a avaliação do Letramento Funcional em Saúde, já que a compreensão de informações de saúde poderá interferir nos desfechos clínicos, de modo que, a diminuição da capacidade de autogestão, a falta de conhecimentos e habilidades relacionadas à saúde podem ser consideradas como uma barreira para a adoção de comportamentos saudáveis e na prevenção ou gerenciamento de doenças agudas e crônicas. São objetivos deste estudo: caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde e o uso de medicamentos das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da Família no município de Rio Grande/RS; avaliar o Letramento Funcional em Saúde das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da família no município de Rio Grande/RS; e identificar se há associação entre Letramento Funcional em Saúde e as variáveis sociodemográficas, de saúde e o uso de medicamentos. Trata-se de um estudo que integra o macroprojeto intitulado "Relação entre letramento funcional em saúde, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família". O macroprojeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, obtendo o parecer favorável de número 93/2017 e posteriormente ao Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva da secretaria de município de saúde de Rio Grande/RS, obtendo o parecer favorável de número 013/2017. Foi realizado um estudo transversal, exploratório-descritivo, quantitativo, em 17 equipes de saúde da família, na zona oeste do município de Rio Grande/RS. A amostra foi de 350 pessoas idosas. A coleta dos dados ocorreu de julho a dezembro de 2017, por meio da aplicação de dois instrumentos: um de caracterização sociodemográfica e de saúde; e uma versão traduzida e adaptada para a realidade brasileira do *Short-Test of Functional Health Literacy in Adults*, que verificou o grau de letramento funcional em saúde. Foi realizada uma análise estatística descritiva; e, uma análise estatística inferencial, utilizando os testes ANOVA, teste qui-quadrado, e uma regressão linear múltipla. Foram respeitados todos os preceitos éticos da resolução 466/2012. Dentre as 350 pessoas idosas entrevistadas, a maioria das participantes do estudo tinha entre 60-69 anos (64%), eram do sexo feminino (67,4%), brancas (66%) e não tinham companheiro (54,9%). Quanto a escolaridade, possuíam mais de 4 anos de estudo (62%), não exerciam atividade remunerada (76,6%) e tinham como renda familiar mais do que um salário mínimo (63%). A pontuação média de Letramento Funcional em Saúde foi de 51,9, o que corresponde a inadequado, com uma pontuação mínima de 2 e máxima de 100 pontos na escala. Houve relação estatística significativa com o Letramento Funcional em Saúde e as variáveis faixa-etária, sexo, anos de estudo, renda, doenças crônicas, número de internações, uso de medicação não prescrita, receber informação do médico, não receber informação de nenhum profissional, utilizar a internet, vizinhos/amigos/parentes, revistas/livros e panfletos como fontes de informação em saúde ($p<0,005$). As doenças crônicas mais frequentes foram hipertensão, diabetes, cardiopatias e doença músculo esquelético. Não houve relação estatística significativa entre o Letramento Funcional em Saúde, hábitos de saúde, doenças crônicas e o uso de medicamentos ($p>0,005$). Os resultados deste estudo demonstram que

tanto o enfermeiro, quanto os demais profissionais da saúde, ao realizarem atividades de educação em saúde, devem atentar para os motivos que podem levar a um baixo Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas, a fim de minimizar os impactos negativos que possam ser ocasionados pela dificuldade na compreensão das orientações em saúde e comprometer a qualidade de vida e o envelhecimento ativo desta população.

Palavras-chave: Idoso. Alfabetização em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação em Saúde. Uso de Medicamentos. Enfermagem.

ABSTRACT

Functional Health Literacy and associated factors among people registered in the Family Health Strategy. 2018. 100p. Thesis (Master's Degree in Nursing). Nursing School. Nursing Graduate Program, Federal University of Rio Grande (FURG), Rio Grande, state of Rio Grande do Sul, Brazil.

With the increase in elderly population, there is a relative rise Chronic Noncommunicable Diseases, which affect mostly the elderly and are responsible for high death rate. Besides the necessary permanent care of people in chronic conditions, a more adequate and effective approach is required, using simple and clear language regarding health instruction provided for selfcare. It is important to assess Functional Health Literacy, since understanding health information can interfere in clinical outcomes, in a way that less capacity in self-management and lack of knowledge and ability related to health could hinder the adoption of healthy behavior and the prevention or management of acute and chronic diseases. The aims of this study are: characterizing the profile of acute and chronic diseases and the use of pharmaceuticals by elderly people assisted by the Family Health Strategy of the city of Rio Grande, Brazil; assessing Functional Health Literacy of elderly people assisted by Family Health Strategy; and identifying whether there is a relation between Functional Health Literacy and the variables of sociodemography, health and use of medication. The study integrates the macro project named "Relation between functional health literacy, use of medication and functionality among elderly people at Family Health Strategy". The macro project was forwarded to the Ethics and Health Research Committee of the Federal University of Rio Grande, obtaining favorable feedback number 93/2017, and later to the City Center of Permanent Collective Health Education of the Health City Department of Rio Grande, Brazil, obtaining favorable feedback number 013/2017. A cross-sectional, exploratory, descriptive study was performed with a quantitative approach, with 17 family health teams, on the west area of the city of Rio Grande, Brazil. The sample was constituted by 350 elderly people. Data was collected from July to December, 2017, through two instruments: a sociodemography and health characterization one, and an adapted and translated version of the Short Test of Functional Health Literacy in Adults, which verified the health literacy level. A statistical descriptive analysis was made, as well as a statistical inferential one, using ANOVA tests, chi-square test and a multiple linear regression. All ethical precepts of the 466/2012 Resolution were respected. Among the 350 elderly people interviewed, most were between 60 and 69 years old (64%), did not have a paid job (76.6%) and had family income higher than a minimum wage (63%). The average Functional Health Literacy mark was 51.9, which is inadequate, with at least 2 and at most 100 points in the scale. There was significant statistical relation between Functional Health Literacy and the variables of age, sex, education, income, chronic diseases, hospitalization rate, use of non-prescribed medication, doctor's orders, no professional instruction, and use of internet, neighbors/friends/relatives, magazines/books and brochures as health source ($p<0.005$). The most frequent chronic diseases were hypertension, diabetes, cardiopathies and musculoskeletal disease. There was no significant statistical relation between Functional Health Literacy, health habits, chronic diseases and use of medication ($p>0.005$). The results of the study indicate that not only nurses, but every health professional should pay attention to the reasons for low Functional Health Literacy among elderly people, in order to minimize health impacts that could be caused by difficulty in understanding health instructions and thus compromise life quality and active aging of such population.

Keywords: Aged. Health Literacy. Family Health Strategy. Health Education. Drug utilization. Nursing.

RESUMEN

DE LIMA, JULIANA PIVETA. **Letramento Funcional en Salud y factores asociados de personas ancianas registradas en la Estrategia de Salud de la Familia.** 2018. 100p. Disertación (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande (FURG), Rio Grande.

Atraillado al crecimiento de la población anciana está el aumento relativo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, que afectan en mayor prevalencia este segmento de la población y son responsables por altos índices de óbito. Además de considerar los cuidados permanentes que son necesarios para personas en condiciones crónicas, se hace necesario un abordaje más adecuado y efectivo, utilizando un lenguaje simple y claro en relación a las orientaciones en salud suministradas para el autocuidado. Se vuelve importante la evaluación del Letramento Funcional en Salud, ya que la comprensión de informaciones de salud podrá interferir en los resultados clínicos, así que, la disminución de la capacidad de auto gestión, la falta de conocimiento y habilidades con la salud pueden considerarse una barrera para la adopción de comportamientos saludables y en la prevención o administración de enfermedades agudas y crônicas. Los objetivos de este estudio: caracterizar el perfil sociodemográfico, de salud y el uso de medicinas de las personas ancianas atendidas en la Estrategia de Salud de la Familia en el municipio de Rio Grande / RS; evaluar el Letramento Funcional en Salud de las personas ancianas atendidas en la Estrategia de Salud de la familia en el municipio de Rio Grande / RS; e identificar si hay asociación entre el Letramento Funcional en salud y las variables sociodemográficas, de salud y el uso de medicinas. Se trata de un estudio que integra el macroproyecto titulado "Relación entre letramento funcional en salud, adhesión a la medicación y funcionalidad en personas ancianas en la estrategia de salud de la familia". El macroproyecto fue encaminado al Comité de Ética e Investigación en el Área de la Salud de la Universidad Federal de Rio Grande, obteniendo el dictamen favorable de número 93/2017 y posteriormente al Núcleo Municipal de Educación Permanente en Salud Colectiva de la secretaría del municipio de salud de Rio Grande / RS, obteniendo el dictamen favorable de número 013/2017. Se realizó un estudio transversal, exploratorio-descriptivo, cuantitativo, en 17 equipos de salud de la familia, en la zona oeste del municipio de Rio Grande / RS. La muestra fue de 350 personas ancianas. La recopilación de los datos ocurrió de julio a diciembre de 2017, por medio de la aplicación de dos instrumentos: uno de caracterización sociodemográfica y de salud; y una versión traducida y adaptada para la realidad brasileña de la *Short-Test of Functional Health Literacy in Adults,* que verificó el grado de letramento funcional en salud. Se realizó un análisis estadístico descriptivo; y un análisis estadístico inferencial, utilizando las pruebas ANOVA, prueba qui-cuadrado, y una regresión lineal múltiple. Se respetaron todos los preceptos éticos de la resolución 466/2012. De entre las 350 personas ancianas entrevistadas, la mayoria de las participantes del estúdio tenía entre 60-69 años (64%), eran del sexo femenino (67,4%), blancas (66%) y no tenían compañero (54,9%), . En cuanto a la escolaridad, poseían más de 4 años de estudio (62%), no ejercían actividad remunerada (76,6%) y tenían como ingreso familiar más que un salario mínimo (63%). La puntuación media de Letramento Funcional en Salud fue de 51,9, lo que corresponde a inadecuado, con una puntuación mínima de 2 y máxima de 100 puntos en la escala. Hubo relación estadística significativa con el Letramento Funcional en Salud y las variables en el grupo de edad, sexo, años de estúdio, renta, enfermedades crônicas, número de internaciones, uso de medicación no prescrita, recibir informaciones del medio, no recibir información de ningún profesional, utilizar la Internet, vecinos/amigos/parientes, revistas/libros y panfletos como fuentes de información en salud ($p < 0,005$). No hubo relación estadística significativa entre el Letramento Funcional en Salud, hábitos de salud,

enfermedades crónicas y el uso de medicamentos (p> 0,005). Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron la hipertensión, la diabetes, las cardiopatías y la enfermedad del músculo esquelético. Los resultados de este estudio demuestran que tanto el enfermero, como los demás profesionales de la salud, al realizar actividades de educación en salud, deben atentarse para los motivos que pueden llevar a un bajo Letramento Funcional en Salud de personas ancianas, a fin de minimizar los impactos negativos que puedan ser ocasionados por la dificultad en la comprensión de las orientaciones en salud y comprometer la calidad de vida y el envejecimiento activo de esta población.

Palabras clave: Anciano. Alfabetización en Salud. Estrategia de Salud Familiar. Educación en Salud . Utilización de Medicamentos. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....15
2.1 Envelhecimento Populacional, DCNT e uso de medicamentos.....15
2.2 Envelhecimento e Políticas Públicas.....20
2.3 Letramento Funcional em Saúde.....23
3 METODOLOGIA.....31
3.1 Tipo de estudo.....31
3.2 Local de Estudo.....31
3.3 População.....32
3.4 Amostra.....32
3.5 Instrumentos para coleta de dados.....34
3.6 Coleta de dados.....34
3.7 Análise de dados.....34
3.8 Aspectos Éticos 35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....37
4.1 Artigo 1.....38
4.2 Artigo 2.....56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....73
REFERÊNCIAS.....75
APÊNDICE A- Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde.....80
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....82
ANEXO A- Avaliação da acuidade visual.....84
ANEXO B- Avaliação da acuidade auditiva.....85
ANEXO C- Avaliação cognitiva.....86
ANEXO D- Versão traduzida e adaptada do *Short-Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA) 90
ANEXO E- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)....99
ANEXO F- Aprovação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC).....100

1 INTRODUÇÃO

A área de interesse durante a minha trajetória acadêmica foi a saúde do idoso. Fui bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) e pude realizar algumas pesquisas acerca desta temática. Ainda na graduação, fui inserida no Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Realizei meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com os Agentes Comunitários de Saúde, em que questionei a percepção e a conduta diante de casos suspeitos ou confirmados de violência contra a pessoa idosa. Deste então, não hesitei em dar continuidade às pesquisas, no curso de mestrado, tendo como foco a pessoa idosa.

Segundo a Lei 8.842 (BRASIL, 1998) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), é considerado idoso aquele com idade igual ou superior a 60 anos. No entanto, para a Organização das Nações Unidas (ONU) (1982), o ser idoso difere dos países desenvolvidos para os em desenvolvimento, como o Brasil. Nos primeiros, são considerados idosos os seres humanos com 65 anos e mais; nos segundos, são idosos aqueles com 60 anos e mais (BRASIL, 1996).

Há cerca de duas décadas, vem se observando importante mudança no perfil da população idosa brasileira. Há um aumento de pessoas com 80 anos ou mais, se comparado às demais faixas etárias. Nos últimos dez anos, a população de 80 anos ou mais cresceu 47,8%, contrastando com 21,6% na faixa etária de 60 a 69 anos (BRASIL, 2014).

Atrelado ao aumento da população idosa está o crescimento relativo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que afetam em maior prevalência este segmento da população e são responsáveis por elevados índices de óbitos (MOREIRA et al, 2013). Nesse sentido, no ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram por DCNT no mundo (WHO, 2005), enquanto que no Brasil, 72,4% das mortes ocorridas em 2009, foram por estas doenças (DUNCAN et al, 2012). Estes dados demonstram que, embora hajam políticas públicas de saúde vigentes, estas não conseguem minimizar os agravos e óbitos decorrentes das doenças crônicas mais comuns nas pessoas idosas (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

As DCNT mais comuns entre as pessoas idosas são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Estas doenças, juntas, são consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, cardíacas e acidente vascular encefálico, resultando, portanto, em altos custos relacionados aos cuidados da saúde e socioeconômicos (SBC, 2016).

Os determinantes sociais das DCNT, segundo o Ministério da Saúde, são: as desigualdades sociais, diferenças e dificuldades no acesso aos bens, as informações, e aos serviços e a baixa escolaridade. Além disso, traz ainda os fatores de risco modificáveis que são: o tabagismo, o consumo de bebida alcoólica, a inatividade física e a alimentação inadequada (BRASIL, 2011).

Uma realidade comum e crescente na população atendida no âmbito da atenção primária é o uso de múltiplos medicamentos ou polifarmácia, principalmente em pessoas acima de 65 anos. Porém, esta prática se não for segura e apropriada pode trazer prejuízos resultantes de reações adversas e interações medicamentosas (NASCIMENTO et al, 2017).

Considerando os cuidados permanentes que são necessários para pessoas em condições crônicas, como acompanhamento de um profissional de saúde, compreensão das orientações e das prescrições farmacológicas e não-farmacológicas, estas pessoas necessitam de uma abordagem mais adequada e efetiva, utilizando-se de uma linguagem simples e clara quanto às orientações em saúde fornecidas para o correto autocuidado. Portanto, faz-se necessária a avaliação do Letramento Funcional em Saúde (LFS), já que a compreensão de informações de saúde poderá interferir nos desfechos clínicos (CHEHUEN-NETO et al, 2017).

O termo LFS é a capacidade de compreender e interpretar o significado das informações de saúde na forma escrita, falada ou digital. Dependendo do grau de letramento de um indivíduo, o resultado irá interferir na sua condição de saúde, de modo que, pessoas com maior grau de LFS teriam melhor condição de saúde do que àquelas com LFS limitado (ADAMS, 2009).

A realização deste estudo justifica-se pela escassez de pesquisas sobre esta temática no Brasil. Ademais, a partir da avaliação do LFS da pessoa idosa e seus fatores associados, podem-se trazer subsídios para o planejamento do cuidado, tendo em vista os determinantes modificáveis das DCNT.

O presente estudo teve como questões de pesquisa: Como se caracteriza o perfil sociodemográfico, de saúde e o uso de medicamentos das pessoas idosas residentes na comunidade? Qual o grau de Letramento Funcional em Saúde das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da família no município de Rio Grande/RS? Existe associação entre Letramento Funcional em Saúde e as variáveis sociodemográficas, de saúde e o uso de medicamentos?

Assim, os objetivos deste estudo foram: caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde e o uso de medicamentos das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da

família no município de Rio Grande/RS; avaliar o Letramento Funcional em Saúde das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da família no município de Rio Grande/RS; e identificar se há associação entre Letramento Funcional em Saúde e as variáveis sociodemográficas, de saúde e o uso de medicamentos.

Com este estudo, a partir da avaliação do LFS e seus fatores associados, espera-se que seja possível trazer contribuições para os profissionais, em especial para os enfermeiros, realizarem ações de educação em saúde, de modo que estas sejam realmente efetivas e tenham como foco as necessidades das pessoas idosas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é dividido em três subcapítulos: “Envelhecimento Populacional, DCNT e uso de medicamentos” onde são abordadas as transformações nos padrões demográficos brasileiro, o aumento da população em condições crônicas e o uso de medicamentos pelas pessoas idosas. “Envelhecimento e Políticas públicas” são abordados conceitos e definições acerca do envelhecimento e as principais políticas públicas vigentes no país. “Letramento Funcional em Saúde” são abordados conceitos, definições, fatores determinantes e os principais instrumentos utilizados para avaliar o Letramento Funcional em Saúde.

2.1 Envelhecimento e políticas públicas

O envelhecimento é considerado um processo dinâmico e progressivo, em que o indivíduo sofre modificações tanto morfológicas, quanto funcionais, bioquímicas e psicológicas. Esse processo pode ser caracterizado por redução da capacidade funcional, calvície, canície, redução da capacidade de trabalho e resistência, sendo muitas vezes associado a solidão, perdas motoras e afetivas (FREITAS; PY, 2016).

Nesse sentido, embora a velhice seja definida cronologicamente a partir dos 60 anos de idade, no Brasil, também é preciso considerar as idades psicológicas, funcionais e biológicas, uma vez que a idade cronológica não considera fatores como gênero e classe social, embora seja um importante fator indicativo para a avaliação da capacidade funcional. Deste modo, o processo de envelhecimento é determinado por inúmeros fatores e atinge sua maior amplitude na velhice, já a velhice, é consequência do processo do envelhecimento (PAPÁLIA; FELDMAN, 2013 – MOREIRA, 2013).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), envelhecimento é:

> Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003, p. 30).

Há uma grande heterogeneidade entre as pessoas idosas em todos os seus aspectos devido a grande amplitude desse processo que se inicia cronologicamente aos 60 anos, fazendo com que existam questionamentos sobre o conceito de normalidade nesse grupo etário. Essa heterogeneidade pode ser decorrente tanto pela influência de fatores extrínsecos (dieta, sedentarismo e outros), quanto a dificuldade em definir aquelas pessoas idosas que são normais dentro de uma população, para fins de pesquisa ou para a prática diária, por isso, deve-se considerar o envelhecimento normativo. Esse pode ser de dois tipos, primário e

secundário. O primário é aquele considerado universal, presente em todas as pessoas, geneticamente determinado. O segundo é resultante de influências externas que varia de acordo com o indivíduo e o meio em que ele está inserido, decorrente de fatores cronológicos, geográficos e culturais (FREITAS; PY, 2016).

Os estudos sobre envelhecimento o atrelam a dois polos, o primeiro a perspectivas que vinculam a velhice ao declínio, e de outro, a concepções que assumem que o desenvolvimento é possível durante este processo. Em geral, existem perdas físicas e cognitivas próprias da senescência como diminuição do tônus muscular e audição, dificuldades nas capacidades de memória, linguagem e atenção. Porém, nem todas as alterações que um indivíduo idoso pode apresentar devem ser atribuídas ao processo de envelhecimento, uma vez que, algumas características e sintomas de doenças não são percebidas, porque envolvem um comportamento socialmente esperado para a velhice como esquecimentos, apatia, cansaço e até mesmo o isolamento, impedindo assim, a detecção de processos patológicos passíveis de tratamento e/ou cura (SARAIVA; COUTINHO, 2012).

Ademais, é preciso levar em consideração que no Brasil, país de dimensões continentais e atravessado por profundas desigualdades sociais, se envelhece de maneiras diferentes em diferentes condições. Considerando os critérios de gênero, raça e etnia pode-se verificar que a velhice se processa de forma diferente entre homens e mulheres, para brancos, negros e indígenas, tanto em aspectos econômicos e sociais, quanto nas condições de vida (SILVA, 2016).

Assim, é preciso que se pense em mecanismos que eliminem as barreiras de gênero, raciais e sociais que impedem o acesso e tratamento igualitário da população idosa. Não basta simplesmente viver mais, é essencial que a velhice seja desfrutada com qualidade, dignidade e bem-estar a todos (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Nesse sentido, em 19 de outubro de 2006 o Ministério da Saúde considera a necessidade de o setor da saúde dispor de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, sob portaria nº 2.528, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 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 política traz como justificativa o aumento do contingente de idosos, principalmente do sexo feminino, e simultaneamente a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis

que causam limitações e incapacidades. São Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

> a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
> b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
> c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção
> d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
> e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
> f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
> g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
> h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
> i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Promover o envelhecimento ativo, segundo esta legislação é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia da pessoa idosa, sendo reconhecida como meta de toda ação de saúde desde o pré-natal até a velhice. Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem ter conhecimento de que a prevenção de doenças e promoção da saúde seja ela primária, secundária ou terciária, não é direito somente dos jovens, mas da população em geral. O cuidado deverá ser de forma integral e integrada, focando no usuário e assegurando seus direitos, necessidades, preferências e habilidades (BRASIL, 2006).

Além disso, o caderno, intitulado Envelhecimento Ativo: uma política de saúde busca dar informações para a discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo. Este caderno foi desenvolvido pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha e traz como conceito de envelhecimento ativo: "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" (OMS, 2005, p.13). Ademais, menciona-se que a palavra "ativo" se refere a "participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho" (OMS, 2005, p.13).

Em 2015 a OMS publicou o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde em que se define o envelhecimento saudável como "o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada" (p.13), ou seja, a manutenção da habilidade funcional é mais importante, do que a ausência de doenças, para a maioria dos indivíduos. Ademais, o documento recomenda que sejam realizadas profundas mudanças na maneira de formular políticas públicas e prestar serviços de saúde à população

que está envelhecendo. Essas recomendações tiveram como base as mais recentes evidências sobre este processo, e pôde-se observar que, muitas das percepções a respeito dessa questão são baseadas em estereótipos ultrapassados. Nesse sentido, esse relatório destaca a necessidade de que haja mudanças nas percepções de saúde e envelhecimento, de modo que não exista uma pessoa "tipicamente" velha e que a idade avançada não implique, necessariamente, em dependência (OMS, 2015).

O envelhecimento, ao contrário do que se pensa, não é sinônimo de adoecimento, mas pode estar associado a um bom nível de saúde (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016). Porém, as representações da velhice são diversas e muitas vezes estão relacionadas ao sofrimento e a dependência, de modo que se faz necessário construções e reconstruções do que está naturalizado e o que é contextualizado na sociedade, a fim de que a velhice possa ser vista como uma fase almejada e digna de ser vivida (DIAS; PAÚL; WATANABE, 2014).

No entanto, é fundamental que se invista em ações de prevenção ao longo da vida, a fim de manter os idosos ativos e independentes, social e economicamente. Para isso, o Brasil precisa inovar e tomar por base experiências de outros países que já vivenciaram essa questão, reconhecendo características e especificidades dessa população, garantindo, assim, uma atenção integral que contemple todos os níveis do cuidado, numa perspectiva mais abrangente, incluindo todos os fatores envolvidos no perfil de saúde dos idosos (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

Desse modo, embora o país venha experimentando mudanças geográficas importantes, as desigualdades de renda e os elevados índices de desemprego persistem entre os idosos brasileiros, resultando em precárias condições de vida de expressiva parcela desta população. Torna-se evidente a associação entre a estrutura socioeconômica e o estado de saúde das pessoas idosas, uma vez que fatores como baixa renda, moradia precária, insegurança alimentar e medicamentosa podem afetar negativamente sua saúde, tornando-se a causa de morbidade prematura e mortalidade por condições crônicas. Além disso, a educação deficitária da população idosa poderá representar um desafio para as ações de educação em saúde, requerendo estratégias criativas a fim de que ocorram mudanças de comportamentos e estilo de vida, minimizando, assim, a ocorrência de DCNT e suas possíveis complicações (GEIB, 2012).

O relatório "Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio" traz como ações prioritárias para maximizar as oportunidades de populações em envelhecimento: reconhecer que o envelhecimento populacional é inevitável, por isso é necessário o preparo adequado de governos, sociedade civil, setor privado, comunidades e família; garantir segurança, acesso

aos serviços de saúde, assistência social e renda mínima; apoiar comunidades e família para que seja garantido o cuidado a longo prazo de idosos fragilizados; investir nos jovens de hoje na adoção de hábitos saudáveis, assegurando oportunidades de emprego e educação; apoiar o desenvolvimento de pesquisas sobre o envelhecimento em âmbito nacional e internacional; levar em consideração as necessidades especificas quanto ao gênero; incluir o envelhecimento e as necessidades desta população em políticas e programas de desenvolvimento nacional; desenvolver uma nova cultura de envelhecimento que não seja baseada em paradigmas, contestando a discriminação por idade e reconhecendo os idosos como indivíduos autônomos (UNFPA, 2012).

Nesse sentido, o envelhecimento ativo centra-se em otimizar as oportunidades de saúde, tanto na participação de questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, quanto de segurança. Com isso, espera-se que por meio da utilização de estratégias de promoção do envelhecimento saudável, ancoradas na educação em saúde, haja uma melhora na qualidade de vida dos idosos e aumente, assim, sua expectativa de vida (OMS, 2005).

Dentro da atenção primária, principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde no Brasil, as atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas nas consultas de enfermagem ou médica, em grupos educativos ou em sala de espera (BRASIL, 2011). A educação em saúde é uma estratégia fundamental nos serviços de saúde, por meio dela se proporciona informações, potencializam-se discussões e reflexões para a manutenção da saúde a fim de sensibilizar a população no processo de autocuidado (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011).

Nesse âmbito, o enfermeiro da ESF é um dos profissionais que mais realiza atividades de educação em saúde para promover a saúde das pessoas (ACIOLI et al, 2014). Durante a consulta de enfermagem, que é uma atividade exclusiva do enfermeiro, ele pode utilizar de componentes do método científico para identificar situações de saúde e doença e contribuir para a promoção e recuperação da saúde do indivíduo e prevenção de doenças, visando estabelecer um plano assistencial programado com objetivo definido (COFEN RESOLUÇÃO 0464/2014).

É realizado também na atenção primária, o trabalho de grupos em que há o aprimoramento de todos os envolvidos. O objetivo dos grupos é melhorar o autocuidado e auxiliar os usuários a adotar comportamentos mais saudáveis, além de permitir uma troca de experiências dentro do grupo (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Já a sala de espera tem o intuito de garantir um cuidado humanizado, aproximando a comunidade dos serviços de saúde. É por meio dela que os profissionais de saúde, com ênfase

no enfermeiro, têm oportunidade de desenvolver atividades que auxiliam na prevenção de doenças e na promoção de saúde, além de proporcionar um melhor atendimento e garantir acolhimento dos usuários (RODRIGUES et al, 2009).

A visita domiciliar é uma atribuição dos profissionais das Equipes de Saúde da Família que visa a prevenção de doenças, promoção tratamento e reabilitação da saúde em um espaço fora da unidade de saúde, possibilitando também conhecer o ambiente familiar do usuário (MACHADO, 2010).

Para realizar atividades de educação em saúde que sejam significativas para as pessoas é importante que os profissionais saibam o grau de LFS das mesmas. Assim, poderão planejar atividades que impactem nas vidas dessas pessoas.

2.2 Envelhecimento Populacional, DCNT e uso de medicamentos

Apresentando implicações importantes para todos os domínios da sociedade, o envelhecimento populacional é uma das principais tendências do século XXI. Uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, sendo estimado que em 2050 esse número cresça para uma em cada cinco pessoas. Esse aumento na longevidade se deve as melhoras na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico (UNFPA, 2012).

No Brasil, a partir dos anos 1940 notou-se, de forma tímida, uma transformação no padrão demográfico até então vigente. Esse quadro se acentuou a partir de 1960, com quedas expressivas nos níveis de fecundidade. Essa transformação se constitui como uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade brasileira, em que se verifica reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, implicando no crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente ao aumento da população em idade ativa e da população idosa (SIMÕES, 2016).

Alguns fatores contribuíram para essa transformação no padrão demográfico brasileiro. Dentre eles, cabe citar a urbanização e o uso de métodos anticonceptivos, sendo este considerado um dos principais determinantes da forte queda da fecundidade no período posterior a 1980. Ademais, a educação também contribuiu para essa transformação, uma vez que, ao influenciar no comportamento da mãe que opta pela postergação de filhos em um padrão de família pequena, resultou em uma redução contínua do número de nascimentos, refletindo assim nas estruturas da distribuição etária da população (SIMÕES, 2016).

No Brasil, as alterações na estrutura populacional ocorreram muito rapidamente. Nesse sentido, acabaram gerando uma série de alterações na sociedade contemporânea, de modo que

houve transformações nos setores sociais, econômicos, urbanos, industriais e familiares (MELO; TEIXEIRA; SILVEIRA, 2017).

Associado ao avanço mundial da transição demográfica e epidemiológica, resultado do envelhecimento populacional, evidencia-se o aumento da prevalência, bem como da manutenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população. Porém não surgiram, ao mesmo tempo, políticas públicas que realmente fossem efetivas, integradas e baseadas em evidências para a prevenção, controle e seus fatores de risco, fortalecendo assim, os serviços de saúde voltados para essa problemática (MOREIRA et al, 2013).

Para tentar corrigir a situação supracitada, o Ministério da Saúde tornou prioridade na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) a implementação de uma política para prevenção de enfermidade e promoção da saúde para as doenças crônicas mais prevalentes na velhice, e elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Esse documento tem como objetivo preparar o Brasil, em dez anos, para enfrentar e deter as DCNT como: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão, câncer e diabetes, uma vez que correspondem a 70% das causas de mortes no país (BRASIL, 2011). Essas DCNT também podem causar perda da qualidade de vida e limitações nas atividades de lazer e trabalho (IBGE, 2014).

Em um estudo realizado com pessoas idosas de um município do Rio Grande do Sul, as doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão, hipercolesterolemia ou triglicerídeos elevados e diabetes (FOCCHESATTO; ROCKETT; PERRY, 2015). E, em um estudo realizado com 114 idosos, em um município de São Paulo as doenças mais prevalentes foram as cardiovasculares, sendo a hipertensão a mais referida e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas com o predomínio do diabetes (STEFANO et al, 2017).

Com o aumento da expectativa de vida, e consequentemente das DCNT há uma alteração na perspectiva do uso de diversos fármacos no cuidado em saúde. Desta maneira, a polifarmácia que é definida como o uso de múltiplos medicamentos concomitantemente, já é uma realidade comum e crescente na prática clínica, principalmente em pessoas com 65 anos ou mais, e pode estar relacionada ao uso exacerbado ou inapropriado de medicações (NASCIMENTO et al, 2017).

Quanto ao número de medicamentos utilizados pelas pessoas idosas, um estudo realizado em um município de médio porte do Estado de São Paulo identificou uma média de 5,8 medicamentos por idoso, sendo as classes mais utilizadas para o aparelho cardiovascular e sistema digestivo e os principais problemas de saúde referidos a hipertensão arterial, o reumatismo/artrose, a dislipidemia e o diabetes (MUNIZ et al, 2017).

Em um estudo realizado em Ijuí-RS, que buscou identificar os medicamentos utilizados pelos idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde, verificou-se que os medicamentos mais prescritos atuavam no sistema cardiovascular - enalapril (30,54%) e hidroclorotiazida (28,90%), seguidos pelos que atuam no aparelho digestivo e metabolismo, e no sangue e órgãos hematopoiéticos. Além disso, dentre os medicamentos prescritos (n=87), foram identificados 16,09% de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para 62 idosos, aumentando assim o risco de interações medicamentosas que podem resultar no comprometimento da segurança e a qualidade de vida desta população (RIBAS; OLIVEIRA, 2014).

Ainda, os MPI para idosos se caracterizam por dobrar as chances de reações adversas que podem ser incapacitantes, causar depressão, constipação, quedas e fraturas, imobilidade, confusão mental, ou até mesmo levar ao óbito. Os critérios mais utilizados para avaliar a qualidade da utilização de medicamentos entre os idosos são os de Beers (2012). Segundo esses critérios, os MPI são divididos em: medicamentos ou classes de medicamentos que são potencialmente inapropriados para as pessoas mais idosas; medicamentos que são potencialmente inapropriados para indivíduos idosos portadores de determinadas doenças comuns no envelhecimento, pois podem agravá-las; e medicamentos que não são definidos como inapropriados como os demais, mas devem ser empregados com extrema cautela em idosos.

Pesquisa realizada no município de São Paulo-SP verificou a presença de prescrição de medicamentos inapropriados em um grupo de pessoas idosas vinculados a um plano de saúde privado observou-se que, de um total de 8760 medicamentos, 33,4% foram considerados inapropriados para os idosos. Essa questão, somada as características próprias desta população, tornam-nas propícias ao aparecimento de iatrogenias. Levando em conta que as DCNT acometem inúmeros idosos, de modo que, torna necessário o uso de vários medicamentos (polifarmácia) e o prolongamento do tratamento, é indispensável o uso adequado e com cautela desses fármacos a fim de evitar ou minimizar os seus riscos, garantindo assim um tratamento efetivo (MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015).

Neste sentido, há também o consumo de medicamentos sem a prescrição de um profissional habilitado (automedicação), apesar de ser uma um risco para a saúde, é uma prática comum entre os idosos. Segundo um estudo realizado em São Luiz-MA, os medicamentos mais utilizados são os analgésicos, devido as farmácias domiciliares, as condições de saúde dessa população e por serem medicamentos de fácil acesso. Porém, essa

prática deve ser realizada com cautela e orientação de um profissional especializado para que não haja prejuízos à saúde (MONTEIRO; AZEVEDO; BELFORT, 2014).

As alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento tornam as pessoas idosas potencialmente expostas aos efeitos adversos resultantes das modificações a farmacocinética e a farmacodinâmica de vários medicamentos. Além disso, o uso irracional de medicamentos caracterizado pelas interações medicamentosas, polifarmácia e a automedicação é associado a elevada incidência de reações adversas a medicamentos, hospitalizações e até ao óbito (MANSO; BIFFI; GERARDI, 2015). Semelhantemente, em um estudo realizado em Los Angeles, a média de medicamentos por idoso foi de 5,7. Conforme a pesquisa, mais de 56% dos participantes não sabiam o objetivo de pelo menos um dos medicamentos que faziam uso, e 35% admitiram que havia deixado de tomar pelo menos um dos seus medicamentos nos últimos três dias. Logo, os resultados demonstraram que aqueles com maior nível de conhecimento sobre o propósito terapêutico e o regime de dosagem estavam mais propensos a aderir as medicações (BAZARGAN et al, 2017).

2.3 Letramento Funcional em Saúde

O termo letramento em saúde é a capacidade de compreender e interpretar o significado das informações de saúde na forma escrita, falada ou digital de modo que dependendo do grau de letramento de um indivíduo, isso irá interferir na condição de saúde do mesmo (ADAMS, 2009). Seu descritor teve origem na língua inglesa, *health literacy*, e por volta dos anos 1940 foi traduzido para a língua portuguesa como Alfabetização em Saúde (CARTHERY-GOULAR; MIALHE, 2012).

Ainda não há um consenso sobre a definição de LFS, as mais utilizadas são as da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *Institute of Medicine (IOM)*. A OMS define como: "competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para ter acesso, entender e usar informações de forma a promover e manter uma boa saúde" (WHO, 1998, p. 10). Para o IOM, letramento em saúde é "o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde" (IOM, 2004, p. 32).

Ainda, YOST et al (2009) define como "o grau em que os indivíduos têm a capacidade de ler e compreender materiais impressos relacionados à saúde, identificar e interpretar informações apresentadas em formato gráfico (tabelas, gráficos e tabelas) e realizar operações aritméticas para tomar decisões apropriadas de saúde e cuidados", e MANCUSO (2008) como

“um processo que evolui ao longo da vida e engloba os atributos de capacidade, compreensão e comunicação. Os atributos do letramento em saúde são integrados e precedidos pelas estratégias e habilidades embutidas nas competências necessárias para alcançar a alfabetização em saúde”.

No modelo de Sorensen et al (2012), que buscou identificar uma definição integrada para o LFS, agruparam-se fatores detectados a partir da análise de 17 conceitos diferentes, sendo o LFS definido como:

> Motivações, conhecimento e habilidades das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde na tomada de decisões sobre cuidados e cuidados com a saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter e melhorar a qualidade de vida em todo o mundo. (SORENSEN et al, 2012).

Esta definição engloba a perspectiva da saúde pública e ao substituir os três domínios da saúde “saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde" por "estar doente, estar em risco e permanecer saudável" acomoda facilmente uma abordagem individual. Além disso, essa definição resultou em um modelo conceitual integrado (Figura 1) que capta as principais dimensões dos modelos conceituais existentes e são representadas as variáveis que repercutem no LFS de maneira proximal ou distal e os caminhos que irão ligar o LFS aos resultados de saúde (SORENSEN et al, 2012).

Figura 1 – Modelo conceitual integrado do LFS e suas variáveis

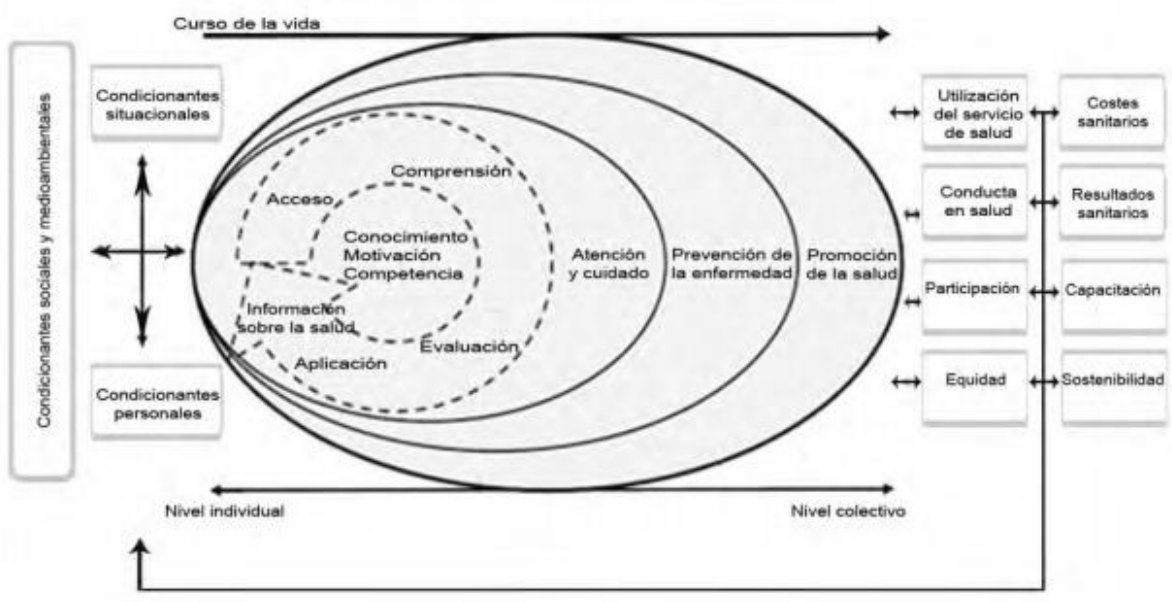


Figura 1: *Modelo de Alfabetización en salud según el European Health Literacy Survey (Sørensen, 2011)*

No núcleo do modelo estão as competências relacionadas ao acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações relacionadas à saúde. O acesso refere-se à capacidade de buscar e obter informações sobre saúde; a compreensão corresponde a capacidade de entender a informação de saúde que é acessada; a avaliação descreve a capacidade de interpretar, filtrar e julgar as informações de saúde que foram acessadas; e a aplicação à capacidade de comunicar e usar as informações para tomar uma decisão de manter e melhorar a saúde. Essas competências representam uma dimensão crucial do LFS além de requererem habilidades cognitivas específicas e depender da qualidade das informações fornecidas (SORENSEN et al, 2012).

O termo alfabetização é mais conhecido e utilizado do que o letramento. A diferença entre alfabetização e letramento consiste em que a alfabetização está ligada à aquisição de habilidades tanto de leitura quando de escrita. Já o letramento vai além dessas, engloba a apropriação, o uso e desenvolvimento dessas habilidades ao longo da vida (PASSAMAI *et al*, 2013). O letramento é um processo em que se faz uso efetivo da tecnologia da escrita, ou seja, implica na competência de ler e de escrever para atingir diversos objetivos, tais como interagir com os outros, ampliar os conhecimentos, se informar, produzir e interpretar diferentes gêneros textuais, entre outros (SOUZA FILHO; MASSI; RIBAS, 2014).

O grau de alfabetização em saúde depende de inúmeros fatores que geralmente estão inter-relacionados, de modo que estes não são exclusivamente dependentes de características, capacidades e habilidades do indivíduo, mas também do seu contexto cultural e social. São fatores condicionantes que interferem na alfabetização em saúde: sexo, idade, grupo étnico, capacidade física, habilidades cognitivas, nível socioeconômico, idade, crenças, experiência de doenças, integração ou exclusão social, experiência de uso do sistema, motivação a aquisição de conhecimento (BASAGOITI, 2012).

Esses fatores podem ser distinguidos em condições pessoais, quando dependem de características intrínsecas de cada indivíduo, ou situacionais se dependerem de circunstâncias que essa pessoa desenvolve em sua vida. Além disso, dependendo do fator este pode permanecer inalterado ou variar ao longo do tempo, caracterizando-se como estável ou dinâmico. E, finalmente, dependendo de um condicionador, podem ser modificáveis ou não-modificáveis como mostra o quadro 1 (BASAGOITI, 2012).

Quadro 1 – Fatores determinantes do LFS

	Fator	**Estável/Dinâmico**	**Modificável/Não-modificável**

Fatores condicionantes pessoais	Sexo	Estável	Não-modificável
	Idade	Dinâmico	Não-modificável
	Grupo Étnico	Estável	Não-modificável
	Capacidades físicas	Dinâmico	Modificável
	Capacidades cognitivas	Dinâmico	Modificável
	Ideias e crenças	Dinâmico	Não-modificável
Fatores condicionantes situacionais	Nível socioeconômico	Dinâmico	Modificável
	Experiência de doenças	Dinâmico	Modificável
	Experiência de uso do sistema	Dinâmico	Modificável
	Conhecimentos e habilidades adquiridas	Dinâmico	Modificável
	Integração X Exclusão social	Dinâmico	Modificável
	Motivação	Dinâmico	Modificável

Fonte: BASAGOITI (2012).

Níveis baixos de LFS podem afetar a saúde e o bem-estar das pessoas idosas, de modo que diminui a sua capacidade de autogestão para o cuidado (GEBOERS et al, 2016). Da mesma maneira que, a falta de conhecimentos e habilidades relacionadas à saúde podem ser consideradas como uma barreira para a adoção de comportamentos saudáveis e na prevenção ou gerenciamento de doenças agudas e crônicas (CHESSER et al, 2016).

Outrossim, os resultados ainda apontam que o LFS inadequado impacta na maneira de gestão em saúde, principalmente dos indivíduos idosos que possuem doenças crônicas, em sua compreensão da terapêutica medicamentosa como horários e dosagens. Esses resultados demonstram a necessidade de serem repensadas novas estratégias de educação e informação em saúde, a fim de empoderar tanto os idosos, quanto a família e a comunidade para um melhor controle da própria saúde (SANTOS et al, 2015).

Em um estudo realizado no Irã, houve uma relação significativa entre o nível de LFS e a adoção de comportamentos saudáveis como realizar atividade física e o consumo de frutas

regularmente, entre os idosos. A não adoção desses comportamentos podem gerar importante impacto sobre a saúde e a qualidade de vida desses idosos, além de aumentarem os custos com a assistência em saúde (REISI et al, 2014).

Além disso, há indícios de relação entre o LFS e aspectos sociodemográficos de renda, gênero e escolaridade (ROCHA; LEMOS, 2016) Portanto, é preocupante a influência que o nível de escolaridade exerce sobre o LFS, uma vez que, no Brasil a taxa de analfabetismo é elevada e a média de anos de estudo muito baixa, caracterizando um déficit educacional (IBGE, 2015).

No entanto, um estudo realizado em Curitiba-PR demonstrou que independente do nível de escolaridade dos idosos há uma utilização restrita das práticas relacionadas a linguagem escrita, uma vez que, tanto aqueles que possuíam formação superior, quanto os que não possuíam, tiveram dificuldades em interpretar informações simples de textos. Desta maneira, fica claro que o grau de escolaridade não garante o processo de letramento (SOUZA FILHO; MASSI; RIBAS, 2014).

Já um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que o LFS inadequado está relacionado a menor satisfação do paciente com os serviços de saúde e a maior utilização e gastos com a assistência médica. Além disso, também está associado aos idosos em pior estado de saúde, comprometendo ainda mais a condição em que se encontram (MACLEOD et al, 2017).

A avaliação do LFS é de suma importância e consegue ser facilmente implementada em contextos clínicos, podendo ser utilizada para orientar no tratamento medicamentoso. Indivíduos com baixo LFS conseguem se beneficiar de uma explicação mais detalhada do uso de medicamentos, compreender sobre os objetivos terapêuticos e possíveis danos que poderão causar a sua saúde. Desse modo, essa avaliação fornecerá subsídios para uma abordagem alternativa, centrada no paciente, visando reduzir os danos relacionados à medicação em idosos (PAREKH et al, 2018).

A Agência de Pesquisa e Qualidade em Assistência à Saúde dos Estados Unidos desenvolveu um Kit de ferramentas de precauções universais de alfabetização em saúde (AHRQ). Esse kit traz que é preciso partir do pressuposto de que todos os pacientes podem ter dificuldade em compreender as informações em saúde, por isso devem-se adotar precauções que visem simplificar a comunicação e se certificar que elas foram compreendidas, capacitar os indivíduos para que sejam capazes de gerir seu tratamento e suas condições de saúde (BREGA et al, 2015).

Tão importante quanto o LFS é o profissional da saúde, em especial o enfermeiro, adotar uma linguagem simples e clara, uma vez que as deficiências relacionadas à idade - diminuição da acuidade auditiva e visual - podem causar dificuldades na comunicação, resultando em baixo-autoestima, reclusão, frustração e isolamento social (OMS, 2005). Deve-se, portanto, aperfeiçoar a comunicação, estreitar o vínculo e a relação entre profissional e usuário, de modo que, as atividades de educação em saúde sejam mais efetivas, significantes e que realmente impactem na vida dessas pessoas.

Os instrumentos para avaliar o LFS são divididos em gerais e específicos. Os instrumentos gerais podem ser classificados como 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; 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 medidas diretas do letramento em saúde, ou seja, das habilidades das pessoas em compreender, acessar, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde. Estas são o campo em maior crescimento (KICKBUSCH et al, 2013). Já os instrumentos específicos são elaborados com maior detalhamento e enfoque para cada condição de saúde que se pretenda analisar, a fim de se mensurar a capacidade dos pacientes em lidar com os distúrbios patológicos, bem como suas alterações (BAKER, 2006).

A partir da avaliação do LFS os indivíduos podem ser classificados como:

> LFS básico / funcional - habilidades básicas suficientes em leitura e escrita para poder funcionar efetivamente em situações cotidianas;
> LFS comunicativo / interativo - habilidades cognitivas e de LFS mais avançadas que, juntamente com habilidades sociais, podem ser usadas para participar ativamente de atividades cotidianas, extrair informações e obter significados de diferentes formas de comunicação e aplicar novas informações a mudanças de circunstâncias;
> LFS crítico - habilidades cognitivas mais avançadas que, juntamente com habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar criticamente as informações e usar essas informações para exercer maior controle sobre eventos e situações da vida (NUTBEAM, 2000, p.263).

Os estudos sobre essa temática ainda são escassos no Brasil, sendo compreendida a área de maior produção científica nos Estados Unidos e países europeus. Em um estudo que buscou identificar os instrumentos para avaliação do letramento em saúde obteve como resultado a predominância de testes de triagem clínica TOFHLA e REALM. A possível justificativa para a maioria dos estudos utilizarem estes instrumentos se deve por serem

rápidos, adaptáveis a diferentes contextos clínicos e disponíveis em diversos idiomas (MARQUES; LEMOS, 2017).

Para avaliar o LFS da pessoa idosa e com isso trazer subsídios para o planejamento do cuidado a esta população, pode-se utilizar o instrumento *Health Literacy*, que é composto por questões abertas e fechadas que abordam: o significado do envelhecimento saudável; a auto percepção de saúde; a satisfação e confiança nas informações obtidas; a utilidade e entendimento das informações; a coerência das informações recebidas; as pessoas com quem o idoso dividiu, o que aprendeu e impacto dessas informações em saúde na sua vida (PASKULIN et al, 2011).

O instrumento *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), validado em espanhol, inglês e português, foi desenvolvido para adultos e consiste no reconhecimento de palavras e termos comuns em um ambiente médico. O paciente lê em voz alta uma lista de 66 termos, organizados em ordem crescente de dificuldade. As palavras são organizadas em colunas contendo termos de uma ou duas silabas e de três ou mais sílabas, cada palavra pronunciada corretamente vale um ponto e o tempo para aplicação do instrumento é de 2 a 3 minutos. A pontuação varia de 0 a 66 e identifica o LFS como inadequado (0-44 acertos), limitado (45-60 acertos) e adequado (61-66) (DAVIS et al, 1993).

O *Newest Vital Sign* (NVS) é um instrumento rápido que se aplica em três minutos. A avaliação do LFS é dada através da realização de leitura de um rótulo de sorvete e aplicação de seis perguntas. Cada questão realizada equivale a um ponto, sendo os escores obtidos no teste classificados em: 0 a 1 alta probabilidade de letramento limitado; 2 a 3 possibilidade de letramento limitado e 4 a 6 letramento adequado (WEISS et al, 2005).

O instrumento TOFHLA (*Test of functional health literacy in adults*) foi publicado pela primeira vez em 1995 (PARKER et al, 1995) e é um dos testes mais utilizados para avaliar o LFS. O TOFHLA é formado por dois subtestes, um composto por 17 itens que mede a habilidade numérica e outro com 50 itens que avalia a compreensão de leitura. Já o S-TOFHLA (*Short test of functional health literacy in adults*) é composto por 36 ítens de compreensão de leitura. E a versão breve B-TOFLA (*Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*) é integrado pelos mesmos 36 itens do S-TOFHLA e por mais quatro itens de habilidade numérica. O tempo para aplicar esses instrumentos é de até 22 minutos para a versão longa, 7 minutos para a versão curta e 12 minutos para a versão breve. Para a competência em numeramento é requisitado que o entrevistado tenha a compreensão sobre o uso de medicamentos, a monitoração da glicose sanguínea e a data da consulta clínica. Para a compreensão de leitura há uma lacuna na quinta ou sétima palavra da frase que deverá ser

preenchida com a melhor opção, dentre uma lista de quatro palavras, que contemple o sentido da frase. De acordo com a pontuação do indivíduo ele é classifico em três níveis de letramento: inadequado (0-53); limitado (54-66) e adequado (67-100) (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

3 METODOLOGIA

Estudo que integra o macroprojeto intitulado "Relação entre letramento funcional em saúde, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família". Neste projeto será abordado o LFS e seus fatores associados em pessoas idosas cadastradas na ESF.

3.1 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 adequados a 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 coletas 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).

3.2 Local do Estudo

Dentre as 39 equipes da ESF de Rio Grande/RS, o macroprojeto foi realizado em 10 unidades, totalizando 17 equipes, que formam a zona oeste do município. Essa 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); Programa de Prevenção à Violência (PPV) (uma equipe de saúde da família); Centro de Atenção Integral a Criança (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).

3.3 População

A população selecionada para o estudo foi formada por idosos adscritos nas ESF acima citadas. Foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão dos participantes para o macroprojeto: idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da USF; fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias antes do dia da entrevista e gerir seu próprio regime terapêutico medicamentoso, para a avaliação da adesão à medicação; 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 para o 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 dos idosos para o uso regular dos medicamentos prescritos visando à recuperação do procedimento cirúrgico.

3.4 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 ser assistida 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, e um percentual de idosos de 13,89%. (IBGE, 2010). O cálculo da população de idosos estimada 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, 2010b). A partir da população das 17 equipes incluídas na pesquisa (68.000), foi calculada a porcentagem de idosos (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):

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

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 à 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.

3.5 Instrumento para coleta de dados

Para este estudo, foi realizada a aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde elaborado para a macropesquisa, com o objetivo de caracterizar os participantes (APÊNDICE A).

Optou-se, neste estudo, por utilizar a versão breve do TOFHLA (ANEXO D) por ser um instrumento que não verifica somente a compreensão de leitura, mas também a competência em numeramento.

3.6 Coleta de dados

Foi realizado um teste piloto com cinco pessoas idosas fora da área de cobertura da ESF. O tempo médio de aplicação dos instrumentos foi de 20 minutos e não houve necessidade de alterações nos instrumentos e os dados obtidos não foram utilizados.

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

Os idosos foram recrutados nas ESFs nas quais realizou-se contato prévio com os responsáveis pelas mesmas e verificação de disponibilidade para realização da coleta. Os idosos de cada microárea foram selecionados de forma aleatória e para isso foi utilizado o cadastro de idosos de cada Agente Comunitário de Saúde (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 dos idosos.

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

3.7 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.

Para análise quantitativa foi elaborado um banco de dados por meio da digitalização dos

resultados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (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, mínimo e máximo) para variáveis numéricas; uma análise estatística inferencial, onde foi utilizado o teste ANOVA para verificar a diferença de média da variável LFS para as variáveis categóricas. Para verificar a associação entre o LFS (adequado, marginal e inadequado) e demais variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. A correlação entre a pontuação do LFS e as variáveis idade e anos de estudo foi analisada por meio de Coeficiente de Correlação de Pearson.

Uma regressão linear múltipla foi realizada para predizer o LFS considerando as variáveis: idade, anos de estudo, uso de medicamento não prescrito, receber informações de outras pessoas, receber informações de nenhum, ter alguma internação hospitalar no último ano, utilizar a internet ou a Unidade de Saúde como fonte de informação, possuir alguma doença crônica, ter filhos, ter diabetes, estado marital, cor/raça e pontuação na escala Lawton e Brody. Em todos os testes foi considerado como estatisticamente significante o valor de $p<0,05$.

3.8 Aspectos éticos

O macroprojeto foi cadastrado no site da Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESP), sob o número 607 e cadastrado na Plataforma Brasil, e posteriormente 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, o 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 E) 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 F).

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 coordenadora/pesquisadora do projeto.

O material originado da coleta de dados ficou 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 responsabiliza por todos os procedimentos envolvidos na pesquisa.

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

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os dois artigos derivados da pesquisa que foi realizada. O primeiro, intitulado “Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas na Estratégia de Saúde da Família” será encaminhado para a revista Texto e Contexto Enfermagem, periódico classificado com Qualis A2 na classificação de periódicos da CAPES, área da Enfermagem (normas disponíveis em: http://www.scielo.br/revistas/tce/iinstruc.htm).

O segundo, intitulado “Doenças crônicas, uso de medicamentos e letramento funcional em saúde de pessoas idosas na estratégia de saúde da família” será encaminhado para a revista Cogitare, periódico classificado com Qualis B1 na classificação de periódicos da CAPES, área da Enfermagem (normas disponíveis em: http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/diretrizes-autores/).

4.1 Artigo 1

Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas na Estratégia de Saúde da Família

Resumo

Objetivos: verificar o Letramento Funcional em Saúde das pessoas idosas atendidas em Estratégia de Saúde da família e identificar se há associação desse com as variáveis sociodemográficas, características de saúde e meio de obtenção de informação em saúde. **Método:** estudo quantitativo transversal, exploratório-descritivo realizado com 350 pessoas idosas em 10 unidades da Estratégia de Saúde da Família do município de Rio Grande-RS. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento de caracterização sociodemográfica e de saúde e outro de avaliação de Letramento Funcional em Saúde e a análise dos dados contou com estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** A pontuação média de Letramento Funcional em Saúde foi de 51,9 (DP±22,2), caracterizando-se como inadequado. Houve relação estatística significativa com o Letramento Funcional em Saúde para as variáveis faixa-etária, sexo, anos de estudo, renda, doenças crônicas, número de internações, uso de medicação não prescrita, receber informação do médico, não receber informação de nenhum profissional, utilizar a internet, vizinhos/amigos/parentes, revistas/livros e panfletos como fontes de informação em saúde. **Conclusão:** É necessária uma maior atenção e engajamento tanto do enfermeiro, quanto dos demais profissionais da saúde com esta temática, visto que, baixas pontuações no Letramento Funcional em Saúde podem comprometer o entendimento, utilização das informações e orientações em saúde das pessoas idosas, e refletir no autocuidado e na condição de saúde destes indivíduos.

Descritores: Idoso. Alfabetização em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O termo letramento em saúde significa a capacidade de compreender e interpretar as informações de saúde na forma escrita, falada ou digital de modo que dependendo do grau de letramento de um indivíduo, isso irá interferir na condição de saúde do mesmo.[1] Seu descritor teve origem na língua inglesa, *health literacy*, e por volta dos anos 1940 foi traduzido para a língua portuguesa como Alfabetização em Saúde.[2]

O termo alfabetização é mais conhecido e utilizado do que o letramento. A diferença entre alfabetização e letramento consiste em que a alfabetização está ligada à aquisição de habilidades tanto de leitura quando de escrita. Já o letramento vai além dessas, engloba a apropriação, o uso e desenvolvimento dessas habilidades ao longo da vida.[3] O letramento é um processo em que se faz uso efetivo da tecnologia da escrita, ou seja, implica na competência de ler e de escrever para atingir diversos objetivos, tais como interagir com os outros, ampliar os conhecimentos, se informar, produzir e interpretar diferentes gêneros textuais, entre outros.[4]

Em estudo realizado com 302 pessoas húngaras evidenciou que 8% tinham níveis de Letramento Funcional em Saúde (LFS) inadequados, 6% marginais e 86% adequados.[5] Já em um estudo realizado com 529 pessoas idosas americanas, 48,2% tinham LFS marginal ou inadequado.[6]

O grau de letramento em saúde depende de inúmeros fatores que geralmente estão inter-relacionados, de modo que estes não são exclusivamente dependentes de características, capacidades e habilidades do indivíduo, mas também do seu contexto cultural e social. São fatores condicionantes que interferem no letramento em saúde: sexo, idade, grupo étnico, capacidade física, habilidades cognitivas, nível socioeconômico, idade, crenças, experiência de doenças, integração ou exclusão social, experiência de uso do sistema, motivação a aquisição de conhecimento.[7]

O LFS inadequado impacta na maneira de gestão em saúde, principalmente das pessoas idosas que possuem doenças crônicas, em sua compreensão da terapêutica medicamentosa como horários e dosagens. Esses resultados demonstram a necessidade de serem repensadas novas estratégias de educação e informação em saúde, a fim de empoderar tanto as pessoas idosas, quanto a família e a comunidade para um melhor controle da própria saúde.[8]

Em um estudo realizado no Irã, houve uma relação significativa entre o nível de LFS e a adoção de comportamentos saudáveis como realizar atividade física e o consumo de frutas regularmente, entre os idosos. A não adoção desses comportamentos pode gerar importante impacto sobre a saúde e a qualidade de vida desses idosos, além de aumentar os custos com a assistência em saúde.[9] Além disso, há indícios de relação entre o LFS e aspectos sociodemográficos de renda, gênero e escolaridade.[10]

Nesse contexto, é essencial conhecer o nível de LFS das pessoas idosas e a relação existente entre o LFS e aspectos sociodemográficos, de saúde e o uso de medicamentos, especialmente na Atenção Primária à Saúde, principal porta de entrada do Sistema Único de

Saúde no Brasil. Deste modo, caso haja relação entre as variáveis, o enfermeiro e demais profissionais da saúde poderão realizar intervenções que sejam significativas para esta população.

Tendo em vista também que existem poucos estudos sobre o grau de LFS e seus fatores associados com pessoas idosas tanto a nível internacional como no Brasil tem-se como questão de pesquisa deste estudo: Qual o LFS das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da família no município de Rio Grande/RS? Existe associação entre LFS e as variáveis sociodemográficas, características de saúde e meio de obtenção de informação em saúde?

Assim, os objetivos deste estudo foram: verificar o LFS das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da família no município de Rio Grande/RS; e identificar se há associação entre LFS Saúde e as variáveis sociodemográficas, características de saúde e meio de obtenção de informação em saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa do tipo transversal realizado em 10 unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Rio Grande/RS, totalizando 17 equipes que formam a zona oeste do município. A coleta de dados ocorreu de julho a dezembro de 2017.

A população selecionada para o estudo foi formada por pessoas idosas adscritas nas ESF do município. Foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão dos participantes: idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da USF; fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias antes do dia da entrevista e gerir seu próprio regime terapêutico medicamentoso; 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). 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 pontos.[11]

Os critérios de exclusão para o macroprojeto 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 devido às características específicas desses tratamentos.

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 ser assistida por equipe de ESF que é de 4.000 pessoas[12]. 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. O cálculo da população de pessoas idosas estimada para a área de abrangência do estudo foi realizado tendo por base o percentual dessas pessoas na cidade de Rio Grande/RS, que de acordo com o último censo demográfico realizado é de 13,89%[13]. 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.[14]

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 à 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.

Para este estudo, foi realizada a aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde, com o objetivo de caracterizar os participantes. Optou-se, neste estudo, por utilizar a versão traduzida e adaptada pra a realidade brasileira[15] do *Brief Test of Functional Health Literacy in Adults (B-TOFHLA)*[16], por ser um instrumento que não verifica somente a compreensão de leitura, mas também a competência em numeramento.

Este instrumento é composto por 36 itens de leitura e por mais quatro itens de habilidade numérica. O tempo para aplicá-lo é de até 12 minutos. Para a competência em numeramento é requisitado que o participante tenha a compreensão sobre o uso de medicamentos, a monitoração da glicose sanguínea e a data da consulta clínica. Para a compreensão de leitura há uma lacuna na quinta ou sétima palavra da frase que deverá ser preenchida com a melhor opção, dentre uma lista de quatro palavras, que contemple o sentido da frase. De acordo com a pontuação do indivíduo ele é classificado em três níveis de letramento: inadequado (0-53); limitado (54-66) e adequado (67-100).[17]

As pessoas idosas foram selecionadas nas ESFs por meio das informações dos cadastros de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). As entrevistas foram realizadas

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

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.

Para análise quantitativa foi elaborado um banco de dados por meio da digitalização dos resultados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (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, mínimo e máximo) para variáveis numéricas; uma análise estatística inferencial, onde foi utilizado o teste ANOVA para verificar a diferença de média da variável LFS para as variáveis categóricas.

Uma regressão linear múltipla foi realizada para predizer o LFS considerando as variáveis: idade, anos de estudo, uso de medicamento não prescrito, receber informações de outras pessoas, receber informações de nenhum, ter alguma internação hospitalar no último ano, utilizar a internet ou a Unidade de Saúde como fonte de informação, possuir alguma doença crônica, ter filhos, ter diabetes, estado marital, cor/raça e pontuação na escala Lawton e Brody. Em todos os testes foi considerado como estatisticamente significante o valor de $p<0,05$.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG, obtendo o parecer favorável de número 93/2017. Além disso, seguiu as orientações da Resolução 466/2012, que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Foi fornecido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes.

RESULTADOS

Entre 350 pessoas idosas entrevistadas, a maioria tinha entre 60-69 anos (64%), eram do sexo feminino (67,4%), brancas (66%) e não tinham companheiro (54,9%). Quanto a escolaridade, possuíam mais de 4 anos de estudo (62%), não exerciam atividade remunerada (76,6%) e tinham como renda familiar mais do que um salário mínimo (63%).

A pontuação média de LFS foi de 51,9 (DP±22,2), o que corresponde LFS inadequado, com uma pontuação mínima de dois e máxima de 100 pontos na escala. Houve relação estatística significativa entre faixa etária, sexo, anos de estudo e renda e LFS (com

valor de p respectivamente, conforme tabela 1).

Tabela 1 – Média do LFS das pessoas idosas em relação as variáveis sociodemográficas. Rio Grande, RS, Brasil, 2017. (n=350)

Características sociodemográficas	n(%)	Média do Letramento Funcional em Saúde e desvio padrão ($\bar{X}$±DP)	Valor *F/t*	Valor *p*
Faixa etária			10,585	<0,001
60-69	224 (64,0)	56,5 ± 22,6		
70-79	106 (30,3)	45,1 ±19,7		
80-89	18 (5,1)	36,6±10,2		
90 ou mais	2 (0,6)	33,5 ± 4,9		
Sexo			8,857	0,003
Masculino	114 (32,6)	46,9 ±21,8		
Feminino	236 (67,4)	54,3 ±22,0		
Estado marital			0,505	0,478
Com companheiro(a)	158(45,1)	52,8±22,8		
Sem companheiro(a)	192(54,9)	51,1±21,6		
Anos de estudo			71,404	<0,001
1 a 4 anos de estudo	168(48,0)	42,4±16,2		
Mais de 4 anos de estudo	182(62,0)	60,7±23,3		
Renda*			4,679	0,031
Até 1 salário	130(37,0)	48,6±19,7		
Mais que 1 salário	220(63,0)	53,9±23,3		
Cor			1,924	0,166
Não branco	119(34,0)	49,6±21,0		
Branco	231(66,0)	53,1±22,7		
Filhos			0,582	0,446
Sim	331	52,1±22,2		
Não	19	48,1±22,1		

*Salário mínimo: R$ 937,00.

Houve relação estatística significativa entre presença de doenças crônicas, número de internações e uso de medicação não prescrita e LFS (p<0,05), conforme tabela 2.

Tabela 2 – Média do LFS das pessoas idosas em relação as características de saúde. Rio Grande, RS, Brasil, 2017. (n=350)

	n (%)	Score Letramento Funcional em Saúde ($\bar{X}$±DP)	Valor *F/t*	Valor *p*
Doenças crônicas			5,069	0,025
Sim	337(96,3)	51,4±21,8		
Não	13(3,7)	65,4±26,5		
Número de			2,040	0,108

Consultas				
Nenhuma	75(21,4)	55,8±24,5		
1-2	169(48,3)	51,2±21,4		
3-5	69(19,7)	52,9±22,3		
Igual ou maior que 6	37(10,6)	45,1±19,2		
Número de internações			3,311	0,038
0	312(89,1)	59,9±22,4		
1	33(9,4)	43,8±19,3		
2	5(1,4)	39,8±8,2		
Uso medicamento não prescrito			12,558	<0,001
Sim	77(22)	59,7±21,7		
Não	273(78)	49,7±21,8		
Ajuda AVD			2,357	0,126
Sim	64(18,3)	48,0±20,2		
Não	286(81,7)	52,8±22,5		

Quanto a relação com os profissionais de saúde, receber informação do médico e não receber informação de nenhum profissional de saúde apresentaram associação com o LFS (p <0,05), conforme tabela 3.

Tabela 3 – Média do LFS das pessoas idosas em relação aos profissionais de saúde que fornecem informações. Rio Grande, RS, Brasil, 2017. (n=350)

	n (%)	Score Letramento Funcional em Saúde ($\bar{X}$±DP)	Valor *F/t*	Valor *p*
Informação médico			9,971	0,002
Sim	245(70)	54,3±22,4		
Não	105(30)	46,2±20,7		
Informação enfermeiro			0,001	0,981
Sim	77(22)	51,8±20,3		
Não	273(78)	51,9±22,73		
Informação técnico de enfermagem			1,739	0,188
Sim	29(8,3)	57,1±21,7		
Não	321(91,7)	51,4±22,2		
Informação ACS			3,079	0,080
Sim	121(34,6)	54,7±20,4		
Não	229(65,4)	50,4±22,9		
Não recebe informação de			14,369	<0,001

nenhum profissional		
Sim	45(12,9)	40,4±20,2
Não	305(87,1)	53,6±21,9

Utilizar a internet, vizinhos/amigos/parentes e revistas/livros/panfletos como fonte de informação também mostrou-se associado ao LFS, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Média do LFS das pessoas idosas em relação as fontes de informação em saúde. Rio Grande, RS, Brasil, 2017. (n=350)

Meios de informação	n (%)	Score Letramento Funcional em Saúde ($\bar{X}$±DP)	Valor *F/t*	Valor *p*
Rádio			2,2910	0,131
Sim	28(8)	45,8±21,2		
Não	322(92)	52,4±22,2		
Televisão			3,822	0,051
Sim	151(43,1)	49,2±22,0		
Não	199(56,9)	53,9±22,1		
Internet			46,944	<0,001
Sim	64(18,3)	68,0±23,0		
Não	286(81,7)	48,3±20,3		
Telefone			0,014	0,905
Sim	31(8,9)	51,4±20,8		
Não	319(91,1)	51,9±22,3		
Vizinhos/Amigos/Parentes			10,012	0,002
Sim	16(4,6)	68,8±20,1		
Não	334(95,4)	51,1±21,9		
Unidade de Saúde			1,470	0,226
Sim	30(8,6)	56,6±21,6		
Não	320(91,4)	51,5±22,2		
Revistas/Livros/Panfletos			4,822	0,029
Sim	9(3)	67,8±16,6		
Não	341(97)	51,2±22,1		

As variáveis utilizadas neste modelo explicaram o LFS em 50% (r2=0,502), e as variáveis independentes foram estatisticamente significantes para predizer a variável dependente (LFS), considere F(14,329)=23,668. Considere p<0,005.

Percebeu-se que, algumas variáveis tendem a aumentar o nível de LFS, de modo que, a cada ano de estudo aumenta em 3,159 a pontuação do LFS, fazer uso de medicamentos não prescritos aumenta em 8,682, receber informação de outras pessoas aumenta em 14,689, utilizar a internet como fonte de informação aumenta em 6,963, utilizar a unidade de saúde como fonte de informação aumenta em 7,965, ter filhos aumenta em 11,140, cor/raça aumenta em 4,008 e a pontuação total da escala Lawton e Brody aumenta em 0,819. Porém, outras variáveis tendem a diminuir a pontuação do LFS como a idade que diminui a cada ano 0,773

do LFS, não receber informações diminui em 9,799, ter diabetes diminui em 4,620 e ser casado diminui em 4,742. Ainda, ter tido alguma internação hospitalar no último ano ou possuir doenças crônicas ajudam a explicar o LFS, mas não deram associação significativa entre as variáveis.

Tabela 5 – Variáveis que explicam o LFS em pessoas idosas. Rio Grande, RS, Brasil, 2017. (n=350)

Variáveis	Coeficiente de regressão parcial	SE	Coeficiente de regressão parcial padronizado	*T*	*P*
Anos de Estudo	3,159	0,307	0,436	10,285	0,000
Idade (em anos)	-0,773	0,157	-0,208	-4,930	0,000
Uso de medicamento não prescrito	8,682	2,157	0,162	4,025	0,000
Informação de nenhum	-9,799	2,619	-0,149	-3,741	0,000
Internação hospitalar	-5,270	2,983	-0,074	-1,767	0,078
Informação de outros	14,689	4,228	0,139	3,474	0,001
MC Internet	6,963	2,468	0,121	2,822	0,005
Doenças crônicas	-7,784	4,636	-0,067	-1,679	0,094
MC Unidade de Saúde	7,965	3,156	0,101	2,524	0,012
Filhos	11,140	3,906	0,115	2,852	0,005
Diabetes tipo 2	-4,620	1,890	-0,098	-2,445	0,015
Estado marital	-4,742	1,828	-0,106	-2,594	0,010
Total Lawton Brody	0,819	0,324	0,110	2,529	0,010
Cor/Raça	4,008	1,874	0,086	2,138	0,033

DISCUSSÃO

Pessoas idosas costumam alcançar menores pontuações no LFS. Estudo realizado em Belém-PA com idosos diabéticos demonstrou que 73,7% da amostra obteve LFS inadequado[18]. Porém, esta realidade é diferente quando comparada com países desenvolvidos, como a Alemanha, em que a taxa de LFS inadequado foi em apenas 4% da população idosa estudada.[19]

Corroborando com o que se encontra na literatura, os resultados demonstram que os

baixos escores de LFS estão relacionados ao aumento da idade[20], a indivíduos do sexo masculino[21], com menor renda e menor escolaridade.[22]

A variável idade pode ser justificada, uma vez que, é esperado que com o passar dos anos haja um declínio da função cognitiva[23], também avaliada pelo LFS, podendo assim refletir em sua pontuação. Além disso, no modelo de regressão linear, essa variável é inversamente proporcional ao LFS de modo que, a cada ano aumentado na idade do indivíduo, diminui em 0,773 pontos o LFS.

A associação entre o LFS e a variável sexo pode ser observada em diversos estudos, sendo o baixo nível de LFS comumente associado ao sexo masculino.[21] Este resultado pode ser justificado pelo fato de que as mulheres possuem uma maior preocupação com sua saúde e, comparado aos homens, exercem mais o autocuidado.[24] Porém, tal relação não se demonstra constante[25], podendo estar associada também às diferenças socioculturais dos locais em que estas pesquisas foram realizadas.

Verificou-se, ainda, a influência do nível socioeconômico ao LFS de forma que, os resultados do estudo apontam que as pessoas idosas que possuem menor renda alcançam menor pontuação no LFS. Esse dado corrobora com outro estudo[7], pois o LFS não depende exclusivamente de características e habilidades do indivíduo, mas também do seu contexto cultural e social. Além disso, as características socioeconômicas irão refletir nos padrões de utilização dos serviços de saúde, ou seja, pessoas com melhor condição socioeconômica podem ter maior facilidade em obter cuidado de saúde do que indivíduos mais pobres.[26]

A variável anos de estudo é tão importante que, no modelo de regressão linear que explica o LFS, cada ano de estudo aumenta em 3,159 a pontuação do LFS. É preocupante o quanto essa variável pode influenciar no LFS, visto que, no Brasil a taxa de analfabetismo é elevada e a média de anos de estudo muito baixa.[27] A educação pode exercer importante influência no acesso e utilização de serviços de saúde, de modo que, pessoas com maior escolaridade podem ter uma maior facilidade em reconhecer um problema de saúde e buscar atendimento.[26]

Estudos demonstram uma correlação do baixo LFS a grupos étnicos minoritários e imigrantes.[21-25-28] Neste sentido, no modelo de regressão linear, ser de cor branca aumenta em 4,008 pontos no LFS. Assim, é perceptível que os impactos das desigualdades históricas no Brasil, entre brancos e negros, pardos e indígenas tem se preservado de modo que continuam a refletir, ainda hoje, o menor acesso a educação e serviços assistenciais de saúde.[29]

No modelo de regressão linear pode-se observar que ter filhos aumenta o LFS em 11,140 pontos. Os filhos podem estar relacionados a importância de ter uma rede de apoio

social adequada que, segundo um estudo realizado em Portugal, os familiares e amigos são identificados como os maiores preditores para o envelhecimento ativo.[30] Além disso, pessoas com redes de apoio sentem-se mais ativas na tomada de decisões, na comunicação com profissionais de saúde e também na vivência da sua condição de saúde.[31]

No entanto, no mesmo modelo pode-se observar ainda que ter companheiro diminui o LFS em 4,742 pontos. A diminuição do LFS relacionado a presença de um companheiro pode justificar-se ao fato de que algumas mulheres acabam abrindo mão de cuidar da sua própria saúde em detrimento da saúde do outro.[32]

Semelhante aos estudos internacionais, os níveis de LFS tendem a ser maiores nos participantes que não possuem doenças crônicas.[5-33] Essa condição é esperada, pois as mesmas habilidades cognitivas de leitura e numeramento exigidas pelo instrumento utilizado no estudo, são também necessárias para que o paciente crônico entenda as informações referentes a sua condição de saúde permanente. Por isso, é aceitável que tenham menor pontuação no LFS, uma vez que, podem apresentar dificuldades em processar as informações em saúde recebidas e assim aplicá-las em prol do autogerenciamento da sua doença.[34]

Neste sentido, pacientes que tem diabetes tipo 2, no modelo de regressão linear, tem menos 4,620 pontos no LFS. Um estudo realizado com pessoas com Diabetes Mellitus (DM) indicou que a compreensão dos pacientes quanto sua doença está intimamente associada ao grau de LFS que apresentavam.[35] Assim, um baixo LFS pode estar relacionado a adoção de hábitos errados no decorrer da vida como sedentarismo e alimentação desequilibrada que estão associados ao desenvolvimento do diabetes do tipo II.[25-36]

Percebe-se ainda que, pessoas com menores scores de LFS têm um maior número de internações hospitalares e que o fato de ter uma internação nos últimos 12 meses está relacionado há um decréscimo de 5,270 pontos na escala de LFS. Esse resultado pode estar relacionado a não compreensão das informações de saúde e das orientações realizadas pelos profissionais que, refletem no manejo dos problemas de saúde do usuário, resultando em recorrentes internações hospitalares.[37]

Neste sentido, utilizar a unidade de saúde como fonte de informação aumenta em 7,965 pontos no LFS. Esse resultado justifica-se, pois é neste ambiente que os profissionais realizam diferentes estratégias de educação em saúde por meio de consultas, grupos e salas de espera visando identificar situações de saúde e doença e contribuir, assim, para a promoção e recuperação da saúde da população.[38]

O uso de panfletos/revistas/livros como fonte de informação também estiveram associados a maiores médias de pontuação na escala de LFS. Isso pode ser justificado tendo

em vista que na ESF utiliza-se de diversas estratégias para informar e motivar as pessoas à participação no processo de cuidado, adoção de práticas preventivas e substituição de comportamentos de risco por outros mais seguros, e para execução dessas ações educativas os profissionais de saúde utilizam-se de panfletos, cartazes, álbuns seriados, dentre outros materiais que se encontram disponíveis nas unidades de saúde.[39]

Receber informação do médico tem relação significativa com o LFS. As informações do profissional médico estão associadas à compreensão e a auto eficácia dos pacientes para controle de sua condição crônica.[40] Além disso, uma relação médico-paciente insatisfatória pode resultar no abandono ao tratamento proposto devido a insuficiência de informações prestadas e a incapacidade de percepção do paciente com relação a sua patologia.[41] Percebe-se que, uma ação médica atuante e centrada em um cuidado integral pode resultar em um tratamento efetivo das doenças crônicas. Nesse sentido, os médicos necessitam respeitar a individualidade e a personalidade dos pacientes, afinal, ser um bom médico é aprender a ouvir, escutar, ser humilde em relação a seus próprios conhecimentos e adaptar os cuidados e a terapêutica de acordo com as características e particularidades de cada pessoa.[42]

Além disso, as informações que a população do estudo recebe não são necessariamente de profissionais da saúde, uma vez que, essas pessoas vivem em comunidade. Receber informações de outras pessoas esteve associado a maiores médias de LFS e a um aumento de 14,689 pontos na escala de LFS. Assim, destaca-se a importância de uma rede de apoio social adequada servindo como alicerce para o suporte tanto em nível emocional e instrumental, quanto informativo e cognitivo, visto que, esse apoio é considerado por muitos pesquisadores como um dos aspectos mais relevantes quando se pensa em melhorias de condições de vida e de saúde das pessoas, incluindo as idosas.[43-44]

Não receber nenhum tipo de informação em saúde esteve associado a piores médias de LFS e a um decréscimo de 9,799 pontos na escala de LFS. Em um estudo realizado na África do Sul, os participantes relataram uma falta de controle na manutenção de sua saúde, desconhecimento de fontes de informações alternativas que vão além da consulta médica, se sentirem impotentes nos encontros com os profissionais de saúde, pois nunca teriam sido encorajados a questionar ou fazer perguntas, adotando, portanto, um comportamento passivo no processo de busca por informação.[45]

Um maior nível de LFS também demonstrou relação significativa com o uso da internet. Semelhante ao estudo realizado com idosos americanos, o qual constatou que, àqueles indivíduos que possuíam baixos scores de LFS utilizavam menos a internet para obter informações sobre saúde do que àqueles com escores de LFS mais elevados.[46]

O uso de medicação não prescrita aumenta em 8,682 pontos na pontuação do LFS. Fatores como o conhecimento prévio sobre o medicamento, experiências anteriores positivas, a função simbólica que os medicamentos exercem sobre a população e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde contribuem para a automedicação.[47]

A escala de Lawton e Brody permite avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar as atividades para viver de forma independente na comunidade como a utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade em assuntos financeiros[48-49]. É uma das dimensões das Atividades de Vida Diária (AVD). Tanto a perda da funcionalidade, quanto um baixo nível LFS podem trazer resultados indesejáveis à saúde como hospitalizações, mortalidade e elevados custos para os serviços de saúde.[50-51] No modelo de regressão linear o total da pontuação da escala representa 0,819 pontos a mais no LFS.

Como limitação do estudo destaca-se que a amostra foi aleatória, por isso não permite a generalização dos achados.

CONCLUSÃO

A pontuação média de LFS foi de 51,9 (DP±22,2), o que corresponde LFS inadequado, com uma pontuação mínima de dois e máxima de 100 pontos na escala. Houve relação estatística significativa com o LFS as variáveis faixa-etária, sexo, anos de estudo, renda, doenças crônicas, número de internações, uso de medicação não prescrita, receber informação do médico, não receber informação de nenhum profissional, utilizar a internet, vizinhos/amigos/parentes, revistas/livros e panfletos como fontes de informação em saúde.

O LFS ainda é pouco explorado e conhecido no Brasil. No entanto, é necessária uma maior atenção e engajamento tanto do enfermeiro quanto dos demais profissionais da saúde com esta temática, visto que baixas pontuações no LFS podem comprometer o entendimento, a utilização das informações e as orientações em saúde das pessoas idosas, e refletir no autocuidado e na condição de saúde destes indivíduos.

Por fim, à pesquisa, essas informações podem servir como subsídio para publicações futuras. Já no ensino, os dados podem contribuir para os professores em suas aulas, tendo em vista ser uma temática nova e existir poucos estudos na literatura brasileira.

REFERÊNCIAS

1 Adams R, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbush I, et al. Health Literacy: a new concept for general practice? Aust Fam Physician [Internet] 2009 [cited 2018 oct 23]; 38:144-147. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19283256

2 Carthery-Goulart, MT, Mialhe FL. Letramento em saúde e promoção da saúde. In: Pelicione MCF, Mialhe FL, organizadores. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. p.133-80, São Paulo: Santos, 2012.

3 Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA . Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. Interface - Comunic., Saude, Educ.[Internet] 2012 [cited 2018 aug 05]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2812

4 Souza-Filho PPS, Massi GAA, Ribas A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet] 2014 [cited 2018 oct 19]; 17(3): 589-600. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000300589&script=sci_abstract&tlng=pt

5 Papp-Zipernovszky O, Nafrádi L, Schulz PJ, Csabai M. So that each patient may comprehend: measuring health literacy in hungary. Orv Hetil [Internet] 2016 [cited 2018 oct 19] 157(23): 905-15. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27233834

6 Smith SG, O'Conor R, Curtis LM, Waite K, Deary I, Paasche-Orlow M, 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 2018 aug 17]; 69(5):474-480. Available from: https://jech.bmj.com/content/69/5/474

7 Basagoiti, I. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. Available from: http://www.salupedia.org/alfabetizacion/

8 Santos MIPO, Portella MR, Scortegagna HM, Santos PCS. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet] 2015 [cited 2018 sep 20]; 18(3): 651-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000300651&script=sci_abstract&tlng=pt

9 Reisi M, Javadzade SH, Heydarabi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. J Educ Health Promot.[Internet] 2014 [cited 2018 aug 17]; 3(119). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25540792

10 Rocha PC, Lemos SMA. Aspectos conceituais e fatores associados ao letramento funcional em saúde: revisão de literatura. Rev. CEFAC [Internet] 2016 [cited 2018 oct 17]; 18(1):214-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462016000100214&script=sci_abstract&tlng=pt

11 Ministério da Saúde (BR). 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. 192p.

12 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

13 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados do Brasil. Municípios. Rio Grande RS. Pesquisas. Censo demográfico 2010: amostra - características da população; 2010 [Internet]. Available from: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/riogrande/pesquisa/23/25888?detalhes=true

14 Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. J Vasc Bras [Internet] 2011 [cited 2018 aug 10]; 10(4):275-278. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01

15 Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, Kato EM. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. Rev Saúde Públ [Internet]. 2009 [cited 2016 Jun 13]; 43(4):631-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/124.pdf

16 Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns [Internet]. 1999 [cited 2016 Jun 10];38(1):33-42. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569

17 Passamai MPB, Sampaio HAC, Lima, JWO. Letramento Funcional em Saúde de Adultos no contexto do Sistema Único de Saúde. Fortaleza. 255p. 2013.

18 Santos MIPO, Portella MR. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. Rev Bras Enferm [Internet] 2016 [cited 2018 sep 15] 69(1):156-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100156

19 Tiller D; Herzog B; Kluttig A; Haerting J. Health literacy in an urban elderly East-German population - results from the population-based CARLA study. BMC Public Health[Internet] 2015 [cited 2018 oct 21]; 15: 883. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26357978

20 Berens E, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. BMC Public Health [Internet] 2016 [cited 2018 oct 14] 16(1): 1151. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27829401

21 Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Cognitive Function and Health Literacy Decline in a Cohort of Aging English Adults. Kobayashi LC. J Gen Intern Med [Internet] 2015 [cited 2018 sep 16] 30(7):958-64. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25680352

22 Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, Van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic

disease patients and their importance for self-management. Patient Educ Couns [Internet] 2015 [cited 2018 sep 05] 98(1):41-48. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25455794

23 Freitas EV, Py L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª. Ed. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016.

24 Silva SPC, Menandro MCS. Social representations of health and care for elderly men and women. Saude Soc [Internet] 2014 [cited 2018 aug 23] 23(2): 626-40, 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200626

25 Liu, Y.B. et al. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. Int J Environ Res Public Health [Internet] 2015 [cited 2018 nov 15] 12(8): 9714-25. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555308/

26 Almeida APS, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. Rev Saude Publica [Internet] 2017 [cited 2018 oct 16] 51(50):1-15, 2017. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67249591054

27 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 108p.

28 Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. BMC Public Health [Internet] 2014 [cited 2018 oct 15] 14(1095). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25339154

29 Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. Saúde em Debate [Internet] 2013 [cited 2018 oct 22]; 37(99): 681-690. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a16v37n99.pdf

30 Maia CML, Castro FV, Fonseca AMG, Fernández IR. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. INFAD Revista de Psicologia [Internet] 2016 [cited 2018 oct 03]; 1(1):293-304. Available from: http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/279

31 Edwards M; Wood F; Davies M; Edwards A. Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. Health Expect[Internet] 2015 [cited 2018 sep 24]; 18(5): 1180-93. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23773311

32 Piolli KCV, Decesaro MN, Sales CA. O (des) cuidar-se como mulher ao ser cuidadora do companheiro com câncer. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2018 [cited 2018 oct 15] 39. Available from: https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79528

33 Wu, JR, Moser DK, Dewalt DA, Rayens MK, Dracup K. Health Literacy Mediates the Relationship Between Age and Health Outcomes in Patients With Heart Failure.Circ Heart

Fail [Internet] 2016 [cited 2018 sep 15] 9(1):e002250. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26721913

34 Moraes KL, Brasil VV, Oliveira GF, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Boaventura RP, et al. Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment. Rev Bras Enferm [Internet] 2017 [cited 2018 oct 22] 70(1):147-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100155

35 Sampaio HAC, Carioca AAF, Sabry MOD, Coelho MAM, Passamai MPB. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. Ciênc. saúde coletiva[Internet] 2015 [cited 2018 oct 15] 20(3):865-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00865.pdf

36 Stewart DW, Vidrine JI, Shete S, Spears CA, Cano MA, Correa-Fernández V, et al. Health Literacy, Smoking, and Health Indicators in African American Adults. J Health Commun [Internet] 2015 [cited 2018 aug 23] 20(suppl 2):24-33. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4725699/

37 Teston EF, Silva JP, Garanhani ML, Marcon SS. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. Rev Rene [Internet] 2016 maio-jun [cited 2018 oct 23]; 17(3):330-7. Available from: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/3448/2684

38 Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. Rev enferm UERJ [Internet] 2014 [cited 2018 aug 11] 22(5):637-42. Available from: http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf

39 Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: difficulties and perspectives on change. Texto Contexto Enferm.[Internet] 2013 [cited 2018 oct 20] 22(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=en

40 Inoue M, Miyako Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. BMC Fam Pract.[Internet] 2013 [cited 2018 oct 23] ;14:40-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614433/

41 Dias TK, Netto ACMG, Teixeira AL, Soares G, Almeida FP, Costa JC, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão em um programa de saúde da família. Geriatrics, gerontology and aging [Internet] 2014 [cited 2018 sep 17]; 8(2): 110-15. Available from: file:///D:/Users/Cliente/Downloads/v8n2a04%20(1).pdf

42 Bastos LOA, Andrade EM, Andrade EO. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. Rev. bioét. [Internet] 2017 [cited 2018 sep 15]; 25 (3): 563-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n3/1983-8042-bioet-25-03-0563.pdf

43 Freitas RPA, Andrade SC, Spyrides MHC, Micussi MTABC, Sousa MBC. Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. Rev Bras Reumatol [Internet] 2016 [cited 2018 sep 16] 57(3): 197-203 Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n3/pt_0482-5004-rbr-57-03-0197.pdf

44 Johnson ER, Carson TL, Affuso O, Hardy CM, Baskin ML. Relationship between social support and body mass index among overweight and obese African American women in the rural deep south, 2011-2013. Prev Chronic Dis [Internet] 2014 [cited 2018 oct 13] 11: 14-34. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25539128

45 Patel S, Dowse R. Understanding the medicines information-seeking behaviour and information needs of South African long-term patients with limited literacy skills. Health Expect [Internet] 2015 [cited 2018 oct 14] 18(5): 1494-507. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24112215

46 Levy H, Janke AT, Langa KM. Health Literacy and the Digital Divide Among Older Americans. J Gen Intern Med. [Internet] 2015 [cited 2018 oct 13]; 30(3):284-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4351282/

47 Pereira FGF, Araújo MJP, Pereira CR, Nascimento DS, Galiza FT, Benicio CDAV. Automedicação em idosos ativos. Rev enferm UFPE on line [Internet] 2017 [cited 2018 sep 23]; 11(12):4919-28. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22289/25307

48 Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Revista ciência e saúde coletiva [Internet] 2014 [cited 2018 sep 20] 19(8). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci_abstract&tlng=pt

49 Brasil. Secretaria Estadual de Saúde. Instituto paulista de Geriatria e Gerontologia "José Ermínio de Moraes". 2015. Available from: http://www.saude.sp.gov.br

50 Haun JN; Patel NR; French DD; Campbell RR; Bradham DD; Lapcevic WA. Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. BMC Health Serv Res [Internet] 2015 [cited 2018 aug 11]; 15: 249. Available from: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0887-z

51 Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. 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.

4.2 Artigo 2

DOENÇAS CRÔNICAS, USO DE MEDICAMENTOS E LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS

Resumo

Objetivos: avaliar o grau de Letramento Funcional em Saúde das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da família e identificar se há associação desse e as doenças crônicas, hábitos de saúde e os medicamentos utilizados. **Método:** Estudo quantitativo transversal com abordagem exploratório-descritivo, com 350 pessoas idosas no município de Rio Grande-RS. Utilizou-se um instrumento de caracterização sociodemográfica e de saúde e um para avaliar o Letramento Funcional em Saúde. **Resultados:** Das 350 pessoas idosas, 206 (58,9%) obtiveram Letramento Funcional em Saúde inadequado, 58 (16,6%) marginal e 86 (24,6%) adequado. Houve associação entre Letramento Funcional em Saúde e idade e anos de estudo. **Conclusão**: A partir do conhecimento do Letramento Funcional em Saúde os profissionais da saúde poderão ter subsídios para realizar suas atividades de educação em saúde a fim de minimizar ou reduzir os impactos negativos nas condições de saúde e favorecer o envelhecimento ativo.

DESCRITORES: Idoso; Alfabetização em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional que resulta do avanço mundial da transição demográfica e epidemiológica, evidencia-se o aumento da prevalência, bem como da manutenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população [(1)]. Em um estudo realizado com pessoas idosas de um município do Rio Grande do Sul, as doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão, hipercolesterolemia ou triglicerídeos elevados e diabetes [(2)].

É esperado que para manutenção da qualidade de vida e controle das doenças crônicas, as pessoas idosas utilizem múltiplos medicamentos. Porém, é indispensável o uso adequado e com cautela desses fármacos a fim de evitar ou minimizar os seus riscos, garantindo assim um tratamento efetivo [3].

Quanto ao número de medicamentos utilizados pelas pessoas idosas, estudo realizado em município de médio porte do Estado de São Paulo identificou uma média de 5,8 medicamentos por idoso, sendo as classes mais utilizadas para o aparelho cardiovascular e sistema digestivo e os principais problemas de saúde referidos a hipertensão arterial, o reumatismo/artrose, a dislipidemia e o diabetes [4].

Os indivíduos que frequentam os serviços de saúde podem ter dificuldades em compreender as informações que receberão neste ambiente, visto que, a falta de conhecimentos e habilidades sobre a sua condição de saúde podem ser considerados como uma barreira para a adoção de comportamentos saudáveis e para a prevenção ou gerenciamento de doenças agudas e crônicas [5], além de favorecer ao risco para complicações e hospitalizações. Dessa forma, torna-se importante a avaliação do Letramento Funcional em Saúde (LFS) que pode ser definido conforme o *Institute of Medicine* (IOM) como "o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde" (p.32) [6].

Os níveis de LFS em pessoas idosas costumam ser menores do que os da população em geral. Estudo realizado no município de São Paulo-SP numa clínica geriátrica de ambulatório financiada pelo governo, com 129 pessoas idosas com diabetes tipo 2 verificou que o LFS foi abaixo do adequado em 56,6% da amostra [7].

A partir da avaliação do LFS, tanto enfermeiros quanto os demais profissionais da saúde poderão ter subsídios para realizar suas atividades de educação em saúde, centradas nas

necessidades das pessoas idosas, a fim de reduzir impactos negativos nas condições de saúde e favorecer o envelhecimento ativo, fato que justifica a necessidade e relevância desse estudo.

O envelhecimento ativo pode ser compreendido 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" (p.13). Ele aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam seu potencial para o bem-estar físico, mental e social, participando da sociedade de acordo com suas vontades, necessidades e capacidades, além de propiciar proteção, segurança e cuidados, se necessário[8].

Destaca-se também que existem poucos estudos sobre o grau de LFS e seus fatores associados com pessoas idosas tanto a nível internacional como nacional, assim teve-se como questões de pesquisa: Qual o grau de LFS das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Rio Grande/RS? Existe associação entre o grau de LFS e as doenças crônicas, os hábitos de saúde e os medicamentos utilizados?

Assim, os objetivos deste estudo foram: avaliar o grau de LFS das pessoas idosas atendidas na ESF no município de Rio Grande/RS; e identificar se há associação entre LFS e as doenças crônicas, hábitos de saúde e os medicamentos utilizados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa do tipo transversal que foi realizado em 10 unidades da ESF, totalizando 17 equipes do município de Rio Grande-RS. Essa pesquisa faz parte do macroprojeto intitulado "Relação entre LFS, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família".

A população selecionada para o estudo constitui-se dos idosos adscritos nas unidades da EFS que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da USF; fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo

menos 15 dias antes do dia da entrevista e gerir seu próprio regime terapêutico medicamentoso; 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).

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 [9]. Os instrumentos Cartão de Jaeger, Teste de Whisper e Mini-Exame do Estado Mental foram utilizados como recomendam estudos de avaliação do LFS [10,11].

Os critérios de exclusão foram: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia, devido às características específicas desses tratamentos ou ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados, pois poderiam interferir na adesão ao tratamento de saúde.

A população da cidade é de cerca de 197 mil habitantes com estimativa de 208 mil habitantes no ano de 2017. O cálculo da população de idosos estimada 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% [12]. A partir da população das 17 equipes incluídas na pesquisa (68.000), foi calculada a porcentagem de idosos (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] e obteve-se n=370. A partir disso, 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-se 22 pessoas idosas por equipe. Esse número foi ainda dividido pelo número de microáreas de cada equipe.

Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2017 por meio de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde e da versão breve B-TOFLA (*Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*) que avalia o LFS. Para a coleta de dados, foi realizado visita domiciliar a 376 pessoas idosas, porém destas, 26 não foram incluídas no estudo, 18 por não atingirem a pontuação adequada no MEEM, seis por reprovação no teste de visão e duas por reprovação no teste do sussurro, utilizados como critérios de inclusão, obtendo-se assim, como amostra final 350 pessoas idosas.

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 verificar a associação entre o LFS (adequado, marginal e inadequado) e demais variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. A correlação entre a pontuação do LFS e as variáveis idade e anos de estudo foi analisada por meio de Coeficiente de Correlação de Pearson.

Foi utilizado o teste ANOVA para verificar a diferença de média das variáveis numeramento, compreensão e leitura do LFS para as variáveis categóricas que apresentaram significância no teste qui-quadrado. Foi utilizado o nível de significância de $p<0,05$

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 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitados os preceitos éticos acerca da pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução 466/2012. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Gande/FURG com parecer de número 93/2017 e do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC) da secretaria de município de saúde de Rio Grande/RS com parecer de número 013/2017.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 350 pessoas idosas. Destas, 206 (58,9%) obtiveram LFS inadequado, 58 (16,6%) LFS marginal e 86 (24,6%) LFS adequado. Os que tinham LFS inadequado acertaram 65,3% do item numeramento e 25,6% do item compreensão leitura, os que tinham LFS marginal acertaram 89,6% do item numeramento e 46,3% do item compreensão leitura e os que tinham LFS adequado acertaram 91,4% do item numeramento e 81,2% do item compreensão leitura.

Tabela 1 – Níveis de Letramento Funcional em Saúde, Rio Grande, RS, Brasil, 2017

	n (%)	Numeramento $\bar{X}$(±DP)	Compreensão Leitura $\bar{X}$(±DP)	Total $\bar{X}$(±DP)
LFS inadequado	206 (58,9)	18,3 (7,4)	18,5 (7,7)	36,7 (10,0)
LFS marginal	58 (16,6)	25,1 (4,7)	33,4 (4,9)	58,3 (4,1)
LFS adequado	86 (24,6)	25,6 (3,5)	58,5 (10,3)	84,3 (10,7)

As pessoas idosas do sexo feminino tiveram maiores percentuais de LFS adequado do que as do sexo masculino. Porém, não houve associação estatística entre a variável sexo e os graus de LFS. No teste de correlação de Pearson existiu correlação entre a variável idade e o LFS (Rho= -0,332 e p=0,000), indicando que conforme aumenta a idade, diminui o LFS. Quanto a variável anos de estudo, também existiu correlação com o LFS (Rho= 0,550 e

p=0,000), indicando que conforme aumentam os anos de estudo, aumenta o grau de LFS, conforme tabela 2.

Tabela 2- Relação entre Letramento Funcional em Saúde e variáveis sociodemográficas, Rio Grande, RS, Brasil, 2017

Variáveis	LFS adequado	LFS marginal	LFS inadequado		Valor de p
Sexo	n (%)	n (%)	n (%)	Teste chi quadrado	
Feminino	62(26)	43(18)	131(56)	3,421	0,181
Masculino	24(21)	15(13)	75(66)		
	$\bar{X}$ (±DP)	$\bar{X}$(±DP)	$\bar{X}$(±DP)	RHO	
Idade	65,6(4,1)	66,9 (5,6)	69,8 (6,4)	-0,332	<0,001
Anos de estudo	7,4(3,1)	5,8 (2,6)	3,8 (2,1)	0,550	<0,001

Àquelas pessoas idosas que relataram realizar algum tipo de atividade física regularmente obtiveram um maior percentual de LFS adequado e as que relataram não realizar nenhum tipo de atividade física obtiveram um maior percentual de LFS inadequado. As pessoas idosas que relataram seguir alguma dieta específica obtiveram um maior percentual de LFS inadequado, conforme tabela 3. Porém, não houve associação estatística entre os hábitos de saúde e os graus de LFS.

Tabela 3- Relação entre o Letramento Funcional em Saúde e hábitos de saúde, Rio Grande, RS, Brasil, 2017

Variáveis	LFS adequado	LFS marginal	LFS inadequado	Teste chi quadrado	Valor de p
Atividade física				3,401	0,183
Sim	36(29,5)	22(18,0)	64(52,4)		
Não	50(21,9)	36(15,7)	142(62,2)		
Segue Dieta Específica				2,237	0,327

Sim	36(24,8)	19(13,1)	90(62,0)
Não	50(24,3)	39(19,0)	116(56,5)

As doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas foram hipertensão (n=264), diabetes (n=117), cardiopatias (n=47) e doença músculo esquelético (n=44), no entanto não houve associação estatística entre as doenças e os graus de LFS conforme indicado na tabela 4.

Tabela 4- Relação entre o Letramento Funcional em Saúde e doenças crônicas, Rio Grande, RS, Brasil, 2017

Variáveis	LFS adequado	LFS marginal	LFS inadequado	Teste chi quadrado	Valor de p
Hipertensão				0,852	0,653
Sim	66(25,0)	41(15,5)	157(59,4)		
Não	20(23)	17(20)	49(57)		
Diabetes				2,826	0,243
Sim	24(21,3)	24(21,3)	69(61,0)		
Não	62(26,6)	34(14,5)	137(58,7)		
Cardiopatias				0,560	0,756
Sim	10(21,2)	7(14,8)	30(63,8)		
Não	76(25,0)	51(16,8)	176(58,8)		
Doença músculo esquelético				2,598	0,273
Sim	10(22,7)	11(25)	23(52,2)		
Não	76(24,8)	47(15,3)	183(59,8)		

A média de medicamentos utilizados por pessoa idosa foi de 4,82 (DP±2,7) por dia. Os medicamentos mais utilizados foram para os sistemas cardiovascular (n=308), digestivo e metabolismo (n=202) e nervoso (n=141), porém, não houve associação estatística entre os medicamentos e os graus de LFS, conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5- Relação entre o Letramento Funcional em Saúde e medicamentos utilizados,

Rio Grande, RS, Brasil, 2017

Variáveis	LFS adequado	LFS marginal	LFS inadequado	Teste chi quadrado	Valor de p
Medicamento sistema cardiovascular				0,015	0,992
Sim	76(24,6)	51(16,5)	181(58,7)		
Não	10(23,8)	7(16,6)	25(59,5)		
Medicamento sistema digestivo e metabolismo				1,282	0,527
Sim	47(23,2)	31(15,3)	124(61,3)		
Não	39(26,3)	27(18,2)	82(55,4)		
Medicamento sistema nervoso				0,197	0,906
Sim	36(25,5)	24(17,0)	81(57,4)		
Não	50(23,9)	34(16,2)	125(59,8)		

DISCUSSÃO

Em países como a Alemanha, um estudo demonstrou que a taxa de LFS inadequado entre as pessoas idosas foi de 4% [(14)]. Já em estudo realizado com pessoas idosas na Dinamarca, a taxa de LFS inadequado foi de 20-40% [(15)]. Esses números são bem menores dos que os encontrados neste estudo, isso pode estar relacionado ao fato de que esses países são desenvolvidos, possuem uma melhor renda, e uma melhor educação, variáveis essas que influenciam no LFS.

Semelhantemente ao resultado encontrado nesta pesquisa, em estudo realizado no município de Juiz de Fora-MG, com pacientes cuja média de idade é de 52 anos que apresentavam doenças cardiovasculares a amostra obteve melhor resultado na seção numeramento. Essa avalia, dentre outros aspectos, habilidade de cálculo do intervalo entre as doses de um medicamento e tomar medicação em jejum [(16)].

Baixos níveis de LFS podem resultar em uma diminuição na capacidade de autogestão para o cuidado, afetando assim, a saúde e o bem-estar das pessoas idosas [17]. Um estudo realizado em Curitiba-PR demonstrou que independente do nível de escolaridade das pessoas idosas há uma utilização restrita das práticas relacionadas a linguagem escrita, uma vez que, tanto aqueles que possuíam formação superior, quanto os que não possuíam, tiveram dificuldades em interpretar informações simples de textos. Desta maneira, fica claro que o grau de escolaridade não garante o processo de letramento [18].

Tanto neste estudo, quanto em outros [16,19] a idade também se mostrou associada ao LFS, mas de maneira inversamente proporcional, ou seja, quanto maior a idade, menor o grau de LFS. Além disso, essa variável é considerada como um fator condicionante pessoal do LFS sendo dinâmico e não-modificável, isto é, pode variar ao longo do tempo, porém mesmo que haja um agente condicionador não é possível modificá-la [20].

Embora não seja uma constante, os homens comumente são associados a um menor grau de LFS [16]. Ainda, a variável sexo também é considerada como um fator condicionante pessoal do LFS, isso quer dizer que, depende de características intrínsecas de cada indivíduo. No entanto, ao contrário da idade, esta variável é estável e não varia ao longo do tempo [20]. Percebe-se, que tanto a idade, quanto o sexo são preditores de um baixo LFS, portanto é importante que sejam trabalhadas demais variáveis, que são modificáveis, a fim de melhorar os níveis de LFS.

A variável anos de estudo se mostrou influenciando o desempenho no LFS alcançado pelas pessoas idosas, de maneira que, conforme aumentam os anos de estudo, aumenta também o grau de LFS. As pessoas idosas desse estudo foram jovens no século passado no qual a situação educacional era precária e menos acessível, tendo a população da época como prioridade o trabalho [21,22].

As pessoas idosas que relataram realizar alguma atividade física obtiveram um maior

grau de LFS. Estudo realizado com pessoas idosas chinesas demonstrou que há associação entre o LFS e a adoção de comportamentos relacionados à saúde como atividade física, consumo de bebida alcoólica e tabagismo, de modo que, os participantes com maiores pontuações no LFS eram significativamente menos propensos a ter comportamentos de riscoe, mais dispostos a fazer exames regularmente, ter uma boa auto avaliação de saúde e possuir acesso suficiente a informações de saúde de várias fontes [23].

Ao contrário, aquelas pessoas que possuem alguma condição crônica têm piores condições de saúde e com isso muitas vezes necessitam seguir alguma dieta específica. Neste estudo aquelas pessoas idosas que seguem alguma dieta específica alcançam menores graus de LFS. A presença de doenças crônicas, tanto em âmbito nacional, quanto internacional está atrelada a um LFS inadequado [24,25]. A falta de conhecimentos e habilidades relacionadas à saúde pode ser considerada ainda como uma barreira para a adoção de comportamentos saudáveis e na prevenção ou gerenciamento de doenças agudas e crônicas [5].

As doenças crônicas mais prevalentes entre as pessoas idosas assistidas pela ESF do município de Teófilo Otoni-MG foram hipertensão e diabetes [26]. E um estudo realizado com 840.319 pessoas idosas alemães que consultaram com clínico geral, demonstrou que a doença crônica mais frequente, em ambos os sexos, foi a hipertensão [27], corroborando com o que foi encontrado neste estudo.

Não houve associação entre os graus de LFS e as doenças crônicas autorreferidas pelas pessoas idosas. Contudo, estudo realizado nos Estados Unidos, com 2923 pessoas idosas encontrou que o diabetes mellitus e a insuficiência cardíaca são preditores de um LFS inadequado [28].

Embora os medicamentos mais utilizados pela população do estudo não tenham dado relação estatística significativa entre os graus de LFS, percebe-se que, de maneira similar, em um estudo realizado com pessoas idosas usuárias de plano de saúde suplementar de um

município de médio porte do Estado de São Paulo-SP, as classes de medicamentos mais utilizadas foram para o sistema cardiovascular, e sistema digestivo e metabolismo, com média de 5,8 medicamentos por pessoa idosa [29]. E um estudo realizado com idosos mexicanos as classes de medicamentos mais utilizadas foram para o trato alimentar e metabolismo, sistema cardiovascular e sistema nervoso, com média de 8,3 medicamentos por idoso[30].

CONCLUSÃO

Como limitações do estudo destaca-se que as pessoas idosas analfabetas não foram incluídas nesta pesquisa devido aos critérios de inclusão dos instrumentos utilizados. Compreende-se a contribuição do estudo para a enfermagem e demais áreas da saúde, pois a partir do conhecimento do LFS os profissionais da saúde poderão ter subsídios para realizar suas atividades de educação em saúde a fim de minimizar ou reduzir os impactos negativos nas condições de saúde e favorecer o envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

1 Moreira RM, Santos CES, Couto ES, Teixeira JRB, Souza MMM. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. Revista Kairós Gerontologia [Internet] 2013; 16(1):27-38. [acesso em 10 jul 2018]. Disponvel: http://www.fufs.edu.br/admin/anexos/10-02-2015_20_43_08_.pdf

2 Focchesatto A, Rockett FC, Perry IDS. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet] 2015; 18(4):779-95 [acesso em 10 jul 2018]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00779.pdf

3 Manso MEG, Biffi ECA, Gerardi TJ. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil.

Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.[Internet] 2015; 18(1):151-64 [acesso em 15 jul 2018]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000100151&script=sci_abstract&tlng=pt

4 Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet] 2017; 20(3): 375-387. [acesso em 17 ago 2018]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232017000300374&script=sci_arttext&tlng=pt

5 Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. Gerontol Geriatr Med [Internet] 2016; 2 [acesso em 16 jul 2018]. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28138488

6 Institute of Medicine (IOM). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 33 p. [acesso em 15 jul 2018]. Disponível: https://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion/healthliteracyfinal.pdf

7 Souza JG, Apolinario D, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Jacob-Filho W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. BMJ Open [Internet] 2014; 4:e004180 [acesso em 9 ago 2018]. Disponível: https://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004180

8 World Health Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

9 Ministério da Saúde (BR). 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. 192p.

10 Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin

A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. Rev Saúde Públ [Internet] 2009; 43(4):631-8. [acesso em 9 ago 2018]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/124.pdf

11 Santos MIPO, Portella MR. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016; 69(1):156-64 [acesso em 21 ago 2018]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034- 71672016000100156&lng=e

12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados do Brasil. Municípios. Rio Grande RS. Pesquisas. Censo demográfico 2010: amostra - características da população; 2010 [Internet]. Disponível: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/riogrande/pesquisa/23/25888?detalhes=true

13 Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. J Vasc Bras [Internet] 2011;10(4):275-278 [acesso em 10 ago 2018]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01

14 Tiller D, Herzog B, Klutting A, Haerting J. Health literacy in an urban elderly East-German population - results from the population-based CARLA study. BMC Public Health [Internet] 2015;15(883) [acesso em 20 ago 2018]. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26357978

15 Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. BMC Public Health [Internet] 2014; 4(1095) [acesso em 7 ago 2018]. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25339154

16 Chehuen-Neto JA, Pinto FAR, Bignoto TC, Costa LA, Vieira CIR, Estevanin GM, et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas**.** Cien Saude Colet [Internet] 2017 [acesso em 10 ago 2018]. Disponível:

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/letramento-funcional-em-saude-nos-portadores-de-doencas-cardiovasculares-cronicas/16286?id=16286

17 Geboers, B, Winter AF, Spoorenberg SLW, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. Qual Life Res [Internet] 2016;25(11):2869-77 [acesso em 9 ago 2018]. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5065597/

18 Souza- Filho PPS, Massi GAA, Ribas A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet] 2014; 17(3):589-600 [acesso em 15 ago 2018]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000300589&script=sci_abstract&tlng=pt

19 Beauchamp A, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health [Internet] 2015; 15(678) [acesso em 15 jul 2018]. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26194350

20 Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012 [acesso em 18 jul 2018]. Disponível: http://www.salupedia.org/alfabetizacion/

21 Domiciano BR, Braga DKAP, Silva PN, Vasconcelos TB, Macena RHM. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. Rev Neurocienc. [Internet] 2014;22(3):330-336 [acesso em 17 jul 2018]. Disponível: http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Original/971original.pdf

22 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016 [Internet] / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016 146 p.

23 Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between Health Literacy, Health-Related

Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. Int J Environ Res Public Health [Internet] 2015; 12(8): 9714-25 [acesso em 20 jul 2018]. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555308/

24 Wu JR, Moser DK, DeWalt DA, Rayens MK, Dracup K. Health Literacy Mediates the Relationship Between Age and Health Outcomes in Patients With Heart Failure. Circ Heart Fail [Internet] 2016; 9(1). [acesso em 21 ago 2018]. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26721913

25 Moraes KL, Brasil VV, de Oliveira GF, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Rafaela Peres Boaventura RP et al. Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017; 70(1):155-62. [acesso em 19 ago 2018]. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0155.pdf

26 Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2015; 20(8) [acesso em 18 ago 2018] Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26221814

27 Jacob L, Breuer J, Kostev K. Prevalence of chronic deseases among older patients in german general practices. Ger Med Sci [Internet] 2016;14:Doc03. [acesso em 15 ago 2018]. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779902/

28 Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. Arch Intern Med [Internet] 2005; 165(17): 1946-1952 [acesso em 11 nov 2018]. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16186463

29 Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. Rev. bras. geriatr. gerontol.[Internet] 2017;20(3):375-87 [acesso em 15 jul 2018]. Disponível:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232017000300374&script=sci_arttext&tlng=pt

30 Ramírez-Espejel CJ, Juárez-Cedillo T, Avalos-Mejía AM. Prevalence and Risk Factors of Potential Drug-Drug Interactions in Older Adults Treated in Primary Health Care. Ann Public Health Res. [Internet] 2017; 4(4): 1067[acesso em 20 jul 2018]. Disponível: https://www.jscimedcentral.com/PublicHealth/publichealth-4-1067.pdf

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Utilizando-se da pesquisa quantitativa foi possível responder as questões de pesquisa propostas pela dissertação: Como se caracteriza o perfil sociodemográfico, de saúde e o uso de medicamentos das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da família no município de Rio Grande/RS? Qual o grau de Letramento Funcional em Saúde (LFS) das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da família no município de Rio Grande/RS? Existe associação entre Letramento Funcional em Saúde e as variáveis sociodemográficas, de saúde e o uso de medicamentos?

A pontuação média de LFS foi de 51,9 (DP±22,2), o que corresponde LFS inadequado, com uma pontuação mínima de dois e máxima de 100 pontos na escala. Houve relação estatística significativa com o LFS as variáveis faixa-etária, sexo, anos de estudo, renda, doenças crônicas, número de internações, uso de medicação não prescrita, receber informação do médio, não receber informação de nenhum profissional, utilizar a internet, vizinhos/amigos/parentes, revistas/livros e panfletos como fontes de informação em saúde.

Quanto aos níveis de LFS, das 350 pessoas idosas que participaram do estudo, 206 (58,9%) obtiveram LFS inadequado, 58 (16,6%) LFS marginal e 86 (24,6%) LFS adequado. As variáveis que obtiveram relação estatística com o grau de LFS foram idade e anos de estudo.

A partir da avaliação do LFS de pessoas idosas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família e os fatores associados, faz-se necessário que tanto o enfermeiro, quanto os demais profissionais da saúde, atentem para as variáveis que tem relação com o LFS, dando uma maior atenção àquelas que podem ser modificadas. Com isso, espera-se que possa haver uma maior compreensão das informações em saúde para minimizar ou excluir possíveis complicações em saúde que possam comprometer o envelhecimento ativo.

À pesquisa, essas informações podem servir como subsídio para publicações futuras. Já no ensino, os dados podem contribuir para os professores em suas aulas, tendo em vista ser uma temática nova e existir poucos estudos na literatura brasileira.

Como limitação da pesquisa destaca-se que pessoas idosas analfabetas não participaram do estudo devido os critérios de inclusão do instrumento utilizado para avaliar o LFS. Além disso, este instrumento foi adaptado de um estudo internacional e requer habilidades mais refinadas para interpretação, porém sabe-se que a realidade do Brasil é bastante diferente dos países desenvolvidos em que se tem uma maior renda e um maior acesso a educação que são variáveis importantes e interferem no LFS. Ainda, no Brasil a temática LFS é bastante

recente, portanto não existem instrumentos adaptados para esta realidade.

REFERÊNCIAS

ABAZARI, P.; JAFARI, T.A.; SABZGHABAEE, A.M. How much elderly people of Isfahan are adherent to their drug therapy regimens? **J Educ Health Promot.**, v.6, n.12, 2017.

ADAMS, R. *et al*. Health Literacy: a new concept for general practice? **Aust Fam Physician**, v. 38, p. 144-147, 2009.

ARRUDA, D.C.J. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.18, n.2, p.327-37, Rio de Janeiro, 2015.

BAKER, D.W. The meaning and the measure of health literacy. **J Gen Intern Med**. v.21, n.8, p.878-83, 2006.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia,** v.18, n.1, p. 325-39, 2015.

BASAGOITI, I. **Alfabetización en salud**. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. Acesso em 20 dezembro de 2017. Disponível em: http://www.salupedia.org/alfabetizacion/

BAZARGAN, M. et al. Non-adherence to medication regimens among older African-American adults. **BMC Geriatr**., v.25, n.1, p.163, 2017.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso. Brasília. 1998.

_____. Câmara dos Deputados. Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2528/06. 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. 192p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília; 2014.

BREGA, A.G. et al. **AHRQ health literacy universal precautions toolkit.** 2nd ed., 2015. Acesso em 20 dezembro de 2017. Disponível

em: https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html

CARTHERY-GOULART, M.T.; MIALHE, F.L. Letramento em saúde e promoção da saúde. In: Pelicione MCF, Mialhe FL, organizadores. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. p.133-80, São Paulo: Santos, 2012.

CHEHUEN-NETO, J.A. et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas**. Cien Saude Colet**. 2017.

CHESSER, A.K. et al. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. **Gerontol Geriatr Med**., v.2, 2016.

DIAS, M.A.F.; PAÚL, C.; WATANABE, H.A.W. Representações sociais de velhice e suas relações com declínio e finitude em comentários e críticas publicados na mídia. **Revista Kairós Gerontologia.,** v.17, n.1, p.125-43, 2014.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.1, p.126-34, 2012.

FOCCHESATTO, A.; ROCKETT, F.C.; PERRY, I.D.S. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.779-95, 2015.

FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª. Ed. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no Século XXI:** Celebração e Desafio. Nova York. 2012.

GEBOERS, B. et al. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. **Qual Life Res.**, v.25, n.11, p. 2869-77, 2016.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**. v.17, n..1, Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais.** Uma análise das condições de vida da população Brasileira. Rio de Janeiro, 2016. Acesso em 19 outubro de 2017. Acesso em 10 de dez de 2017. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Health Literacy:** A Prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 33 p. Acesso em 20 janeiro de 2017. Disponível em: https://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion/healthliteracyfinal.pdf

JIN, H.; KIM, Y.; RHIE, S.J. Factors affecting medication adherence in elderly people. **Patient Prefer Adherence**.v.10, p.2117-25, 2016.

KICKBUSCH, I. et al. **Health literacy:** the solid facts. Copenhagen: World Health Orgnaization; 2013. Acesso em 15 dezembro de 2017. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

MACLEOD, S. et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. **Geriatr Nurs.**, v.38, n.4, p.334-41, 2017.

MANCUSO, J.M. Health literacy: a concept/dimensional analysis. **Nurs Health Sci.** v.10, n.3, p.248-255, 2008.

MANSO, M.E.G.; BIFFI, E.C.A.; GERARDI, T.J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.18, n.1, p.151-64, Rio de Janeiro, 2015.

MARQUES, S.R.L; LEMOS, S.M.A. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. **Audiol Commun Res.** v.22, 2017.

MELO, N.C.V; TEIXEIRA, K.M.D.; SILVEIRA, M.B. Consumo e perfil social e demográfico dos diferentes arranjos domiciliares de idosos no Brasil: análises a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., v.20, n.5, p.607-17, Rio de Janeiro, 2017.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** v.19, n.3, p.507-19, Rio de Janeiro, 2016.

MONTEIRO, S.C.M.; AZEVEDO, L.S.; BELFORT, I.K.P. Automedicação em idosos de um Programa Saúde da Família, Brasil. **Infarma.**, v. 26, n. 2, p.90-95, 2014.

MOREIRA, J.O. Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** v.28, n.4, p.451-6, 2013.

MOREIRA, R.M. et al. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.1, p.27-38, São Paulo, 2013.

MUNIZ, E.C.S. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.20 n.3, p.375-87, Rio de Janeiro, 2017.

NASCIMENTO, R.C.R.M.et al. Polifármacia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica.** 2017;51 Supl 2:19s.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promot Int.**v.15, n.3, p.59-267, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3. ed. Washington, DC, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília (DF), 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, 2015.

PAPÁLIA, D.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano.** 12ªed. Porto Alegre: McGraw Hill, Artmed; 2013.

PAREKH, N. et al. Can supporting health literacy reduce medication-related harm in older adults? **Ther Adv Drug Saf.**, v.9, n.3 p. 167-70, 2018.

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. 255p. 2013.

REISI, M. et al. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. **J Educ Health Promot**., v.3, n. 119, 2014.

RIBAS, C.; OLIVEIRA, K.R. Perfil dos medicamentos prescritos para idosos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí-RS. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n.1, p.99-114, Rio de Janeiro, 2014.

ROCHA, P.C.; LEMOS, S.M.A. Aspectos conceituais e fatores associados ao letramento funcional em saúde: revisão de literatura. **Rev. CEFAC.** v.18, n.1, p.214-25, 2016.

SANTOS, M.I.P.O. et al. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**., v.18, n.3, p.651-64, Rio de Janeiro, 2015.

SARAIVA, E.R.A.; COUTINHO, M.P.L. Meios de comunicação impressos, representações sociais e violência contra idosos. **Psicologia em Estudo**, v.17, n.2, p.205-15, 2012.

SILVA, M.R.F. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serv. Soc. Soc**., São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016.

SIMÕES, C. C. S. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 119 p. Acesso em 20 janeiro de 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98579.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** v.107, n.3, supl. 3, 2016.
Acesso em 20 abril de 2018. Disponível em:
http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

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

SOUZA FILHO, P.P.S.; MASSI, G.A.A.; RIBAS, A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.589-600, 2014.

STEFANO, I.C.A. et al. Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.681-92, 2017.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS) 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. AGS updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **J Am Geriatr Soc** 2012; DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012. 03923.x.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H.A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1189-213, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Health promotion glossary**. Geneva, WHO, 1998. Acesso em 15 setembro de 2016. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long term-therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing. A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the second United Nations World assembly on aging. Madrid, Spain, 2002.

YOST, K.J., et al. Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: Development and pilot testing. **Patient Educ Couns.,** v.75, n.3, p.295-301, 2009.

ZHANG, F. et al. Increasing use of prescription drugs in the United Kingdom. **Pharmacoepidemiol Drug Saf.** v.25, n.6, p.628-36, 2016.

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:__/__/____.

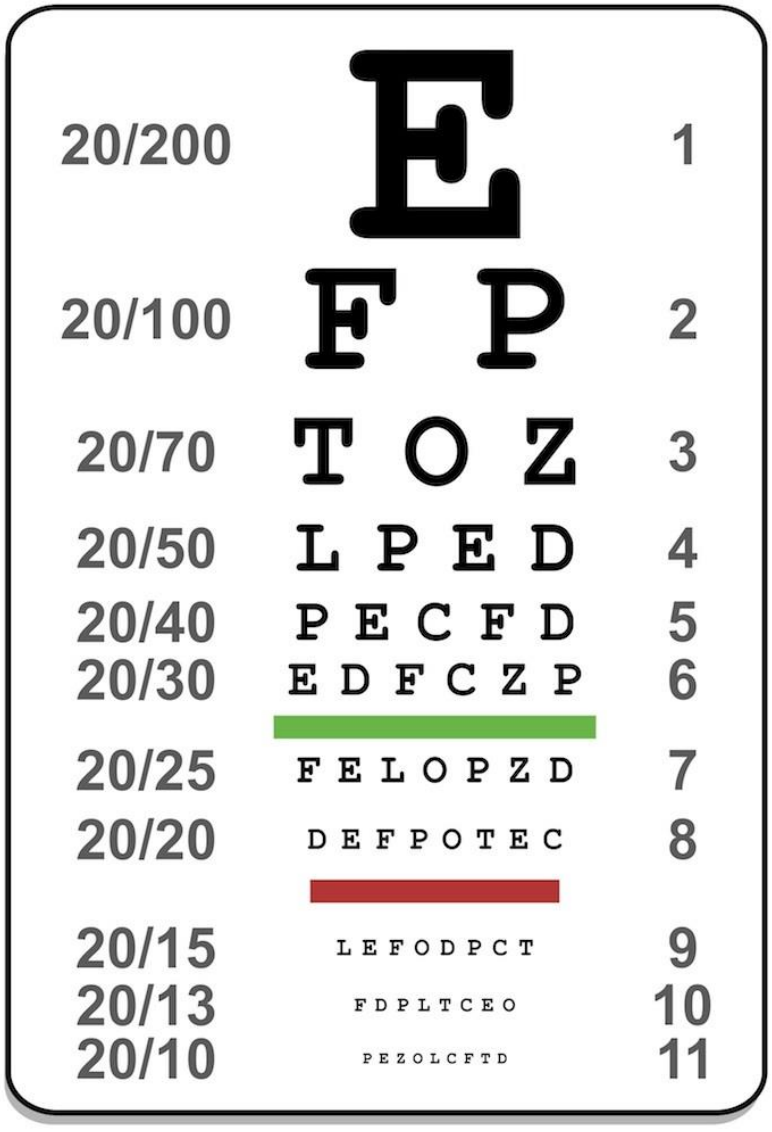
ANEXO A - Avaliação da acuidade visual

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.



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	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Semestre	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Mês	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Dia	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Dia da semana	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe

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

Local	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Rua	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Bairro	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Cidade	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Estado	( ) acertou	( ) errou	( ) 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	( ) conseguiu	( ) não conseguiu
Tijolo	( ) conseguiu	( ) não conseguiu
Tapete	( ) conseguiu	( ) 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	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
93 – 7 = 86	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
86 – 7 = 79	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
79 – 7 = 72	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
72 – 7 = 65	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe

Soletre a palavra MUNDO de trás para frente

O	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
D	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
N	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
U	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
M	( ) acertou	( ) errou	( ) 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	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Tijolo	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Tapete	( ) acertou	( ) errou	( ) 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	( ) acertou	( ) errou	( ) não sabe
Relógio	( ) acertou	( ) errou	( ) 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.

( ) conseguiu	( ) 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)?

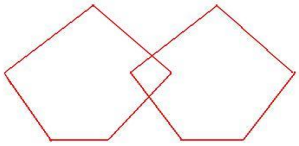
Contar 1 ponto se a frase tem sujeito e verbo, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe; se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg.)

_____

_____

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 - 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. Ou- tros 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.

Escores
A cada ítem 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 "Escores do TOFHLA" anote o número do questionário no espaço destinado para esse fim. LEMBRE-SE: ESSA FO- LHA 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 co m- pletar 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
b) fiel
c) raio X
d) dormir

a) asma
b) vazio
c) incesto
d)anemia

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

a) durar
b) ver
c) falar
d) olhar

a) camas
b) cabeças
c) horas
d) dietas

NA VÉSPERA DO DIA DO RAIO-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
b) a meia noite
c) durante
d) antes

a) conhecer
b) vir
c) pedir
d) comer

a) tudo
b) nada
c) cada
c) algum

até _____ o raio-X.

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

NO DIA DO RAIO-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
b) sondo
c) envio
d) ganho

a) provar
b) arriscar
c) cumprir
d) transmitir

serão muito _____ para permitir o correto _____.

a) proteínas
b) importantes
c) superficiais
d) numéricas

a) agudo
b) hospital
c) mioma
d) diagnóstico

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____ nas

a) investigo
b) entretenho
c) entendo
d) estabeleço

a) alteração
b) hormônio
c) antiácido
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
b) isto
c) que
d) do que

a) alimentar
b) ocupar
c) dispensar
d) adaptar

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

a) brilho
b) esquerdo
c) errado
d) direito

a) solicitar
b) reciclar
c) falhar
d) reparar

a) contando
b) lendo
c) telefonando
d) observando

Se você _____ de ajuda para entender estas _____,

a) lavar
b) precisar
c) cobrir
d) medir

a) instruções
b) taxas
c) hipoglicemias
d) datas

você deverá _____ uma enfermeira ou funcionária do _____ Social

a) relaxar
b) quebrar
c) aspirar
d) procurar

a) Tumor
b) Abdômen
c) Serviço
d) Adulto

para _____ todas as suas _____.

a) encobrir
b) esclarecer
c) desconhecer
d) esperar

a) pélvis
b) dúvidas
c) tomografias
consoantes

ITENS DE NUMERAMENTO – Cartões para perguntas

Cartão 1:

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.

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 E – 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.

Eli Sinnott Silva
Prof.ª Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO F – 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 Rio Grande, 14 de junho de 2017.

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!