

EENF ESCOLA DE
ENFERMAGEM



FURG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE

EENF PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

JULIANA PIVETA DE LIMA

**COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PESSOAS IDOSAS NA
ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA O LETRAMENTO FUNCIONAL EM
SAÚDE**

**RIO GRANDE/RS
2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM- EEnf
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- PPGEenf
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PESSOAS IDOSAS NA
ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA O LETRAMENTO FUNCIONAL EM
SAÚDE**

JULIANA PIVETA DE LIMA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para o título de Doutora em Ciências – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Jamila Geri Tomaszewski Barlem

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Daiane Porto Gautério Abreu

RIO GRANDE/RS
2023

Ficha Catalográfica

L732c Lima, Juliana Piveta de.
Comunicação entre profissionais da saúde e pessoas idosas na
atenção básica : estratégias para o letramento funcional em saúde /
Juliana Piveta de Lima. – 2023.
110 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio
Grande/RS, 2023.
Orientadora: Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem.
Coorientadora: Dra. Daiane Porto Gautério Abreu.

1. Comunicação em Saúde 2. Letramento em Saúde 3. Estratégia
Saúde da Família 4. Idoso 5. Enfermagem I. Barlem, Jamila Geri
Tomaschewski II. Abreu, Daiane Porto Gautério II. Título.

CDU 613-053.9

Catálogo na Fonte: Bibliotecária Vanessa Ceiglinski Nunes CRB 10/2174

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Piveta de Lima

COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA O LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação em 22 de novembro de 2023 e aprovada por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Rosemary Silva da Silveira
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – Efetivo

Marlise Capa Verde Almeida de Mello
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – Efetivo

Cenir Gonçalves Tier
Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) – Efetivo

Diéssica Roggia Piexak
Universidade Federal do Rio Grande (FURG) – Suplente

Silomar Ilha
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Suplente

Certificamos que esta versão é original e final do trabalho de conclusão que foi aprovada para obtenção do título de Doutora em Ciências, atendendo às normas de legislação vigente do PPGEnf/FURG.

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Profa. Dra. Daiane Porto Gautério Abreu
Coorientadora

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Orientadora

RIO GRANDE
2023

“Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o triunfo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante”.

Charles Chaplin

RESUMO

LIMA, JULIANA PIVETA DE. **Comunicação entre profissionais da saúde e pessoas idosas na Atenção Básica: estratégias para o Letramento Funcional em Saúde**. 2023. 110 folhas. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande/RS.

Os profissionais da saúde são responsáveis pelo fornecimento de informações e cuidados diretos aos pacientes e precisam ser capacitados a respeito das técnicas de comunicação, da importância de saber identificar pacientes com baixo Letramento Funcional em Saúde além de conhecer as especificidades na comunicação com pessoas idosas. Têm-se como objetivos: conhecer o perfil de atendimento e como ocorre a comunicação dos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado Letramento Funcional em Saúde; identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado Letramento Funcional em Saúde acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica; elaborar, em conjunto com os profissionais da atenção básica, a partir das dificuldades referidas pelas pessoas idosas, estratégias de comunicação a serem utilizadas a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde e o Letramento Funcional em Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada no município de São José do Norte-RS, nas sete unidades da Estratégia de Saúde da Família do município. Participaram do estudo profissionais da saúde e pessoas idosas das unidades de saúde do município de São José do Norte-RS. A coleta de dados ocorreu de abril a julho de 2022. A análise ocorreu por meio do método de análise textual discursiva. Foram respeitados os aspectos éticos conforme legislação. Os resultados e discussões foram apresentados através de três manuscritos, em formato de artigo. Diante dos resultados conclui-se que, as estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica influenciam na compreensão das informações em saúde de pessoas idosas com baixo letramento funcional em saúde, por isso os profissionais da saúde que são provedores de conhecimento precisam aprimorar e se informar a respeito das estratégias de comunicação que devem ser utilizadas para facilitar a compreensão das informações em saúde, principalmente de pessoas idosas com baixo Letramento Funcional em Saúde.

Descritores: Comunicação em Saúde; Letramento em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

LIMA, JULIANA PIVETA DE. **Communication between health professionals and elderly people in Primary Care: strategies for Functional Health Literacy.** 2023. 110 pages. Thesis (Doutorate in nursing). School of nursing. Postgraduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande, Rio Grande/RS.

Health professionals are responsible for providing information and direct care to patients and need to be trained in communication techniques, the importance of knowing how to identify patients with low Functional Health Literacy, as well as knowing the specificities of communicating with elderly people. The objectives are: to understand the service profile and how primary care health professionals communicate with elderly people with limited or inadequate Health Literacy; identify the perception of elderly people with limited or inadequate Functional Health Literacy regarding the way information is communicated by primary care health professionals; develop, together with primary care professionals, based on the difficulties mentioned by elderly people, communication strategies to be used in order to improve the understanding of health information and Functional Health Literacy. This is a qualitative research, exploratory and descriptive carried out in the city of São José do Norte-RS, in the seven units of the city's Family Health Strategy. Health professionals and elderly people from health units in the city of São José do Norte-RS participated in the study. Data collection took place from April to July 2022. Analysis took place using the discursive textual analysis method. Ethical aspects were respected in accordance with legislation. The results and discussions were presented through three manuscripts, in article format. In view of the results, it is concluded that the communication strategies used by primary care health professionals influence the understanding of health information for elderly people with low functional health literacy, which is why health professionals who are knowledge providers need to improve and be informed about the communication strategies that should be used to facilitate the understanding of health information, especially for elderly people with low Health Literacy.

Keywords: Health Communication; Health Literacy; Health Strategy; Aged; Nursing.

RESUMEN

LIMA, JULIANA PIVETA DE. **Comunicação entre profissionais da saúde e pessoas idosas na Atenção Básica: estratégias para o Letramento Funcional em Saúde.** 2023. 110 hojas. Tesis (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado em Enfermería. Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

Los profesionales de la salud son responsables de brindar información y atención directa a los pacientes y necesitan estar capacitados en técnicas de comunicación, la importancia de saber identificar a los pacientes con baja Alfabetización Funcional en Salud, así como conocer las especificidades de la comunicación con las personas mayores. Los objetivos son: comprender el perfil del servicio y cómo los profesionales de la salud de atención primaria se comunican con las personas mayores con alfabetización funcional en salud limitada o inadecuada; identificar la percepción de las personas mayores con alfabetización funcional en salud limitada o inadecuada sobre la forma en que los profesionales de la salud de atención primaria comunican la información; Desarrollar, junto con profesionales de atención primaria, a partir de las dificultades mencionadas por las personas mayores, estrategias de comunicación a utilizar para mejorar la comprensión de la información en salud y la Alfabetización Funcional en Salud. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva realizada en la ciudad de São José do Norte-RS, en las siete unidades de la Estrategia de Salud de la Familia de la ciudad. Participaron del estudio profesionales de la salud y ancianos de unidades de salud de la ciudad de São José do Norte-RS. La recolección de datos se realizó de abril a julio de 2022. El análisis se realizó mediante el método de análisis textual discursivo. Se respetaron los aspectos éticos de acuerdo con la legislación. Los resultados y discusiones fueron presentados a través de tres manuscritos, en formato de artículo. A la vista de los resultados, se concluye que las estrategias de comunicación utilizadas por los profesionales de la salud de atención primaria influyen en la comprensión de la información de salud de las personas mayores con baja alfabetización funcional en salud, por lo que los profesionales de la salud que son proveedores de conocimiento necesitan mejorar e informarse sobre las estrategias de comunicación que deben utilizarse para facilitar la comprensión de la información de salud, especialmente para personas mayores con baja Alfabetización Funcional en Salud.

Palabras Clave: Comunicación en Salud; Alfabetización en Salud; Estrategia de Salud Familiar; Anciano; Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	8
2.2 LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE	11
2.3 COMUNICAÇÃO: TÉCNICAS UTILIZADAS EM SAÚDE.....	17
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 LOCAL DO ESTUDO	25
3.3 PARTICIPANTES	25
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
4.1 ARTIGO 1 LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: MOTIVOS, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO DA PESSOA IDOSA	31
4.2 ARTIGO 2 PERCEPÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS ACERCA DA FORMA COMO AS INFORMAÇÕES SÃO COMUNICADAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	49
4.3 ARTIGO 3 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PARA MELHORAR A COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE	80
APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PESSOAS IDOSAS.....	82
APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
APÊNDICE IV – DOCUMENTO PARA PROTOCOLO DA PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO NORTE	85
ANEXO A - Avaliação da acuidade visual	86
ANEXO B – Avaliação da acuidade auditiva	87
ANEXO C - Avaliação cognitiva.....	88
ANEXO D - versão traduzida e adaptada do <i>Short-Test of Functional Health Literacy in Adults</i> (S- TOFHLA)	92
ANEXO E - Autorização do Comitê Científico da Escola de Enfermagem -COMPESQ.....	101
ANEXO F - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.	102

1 INTRODUÇÃO

O Letramento Funcional em Saúde (LFS) é um dos determinantes sociais da saúde e reflete o quanto os indivíduos podem entender, compreender e refletir criticamente sobre informações relacionadas à saúde e à doença. Níveis baixos de LFS em pessoas idosas estão associados a uma maior morbidade e mortalidade, uma vez que a utilização dos serviços de saúde é mais elevada nesse grupo etário e os resultados dos tratamentos médicos são menos satisfatórios (Veenker; Paans, 2016).

Nesse sentido, os idosos são classificados em três níveis de letramento: inadequado (0-53); limitado (54-66) e adequado (67-100) (Passamai; Sampaio; Lima, 2013). Os níveis de LFS costumam ser menores na população idosa quando comparados com a população em geral. Em estudo realizado em Recife-PE com 213 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos com doença renal crônica, cerca de 71,7% da população avaliada apresentou LFS inadequado (Lima et al., 2021). E em um estudo realizado com 529 idosos americanos, 48,2% obtiveram LFS limitado ou inadequado (Smith et al, 2015). No entanto, em estudo realizado com 302 pessoas Húngaras apenas 8% dos indivíduos apresentou LFS inadequado (Papp-Zipernovszk et al., 2016).

Tais distinções podem estar relacionadas a influência dos determinantes sociais sobre as habilidades de LFS. Indivíduos com baixas condições socioeconômicas e baixo nível educacional apresentam menor LFS quando comparados àqueles que não vivenciam estas situações. Esse dado é preocupante uma vez que, o percentual de brasileiros analfabetos ou com nível rudimentar de alfabetização é bastante elevado. Em 2018 eram aproximadamente seis milhões de analfabetos com 60 anos ou mais no Brasil (IBGE, 2018), e uma das características mais marcantes das pessoas idosas no Brasil é a pobreza nesta faixa etária, as aposentarias e as pensões são as principais fontes de renda e não chegam a 2,5 salários mínimos (Celich; Silva; Souza, 2009), tornando esses grupos pouco favoráveis ou limitados para o desenvolvimento das habilidades de LFS (Marques; Escarce; Lemos, 2018).

Nesse âmbito, pesquisas anteriores sobre LFS com pessoas idosas demonstraram que esse grupo populacional, que muitas vezes vive com complexas condições de saúde, possui grandes dificuldades em compreender e seguir orientações a respeito de suas condições clínicas, tratamentos e instruções sobre medicamentos. Esses resultados afetam a capacidade de autocuidado e independência, gerando insatisfação do usuário com o serviço e resultados ruins de saúde (Belim; Almeida, 2018) (Kim; Oh, 2020).

Sendo as equipes da Atenção Básica e de Saúde da Família responsáveis pela primeira abordagem e avaliação multidimensional das pessoas idosas dos territórios os quais são referências, é necessário que os profissionais saibam avaliar e identificar as condições funcionais desse grupo populacional e, caso seja necessário, complementem o cuidado com atenção especializada (Brasil, 2018).

Nesse sentido, os profissionais devem:

planejar as ações que envolvam a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência; identificar e acompanhar àqueles mais frágeis ou em processo de fragilização; conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade; realizar o acolhimento de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito; prestar atenção contínua às necessidades de saúde, articulando com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal; realizar e participar de atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa; e desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe (Brasil, 2007, p.27).

O perfil da população idosa atendida na Atenção Básica é caracterizado por uma média de idade elevada, presença de doenças crônicas, usuária de medicações contínuas, com baixa renda e uma parcela importante com pouca escolaridade ou analfabetas (Keomma et al., 2018). Nesse sentido, a baixa compreensão das informações em saúde pode acarretar em complicações que poderiam ser evitadas caso os profissionais desenvolvessem estratégias adequadas de comunicação, que levem em consideração o grau de LFS, o perfil e as necessidades de cada pessoa idosa.

Tendo em vista a dificuldade na compreensão das informações em saúde, a maioria dos especialistas em LFS enfatiza diversos comportamentos e estratégias que são vitais para promover uma comunicação clara (Belim; Almeida, 2018). De acordo com esses especialistas, os profissionais de saúde podem ser capacitados para fazer melhor uso de seus conhecimentos e habilidades e, assim coordenar de forma mais eficiente os cuidados prestados. É necessário que o profissional da saúde leve em consideração as necessidades individuais de cada paciente a fim de proporcionar uma assistência integral e de qualidade (Zabar; Hanley; Altshuler, 2014; Sany et al., 2020).

A população idosa requer algumas especificidades na comunicação devido a diminuição das capacidades sensório-perceptivas que se manifestam pela diminuição da capacidade de receber e tratar as informações provenientes do meio. Nesse sentido, o profissional da saúde precisa adotar algumas medidas que facilitem a compreensão das informações em saúde, tais como evitar ambientes ruidosos, avaliar o contexto e individualizar informações, evitar o uso de termos técnicos, falar de frente, articular bem as palavras, dentre outros (Brasil, 2006).

A *American Medical Association* (AMA) e especialistas em educação em saúde recomendam o uso de um instrumento de 14 itens que avalia o uso e a eficácia das técnicas de comunicação entre paciente-provedor, são elas: falar devagar, usar linguagem simples, limitar a duas ou três informações por vez e confirmar a compreensão por meio do método de re-ensino (Schwartzberg et al., 2007). No entanto, embora os estudos demonstrem a eficácia da utilização das estratégias de comunicação (Koo et al., 2016; Tseng et al., 2021), alguns profissionais da saúde não têm conhecimento a respeito dessas estratégias, sobre as implicações negativas que a falta de compreensão das informações em saúde pode causar ao paciente e sobre as consequências do baixo LFS nos resultados de saúde.

Dessa maneira, os profissionais da saúde que são responsáveis pelo fornecimento de informações e cuidados diretos aos pacientes, precisam ser capacitados a respeito das técnicas de comunicação, da importância de saber identificar pacientes com baixo LFS além de conhecer as especificidades na comunicação com pessoas idosas. Contudo, em âmbito nacional há uma escassez de estudos relacionados à temática abordada nessa pesquisa, principalmente com relação as técnicas de comunicação, que na literatura brasileira não foram encontrados.

Frente ao exposto, justifica-se a relevância desse estudo pela possibilidade de enriquecer as discussões e reflexões acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da atenção básica e o impacto causado na compreensão das informações em saúde das pessoas idosas com baixo LFS. Ainda, esse estudo impactará na prática e na pesquisa uma vez que, trará subsídios para que sejam desenvolvidas estratégias adequadas de comunicação que levem em consideração as especificidades da pessoa idosa visando a melhoria da atenção a este grupo populacional. Além disso, pesquisas abordando a temática da saúde da pessoa idosa são relevantes e necessárias, especialmente no contexto nacional, sendo consideradas como prioridade de pesquisa no Brasil (Brasil, 2018).

Emergem as seguintes **questões de pesquisa**:

Quais os principais motivos dos atendimentos de pessoas idosas na unidade de saúde, as dificuldades no atendimento, bem como as estratégias de comunicação abordadas frente as dificuldades?

Qual a compreensão das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica?

Quais estratégias de comunicação podem ser utilizadas a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde e o LFS?

Têm-se como **objetivos**:

Conhecer os principais motivos dos atendimentos de pessoas idosas na unidade de saúde, as dificuldades no atendimento, bem como as estratégias de comunicação abordadas frente as dificuldades;

Identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica;

Identificar estratégias de comunicação sugeridas por profissionais da atenção básica, a fim de melhorar o LFS das pessoas idosas. (silo)

Defende-se, assim, a seguinte **tese**: As estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica influenciam na compreensão das informações em saúde de pessoas idosas com baixo letramento funcional em saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esse capítulo será dividido em três subcapítulos. No subcapítulo “Envelhecimento Populacional e Atenção Primária à Saúde” serão abordados conceitos, fatores e dados sobre o envelhecimento, além da importância da atenção primária nas práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como o papel da equipe multiprofissional nas atividades de educação em saúde. No subcapítulo “Letramento Funcional em Saúde” serão abordados conceitos, instrumentos de avaliação e fatores relacionados ao LFS. No subcapítulo “Comunicação: Técnicas utilizadas em saúde” serão abordados os modos de comunicação, as barreiras que a dificultam e as técnicas utilizadas para melhorá-la nos serviços de saúde.

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir de 1970 o Brasil teve seu perfil demográfico transformado, a população que era majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte infantil, passou a ser uma sociedade principalmente urbana e com menos filhos. Com isso, observa-se um contingente cada vez mais significativo de pessoas com mais de 60 anos (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca de 30,2 milhões em 2017. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56%), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44%) (PNAD, 2018).

A Lei 8.842 (Brasil, 1998) e o Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003), é consideram pessoas idosas indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Para a Organização das Nações Unidas (ONU) (1982) consideram-se pessoas idosas nos países desenvolvidos àqueles indivíduos com 65 anos e mais; e nos países em desenvolvimento aqueles com 60 anos e mais (Brasil, 1996).

Ainda que no Brasil a velhice seja considerada cronologicamente a partir dos 60 anos, diversos fatores estão relacionados a capacidade funcional das pessoas idosas como idade psicológica, funcional e biológica, além do gênero e da classe social. Estes fatores relacionados ao envelhecimento atingem sua maior amplitude na velhice (Papália; Feldman, 2013; Moreira, 2013).

Há uma grande heterogeneidade no processo de envelhecimento e no Brasil se envelhece de diversas maneiras e condições dependendo da classe social, gênero e grupo étnico (Silva, 2016). No entanto, o envelhecimento não está necessariamente atrelado ao adoecimento, podendo estar associado a uma boa saúde (Miranda; Mendes; Silva, 2016). Para isso, é

fundamental que sejam realizadas ações de prevenção e cuidados ao longo da vida, para que as pessoas idosas se mantenham ativas e independentes (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

Nesse sentido, a Atenção Primária em Saúde (APS), sendo a principal porta de entrada e aos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde possuem papel facilitador em garantir a Atenção Integral à Saúde das pessoas idosas, proporcionando a manutenção da funcionalidade e a autonomia para um envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2006). Assim, APS ao estar perto das famílias e da comunidade é determinante a resolutividade para a superação de grande parte dos problemas de saúde da população (Brasil, 2012).

A APS privilegia e promove práticas que promovem a saúde e previnem doenças. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o primeiro nível de atenção em saúde, sendo a principal ferramenta para operacionalização das ações que compõem o rol de responsabilidades da APS (Brasil, 1998; Heimann & Mendonça, 2005). A ESF em sua composição mínima, dispõe de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Brasil, 2002).

No Brasil, a ESF foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população promovendo a qualidade de vida. Além disso, a saúde da população idosa também passou a ser uma prioridade no Sistema Único de Saúde (SUS) e, por conseguinte, da ESF. No entanto, segundo a própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), ainda há muito o que ser feito para que sejam alcançadas respostas efetivas e eficazes as necessidades dessa população (Brasil, 2006a).

O envelhecimento por não ser um processo homogêneo entre os indivíduos necessita fortalecer o trabalho em rede coordenada, para contemplar a atenção a pessoas idosas saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios (Motta; Aguiar; Caldas, 2011). Quanto ao perfil epidemiológico da população idosa atendida na APS, esta é caracterizada pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e condições crônicas. Embora a maioria das pessoas idosas esteja vivendo com doenças ou disfunções orgânicas, isso não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (Brasil, 2019).

O envelhecimento ativo visa a otimização das oportunidades de saúde, tanto na participação de questões sociais, econômicas e culturais, quanto de segurança. Com isso, é almejado que através da promoção de um envelhecimento saudável, ocorra uma melhora na

qualidade de vida das pessoas idosas, contribuindo assim para o aumento da longevidade (OMS, 2005).

Na APS são realizadas atividades de educação em saúde durante as 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, pois garante o fornecimento de informações por meio de discussões e reflexões que sensibilizam o público-alvo no processo de autocuidado (Rosa; Barth; Germani, 2011).

Nesse âmbito, o profissional que mais desempenha ações de educação em saúde é o enfermeiro (Acioli et al, 2014). Durante a consulta de enfermagem além de promover a saúde, podem ser identificadas situações de risco que necessitam de intervenção e acompanhamento. Durante esta atividade objetiva-se a manutenção da qualidade de vida e a garantia do acolhimento individual aos usuários (COFEN Resolução 0464/2014).

Além disso, o auxiliar ou técnico de enfermagem realiza atividades de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situações de risco que são atendidas na atenção primária. Já o ACS por representar um elo entre a ESF e a comunidade, tem importante papel na divulgação e incentivo ao público-alvo a participarem das atividades de educação em saúde. E, o médico da atenção primária realiza atividades de educação em saúde durante suas consultas, orientando acerca de sinais e sintomas que requeiram atendimento imediato, correta utilização dos medicamentos, tratamentos, além de medidas que estimulem o autocuidado e a autonomia, visando não apenas medidas curativas, mas principalmente preventivas (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b).

É realizado também na atenção primária, o trabalho de grupos visando o autocuidado, a adoção de hábitos saudáveis, além de proporcionar que vivências sejam compartilhadas no grupo (Dias; Silveira; Witt, 2009). Pode ser realizado e coordenado por todos os profissionais da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, entre outros).

A visita domiciliar é uma atribuição dos profissionais das Equipes de Saúde da Família que visa a prevenção de doenças e promoção da saúde para além da unidade de saúde, permitindo assim que sejam reconhecidos os ambientes familiar e social do usuário (Machado, 2010).

Porém, a população idosa costuma apresentar um déficit educacional que representa um desafio nas ações de educação em saúde. Por isso, deve-se considerar as particularidades deste público e a adoção de estratégias facilitem a compreensão das informações, minimizando portanto as complicações decorrentes de condições de saúde (Geib, 2012). Nesse âmbito, atualmente existem instrumentos que avaliam o grau de compreensão das informações em saúde

e assim melhoram o desempenho da população em situações rotineiras de saúde, como o LFS. Ainda, para realizar atividades de educação em saúde que sejam significativas para as pessoas idosas, faz-se necessário que os profissionais da saúde desenvolvam habilidades e técnicas de comunicação que levem em consideração as especificidades do indivíduo abordado.

2.2 LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE

Tão importante quanto o vocabulário e as habilidades de comunicação dos profissionais é avaliar o nível de compreensão dos pacientes com relação os assuntos abordados na prática clínica (Passamai et al., 2012). Frente essa necessidade, surge o Letramento Funcional em Saúde (LFS), que é definido como “o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde” (IOM, 2004, p.32).

Para avaliar o nível de compreensão das informações e assim melhorar a atuação dos indivíduos em atividades habituais relacionadas à saúde, utiliza-se o LFS. O termo LFS 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 do idoso, isso irá interferir na sua condição de saúde (Adams, 2009). No entanto, não há um consenso sobre a sua definição, sendo as mais utilizadas e citadas na literatura as da Organização Mundial da Saúde (OMS), do *Institute of Medicine (IOM)* e da *American Medical Association (AMA)*.

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). E a AMA se refere ao LFS como "uma constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar leitura básica e as tarefas necessárias para a função numérica no ambiente de saúde. Os pacientes com o letramento adequado em saúde podem ler, entender e agir sobre a informação de saúde" (AMA, 1999, p.553).

Os instrumentos para avaliar o LFS são divididos em gerais e específicos. Os instrumentos gerais avaliam o quanto o entendimento durante leituras e reconhecimento de palavras (Kickbusch et al, 2013). E os instrumentos específicos possuem maior detalhamento na condição de saúde avaliada (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).

Dentre os instrumentos de avaliação do Letramento Funcional em Saúde foi identificado que o TOFHLA (Teste de Alfabetização Funcional em Saúde em Adultos) e o REALM (Estimativa Rápida de Alfabetização de Adultos em Medicina) foram os instrumentos mais utilizados. Por serem instrumentos que podem ser aplicados rapidamente e serem disponibilizados em diversos idiomas são utilizados com maior frequência (Marques; Lemos, 2017).

O instrumento *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), validado em espanhol, inglês e português, avalia o conhecimento de palavras e termos comuns na área da saúde. Solicita-se que o paciente que realize a leitura de 66 termos e cada palavra pronunciada corretamente vale um ponto, o tempo de avaliação 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, aplicado em três minutos. Sua avaliação é realizada por meio da leitura de um rótulo de sorvete e seis questionamentos. Cada resposta correta 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). 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 e tem duração de 22 minutos. O S-TOFHLA (*Short test of functional health literacy in adults*) é composto por 36 itens de compreensão de leitura e tem duração de 7 minutos. 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 e tem duração de 12 minutos. Na aptidão em numeramento o indivíduo avaliado deve compreender acerca do uso de medicamentos, a monitoração da glicose e a data da consulta clínica. Já para compreender a leitura, há lacunas nas frases que devem ser preenchidas com a melhor opção dentre as quadro alternativas disponíveis. 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) (Passamai; Sampaio; Lima, 2013).

O grau LFS depende de inúmeros fatores que geralmente estão inter-relacionados, e não são dependentes exclusivamente de características do indivíduo, uma vez que podem estar relacionadas com seu contexto cultural e social. Deste modo, a literatura demonstra que esses fatores podem ser pessoais, quando dependem de características individuais, ou situacionais, quando são desenvolvidas ao longo da vida. Ademais, esses fatores podem ser dinâmicos ou estáveis, ou seja, podem variar ao longo do tempo ou permanecer constantes (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).

Ainda, em um modelo conceitual integrado foram agrupados fatores observados a partir de uma análise 17 conceitos diferente que compreende a perspectiva da saúde pública

acomodando uma abordagem individual uma vez que, substitui três domínios da saúde “saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde” por “estar doente, estar em risco e permanecer saudável”, 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).

Ademais, essa definição resultou em um modelo conceitual integrado (Figura 1) captando as principais dimensões dos modelos conceituais existentes e variáveis que refletem no LFS (Sorensen et al, 2012).

Figura 1 – Modelo conceitual integrado do LFS e suas variáveis

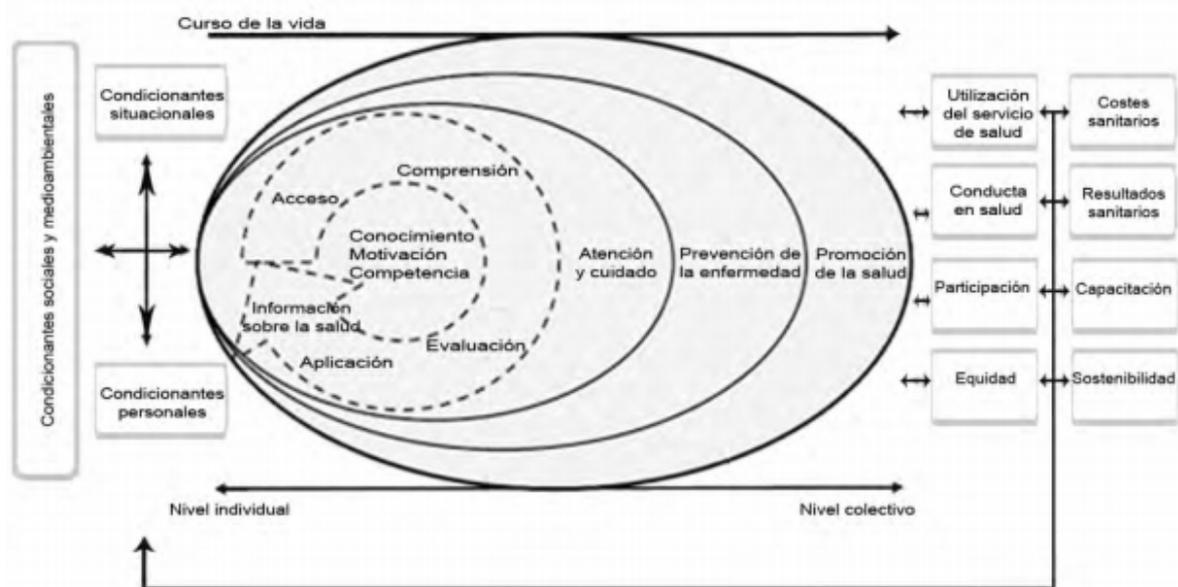


Figura 1: Modelo de Alfabetización en salud según el European Health Literacy Survey (Sørensen, 2011)

No núcleo do modelo estão as competências relacionadas ao acesso, compreensão, avaliação e aplicação de informações relacionadas à saúde e são cruciais para o LFS. No entanto, para buscar informações, interpretá-las e aplicá-las no seu cotidiano a fim de melhorar e manter a saúde são necessárias habilidades cognitivas específicas que dependem da qualidade das informações que são fornecidas (Sorensen et al, 2012). Nesse sentido, a avaliação do LFS é multidimensional, e depende tanto dos fatores individuais quanto as características sociodemográficas, além da interação paciente-profissional e ao autocuidado (Passamai et al, 2012).

Estudos realizados no Brasil demonstram que mais de 50% da população estudada possui LFS inadequado ou limitado, ou seja, não apresentavam as habilidades básicas de leitura

e compreensão necessárias para entender informações de saúde (Maragno et al, 2019) (Chehuen-Neto et al, 2019). No entanto, essa realidade é diferente quando comparamos a países desenvolvidos. Estudo realizado na Flórida (Estados Unidos) demonstrou uma taxa de 17% de letramento inadequado (Haun et al, 2015). Já no Japão, o percentual de letramento inadequado foi de 29% (Furuya et al, 2015). Esses resultados podem estar relacionados à alta escolaridade apresentada pelas amostras, que não retrata a escolaridade da população brasileira (Maragno et al., 2019).

A deficiência no LFS contribui para resultados ruins em saúde (Hersh; Salzman; Snyderman, 2015). Nesse sentido, pessoas com baixo nível de LFS podem ter problemas para processar informações sobre o gerenciamento de suas doenças como ler os receituários médicos e compreender informações, tendem a relatar sua saúde como ruim, realizar menos atividades preventivas, utilizar mais frequentemente os serviços de saúde para tratar complicações de doenças e não os serviços projetados para prevenção (Chesser et al, 2016). Dessa maneira, o desfecho é uma baixa adesão aos tratamentos, pouca participação nos serviços de saúde, aumento nas internações hospitalares, mortalidade elevada e precoce (Hersh; Salzman; Snyderman, 2015).

A literatura sugere que alguns grupos populacionais costumam apresentar um baixo LFS, como é o caso dos pacientes com condições crônicas como diabetes e hipertensão (Miller, 2016) (Luz et al, 2019). Sabe-se que as DCNTs são condições complexas que exigem uma maior compreensão e participação do paciente no seu autocuidado, sendo esse crucial para prevenir complicações e mortalidade. Em estudo que avaliou a associação entre o nível de LFS e autocuidado com diabetes foi observado a relação entre o letramento inadequado e baixos níveis de adesão a seguimento de dieta saudável e orientação alimentar, ingestão de doces e avaliação da glicemia no número de vezes recomendado (Luz et al, 2019). Quanto a população com hipertensão, um município do Piauí demonstrou LFS inadequado em mais de 70% dos hipertensos investigados. Esse dado é preocupante uma vez que, trata-se de um público que necessita de cuidados em saúde, que devem ser protagonistas em seu itinerário terapêutico que envolve medicamentos, atividade física regular e controle da dieta. O LFS inadequado apresentado pelos participantes poderá comprometer o sucesso necessário ao tratamento (Borges et al., 2019).

Verifica-se também a influência dos condicionantes sociais como o nível socioeconômico. Na cidade de Juiz de Fora - Minas Gerais, demonstrou que aqueles indivíduos que possuíam baixa renda obtiveram pontuações inferiores no item de numeramento do instrumento S-TOFHLA. Esse resultado evidenciou as dificuldades dos pacientes em relação

ao controle dos horários dos medicamentos visto que, essa dimensão do instrumento está relacionada a cálculos de doses e intervalos de medicações (Chehuen-Neto et al., 2019).

O baixo nível de LFS está comumente associado ao sexo masculino (Kobayashi et al., 2015) e apontam para um decréscimo no escore do LFS com o avançar da idade, por isso o LFS limitado é comum principalmente entre a população idosa (Hochhauser et al., 2019). Nesse sentido, ao avaliar o LFS de 175 idosos residentes em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, foi constatado que 22,9% apresentou LFS adequado (Romero; Scortegagna; Doring, 2018). Ainda, o LFS inadequado das pessoas idosas está atrelado ao conhecimento insuficiente em relação à doença crônica, ao tratamento e a adoção de novos hábitos de vida (Santos; Portella, 2016) (Lima et al., 2021).

Esses resultados impactam negativamente nessa população, uma vez que seu perfil epidemiológico é caracterizado por uma tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas, e agudizações de condições crônicas (Brasil, 2021). Dessa forma, a dificuldade de compreensão das informações tende a impossibilitar o autogerenciamento da saúde de maneira eficaz e satisfatória, tornando necessários tratamentos contínuos e uma prolongada utilização dos serviços de saúde (Hocchauser et al., 2019).

A escolaridade possui relação diretamente proporcional ao LFS de pessoas idosas, de modo que quanto menor forem os anos de estudo, menor será o grau de LFS. Esse resultado impacta na saúde dessa população uma vez que, a baixa escolaridade é frequente na população idosa. Uma pesquisa brasileira constatou que 49% da população idosa é considerada analfabeta funcional, e, desse total, 23% dos pesquisados declaram não saber ler e escrever, 22% dos idosos consideram a leitura e a escrita atividades penosas, seja por deficiência no aprendizado, problemas de saúde, ou ambos os motivos. Nesse sentido, ao avaliar o LFS de idosos com diabetes foi evidenciado que os participantes apresentavam dificuldade quando precisavam ler toda a frase, compreendê-la dentro de seu contexto e identificar qual palavra completava seu sentido, bem como, ao mesmo tempo, ter o entendimento de qual a relação com a sequência do texto (Neri, 2007; Santos; Portella, 2016).

Nesse ínterim, pessoas idosas que possuem vínculo empregatício tendem a ter um LFS maior. Esse resultado pode estar relacionado a interação com os colegas de trabalho que podem fornecer informações, compartilhar e discutir ideias, sentimentos e experiências (Pelikan; Röthlin; Ganahl, 2012; Hoa et al., 2020).

Os idosos que vivem com seus familiares tendem a ter um maior LFS, isso porque a discussão com pessoas de uma geração diferente aumenta a chance de alguém obter novas

informações ou de que suas ideias sejam confrontadas, podendo assim aumentar seu pensamento crítico e consequentemente, o LFS. E participar de atividades sociais como associação de idosos, reuniões ou jogos esportivos também está associado positivamente ao LFS, uma vez que nesses locais as pessoas idosas podem se encontrar, discutir, trocar conhecimentos e experiências com outras pessoas (Hoa et al., 2020).

A comunicação profissional-paciente requer maiores esforços devido ao seu importante papel em facilitar a participação ativa nos cuidados em saúde. Nesse contexto, a prática educativa voltada aos usuários, denominada educação em saúde, permite o contato com recomendações e discussões sobre temáticas que possibilitam aumentar a capacidade no autocuidado à saúde. Trata-se da prática em saúde que mais se aproxima do pensar e agir das pessoas, permitindo a construção de saberes por meio da interface entre usuários e profissionais, contextualizada pela cultura e afetividade (Moutinho et al., 2014). Portanto, é necessário que sejam desenvolvidas medidas educativas para que os profissionais da saúde conheçam as estratégias de comunicação recomendadas para a promoção da saúde e, assim, sejam minimizados ou excluídos os possíveis impactos da falta de compreensão das informações em saúde das pessoas idosas com baixo LFS.

2.3 COMUNICAÇÃO: TÉCNICAS UTILIZADAS EM SAÚDE

O termo comunicar provém do latim, *communicare* e significa “colocar em comum”. Dessa maneira, a comunicação pode ser compreendida como um processo em que as pessoas partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos por meio da compreensão e troca de mensagens que são enviadas e recebidas (Morais et al., 2009). O Brasil (2006) trata de processo complexo baseado em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social, cultural e espiritual.

Quadro 2: Fatores relacionados às dimensões da comunicação

Biofisiológica	Psicológica	Sociológica	Cultural e/ou espiritual
Integridade dos órgãos sensoriais	Inteligência	Pessoas ao redor	Educação e cultura
Integridade do sistema locomotor	Percepção	Ambiente adequado	Status social
Ausência de déficits cognitivos	Personalidade		

Processo de Senescência	Emoções		
-------------------------	---------	--	--

Fonte: Brasil, 2006.

O modo de comunicação pode ser verbal ou não verbal (Morais et al, 2009). Nesse sentido, no ato da comunicação verbal são necessários seis elementos para que ocorra o ato de comunicação: remetente, destinatário, mensagem, contexto, código e contato. O remetente é aquele que envia a mensagem, o destinatário é quem a recebe, a mensagem é o conceito que se passa para o receptor, o contexto é o conteúdo da mensagem, o código é o instrumento da fala e o contato ou canal é o meio físico por onde passa a mensagem entre o emissor e o receptor (Pagliuca et al., 2011).

A comunicação não verbal é carregada de significados e, na maioria das vezes é realizada inconscientemente. Os sinais não verbais podem reforçar, substituir ou contrariar a fala (Pagliuca et al, 2011). Mesmo o silêncio é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens em um determinado contexto. Os tipos de sinais não verbais que podem ser percebidos durante o processo de comunicação são: “ações ou movimentos do corpo (cinesia), uso do espaço pelos comunicadores (proxêmica), sinais vocais, objetos e adornos utilizados e o momento em que as palavras são ditas” (Ramos; Bortagarai, 2012, p.164).

Nos serviços de saúde os encontros entre os profissionais e os pacientes são intermediados pela comunicação. Fornecer informações, gerar mudanças de comportamento, enfrentar situações de estresse e tornar os pacientes mais ativos no processo de cuidar são algumas das diversas funções da comunicação em saúde. No entanto, muitas barreiras a dificultam como linguagem e saberes diferentes, limitações orgânicas (afasias, déficit auditivo e déficit visual), diferenças socioculturais, cognitivas e intelectuais (Coriolano-Marinus et al., 2014).

A maioria dos pacientes não compreendem as informações em saúde e não reconhecem sua falta de compreensão. Ainda, grande parte das informações em saúde é esquecida imediatamente após o atendimento (Yen; Leasure, 2019). Kessels (2003) descobriu também que quanto maior o número de informações era apresentado, menor era o número de informações compreendidas e lembradas.

Outra barreira que dificulta sua tangibilidade são as técnicas de comunicação não terapêuticas como induzir respostas, comunicação unilateral, não saber ouvir, lições de moral e imposição de comportamentos. Essa última, ainda bastante presente nas raízes históricas de educação em saúde, em que a ênfase se dava por meio de transmissão de informações e o

profissional assumia uma postura autoritária e coercitiva (Martins; Araújo, 2008; Coriolano-Marinus et al., 2014).

No processo de comunicação a fonte e o receptor se influenciam e possuem uma relação interdependente em que o nível mais complexo é a interação. A interação é uma relação mútua entre dois ou mais indivíduos e depende da ação recíproca de papéis, ou seja, só há comunicação se fonte e receptor participam ativamente do processo (Broca; Ferreira, 2012).

No ato de se comunicar é necessário compreender o outro, colocar-se em seu lugar, projetar-se em sua personalidade a fim de melhorar a eficiência da comunicação. Quando se interpreta o mundo apenas por um ponto de vista, a interação e, conseqüentemente, a comunicação tornam-se mais difíceis (Broca; Ferreira, 2012).

Ao avaliar a compreensão dos egressos e coordenadores de um curso de medicina a respeito do que entendem por comunicação, foi demonstrado que os participantes usavam com frequência os verbos transmitir, passar, esclarecer e explicar para caracterizar a comunicação entre médicos e pacientes. Embora esclarecer e explicar demonstram uma preocupação do profissional em se fazer entender, é preocupante o fato de não mencionarem a comunicação como prática social e troca de saberes. Mesmo que a comunicação seja um instrumento imprescindível na prática dos trabalhadores da saúde, sua competência não é inata, por isso deve ser abordada durante a formação acadêmica dos cursos na área da saúde, dada sua relevância no exercício da prática profissional (Rossi; Batista, 2006; Coriolano-Marinus et al., 2014).

É necessário entender que a comunicação é um elemento essencial do cuidado e é compreendida como alicerce de nossas relações interpessoais, possuindo assim um papel de significância humanizadora. A equipe, portanto, necessita estar disposta e envolvida para estabelecer essa relação e entender que os pacientes são sujeitos do cuidado e não passivos a ele (Broca; Ferreira, 2012).

A comunicação eficaz entre profissional-paciente tem importante papel, pois facilita a participação ativa dos pacientes em seus cuidados, influencia no seu bem-estar e diminui os efeitos de uma instrução limitada em saúde (Warde et al., 2018). Nesse sentido, a Agency for Healthcare and Research (2010) e a Healthy People (2020) recomendam o uso de precauções padrão de LFS como simplificar a comunicação, tornar o ambiente em saúde mais tranquilo, acolhedor, favorável a recepção do usuário e a realização de práticas educativas. Para isso, os profissionais da saúde devem conhecer as técnicas de comunicação mais eficazes, aprimorá-las e, então, utilizá-las rotineiramente em suas atividades de educação em saúde.

Algumas vezes, no entanto, esses profissionais não estão preparados para auxiliar os pacientes a compreender as informações em saúde. O desconhecimento, a falta de treinamento/capacitação e a subutilização das técnicas de comunicação são alguns dos obstáculos enfrentados (Weatherspoon et al., 2015).

Nesse âmbito, estudos sugerem que são necessários maiores treinamentos e capacitações dos profissionais de saúde para melhorar suas habilidades de comunicação. Porém, há uma escassez de estudos que documentem as técnicas de comunicação e que avaliem sua eficácia (Schwartzberg et al., 2007).

Em consequência disso, foi desenvolvido pela *American Medical Association* (AMA), a partir de uma revisão de literatura, um questionário de 14 itens para avaliar o uso e a eficácia das técnicas para melhorar a comunicação com pacientes de baixo LFS. O instrumento avalia as técnicas utilizando uma Escala *Likert* de cinco pontos (1 = nunca e 5 = sempre) e a eficácia percebida de cada técnica (eficaz / não eficaz). As principais estratégias de comunicação abordadas nesse instrumento incluem utilizar linguagem simples, falar devagar, pedir para os pacientes repetirem as informações (re-ensino), utilização de material impresso e acompanhamento dos pacientes para verificar entendimento. Esse instrumento foi utilizado para avaliar as habilidades de comunicação de médicos, enfermeiros e farmacêuticos (Schwartzberg et al., 2007).

O uso de linguagem simples é a utilização de uma comunicação clara e direta que evita vocabulário complicado e termos técnicos. Mesmo pacientes com alto nível de LFS podem ter dificuldades na compreensão de termos médicos (Hersh; Salzman; Snyderman, 2015). Nesse sentido, utiliza-se de um tom mais informal sempre que possível para que assim, torne-se mais acessível aos usuários aumentando sua compreensão e engajamento (KOO et al., 2016; Warde et al., 2018).

Deve-se falar devagar e limitar as informações por encontro uma vez que, instruções complexas de serem entendidas, lembradas e seguidas. Por isso, elas devem ser simplificadas e divididas em etapas (mais de um encontro). Ao limitar o foco de cada encontro clínico aumenta-se a compreensão de pacientes com baixo nível de LFS (Hersh; Salzman; Snyderman, 2015).

Os pacientes raramente revelam se compreenderam as informações que lhes foram apresentadas, sendo que uma forma de garantir que os pacientes compreendam as informações é por meio do método de re-ensino (Hersh; Salzman; Snyderman, 2015). No método de re-ensino é solicitado aos usuários a repetição acerca das instruções que receberam dos profissionais de saúde para que assim seja avaliada sua compreensão uma vez que, entender as informações em saúde tem impacto significativo na adoção de comportamentos e resultados

favoráveis em saúde. Esse método tem sido amplamente utilizado como parte de programas e intervenções de educação em saúde (Yen; Leasure, 2019).

Os materiais impressos ou escritos têm como objetivo divulgar informações consideradas importantes para a prevenção ou tratamento de enfermidades e reforçar orientações transmitidas oralmente em consultas (Freitas; Rezende-Filho, 2011). Uma revisão realizada por Johnson, Sandfor e Tyndall (2003) demonstrou que utilizar informações verbais e escritas concomitantemente aumentam a satisfação e o conhecimento do paciente em comparação quando se utilizam somente informações verbais. Esses materiais devem estar escritos em um nível de leitura do quinto ao sexto ano ou abaixo dele, levar em consideração fatores como nível de leitura, nível de numeramento, estado atual de saúde, barreiras linguísticas, adequação cultural, formato, estilo e estrutura de frase. Devem também ser limitados aos pontos-chave abordados no encontro, evitando detalhes desnecessários. Auxílios visuais, como imagens, desenhos ou gráficos, podem melhorar a compreensão do paciente, principalmente se eles abordarem riscos e benefícios (Hersh; Salzman; Snyderman, 2015) (Wang et al., 2017).

Na atenção primária, o acompanhamento para verificar o entendimento dos pacientes, sanar dúvidas e revisar plano de cuidados, a fim de minimizar ou evitar possíveis complicações decorrentes desse prejuízo na comunicação, ocorre por meio de visitas domiciliares ou chamadas telefônicas (Brasil, 2020). A presença da família durante as consultas e tratamentos de saúde possui papel importante por representar um fator de estímulo à adoção de práticas de autocuidado e por auxiliar seus familiares no itinerário terapêutico. Dessa maneira, é descrita como um agente facilitador da adesão a tratamentos de doenças crônicas como a hipertensão arterial (Barreto; Marcon, 2014).

As técnicas de comunicação são divididas em básicas e avançadas (Quadro 3). As básicas são comumente utilizadas e aprendidas durante a formação acadêmica. As avançadas exigem conhecimento prévio e um maior tempo de dedicação do profissional.

Quadro 3: Técnicas de comunicação básicas e avançadas

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO BÁSICAS	TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO AVANÇADAS
Uso de linguagem simples	Apresentar 2 ou 3 conceitos por vez

Distribuir material impresso	Perguntar ao paciente como ele seguirá as instruções em casa
Falar devagar	Perguntar ao paciente se ele gostaria de um membro da família durante a consulta
Ler instruções em voz alta	Pedir ao paciente para repetir as informações (re-ensino)
Escrever instruções	Sublinhar palavras-chave no folheto de informações
Usar modelos para explicar	Fazer acompanhamento do paciente
Utilização de desenhos/gráficos	Acompanhar por meio de chamada telefônica para verificar o entendimento

Fonte: Walker; Howe, 2017.

As estratégias de comunicação utilizadas na prática clínica são uma extensão das atribuições do profissional e da interação estabelecida com os pacientes, ou seja, farmacêuticos costumam utilizar a técnica de ler em voz alta, pois estão acostumados a ler as instruções sobre os frascos de medicamentos; os médicos relatam utilizar uma combinação de técnicas para compreensão dos pacientes, porém confiam na equipe de saúde para fazer acompanhamento dos seus pacientes; e as estratégias mais prováveis de serem utilizadas pelos enfermeiros são uma representação de técnicas tradicionalmente utilizadas para educação em saúde. Ainda, a técnica que os profissionais utilizam rotineiramente é aquela que eles julgam como sendo a mais eficaz na comunicação com pacientes com baixo LFS, refletindo, portanto, seu conforto pessoal com a habilidade necessária para desenvolver a técnica escolhida (Schwartzberg et al., 2007).

Nesse sentido, o uso das técnicas de comunicação com 1410 enfermeiros em Maryland, Estados Unidos, demonstrou que mais de 80% dos participantes utilizavam rotineiramente as técnicas de limitar dois ou três conceitos por vez, falar devagar e utilizar linguagem simples. Quase todos (95,9%) relataram o uso da linguagem simples, porém apenas 54% dos enfermeiros

relatou o uso do método de reensino. Quando comparados os profissionais da saúde que obtiveram uma formação em técnicas de comunicação com os que não obtiveram, àqueles que realizaram o curso costumam utilizar as técnicas rotineiramente em suas atividades profissionais (Koo et al., 2016).

Ainda, estudo que avaliou o uso das técnicas de comunicação recomendadas no Texas, Estados Unidos, com 522 educadores em diabetes, demonstrando que linguagem simples, utilização de materiais escritos e o método de re-ensino foram as técnicas relatadas com maior frequência. Por outro lado, chamadas telefônicas de acompanhamento e utilização de desenhos foram os menos relatados (Howe; Walker; Watts, 2017). Esses estudos reforçam a ideia de que o uso das técnicas de comunicação tem relação com a familiaridade com a técnica e a facilidade para ser executada.

Outro ponto que deve ser levado em consideração durante o processo de comunicação são as características e particularidades do grupo-alvo. Com relação a população idosa, existem algumas especificidades na comunicação uma vez que, atrelado ao processo de envelhecimento ocorre uma diminuição das capacidades sensório-perceptivas (Brasil, 2006; Coutinho et al., 2018). Aproximadamente um quinto da população com mais de 65 anos apresenta problemas de comunicação. Portanto, é importante que os profissionais da saúde saibam identificar esses problemas (Moraes; Marino; Santos, 2010).

O envelhecimento possui relação com problemas visuais, uma vez que na faixa etária dos 70 aos 74 anos, 14% dos indivíduos têm dificuldades significativas de visão. Quando avaliados idosos com 85 anos ou mais, a perda visual está presente em 32% dessa população. Após os 85 anos, cerca de 25% das pessoas idosas não conseguem ler jornais, mesmo com auxílio para correção (óculos e lupas). Ainda, mais de 90% dos idosos necessitam de lentes corretivas (óculos) em algum período do dia (Pedrão, 2017). As principais causas de perda visual em idosos são: degeneração macular relacionada com a idade, retinopatia diabética, catarata e glaucoma. Além disso, acidentes vasculares cerebrais também podem levar ao comprometimento da visão (Pedrão, 2017).

Quanto a deficiência auditiva, aos 60 anos cerca de 44% das pessoas têm perda auditiva significativa. Entre 70 e 79 anos, essa proporção pode chegar a 66% e, após os 80 anos, a 90% (Pedrão, 2017). Em idosos, a perda auditiva relaciona-se independentemente a declínio cognitivo acelerado e a comprometimento cognitivo persistente (Lin et al., 2013), sendo as principais causas para que ocorra a hereditariedade, exposição a ruídos intensos e traumas auriculares. O diabetes melittus, a dislipidemia e a hipertensão arterial sistêmica também podem comprometer a irrigação da estria vascular, causando disfunção na produção de endolinfa e, em

última análise, interferindo na transmissão coclear do som, causando perda auditiva (Pedrão, 2017). A perda auditiva impede o idoso de desempenhar plenamente seu papel na sociedade, tornando-se um dos distúrbios de comunicação mais incapacitantes (Brasil, 2006; Coutinho et al., 2018).

Igualmente, durante o processo de envelhecimento, ocorrem também algumas mudanças na fala, as quais estão relacionadas com a precisão, a fluência, a qualidade vocal e a efetividade comunicativa (Andrade; Martins, 2010). As principais causas em pessoas idosas são: uso de prótese dentária, perda dos dentes, acidente vascular cerebral, traqueostomia (Moraes; Marino; Santos, 2010). A conduta frente uma ocorrência de déficits na fala é demonstrar empatia, evitar completar frases, investigar nível de orientação e consciência, ouvir com atenção, encorajar o paciente a repetir as frases, dentre outras (UNASUS/UFMA, 2014; Brasil, 2006).

Ainda, o tipo de linguagem utilizada com as pessoas idosas deve ser adotado a partir da observação individual da habilidade cognitiva e do nível de orientação, considerando também déficits sensoriais, uso de medicações e o contexto de cada pessoa idosa. Essas alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de compreender as informações e, a demora em aceitar, perceber e tratar essas dificuldades pode levar a pessoa idosa, para evitar situações constrangedoras, ao isolamento social e familiar (Brasil, 2006).

Para aprimorar a comunicação com essa população deve-se utilizar frases curtas; chamar pelo nome próprio ou pela forma como ele preferir; evitar utilizar termos inapropriados, no diminutivo ou infantilizá-lo; perguntar se restou alguma dúvida, se ele compreendeu as informações, e caso não tenha compreendido deve-se repetir as informações de uma maneira diferente, de preferência utilizando uma linguagem mais apropriada para sua compreensão; sempre falar de frente e evitar cobrir a boca; deve-se aguardar a primeira resposta para então fazer a próxima pergunta uma vez que, a pessoa idosa necessita de um maior tempo para responder; não interromper a pessoa idosa durante a fala ou demonstrar pressa ou impaciência, são medidas necessárias para que a pessoa idosa conclua seu próprio pensamento (Brasil, 2006).

Muitas ferramentas podem ser utilizadas para garantir uma comunicação clara e eficaz entre provedor-paciente. No entanto, persiste ainda o desafio de propiciar uma maior capacitação dos profissionais da saúde a fim de que eles forneçam informações suficientes quanto ao estado de saúde dos pacientes e se certifiquem se houve compreensão acerca dos cuidados necessários pelo seu problema de saúde ou pelo motivo que o levou a buscar o serviço. A população ao buscar assistência procura uma atenção além da doença, sendo necessário acolher, estabelecer vínculos, propiciar um ambiente de comunicação que permita autonomia, resolubilidade e responsabilização (Passamai et al., 2012; Almeida; Ciosak, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa busca significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como compreendem o mundo. Portanto, tenta interpretar, a partir dos sentidos conferidos pelas pessoas, os fenômenos sociais. Outro aspecto importante é possibilitar a análise real dos acontecimentos, uma vez que estuda as pessoas em seus ambientes naturais e não artificiais ou experimentais (Pope; Mays, 2009). A pesquisa exploratória tem como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema e tende a ser bastante flexível, pois pretende considerar e compreender os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. E a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, mas também pode ser utilizada com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis (Gil, 2017).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de São José do Norte-RS, nas sete unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município. O município localiza-se na Planície Costeira do Rio Grande do Sul e segundo dados do IBGE (2021) possui uma população estimada em 27.866 pessoas. Foi realizada a pesquisa nas seguintes ESFs: Bujuru, Carlos Santos, Cidade Baixa, Veneza, Tamandaré, Hélio Rossano e Estreito.

A escolha para realização desta pesquisa nas Unidades de Saúde da Família deste município se deu pelo fato de apresentar um baixo índice de alfabetização – cerca de 68% da população não possui instrução ou ensino fundamental completo - e renda média mensal baixa (2,7 salários mínimos) (IBGE, 2010), fatores que estão relacionados a um baixo nível de LFS.

Todas as unidades possuem atendimentos de enfermagem, clínico geral, odontologia, saúde da mulher, à gestante e saúde da criança.

3.3 PARTICIPANTES

Foram convidados a participar do estudo profissionais da saúde e pessoas idosas das unidades de saúde do município de São José do Norte-RS.

Entre os profissionais da saúde foram considerado-se um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um agente comunitário de saúde (ACS) de cada uma das sete unidades básicas de saúde do município, totalizando 25 participantes. A escolha dessas categorias profissionais se deu por fazerem parte da composição mínima da equipe de Saúde da família segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012).

Para os profissionais da saúde adotou-se o seguinte critério de inclusão: ser enfermeiro, médico, técnico de enfermagem ou ACS e trabalhar um tempo mínimo de três meses na unidade, a fim de ter vivenciado o processo de comunicação. Foram excluídos os profissionais em licença de saúde. Além disso, foram excluídos três médicos, pois não possuíam o tempo mínimo de trabalho de três meses na unidade.

Foram convidadas a participar quatro pessoas idosas de cada unidade da ESF do município de São José do Norte-RS. Estas foram selecionadas com base nos seguintes critérios: ser adscrito à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família; 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 pontos; < 7 anos de escolaridade = 28 pontos (Brasil, 2007). Esses critérios são solicitados pelo instrumento S-TOFHLA (ANEXO D) que avalia o grau de LFS. A pontuação total do instrumento é de 100 pontos. Indivíduos pontuando entre zero e 53 pontos apresentam inadequado LFS; entre 54 e 66 pontos, marginal LFS, e entre 67 e 100 pontos, adequado LFS. Foram incluídas no estudo somente pessoas idosas com LFS marginal ou insuficiente (Carthery-Goulart et al., 2009). Nesse sentido, uma pessoa idosa foi excluída do estudo, pois obteve LFS adequado e uma outra participante foi excluída, pois relatou que não frequentava a unidade de saúde.

Com o intuito de preservar e garantir o anonimato dos participantes, estes foram codificados por meio da utilização de letra e número arábico em cada depoimento PS1 (Profissional da Saúde 1) e PI1 (Pessoa Idosa 1) e assim por diante.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a julho de 2022 por meio de entrevista semi-estruturada e Grupo Focal. Para isso, foi realizado contato prévio mediante telefonema com os coordenadores de cada ESF informando sobre os objetivos do estudo e solicitando seu apoio na divulgação e motivação dos trabalhadores e usuários idosos a participarem do estudo. A seleção das pessoas idosas entrevistadas foi por conveniência, e para isso foi utilizado o cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em que foram indicados os idosos que participariam das entrevistas. Foi realizado o convite para participar da pesquisa e explicitado os objetivos e a metodologia.

As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas com os profissionais da saúde na unidade de saúde. Já as entrevistas com as pessoas idosas foram realizadas no próprio domicílio deste a fim de que não houvesse interferência ou indução nas respostas. O endereço das pessoas idosas foi obtido junto aos ACS. As entrevistas com as pessoas idosas duraram média de 7,27 minutos e com os profissionais da saúde de 18,93 minutos.

Em um primeiro momento, para alcançar o primeiro objetivo da tese “Conhecer o perfil de atendimento e como ocorre a comunicação dos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS”, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde das unidades (um enfermeiro, um médico, um cirurgião dentista, um técnico de enfermagem, um ACS).

Em um segundo momento, para alcançar o objetivo “Identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica”, foram realizadas entrevistas com as pessoas idosas.

Salienta-se que as entrevistas dos profissionais e das pessoas idosas foram conduzidas por meio de um instrumento semi-estruturado elaborado para essa pesquisa com base no instrumento criado por Schwartzberg et al (2007) – (*American Medical Association Communication Techniques Survey- AMA Survey*) em que são abordadas questões de caracterização dos participantes e perguntas abertas sobre as estratégias de comunicação em saúde. Além disso, com as pessoas idosas também foi utilizado o instrumento S-TOFHLA para avaliar o nível de LFS.

As entrevistas foram audiogravadas com o auxílio de dispositivo do tipo aparelho MP3 e, posteriormente transcritas na íntegra para documentos em Word.

Em um terceiro momento, para alcançar o objetivo “Elaborar, em conjunto com os profissionais da atenção básica, a partir das dificuldades referidas pelas pessoas idosas, estratégias de comunicação a serem utilizadas a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde e o LFS” foram convidados profissionais de saúde da ESF e realizados dois grupos focais, sendo um com os profissionais da zona urbana e outro com os profissionais da zona rural. Participaram do grupo focal da zona urbana 14 profissionais e da zona rural seis profissionais. A literatura sugere que o número de participantes no grupo focal seja de no mínimo seis e no máximo 15 a fim de que haja participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (Pizzol, 2004).

Os grupos focais tiveram duração média de 37 minutos. Nesses encontros foram abordadas estratégias para melhorar a comunicação em saúde, particularidades na comunicação que devem ser consideradas acerca do público-alvo, o LFS (aspectos avaliados e fatores relacionados), e retornados os dados referentes as entrevistas com as pessoas idosas e os profissionais da saúde realizadas previamente.

Os dados coletados por meio do grupo focal foram gravados e posteriormente transcritos, com a coordenação composta por uma moderadora (autora da pesquisa) e um observador (graduado em enfermagem) preparado por meio de grupo de estudo temático e metodológico com orientações, considerando suas experiências prévias. Baseado na comunicação e interação, o grupo focal é uma forma de entrevista com grupos tendo como objetivo reunir informações detalhadas sobre um tópico específico a fim de que se compreendam crenças, percepções e atitudes acerca deste tema (Kitzinger, 2000). O moderador é um facilitador do debate e tem papel significativo para o bom funcionamento do encontro. Além disso, a qualidade das informações nos grupos focais está atrelada à forma como o moderador conduz as sessões. Os observadores acompanham e registram as expressões dos participantes (verbais e não verbais), auxiliam na condução dos encontros, além de controlar o tempo e o equipamento de gravação (Backes et al., 2011).

As coletas de dados ocorreram nas ESFs do município de São José do Norte-RS. Os participantes foram orientados acerca dos objetivos e da metodologia do estudo e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Para as pessoas idosas, o TCLE foi impresso com letra em fonte maior.

Especificamente para as entrevistas, foi realizado um teste piloto com um profissional de saúde e um idoso, no intuito de verificar a adequação das questões, o qual foi incluído no estudo, uma vez que não foram necessárias alterações nos instrumentos de coleta de dados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio do método de análise textual discursiva. Essa análise é descrita como um processo auto-organizado de produção de novas compreensões em relação aos fenômenos estudados (Moraes; Galiuzzi, 2020). Após a realização da transcrição das entrevistas, foi realizada a leitura e a análise das respostas em seus detalhes fim de que fossem encontradas as unidades de sentido. Em seguida, foram reunidas as unidades de sentido que possuíam significado semelhante e estabelecidas categorias.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi cadastrado no Sistema de Controle de Projetos da FURG (SisProj) e na Plataforma Brasil, e foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ComPesq/EEenf) da FURG, pelo qual foi apresentado em reunião do Conselho da EEenf. Após homologação, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG) para aprovação, e por fim, ao Protocolo da Secretaria Municipal de São José do Norte-RS.

Foram respeitados os aspectos éticos, garantindo-se a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mediante a Resolução 466/2012, que diz respeito à pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012) e a Resolução 510/2016, que normatiza regulamenta a pesquisa na área das Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2016). A coleta de dados foi realizada após autorização do Comitê Científico da Escola de Enfermagem -COMPESQ (ANEXO E) e do Comitê de Ética em Pesquisa da FURG número 5.248.648 (ANEXO F).

Com o intuito de preservar e garantir o anonimato dos participantes, estes foram codificados por meio da utilização de letra e número arábico em cada depoimento PS1 (Profissional da Saúde 1) e PI1 (Pessoa Idosa 1) e assim por diante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões foram apresentados através de três manuscritos, em formato de artigo. O primeiro, intitulado “PERFIL DE ATENDIMENTO E FORMAS DE COMUNICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA COM PESSOAS IDOSAS COM LIMITADO OU INADEQUADO LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE”, responde ao primeiro objetivo da tese que é conhecer o perfil de atendimento e como ocorre a comunicação dos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS. O segundo, intitulado “PERCEPÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS ACERCA DA FORMA COMO AS INFORMAÇÕES SÃO COMUNICADAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE”, responde ao segundo objetivo da tese que é identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica. O terceiro, intitulado “ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PARA MELHORAR A COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE E O LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS”, responde ao terceiro objetivo da tese que é elaborar, em conjunto com os profissionais da atenção básica, a partir das dificuldades referidas pelas pessoas idosas, estratégias de comunicação a serem utilizadas a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde e o LFS.

4.1 ARTIGO 1 LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE: MOTIVOS, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO DA PESSOA IDOSA

FUNCTIONAL HEALTH LITERACY: REASONS, DIFFICULTIES AND COMMUNICATION STRATEGIES IN CARE FOR ELDERLY PEOPLE

RESUMO

Objetivo: conhecer os principais motivos de atendimentos de pessoas idosas na unidade de saúde, as dificuldades no atendimento, bem como as estratégias de comunicação adotadas frente as dificuldades. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada com profissionais da saúde das Unidades de Saúde da Família de um município no sul do Rio Grande do Sul. Participaram da pesquisa sete enfermeiros, sete técnicos de enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde e quatro médicos. As entrevistas foram realizadas a partir de um instrumento semiestruturado elaborado para essa pesquisa. **Resultados:** Os motivos que levam as pessoas idosas a buscarem o atendimento de saúde são verificação da pressão arterial, verificação da hemoglobina glicada, dentre outros. Não compreender as informações, o abandono/negligência por parte da família, além de algumas pessoas idosas e apresentarem distúrbio mental foram elencados como dificuldades durante os atendimentos. Frente a isso, os profissionais adotam estratégias como falar mais alto e pausadamente, pedir auxílio aos demais membros da equipe e repetir a informação diversas vezes. **Considerações finais:** Há a necessidade de um maior conhecimento de estratégias que facilitem a compreensão das informações em saúde de pessoas idosas. Essas estratégias devem ser adaptadas e atender as necessidades específicas desse grupo, para que assim sejam alcançados melhores resultados em saúde.

Descritores: Comunicação em Saúde; Letramento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the main reasons for seeing elderly people in the health unit, the difficulties in providing care, as well as the communication strategies adopted in the face of difficulties. **Methods:** This is a qualitative, exploratory and descriptive research carried out with health professionals from the Family Health Units of a municipality in the south of Rio Grande do Sul. Seven nurses, seven nursing technicians, seven Community Health Agents and Health and four doctors. The interviews were carried out using a semi-structured instrument developed for this research. **Results:** The reasons that lead elderly people to seek health care are checking blood pressure, checking glycated hemoglobin, among others. Not understanding the information, abandonment/neglect on the part of the family, in addition to some elderly people and those with mental disorders were listed as difficulties during care. Faced with this, professionals adopt strategies such as speaking louder and more slowly, asking for help from other team members and repeating the information several times. **Final considerations:** There is a need for greater knowledge of strategies that facilitate the understanding of health information for elderly people. These strategies must be adapted and meet the specific needs of this group, so that better health results can be achieved.

Keywords: Health Communication; Health Literacy; Primary Health Care; Aged; Nursing.

INTRODUÇÃO

A população idosa está aumentando¹, o que pode ser evidenciado por um contingente cada vez maior de pessoas com 60 anos ou mais. A população brasileira que até meados dos anos 1970 vivia um cenário de famílias numerosas, com altos índices de mortalidade infantil, no entanto, com elevados índices de natalidade, teve seu perfil transformado²⁻³.

O processo de envelhecimento é bastante complexo, dinâmico e progressivo, além de ser determinado por inúmeros fatores, atingindo sua maior amplitude na velhice, que é consequência do processo de envelhecimento. Deste modo, o indivíduo durante este processo sofre modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas⁴⁻⁶.

Atrelado ao envelhecimento populacional ocorre um cenário bastante desafiador, uma vez que na proporção em que a população envelhece, o número de pessoas idosas com problemas de saúde também aumenta. Neste âmbito, para manter-se saudável, as pessoas idosas precisam conseguir realizar cuidados com sua saúde. Contudo, a maioria delas costumam apresentar dificuldades que afetam seu autocuidado, pois muitas não conseguem entender e seguir instruções necessárias para cuidar da sua saúde⁷.

O Letramento Funcional em Saúde (LFS) é um dos determinantes sociais da saúde e reflete o quanto indivíduos podem entender, compreender e refletir criticamente sobre informações relacionadas à saúde e à doença. Para sua avaliação são utilizados instrumentos que analisam a compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e numeramento para identificar dificuldades em compreender e utilizar informações em saúde⁸, sendo os mais utilizados o TOFHLA (Teste de Alfabetização Funcional em Saúde em Adultos) e o REALM (Estimativa Rápida de Alfabetização de Adultos em Medicina)⁹. De acordo com essa pontuação, as pessoas idosas são classificadas em três níveis de letramento: inadequado (0-53); limitado (54-66) e adequado (67-100)¹⁰.

O LFS limitado/inadequado tem sido associado a resultados ruins em saúde¹¹. Os níveis de LFS costumam ser menores na população idosa, conforme demonstra estudo realizado em Recife-PE com 213 pessoas idosas com doença renal crônica, em que cerca de 71,7% da população avaliada apresentou LFS inadequado¹².

Considerando a dificuldade em compreender as informações em saúde, alguns comportamentos e estratégias são incentivados por especialistas em LFS e utilizá-los se torna vital para promover uma comunicação clara¹³. Nesse sentido, torna-se necessária a capacitação dos profissionais da saúde para que sejam prestados atendimentos que considerem as

necessidades individuais de cada paciente, e assim se tornem mais eficazes ao objetivo almejado¹⁴⁻¹⁵.

É recomendado pela American Medical Association (AMA) e especialistas em educação em saúde a utilização de um instrumento de 14 itens que avalia o uso e a eficácia das técnicas de comunicação entre paciente-profissional da saúde como usar linguagem simples, limitar informações por encontro e confirmar a compreensão por meio do método de re-ensino¹⁶. No entanto, alguns obstáculos são enfrentados pelos profissionais que auxiliam os pacientes a compreender as informações em saúde, como o desconhecimento, a falta de treinamento/capacitação e, principalmente, a subutilização dessas técnicas¹⁷. Dessa maneira, os profissionais da saúde que são responsáveis pelo fornecimento de informações e cuidados diretos aos pacientes, precisam ser capacitados a respeito das técnicas de comunicação, além de conhecer as especificidades na comunicação com pessoas idosas.

A maioria das produções científicas que tem como temática o LFS utilizam métodos quantitativos^{12,18-19}, nesse sentido avaliá-lo qualitativamente conhecendo o perfil de atendimento e como ocorre a comunicação dos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS permite compreendê-lo detalhadamente e de maneira mais aprofundada. Ainda, em âmbito nacional há uma escassez de estudos relacionados à temática abordada neste artigo, com relação as técnicas de comunicação, que na literatura brasileira não foram encontrados.

Tendo em vista que as pessoas idosas possuem necessidades específicas na comunicação, que se não utilizadas podem torná-la ineficaz, a justificativa para a realização desta pesquisa é a escassez de pesquisas que avaliam sob olhar da pessoa idosa, os motivos que as levam buscar atendimento em saúde, suas principais dificuldades durante o atendimento e as estratégias que os profissionais costumam adotar quando se deparam com dificuldades na compreensão das orientações em saúde. Portanto, questiona-se: quais os principais motivos de atendimentos de pessoas idosas na unidade de saúde, suas dificuldades, bem como as estratégias de comunicação adotadas frente as dificuldades?

Diante disso, tem-se como objetivo conhecer os principais motivos de atendimentos de pessoas idosas na unidade de saúde, as dificuldades no atendimento, bem como as estratégias de comunicação adotadas frente as dificuldades.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa realizada em sete Unidades de Saúde da Família em um município do sul do Rio Grande do Sul. A coleta de

dados ocorreu entre os meses de abril a julho de 2022 e é derivada da tese “Comunicação entre profissionais da saúde e pessoas idosas na atenção básica: estratégias para o Letramento Funcional em Saúde”.

A escolha para realização desta pesquisa nas Unidades de Saúde da Família deste município ocorreu pelo fato de apresentar um baixo índice de alfabetização – cerca de 68% da população não possui instrução ou ensino fundamental completo - e renda média mensal baixa (2,7 salários mínimos)²⁰, fatores que estão relacionados a um baixo nível de LFS.

Participaram do estudo sete enfermeiros, quatro médicos, sete técnicos de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalhavam há no mínimo três meses na unidade, a fim de ter vivenciado o processo de comunicação. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou em licença de saúde no período da coleta.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora principal, a qual é enfermeira e mestre em enfermagem. As entrevistas foram agendadas previamente, por meio de contato telefônico e foram realizadas com os profissionais da saúde na unidade de saúde a qual ele faz parte, sendo gravadas mediante a autorização dos participantes e, posteriormente transcritas. A amostragem se deu por conveniência. A coleta de dados foi interrompida quando se verificou a repetição de dados e ausência de elementos novos na pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento semiestruturado elaborado para essa pesquisa com base no instrumento criado por Schwartzberg, Cowett, VanGeest e Wolf¹⁶ - (American Medical Association Communication Techniques Survey-AMA Survey) que aborda questões de caracterização dos participantes além de perguntas abertas sobre as estratégias de comunicação em saúde. Foi realizado um teste piloto com um profissional de saúde, no intuito de verificar a adequação das questões. As entrevistas tiveram duração média de 18,93 minutos.

Os dados foram analisados por meio do método de análise textual discursiva. Essa abordagem de análise pode ser concebida como um processo auto-organizado de produção de novas compreensões em relação aos fenômenos que examina²¹.

Após a realização da transcrição das entrevistas, foi realizada a leitura e a análise das respostas em seus detalhes fim de que fossem encontradas as unidades de sentido. Em seguida, foram reunidas as unidades de sentido que possuíam significado semelhante e estabelecidas categorias.

Os participantes foram informados acerca dos objetivos mediante leitura e explanação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias. Com o intuito de preservar e garantir o anonimato dos participantes, estes foram codificados por meio

da utilização de letra e número arábico em cada depoimento PS1 (Profissional da Saúde 1) e assim por diante. Todos os aspectos éticos previstos na legislação foram mantidos durante a condução do estudo. Esta pesquisa foi aprovada Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG) pelo parecer número 5.248.648. Para reportar os resultados do estudo utilizou-se o *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*²².

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra da pesquisa ficou composta por 25 profissionais da saúde, sendo sete enfermeiros, sete técnicos de enfermagem, sete ACS e quatro médicos. A média de anos de atuação na unidade foi de 6,5 anos, 48% (12) se autodeclararam brancos, 28% (7) pardos e 24% (6) pretos.

A partir da análise das entrevistas foram identificadas três categorias: principais motivos que levam as pessoas idosas a buscar atendimento na unidade de saúde, dificuldades encontradas durante o atendimento da pessoa idosa e estratégias de comunicações que são adotadas pelos profissionais frente estas dificuldades.

Quadro 1 – Unidades de sentido do estudo e categorias (n=27). Rio Grande, RS, Brasil, 2023.

	Unidades de sentido	Categorias
Motivos, dificuldades e estratégias de comunicação no atendimento da pessoa idosa	Verificar pressão arterial Verificar hemoglobina glicada (HGT) Solicitar exames de rotina Realizar vacinação Idosos acamados Risco de quedas	Principais motivos que levam as pessoas idosas a buscarem atendimento da unidade de saúde
	Não compreendem as informações Não conseguem modificar hábitos Abandono/negligência familiar Possuem distúrbio mental Possuem medo de procedimentos invasivos Não utilizam os medicamentos nos horários corretos São analfabetos	Dificuldades durante o atendimento da pessoa idosa

	Falar mais alto, pausadamente Pedir auxílio aos demais membros da equipe Explicar para o familiar Fazer desenho de sol e lua Repetir a informação diversas vezes Adaptar para a realidade do idoso	Estratégia de comunicação adotadas frente estas dificuldades
--	---	--

Fonte: autoria própria (2023).

PRINCIPAIS MOTIVOS QUE LEVAM AS PESSOAS IDOSAS A BUSCAREM ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

Para compreender como funcionam os atendimentos com os idosos e quais são os principais motivos que fazem com que eles procurem o serviço foi questionado aos profissionais da saúde como são os atendimentos das pessoas idosas na unidade em que trabalham.

Percebe-se por meio das entrevistas que as pessoas idosas procuram a unidade de saúde devido suas doenças crônicas, para verificar a pressão arterial (PS7, PS10, PS11, PS13, PS14, PS16, PS25) e a glicemia (PS7, PS10, PS11, PS13, PS14, PS16, PS25).

“Geralmente o idoso com hipertensão e diabetes vem para verificar a pressão regularmente ou no tempo que for solicitado, e o HGT também” (PS8).

“Geralmente as pessoas idosas vem mais aqui para verificar pressão, verificar glicemia” (PS7).

“De um modo geral a unidade atende muitos idosos para aferição de pressão arterial e HGT” (PS10).

Esses dados corroboram com os encontrados em estudo realizado em um município localizado na região noroeste do estado do Paraná, Brasil, com 191 idosos demonstrou que aqueles que possuem doenças crônicas tem maiores chances de buscarem a unidade básica para atendimento²³. A continuidade dos cuidados primários reduz as chances de hospitalização por problemas agudos provenientes dessas doenças. Nesse sentido, a longitudinalidade do cuidado prestado faz-se necessária aqueles que possuem alguma condição crônica, pois pode evitar possíveis complicações e re-hospitalizações²³.

Além disso, percebe-se que as pessoas idosas procuram a unidade de saúde para prevenção de doenças crônicas solicitando exames de rotina (PS8, PS12) e prevenção de doenças infecciosas por meio de vacinas (PS3, PS6, PS12).

“Eles vêm na consulta médica, para acolhimento com a enfermeira e as mulheres idosas que têm indicação, vem para coletar CP, elas vêm para solicitar mamografia também. Os idosos que não tem nenhuma doença vem uma vez por ano para solicitar exames de rotina pelo menos.” (PS8)

“O que eu estou contanto tendo de agora com as pessoas idosas é durante a vacinação.” (PS10)

Ainda, as alterações imunológicas provenientes do processo de envelhecimento tornam a população idosa mais suscetível a doenças. Nesse contexto, a vacinação de rotina demonstrou-se ser uma das estratégias mais bem sucedidas para reduzir a incidência de doenças infecciosas²⁴. Embora tenha sido observado como sendo um dos motivos que levam a população idosa a buscar a unidade de saúde para atendimento, é necessário que sejam realizadas ações que fortaleçam as orientações aos idosos da sua importância, por meio de campanhas de vacinação e de busca ativa, a fim de mantê-las atualizadas²⁵⁻²⁶.

Verificou-se uma preocupação maior com as pessoas idosas acamadas que se tornam muitas vezes uma prioridade para o profissional da saúde devido sua condição (PS2, PS10).

“A gente tem idoso desde os 60 (anos), mas tem aqueles acamados, aquele que hoje não é acamado, mas devido suas comorbidades que eles têm passa a ser, então a gente dá prioridade, um atendimento especial ... as vezes a família não dá aquele atendimento necessário e a gente acaba sendo família.” (PS2)

“E tem os acamados também que uma grande parte é idoso e ficou com limitação na locomoção e precisa desse atendimento domiciliar.” (PS10)

A presença de múltiplas doenças crônicas, ter um acidente vascular encefálico, ter o diagnóstico de hipertensão arterial e alteração nos níveis de colesterol elevam as chances da pessoa idosa apresentar mobilidade restrita no leito²⁷. Nesse sentido, entende-se a preocupação dos profissionais participantes deste estudo visto que, os idosos acamados requerem maiores cuidados, monitorização e avaliação por parte da equipe de saúde uma vez que, encontram-se

em um maior nível de fragilidade, possuindo assim, risco aumentado para o aparecimento de agravos à saúde como lesões por pressão, infecções, depressão, dentre outros

Outra questão abordada com as pessoas idosas pelos profissionais da saúde são os riscos de quedas por meio da identificação precoce e de orientações para ser criado um ambiente seguro (PS1, PS5, PS9).

“Orieto muito sobre tapetes para eles não terem acidentes, quedas por serem idosos.” (PS1)

“Eu observo tapetes na casa, onde tem um perigo de quedas.” (PS5)

“E quedas, tem que orientar aqueles que tem dificuldade de caminhar (...). A gente orienta sobre os tapetes no chão, que é perigoso, que pode resvalar.” (PS9)

Considerada como a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo o mundo, as quedas tornam-se o problema mais comum à medida que as pessoas envelhecem². Nesta faixa-etária, não são derivadas de um único fator, mas sim por um conjunto deles como a utilização de polifarmácia, a presença de doenças crônicas e o não planejamento do ambiente doméstico²⁸. Para evitar as diversas consequências atreladas a queda em pessoas idosas, torna-se importante a identificação, a prevenção e a intervenção nos fatores de risco por parte da equipe de saúde para que assim sejam reduzidas a sua incidência e suas consequências².

DIFICULDADES DURANTE O ATENDIMENTO DA PESSOA IDOSA

Algumas dificuldades foram relatadas pelos profissionais durante os atendimentos realizados com as pessoas idosas. Nesse sentido, foi destacado o abandono e a negligência que as pessoas idosas sofrem por parte da família que, muitas vezes, não fornece o apoio necessário e o profissional da unidade de saúde tem que intervir (PS2, PS5).

“A gente tem muito idoso não diria abandonado, mas que precisava de um pouco mais de cuidado dos familiares. Então eu vejo um pouco de negligência. A gente conversa, busca.” (PS5)

A família desempenha importante função para a promoção do bem-estar daqueles que necessitam de cuidado. Alguns conflitos e problemas de relacionamento podem fazer com que o familiar não consiga desempenhar seu papel de cuidador. Nesta circunstância, quando não

conseguem atender as demandas da pessoa idosa ou não estão dispostos a assumir a responsabilidade de prestar os cuidados necessários ocorre o abandono e/ou a negligência²⁹.

Ainda, algumas pessoas idosas apresentam distúrbio mental o que pode dificultar a compreensão das informações realizadas pelo profissional da saúde durante os atendimentos (PS5).

“Eu tenho idosos que além do analfabetismo eles tem algum distúrbio mental.” (PS5)

Os transtornos mentais comuns causam sintomas como ansiedade, insônia, dificuldade de concentração e esquecimento³⁰. Embora não sejam tão graves quanto os transtornos psicóticos, tem alta prevalência e efeitos graves que comprometem o bem-estar do paciente acometido por esta condição. Dados demonstram que 86% dos brasileiros sofrem com algum transtorno mental como ansiedade e depressão²⁴. Já a prevalência de transtorno mental comum em idosos brasileiros encontrada em um estudo realizado na Bahia foi de 55,8% (N= 310)³¹.

Outro ponto destacado é a diminuição da acuidade auditiva das pessoas idosas, o que também dificulta a compreensão das informações. A perda auditiva na população idosa possui prevalência que varia entre 30% e 90%, e faz com que esse grupo populacional afetado por esta condição apresente dificuldades importantes na comunicação, como a compreensão de palavras em ambientes ruidosos, gerando, portanto, um impacto negativo na vida social desses idosos³².

“Às vezes eles tem problema de audição.” (PS10)

“A maioria deles tem problema de audição.” (PS11)

Ademais, os idosos possuem dificuldade em mudar hábitos, pois não conseguem entender o motivo pelo qual eles devem fazer isso (PS1, PS5, PS21).

“Eles são muito resistentes, (...) se você é hipertenso, você vai ser hipertenso para a vida toda. Eu tomo esse remedinho, mas agora parei, porque medi minha pressão e está boa.” (PS1)

“Você convencer uma pessoa que ela precisa ferver a água é muito complicado.” (PS5)

“Eles têm alguma dificuldade em mudança de hábitos, isso é bem difícil, porque tem toda uma historia arraigada da família.” (PS21)

A mudança de comportamentos e adesão de hábitos que promovam a qualidade de vida e reduzam a vulnerabilidade e riscos a saúde não é tão simples quanto aparenta ser, pois requer uma maior compreensão do público-alvo, levando em consideração suas necessidades e singularidades. É preciso assumir uma abordagem mais personalizada, conhecer as barreiras que impedem a adesão destes comportamentos e desenvolver em conjunto com o paciente estratégias para superá-las³³. Além disso, o paciente precisa assumir um papel de parceiro e não de ouvinte, ou seja, construir uma parceria entre profissional e paciente ao invés de um relacionamento hierárquico. Nesse contexto, os profissionais devem respeitar as escolhas dos pacientes e suas opiniões, inclusive as razões para não seguir recomendações e tratamentos⁷.

Algumas pessoas idosas possuem medo de procedimentos invasivos e por isso não procuram atendimento no serviço de saúde (PS5).

“Alguns são arredios, não gostam de ‘agulhaço’, não gostam de verificar HGT, porque pica, porque dói.” (PS5)

O medo de agulhas é comum em pacientes que necessitam realizar tratamento de saúde e de cuidados preventivos³⁴. Tanto adultos, quanto crianças podem se sentir ansiosos e inseguros com esses procedimentos, e com isso acabam evitando injeções e procedimentos que são necessários para alguns tratamentos, como por exemplo o manejo de doenças crônicas. Percebe-se ainda que, pessoas que tem medo de injeção acabam evitando atendimento médico, o que pode resultar em complicações em saúde³⁵.

Mais um ponto destacado é a questão de que muitas pessoas idosas são analfabetas ou não tiveram muitos anos de estudo (PS3, PS5, PS12, PS13, PS14, PS17, PS18, PS20, PS23).

“Geralmente são pessoas que não tiveram muito estudo pela situação da época deles de não ter escola.” (PS3)

“A maioria dos meus (pacientes) são analfabetos, na orientação fica difícil.” (PS5)

“Alguns tem dificuldade de compreender as informações, aqui no município há um número enorme de pessoas analfabetas e isso dificulta muito.” (PS13)

Segundo dados do IBGE³⁶ 16% das pessoas de 60 anos ou mais, brasileiras são analfabetas, essa taxa é três vezes maior na população idosa quando comparada a faixa etária jovem, são seis milhões de brasileiros com 60 anos ou mais que não sabem ler ou escrever. O contingente de analfabetos no Brasil permanece formado principalmente por pessoas idosas,

fato esse que mantém uma característica estrutural, quanto mais velho o grupo populacional, maior a proporção de analfabetos. Diante disso, faz-se necessária a adoção de estratégias de comunicação em relação ao tratamento para que ocorra um melhor entendimento dos regimes terapêuticos prescritos de pacientes com baixo nível educacional³⁷.

Foi referido também a dificuldade dos pacientes em entender pra que serve cada medicamento e aderir tratamentos farmacológicos (PS5, PS15, PS18, PS20).

“(Dificuldade) de conseguir entender pra que é cada remédio, conseguir lembrar os horários.” (PS20)

“As pessoas tomam duas, três vezes o mesmo remédio achando que estão tomando remédios diferentes.” (PS18)

A diminuída clareza sobre o aspecto de saúde e doença e o baixo conhecimento sobre a própria terapia medicamentosa irão refletir na adesão às instruções transmitidas pelos profissionais da saúde. Por isso, considerando que letramento em saúde é a capacidade de obter, assimilar e compreender informações em saúde de forma eficaz, quando não há conhecimento sobre a sua doença e o seu tratamento ou este é limitado, a possibilidade de reflexão do paciente sobre ganhos (benefícios) ou perdas (malefícios) na saúde de forma autocrata torna-se pouco provável³⁸.

Outra dificuldade relatada é o fato de que as pessoas idosas não entendem para que servem as medicações e não costumam lembrar do horário que devem utilizá-las. A baixa adesão à medicação para pessoas idosas compromete severamente a eficácia dos tratamentos, contribuindo para o aumento da morbidade, mortalidade e custos de saúde³⁹. A adesão à medicação é difícil de ser garantida especialmente entre a população idosa⁴⁰. Os idosos podem ter problemas no seu autogerenciamento terapêutico devido a fatores como o uso de diversos medicamentos, com horários e dosagens variados, os efeitos adversos, o desaparecimento dos sintomas, a percepção equivocada sobre o tratamento, os problemas de acesso aos medicamentos, as dificuldades na administração, o isolamento social, o baixo nível instrucional e o déficit de memória prevalente principalmente na população idosa^{38,41}. Por isso deve-se observar e monitorar seu desempenho e sempre que necessário intervir e requisitar o apoio de familiares e/ou dos profissionais de saúde.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE ESTAS DIFICULDADES

Para as dificuldades referidas pelos profissionais da saúde, foram elencadas estratégias para facilitar a compreensão das informações prestadas como falar mais alto (PS10, PS11, PS15) e pausadamente (PS19).

“As vezes eles têm problema de audição então a gente tem que falar um pouquinho mais alto, firme com eles.” (PS10)

“Quando é audição a gente tenta falar um pouco mais alto, de forma clara, pausada para que eles possam assimilar e ter uma compreensão.” (PS10)

“Eu tento explicar o mais lentamente possível e bem explicadinho.” (PS19)

A perda auditiva em idosos denominada presbiacusia quando relacionada ao processo natural de envelhecimento possui alta prevalência e foi referida como uma dificuldade na compreensão das informações. Em estudo realizado com 164 idosos encaminhados para o serviço de audiologia de um centro de referência de atenção à saúde do idoso, a perda auditiva foi encontrada em 76,8% dos participantes⁴². Mesmo não ameaçando a sobrevivência da pessoa idosa, a diminuição da acuidade auditiva causa impacto importante na qualidade de vida deste, uma vez que dificulta a comunicação e a compreensão das informações prestadas. É importante, portanto, que essa condição não seja subdiagnosticada e com isso sejam evitadas ou minimizadas suas consequências.

Outra estratégia adotada foi solicitar que a pessoa idosa compareça as consultas com um acompanhante que fosse mais esclarecido a fim de que as informações prestadas fossem melhor compreendidas (PS3, PS6, PS9, PS11, PS12, PS13, PS17, PS20, PS22).

“Procuro sempre chamar um familiar, principalmente aquele que vive com ele dentro de casa e passo todas as orientações para ele.” (PS6)

“Quando tem um familiar esclarecido a gente pede para conversar com esse familiar.” (PS9)

Levar um acompanhante durante as consultas pode evitar que as orientações prestadas durante o atendimento não sejam compreendidas ou até mesmo esquecidas. Nesse âmbito, a família é reconhecida como principal apoio a pessoas idosas e desempenha papel fundamental em sua saúde e bem-estar. Além disso, é responsável por atender suas necessidades físicas,

emocionais e mentais⁴³. Um vínculo eficaz entre cuidador e idoso facilita o acesso e reduz barreiras aos serviços de saúde, além de facilitar a continuidade dos cuidados⁴⁴.

As estratégias de repetir várias vezes as informações (PS4) e realizar desenhos (PS4, PS5, PS7, PS16, PS18, PS24) para facilitar o entendimento ou fazer com que as orientações prestadas sejam lembradas, também são adotadas pelos profissionais da saúde.

“Eu repito várias vezes, eu chego a ficar com a garganta seca, louca de sede, a gente cansa, repete várias vezes a mesma coisa até eles entenderem.” (PS4).

“Faço desenho do sol, da lua quando tem que tomar a noite para eles entenderem.” (PS4)

“Então você tem que estar desenhando lua e sol em caixa de medicação para eles poderem ver o que é durante o dia e o que toma a noite.” (PS5)

“O que acontece bastante é que tem idoso que é diabético e tem dificuldade de calcular a insulina, então aqui eu tinha até um desenhinho de uma seringa de insulina para explicar para eles como eles vão fazer a contagem, porque eu percebi que eles tinham muita dificuldade na hora de explicar, eles não conseguiam assimilar.” (PS7)

As alterações cognitivas variam de acordo com sua gravidade, desse modo o paciente pode apresentar desde problemas de memória, raciocínio e compreensão até tomada de decisões, planejamento e ações. Para minimizar as barreiras cognitivas estão sendo utilizadas estratégias como limitar o número de informações a cada encontro, ter lembretes e repetir as informações várias vezes⁴⁵. Nesse sentido, desenhos de lua e sol são empregados para facilitar a identificação do horário que o medicamento deve ser utilizado.

Outros profissionais referiram utilizar uma linguagem mais próxima da realidade dos idosos (PS4, PS6, PS7, PS14, PS21, PS24).

“Os idosos são bem difíceis, a comunicação é difícil, eles não compreendem por mais que você queira falar na linguagem mais próxima da deles.” (PS8)

“A gente procura contextualizar dentro de alguma coisa que seja da realidade deles.” (PS14)

Utilizar uma linguagem simples auxilia para que ocorra uma comunicação clara e direta que evita vocabulário complicado e termos técnicos. Ainda, é preciso realizar uma avaliação individual da habilidade cognitiva, do nível de orientação e do contexto de cada idoso⁴⁶. Mesmo pacientes com alto nível de LFS podem ter dificuldades na compreensão de termos médicos⁴⁷. Nesse sentido, utiliza-se de um vocabulário mais informal sempre que possível para que assim, torne-se mais acessível aos usuários aumentando sua compreensão e engajamento⁴⁸⁻⁴⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais motivos elencados pelos profissionais da saúde que levam as pessoas idosas a buscarem o atendimento de saúde são verificação da pressão arterial, verificação da hemoglobina glicada (HGT), a possibilidade de solicitar exames de rotina e realizar vacinação, além da necessidade de cuidados às pessoas idosas acamadas e orientações diante do risco de quedas. Quanto as dificuldades durante os atendimentos, foram referidas a não compreensão das informações, o fato de não conseguirem modificar hábitos, o abandono/negligência por parte da família, além de algumas pessoas idosas apresentarem distúrbio mental, medo de procedimentos invasivos, serem analfabetos e não utilizarem os medicamentos nos horários corretos. Nesse sentido, frente essas dificuldades os profissionais costumam adotar estratégias como falar mais alto e pausadamente, pedir auxílio aos demais membros da equipe, explicar para o familiar, fazer desenho de sol e lua, repetir a informação diversas vezes e adaptar para a realidade da pessoa idosa.

No Brasil, o LFS e as técnicas de comunicação em saúde ainda são pouco exploradas e conhecidas. Diante dos resultados conclui-se que, embora as pessoas idosas possuam um vínculo com a unidade básica de saúde e a busquem para realizar seus atendimentos preventivos e para dar continuidade em seus tratamentos, algumas questões sociais e alterações que provêm do processo de envelhecimento tornam o atendimento mais complexo. Frente a isso, como contribuição para a prática, destaca-se a necessidade por parte dos enfermeiros e demais profissionais da saúde da atenção básica, de um maior conhecimento de estratégias que facilitem a compreensão das informações em saúde de pessoas idosas. Essas estratégias devem ser adaptadas e atender as necessidades específicas desse grupo, para que assim sejam alcançados melhores resultados em saúde. Como limitação do estudo, ressalta-se que, por não haver um vínculo pré-estabelecido e de longo prazo entre pesquisadores e as pessoas idosas entrevistadas, estas podem se sentir inibidas ao responder os questionamentos. Além disso, também representa uma limitação a não inclusão de pessoas idosas analfabetas, pois os instrumentos existentes para avaliar o LFS exigem obrigatoriamente pelo menos um ano de

estudo e que o participante saiba ler. Sugere-se, portanto, a adaptação dos instrumentos que avaliam o LFS para a realidade das pessoas idosas brasileiras.

REFERÊNCIAS

- 1 Man W, Wang, S, Yang, H. Exploring the spatial-temporal distribution and evolution of population aging and social-economic indicators in China. *BMC Public Health* 2021;21(966). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11032-z>
- 2 Miranda-Duro MDC, Nieto-Riveiro L, Concheiro-Moscoso P, Groba B, Pousada T, Canosa N, Pereira J. Occupational Therapy and the Use of Technology on Older Adult Fall Prevention: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(2). <https://doi.org/0.3390/ijerph18020702>
- 3 Silva AS, Fassarella BPA; Faria BS, El Nabbout TGM, El Nabbout HGM, d'Ávila JC. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. *Glob Acad Nurs* 2021; 2(Sup.3).
- 4 Papália D, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 12ªed. Porto Alegre: McGraw Hill, Artmed; 2013.
- 5 Moreira RM, Santos CES, Couto ES, Teixeira JRB, Souza RMMM. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. *Revista Kairós Gerontologia* 2013; 16(1):27-38.
- 6 Freitas EV, Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª. Ed. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016.
- 7 Kim MY, Oh S. Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(18).
- 8 Kickbush, I. Pelikan, JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, 2013.
- 9 Marques SRL, Lemos SMA. Instrumentos de avaliação da alfabetização em saúde: revisão da literatura. *Audiol., Commun.*, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/hjKdyHmzxZxfV4JVKXmvH5s/?lang=en>
- 10 Passamai MPB, Sampaio HAC, Lima JWO. *Letramento Funcional em Saúde de Adultos no contexto do Sistema Único de Saúde*. Fortaleza. 255p. 2013.
- 11 Veenker, H.; Paans, W. A dynamic approach to communication in health literacy education. **BMC Medical Education**, v.16, 2016.
- 12 Lima MF, Vasconcelos EMR, Borba AKOT, Carvalho JC, Santos CR. Letramento funcional em saúde e conhecimento do idoso sobre a doença renal crônica. *Enferm Foco.*, v.12, n.2, p.372-8, 2021.

- 13 Belim C, Almeida CV. Communication Competences are the Key! A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. *J Health Commun* 2018.
- 14 Zabar S, Hanley K, Altshuler L. As habilidades clínicas avaliadas nos ossos são transferidas para o mundo real da prática clínica? Usando visitas padronizadas não anunciadas de pacientes para avaliar a transferência. *Acad Med Med Ed. Sob Rev* 2014; 7(2):43-67.
- 15 Sany SBT, Behzhad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research* 2020; 20.
- 16 Schwartzberg, J.G, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS. Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior* 2007; 31(1).
- 17 Weatherspoon DJ, Horowitz AM, Kleinman DV, Wang MQ.. The Use of Recommended Communication Techniques by Maryland Family Physicians and Pediatricians. *PLoS ONE* 2015; 10(4).
- 18 Chehuen-Neto JÁ, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, Ferreira RE. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Ciênc. Saúde colet* 2019; 24(3).
- 19 Lima AS, Lima BJS, oliveira AT, Farias MGN, Passos MKA, Sandes MF, Santana LS, Rezende KF, Gomes ICP, Santana NO. Letramento funcional em saúde em pacientes portadores de doenças crônicas. *Research, Society and Development* 2022; 11(9).
- 20 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Amostra Educação São José do Norte-RS. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-jose-do-norte/pesquisa/23/22469?detalhes=true>
- 21 Moraes R, Galiazzi MC. *Análise textual discursiva*. 3 edição. Ijuí, Brasil: Editora Unijuí. 2020.
- 22 Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631.
- 23 Rêgo A, Rissardo LK, Scolari GAS, Sanches RCN, Carreira L, Radovanovic CAT. Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2017; 20(6):778-89.
- 24 Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações completa 45 anos. 2022.
- 25 Eilers R, de Melker HE, Veldwijk J, Krabbe PFM. Vaccine preferences and acceptance of older adults. *Elsevier* 2017; 2823-2839, 2017.
- 26 Ferreira PCS, Oliveira NGN, Tavares DMS, Machado DCM. Análise da situação vacinal de idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2021; 55.

- 27 Bordin D, Loiola AFL, Cabral LPA, Arcaro G, Bobato GR, Grden CRB. Fatores associados à condição de acamado em idosos brasileiros: resultado da pesquisa nacional de saúde, 2013. *Rev. bras. geriatr. gerontol* 2020;23(2).
- 28 Lana LD, Ziani J da S, Aguirre TF, Tier CG, Abreu DPG. Fatores de risco para quedas em idosos: revisão integrativa. *Revista Kairós-Gerontologia* 2021; 24(2):309-27.
- 29 Fu YC, Pei MY, Liao JJ, Li N, Zhang FC, Liu HL. Prevalence and correlates of elder neglect in the community-dwelling Chinese population: New evidence from the CLHLS study. *Front Public Health* 2023; 13.
- 30 Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.
- 31 Silva PAS, Vilela ABA, Amorim C, Alves C, Santos LB, Rocha SV. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc. saúde colet* 2018; 23(2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>
- 32 Labanca L, Guimarães FS, Costa-Guarisco LP, Couto EAB, Gonçalves DU. Triagem auditiva em idosos: avaliação da acurácia e reprodutibilidade do teste do sussurro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(11):3589-98.
- 33 Robinson L, Pearce R, Frith J. Strategies to improve uptake and adherence of non-pharmacologic interventions for orthostatic hypotension in older people: a qualitative study. *Eur Geriatr Med* 2022; 13:685–92, 2022. <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00632-6>
- 34 McLennon J, Rogers MAM. The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *Leading global nursing research* 2019; 75(1):30-42.
- 35 Hako S, Kambara K, Ogata K. O desenvolvimento e validação da escala multidimensional de medo de injeção. *Psicologia da Saúde e Medicina Comportamental* 2022; 10(1):806-17. <https://doi.org/0.1080/21642850.2022.2116328>
- 36 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos moradores 2020-2021. 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf
- 37 Tavares, N.U.L, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, Ramos LR, Farias MR, Dal Pizzol TS. Fatores associados à baixa adesão no tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50.
- 39 Franchi C, Ludergnani M, Merlino L, Nobili A, Fortino I, Leoni O, Ardoino I. Multiple Medication Adherence and Related Outcomes in Community-Dwelling Older People on Chronic Polypharmacy: A Retrospective Cohort Study on Administrative Claims Data. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(9).
- 40 Wang W, Luan W, Zhang Z, Mei Y. Association between medication literacy and medication adherence and the mediating effect of self-efficacy in older people with multimorbidity. *BMC Geriatr* 2023; 23(1).

- 41 Dijkstra NE, Sino CGM, Schuurmans MJ, Schoonhoven L, Heerdink ER. Medication self-management: Considerations and decisions by older people living at home. *Res Social Adm Pharm* 2022; 8(3):2410-23.
- 42 Costa-Guarisco LP. Percepção da perda auditiva: utilização da escala subjetiva de faces para triagem auditiva em idosos. *Ciênc. Saúde colet.* 2017; 22(11).
- 43 Shamsikhani S, Ahmadi F, Kazemnejad A, Vaismoradi M. Design and psychometric properties of the family support for older people questionnaire. *Front. Public Health* 2023; 11 02 February 2023 Sec. Aging and Public Health <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1068839>
- 44 Valaitis R, Cleghorn L, Ploeg J, Risdon C, Mangin D, Dolovich L, Agarwal G, Oliver D, Gaber J, Chung H. Disconnected relationships between primary care and community-based health and social services and system navigation for older adults: a qualitative descriptive study. *BMC Fam Pract.* 2020; 21(1):69. doi: 10.1186/s12875-020-01143-8.
- 45 Engelsma T, Jaspers MWM, Peute LW. Considerate mHealth design for older adults with Alzheimer's disease and related dementias (ADRD): A scoping review on usability barriers and design suggestions. *Int J Med Inform* 2021.
- 46 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- 47 Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician* 2015; 92(2):118-24.
- 48 Koo LW, Horowitz AM, Radice SD, Wang MQ, Kleinman DV.. Nurse Practitioners' Use of Communication Techniques: Results of a Maryland Oral Health Literacy Survey. *PLoS One.*, 2016; 11(1).
- 49 Warde F, Papadakos J, Papadakos T, Rodin D, Salhia M, Giuliani M. Plain language communication as a priority competency for medical professionals in a globalized world. *Can Med Educ J* 2018; 9(2):52-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6044302/>

4.2 ARTIGO 2 PERCEPÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS ACERCA DA FORMA COMO AS INFORMAÇÕES SÃO COMUNICADAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

RESUMO

Objetivo: identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado Letramento Funcional em Saúde acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Participaram do estudo 27 pessoas idosas. As coletas de dados foram realizadas nas sete Unidades de Saúde da Família em um município do sul do Rio Grande do Sul. Resultados: a média de Letramento Funcional em Saúde das pessoas idosas participantes do estudo foi 36,21 pontos, o que configura um Letramento Funcional em Saúde inadequado. As dificuldades referidas pelos idosos que comprometem a compreensão foram a não limitação do número de informações a cada encontro e a necessidade de levar um membro da família como acompanhante durante as consultas. Considerações finais: conhecer as dificuldades referidas pelas pessoas idosas para compreender as informações em saúde colabora para o estabelecimento de estratégias que visam melhores resultados em saúde durante os atendimentos deste grupo populacional.

Descritores: Comunicação em Saúde; Letramento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the perception of elderly people with limited or inadequate Functional Health Literacy regarding the way information is communicated by primary care health professionals. Method: This is a qualitative, exploratory and descriptive research. 27 elderly people participated in the study. Data collection was carried out in the seven Family Health Units in a municipality in the south of Rio Grande do Sul. Results: the average Functional Health Literacy of the elderly people participating in the study was 36.21 points, which constitutes a Health Literacy Inadequate Health Functional. The difficulties mentioned by the elderly that compromise understanding were not limiting the number of information at each meeting and the need to take a family member as a companion during consultations. Conclusion: knowing the difficulties mentioned by elderly people in understanding health information contributes to the establishment of strategies that aim for better health results during care for this population group.

Keywords: Health Communication; Health Literacy; Primary Health Care; Aged; Nursing.

INTRODUÇÃO

O contingente de pessoas com mais de 60 anos tem aumentado significativamente. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população brasileira manteve a tendência do envelhecimento. Segundo dados divulgados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua do IBGE, em dez anos o número de pessoas com 60 anos ou

mais passou de 11,3% para 14,7% da população, revelando modificação importante na estrutura etária brasileira¹.

Embora o envelhecimento não seja sinônimo de adoecimento, observa-se o aumento de doenças crônicas neste grupo populacional. As doenças crônicas não transmissíveis que incluem diabetes mellitus e a hipertensão arterial provocam consequências funcionais que podem resultar em perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de serem a causa de 71% de mortes em todo o mundo²⁻³.

As pessoas idosas muitas vezes vivem com complexas condições de saúde e possuem grandes dificuldades em compreender e seguir orientações a respeito de suas condições clínicas, tratamentos e instruções sobre medicamentos fornecidas pelos profissionais durante as atividades de educação em saúde. Esses resultados afetam a capacidade de autocuidado e independência, gerando resultados ruins de saúde e insatisfação do usuário com o serviço⁴⁻⁵.

Nesse sentido, para avaliar o nível de compreensão das informações e assim melhor o desempenho dos indivíduos em situações rotineiras relacionadas à saúde, utiliza-se o Letramento Funcional em Saúde (LFS). O termo LFS 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 do idoso, isso irá interferir na sua condição de saúde⁶.

O instrumento TOFHLA (Test of functional health literacy in adults) é um dos testes mais utilizados para avaliar o LFS⁷. De acordo com sua pontuação, os idosos são classificados em três níveis de letramento: inadequado (0-53); limitado (54-66) e adequado (67-100)⁷. Os níveis de LFS costumam ser menores na população idosa quando comparados com a população em geral. Em estudo realizado em Recife-PE com 213 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos com doença renal crônica, cerca de 71,7% da população avaliada apresentou LFS inadequado⁸. E em um estudo realizado com 529 idosos americanos, 48,2% obtiveram LFS limitado ou inadequado⁹.

Tão importante quanto avaliar o nível de conhecimento das informações em saúde é a utilização de técnicas de comunicação que favoreçam essa compreensão. Deste modo, é necessário entender que a comunicação é um elemento essencial do cuidado e é compreendida como alicerce de nossas relações interpessoais, possuindo assim um papel de grande significância. Por isso, a comunicação profissional-paciente requer esforços devido ao seu importante papel em facilitar a participação ativa nos cuidados em saúde, influenciar no seu bem-estar e diminuir os efeitos de uma instrução limitada em saúde¹⁰. Frente ao exposto, tem-se como objetivo identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS

acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. As coletas de dados foram realizadas nas sete Unidades de Saúde da Família em um município do sul do Rio Grande do Sul. A pesquisa se deu entre os meses de abril a julho de 2022 e é derivada da tese “Comunicação entre profissionais da saúde e pessoas idosas na atenção básica: estratégias para o Letramento Funcional em Saúde”.

A escolha para realização desta pesquisa nas Unidades de Saúde da Família deste município se deu pelo fato de apresentar um baixo índice de alfabetização – cerca de 68% da população não possui instrução ou ensino fundamental completo - e renda média mensal baixa (2,7 salários mínimos)¹¹, fatores que estão relacionados a um baixo nível de LFS.

Foram convidadas a participar da pesquisa quatro pessoas idosas de cada unidade da ESF do município de São José do Norte-RS. A pesquisa foi realizada em todas as unidades de ESFs do município (Bujuru, Carlos Santos, Cidade Baixa, Veneza, Tamandaré, Hélio Rossano e Estreito). As pessoas idosas participantes do estudo foram selecionadas com base nos seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família; possuir, pelo menos, 1 ano de escolaridade autorreferida; conseguir ler o Cartão de Jaeger¹² 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)¹² e conseguir pontuação adequada no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)¹². 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 pontos; < 7 anos de escolaridade = 28 pontos¹². Esses critérios são solicitados pelo instrumento S-TOFHLA¹³ que avalia o grau de LFS. A pontuação total do instrumento é de 100 pontos. Indivíduos pontuando entre zero e 53 pontos apresentam inadequado LFS; entre 54 e 66 pontos, marginal LFS, e entre 67 e 100 pontos, adequado LFS. Serão incluídas no estudo somente pessoas idosas com LFS marginal ou insuficiente¹³.

Foram entrevistadas 29 pessoas idosas, porém apenas uma obteve LFS adequado e devido os critérios foi excluída do estudo. Além disso, uma participante foi excluída, pois não frequentava a unidade de saúde. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora principal, enfermeira e mestre em enfermagem. As entrevistas foram agendadas

previamente, por meio de contato telefônico e foram realizadas nas respectivas residências das pessoas idosas de cada unidade de saúde na qual ele é cadastrado, gravadas e posteriormente transcritas. A amostragem se deu por conveniência. A coleta dos dados foi interrompida mediante repetição dos dados.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento semiestruturado elaborado para essa pesquisa com base no instrumento criado por Schwartzberg et al¹⁴ - (American Medical Association Communication Techniques Survey-AMA Survey) que aborda questões de caracterização dos participantes além de perguntas abertas sobre as estratégias de comunicação em saúde. Foi realizado um teste piloto com uma pessoa idosa no intuito de verificar a adequação das questões. As entrevistas tiveram duração média de 7,27 minutos.

Os dados foram analisados por meio do método de análise textual discursiva. Essa abordagem de análise pode ser concebida como um processo auto-organizado de produção de novas compreensões em relação aos fenômenos que examina¹⁵. A análise proposta organiza argumentos em torno de quatro focos. Os três primeiros compõem um ciclo, no qual se constituem como elementos principais: **desmontagem dos textos**, também chamado de unitarização, em que são examinados os materiais e seus detalhes, e fragmentando-os para atingir unidades de significado referentes ao fenômeno estudado; **estabelecimento de relações ou categorização**, onde reúnem-se as unidades de significado semelhantes, podendo gerar vários níveis de categorias de análise; **captando o novo emergente**, onde a intensa impregnação nos materiais da análise desencadeada pelo processo anterior possibilita uma compreensão renovada do todo, fechando o ciclo de análise. Por fim, o último foco, **um processo auto-organizado**, onde após a fragmentação e desorganização proposta na primeira fase, ocorre uma reconstrução com emergência de novas compreensões¹⁵.

Os participantes foram informados acerca dos objetivos mediante leitura e explanação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado pelos participantes em duas vias. Com o intuito de preservar e garantir o anonimato dos participantes, estes foram codificados por meio da utilização de letra e número arábico em cada depoimento PS1 (Profissional da Saúde 1) e assim por diante. Todos os aspectos éticos previstos na legislação foram mantidos durante a condução do estudo. Esta pesquisa foi aprovada Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG) pelo parecer número 5.248.648. Para reportar os resultados do estudo utilizou-se o *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*.

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

A pontuação de LFS entre os 27 idosos participantes do estudo variou de seis a 65 pontos, sendo a média de LFS 36,21 pontos, o que configura um LFS inadequado. A média de idade foi de 69,8 anos, 40,7% (11) moravam na zona rural, 77,7% (21) estudaram até a 5ª série, 62,9% (17) se declararam branco, 25,9% (7) pardos e 11,1% (3) pretos.

Com relação a escolaridade, também foi evidenciado em outros estudos parcela significativa de idosos com menos de oito anos de estudo com baixo LFS¹⁶. É esperado que menores níveis de instrução irão resultar em um baixo LFS, pois há um comprometimento da capacidade de ler e compreender as informações prestadas pelos profissionais da saúde, circunstância que está diretamente relacionada a um menor conhecimento sobre saúde/doença e uma maior dependência de seus familiares na tomada de decisões¹⁷.

Os idosos costumam ter menor LFS¹⁸⁻¹⁹ nesse sentido pessoas com baixo LFS costumam ter dificuldade em assumir o controle de seus próprios cuidados e tratamentos de saúde, ocasionando em um maior uso de serviços de saúde, uma pior autogestão de condições crônicas e uma maior taxa de mortalidade. O baixo LFS em idosos é especialmente preocupante, pois esse grupo costuma ter maiores necessidades de informações para o gerenciamento de sua saúde e condições crônicas atreladas ao envelhecimento²⁰.

A partir das unidades de sentido identificadas foi possível estabelecer duas categorias “Compreensão das informações” e “Principais assuntos abordados”, expressas no quadro 1.

Quadro 1 – Unidades de sentido do estudo e categorias (n=27). Rio Grande, RS, Brasil, 2023.

	Unidade de sentido	Categoria
PERCEPÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS COM LIMITADO OU INADEQUADO LFS ACERCA DA FORMA COMO AS	Responder Perguntar Explicar Entender Papel Escrito	Compreensão das informações

	Pressão arterial Renovação de receitas Medicamentos Alimentação	Principais assuntos abordados
--	--	--------------------------------------

Fonte: autoria própria (2023).

Compreensão das informações

A maioria das pessoas idosas entrevistadas relatou que não possuem dificuldade em compreender as informações transmitidas pelos profissionais da saúde (PI2, PI3, PI4, PI5, PI6, PI7, PI9, PI10, PI11, 12, PI13, PI15, PI6, PI17, PI18, PI19, PI20, PI21, PI22, PI23) e quando questionadas se alguma vez o profissional que realizou atendimento na unidade de saúde percebeu que elas não estavam compreendendo as informações, as respostas foram que essa situação nunca aconteceu (PI2, PI3, PI4, PI5, PI6, PI7, PI8, PI9, PI10, PI11, PI12, PI15, PI16, PI17, PI18, PI19, PI20, PI21, PI22, PI23) e que sempre que quando não está entendendo o idoso pergunta e o profissional explica novamente (PI1, PI5, PI13, PI 14).

Não tenho dificuldade em compreender, é tudo muito claro. (PI17)

Não lembro assim que eu não entendi, mas se eu não entendi eu pergunto, que eu lembre assim eles explicam. (PI16)

Eu perguntava para eles me explicarem o que eu tinha que fazer, o que eu não tinha que fazer e eles explicavam (...). Não eram muito de repetir as informações. (PI15)

Não tenho dificuldade (...). (Quando não entendo) pergunto de novo e ele responde direitinho. Se eu tiver em dúvida eu pergunto e ele me ajuda. As vezes tem alguma coisa que ele falou e eu não entendi e eu pergunto e ele responde. (PI12)

Não tenho esse problema de entender o médico, embora aquela doutora que estava aí não falava a nossa língua, ela era cubana e não falava o português, mas eu entendia. (PI18)

Esse resultado corrobora com que demonstram os estudos, pois a maioria dos pacientes não compreendem as informações em saúde e não reconhecem essa falta de compreensão²¹. Além disso, pacientes com LFS limitado podem enfrentar desafios adicionais, pois estão em geral menos familiarizados com conceitos médicos e costumam fazer menos perguntas durante as consultas por se sentirem envergonhados por não entenderem as informações, impedindo assim, sua participação ativa no processo de tomada de decisão²².

Porém, alguns idosos relataram dificuldades em compreender as informações (PI1, PI8). Foi referido por um idoso que alguns profissionais não limitavam o número de informações durante os atendimentos, comprometendo assim sua compreensão.

É como eu te disse, agora parece que acalmou, mas antes estava muito agitada a coisa. A gente perguntava uma coisa e eles ficavam explicando um monte de coisas que a tua cabeça parece que não acatava tudo. Eu acho que um profissional para trabalhar na área da saúde a primeira coisa que ele tem que ter é calma. (PI1)

Ao limitar o número de informações por encontro, as mais complexas possuem maiores chances de serem entendidas, lembradas e seguidas. Dessa maneira, deve-se simplificar os conhecimentos que necessitam ser transmitidos e dividi-los em etapas (mais de um encontro), aumentando assim a compreensão de pacientes com baixo nível de LFS²³.

Ainda, por não compreender as informações em saúde, um idoso referiu a necessidade de levar um acompanhante/membro da família durante as consultas, pois não conseguem compreender as informações prestadas durante o atendimento.

Difícil eu entender, toda a vez que eu vou ao médico eu nunca vou sozinha, muito difícil, a minha guria que vai comigo. Quem entende mais é ela. Para mim é difícil de entender, não entendo muito o que eles falam. A minha guria que vai comigo que entende mais, eu tenho muita dificuldade para entender essas coisas. (PI8)

Estudos demonstram que possuir uma rede de apoio social como familiares e amigos é essencial, está relacionada a melhores resultados em saúde²⁴⁻²⁵, e pessoas que vivem com um cônjuge ou parceiro possuem um maior nível de adesão às recomendações médicas²⁶. À vista disso, os idosos experimentam maior dependência de sua rede de apoio social como resultado do envelhecimento, e a presença de um familiar durante as consultas representa um fator de estímulo a adoção de práticas de autocuidado e por auxiliar seus familiares no itinerário terapêutico, sendo um agente facilitador na adesão a tratamentos de doenças crônicas²⁷. No entanto, nem todos os idosos contam com o apoio de familiares, nesse sentido a figura do ACS é extremamente importante uma vez que, consegue identificar e sinalizar para os demais profissionais da equipe a necessidade de intervenções mais específicas²⁸.

Principais assuntos abordados

É de conhecimento que os assuntos abordados durante os atendimentos contribuem para a prevenção de doenças²⁹, além de conscientizar o público-alvo sobre a importância das adoções de determinados comportamentos. No entanto, por meio das falas dos idosos percebe-se que as

orientações prestadas durante os atendimentos são bastante genéricas, sendo os principais assuntos abordados foi pressão arterial (PI5, PI6, PI7, PI12, PI17, PI18), a renovação de receita médica (PI1, PI4, PI11), medicamentos (PI5, PI10, PI20) e alimentação (PI5, PI18, PI21).

Eu vou mais ali quando o problema da receita, quando termina o prazo da medicação eu tenho que ir para eles me darem uma nova receita. (PI4)
 Falam sobre pressão alta, sal, gordura, fritura. (PI7)
 Sobre medicamento, fazer certinho. (PI10)
 Foi pra ver pressão, tenho pressão alta. (PI12)

O que se evidencia é a falta de um acolhimento adequado com uma escuta empática e qualificada. Essa escuta é essencial para que seja estabelecido um vínculo entre paciente e profissional, entenda o sujeito nos aspectos físico, social, cultural e emocional e se consiga detectar situações que necessitam ser discutidas e trabalhadas³⁰⁻³¹. O projeto terapêutico singular busca a singularidade como elemento central e tem o objetivo de atender as especificidades de cada indivíduo. É necessário que se conheça as particularidades de cada sujeito e não sejam utilizadas indicações terapêuticas pré-estabelecidas³¹.

Percebemos ainda, pelas falas dos idosos que os atendimentos prestados possuem foco no controle e monitoramento de doenças. Estudo realizado em João Pessoa, Paraíba com profissionais de nível superior da ESF demonstrou que eles ainda dispensam pouco tempo de sua jornada de trabalho para realizar ações de prevenção, promoção e educação em saúde³². Utilizando o método de transmissão de conhecimentos, o maior foco das ações educativas costuma ser nas condições crônicas³³, distanciando-se assim do seu objetivo de transformar comportamentos e caracterizando-se como práticas voltadas para a cura/medicalização.

Quando questionados se alguma vez receberam material impresso com orientações, apenas um idoso referiu que recebe as informações por escrito após os atendimentos na unidade de saúde (PI14). Alguns entrevistados expuseram receber orientações por escrito da nutricionista (PI7, PI18, PI21), contendo sua dieta e cuidados com alimentação. Os demais mencionaram nunca ter recebido orientações por escrito (PI2, PI3, PI4, PI5, PI6, PI8, PI9, PI10, PI11, PI12, PI13, PI15, PI16, PI19, PI20, PI22).

Só a receitinha dos remédios. (PI12)
 Por escrito? As vezes quando a gente tem que fazer dieta. (PI21)
 Uma vez que eu consultei (...) era da nutricionista. (PI7)
 Eles têm um atendimento que eu acho corretíssimo, principalmente para mim que já tenho dificuldade de guardar algumas informações, geralmente eles passam num papel as informações de como devo proceder. (PI14)

Diversos fatores podem interferir na compreensão e na recordação de informações fornecidas pelos profissionais da saúde. Nesse sentido, visando minimizar os problemas resultantes da não compreensão das informações, é recomendado o uso de material escrito

associado às informações prestadas verbalmente. Na área da saúde, esses materiais têm extrema relevância uma vez que, são considerados determinantes para o êxito de qualquer intervenção³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A média de LFS das pessoas idosas participantes do estudo foi 36,21 pontos, o que configura um LFS inadequado. A maioria das pessoas idosas entrevistadas referiu que não possuem dificuldades em compreender as informações transmitidas pelos profissionais da saúde. As dificuldades referidas pelos idosos que comprometem a compreensão foram a não limitação do número de informações a cada encontro e a necessidade de levar um membro da família como acompanhante durante as consultas, pois não consegue compreender as informações prestadas pelo profissional da saúde.

Nesse sentido, conhecer as dificuldades referidas pelas pessoas idosas para compreender as informações em saúde colabora para o estabelecimento de estratégias que visam melhores resultados em saúde durante os atendimentos deste grupo populacional. Como limitação do estudo destaca-se a não inclusão de idosos analfabetos, pois os instrumentos existentes que avaliam o LFS tornam obrigatório pelo menos um ano de estudo e que o participante saiba ler. Sugere-se a adaptação dos instrumentos que avaliam o LFS para a realidade das pessoas idosas brasileiras.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos moradores 2020-2021. 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf
- 2 World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: WHO; 2018.
- 3 Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AGM, Neri AL, Malta DC, Borim FSA. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022, 27(7):2655-2665.
- 4 Belim C, Almeida CV. Communication Competences are the Key! A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. *J Health Commun*, 2018.
- 5 Kim MY, Oh S. Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 4;17(18):6455.
- 6 Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beilby JJ. Health literacy a new concept for general practice? *Aust Fam Physician*. 2009 Mar;38(3):144-7.

- 7 Passamai MPB, Sampaio HAC, Lima JWO. Letramento Funcional em Saúde de Adultos no contexto do Sistema Único de Saúde. Fortaleza. 255p. 2013.
- 8 Lima MF, Vasconcelos EMR, Borba AKOT, Carvalho JC, Santos CR. Letramento funcional em saúde e conhecimento do idoso sobre a doença renal crônica. *Enferm. foco (Brasília)* 2021; 12(2): 372-378.
- 9 Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, Waite K, Deary IJ, Paasche-Orlow M, Wolf MS. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2015 May;69(5):474-80.
- 10 Warde F, Papadakos J, Papadakos T, Rodin D, Salhia M, Giuliani M. Plain language communication as a priority competency for medical professionals in a globalized world. *Can Med Educ J*. 2018 May 31;9(2):e52-e59.
- 11 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Amostra Educação São José do Norte-RS. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-jose-do-norte/pesquisa/23/22469?detalhes=true>
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF: 2006. 192p.
- 13 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 pública [Internet]*. 2009Aug.1 [cited 2023Oct.30];43(4):631-8.
- 14 Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS. Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Am J Health Behav*. 2007 Sep-Oct;31 Suppl 1:S96-104.
- 15 Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. Ijuí, Brasil: Editora Unijuí. 2011.
- 16 Scortegagna HM, Santos PCS, Santos MIPO, Portella MR. Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*, 2021; 25(4) :e20200199.
- 17 Lima AS, Lima BJS, Oliveira AT, Farias MGN, Passos MKA, Sandes MF, et al. Letramento funcional em saúde em pacientes portadores de doenças crônicas. *Research, Society and Development*. 2022; 11(9).
- 18 Mahmoodi R, Hassanzadeh A, Rahimi M. Health literacy and its dimensions in elderly people in Farsan city, Iran. *J Educ Health Promot*. 2021 Sep 30;10:362.
- 19 Wells TS, Rush SR, Nickels LD, Wu L, Bhattarai GR, Yeh CS. Limited Health Literacy and Hearing Loss Among Older Adults. *Health Lit Res Pract*. 2020 Jun 4;4(2):e129-e137.
- 20 Uemura K, Yamada M, Okamoto H. The Effectiveness of an Active Learning Program in Promoting a Healthy Lifestyle among Older Adults with Low Health Literacy: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology*. 2021;67(1):25-35.

- 21 Yen PH, Leasure AR. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract.* 2019 Jun;36(6):284-289.
- 22 Otte R, Roodbeen R, Boland G, Noordman J, van Dulmen S. Affective communication with patients with limited health literacy in the palliative phase of COPD or lung cancer: Analysis of video-recorded consultations in outpatient care. *PLoS One.* 2022 Feb 10;17(2):e0263433.
- 23 Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician.* 2015 Jul 15;92(2):118-24.
- 24 Knight L, Schatz E. Social Support for Improved ART Adherence and Retention in Care among Older People Living with HIV in Urban South Africa: A Complex Balance between Disclosure and Stigma. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 12;19(18):11473.
- 25 Hudani ZK, Rojas-Fernandez CH. A scoping review on medication adherence in older patients with cognitive impairment or dementia. *Res Social Adm Pharm.* 2016, 12(16):815-29.
- 26 Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging.* 2018 Nov 28;13:2425-2441.
- 27 Barreto MS, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 2014 Jan-Mar; 23(1): 38-46.
- 28 Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* 2019; 24(4):1369-1380.
- 29
- 30 Baptista JA, Camatta MW, Filippon PG, Schneider JF. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2): e20180508.
- 31 Viana AVDG, Rodrigues CDS, Quadros JD, Santos LF, Soares PHM, Canto RBB et al. Secretaria Estadual da Saúde. Projeto terapêutico singular na atenção primária à saúde. Divisão de atenção primária à saúde – Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022.
- 32 Brito GEG, Mendes ACG, Neto PMS. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. *Trab. educ. saúde,* 2018, 16(3).
- 33 Azevedo PRA, Sousa MM, Sousa NF, et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Rev Fund Care Online.* 2018 jan./mar.; 10(1):260-267.
- 34 Nakamura MY, Almeida K. Desenvolvimento de material educacional para orientação de idosos candidatos ao uso de próteses auditivas. *Audiol Commun Res.* 2018;23: e1938.

4.3 ARTIGO 3 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PARA MELHORAR A COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS

RESUMO

Objetivo: identificar estratégias de comunicação sugeridas pelos profissionais da atenção básica a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde das pessoas idosas. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada nas Unidades de Saúde da Família em um município do sul do Rio Grande do Sul. Participaram da pesquisa profissionais da saúde da Atenção Básica. Os dados foram coletados por meio da técnica de Grupo Focal. Os grupos focais foram realizados em junho 2023. **Resultados:** estratégias como a realização de grupos, comunicar-se por meio de desenhos, limitar informações por encontro, falar devagar, utilizar linguagem simples, repetir as informações e a técnica de re-ensino foram relatadas pelos profissionais. **Considerações finais:** Os profissionais da saúde que são provedores de conhecimento precisam aprimorar e se informar a respeito das estratégias de comunicação que devem ser utilizadas para facilitar a compreensão das informações em saúde.

Descritores: Comunicação em Saúde; Letramento em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Idoso; Enfermagem.

Palabras-clave: Comunicación en Salud; Alfabetización en Salud; Estrategia de Salud Familiar; Anciano; Enfermería.

Keywords: Health Communication; Health Literacy; Primary Health Care; Aged; Nursing.

INTRODUÇÃO

O Letramento Funcional em Saúde (LFS) além de ser considerado como um dos determinantes sociais da saúde, se refere a capacidade de entender, compreender e refletir criticamente sobre informações relacionadas à saúde e à doença. Níveis baixos de LFS em pessoas idosas estão associados a uma maior morbidade e mortalidade, uma vez que a utilização dos serviços de saúde é mais elevada nesse grupo etário e os resultados dos tratamentos médicos são menos satisfatórios¹.

Pesquisas anteriores sobre LFS com pessoas idosas demonstraram que esse grupo populacional, que muitas vezes vive com complexas condições de saúde, possui grandes dificuldades em compreender e seguir orientações a respeito de suas condições clínicas, tratamentos e instruções sobre medicamentos²⁻⁴. Esses resultados afetam a capacidade de autocuidado e independência, gerando insatisfação do usuário com o serviço e resultados ruins de saúde^{2,4}.

As equipes da Atenção Básica e de Saúde da Família são responsáveis pela primeira abordagem e avaliação multidimensional das pessoas idosas dos territórios. Assim, é necessário

que os profissionais saibam avaliar e identificar as condições funcionais desse grupo populacional e, caso seja necessário, complementem o cuidado com atenção especializada⁵.

Tendo em vista a dificuldade na compreensão das informações em saúde, a maioria dos especialistas em LFS enfatiza diversos comportamentos e estratégias que são vitais para promover uma comunicação clara². De acordo com esses especialistas, os profissionais de saúde podem ser capacitados para fazer melhor uso de seus conhecimentos e habilidades e, assim coordenar de forma mais eficiente os cuidados a serem realizados. Nesse sentido, torna-se necessário que o profissional da saúde leve em consideração as necessidades individuais de cada paciente a fim de proporcionar uma assistência integral e de qualidade⁶⁻⁷.

Nesse âmbito, a American Medical Association (AMA) e especialistas em educação em saúde recomendam o uso de um instrumento de 14 itens que avalia o uso e a eficácia das técnicas de comunicação entre paciente-provedor quais sejam: falar devagar, usar linguagem simples, limitar a duas ou três informações por vez e confirmar a compreensão por meio do método de re-ensino⁸. No entanto, embora os estudos demonstrem a eficácia da utilização das estratégias de comunicação⁹⁻¹⁰, a maioria dos profissionais da saúde não tem conhecimento a respeito dessas estratégias, sobre as implicações negativas que a falta de compreensão das informações em saúde pode causar ao paciente e sobre as consequências do baixo LFS nos resultados de saúde.

Dessa maneira, os profissionais da saúde que são responsáveis pelo fornecimento de informações e cuidados diretos aos pacientes, precisam ser capacitados a respeito das técnicas de comunicação, da importância de saber identificar pacientes com baixo LFS além de conhecer as especificidades na comunicação com pessoas idosas. Portanto, ao realizar esta pesquisa pretende-se estimular discussões e reflexões acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais e sobre as implicações resultantes da falta de compreensão das informações em saúde. Frente ao exposto questiona-se quais estratégias de comunicação podem ser utilizadas pelos profissionais da atenção básica a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde das pessoas idosas?

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo: identificar estratégias de comunicação sugeridas pelos profissionais da atenção básica a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde das pessoas idosas.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG) pelo parecer número 5.248.648. Os participantes foram informados acerca dos objetivos mediante leitura e explanação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias. Com o intuito de preservar e garantir o anonimato dos participantes, estes foram codificados por meio da utilização de letra e número arábico em cada depoimento PS1 (Profissional da Saúde 1) e assim por diante. Todos os aspectos éticos previstos na legislação foram mantidos durante a condução do estudo.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Para reportar os resultados do estudo utilizou-se o *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*¹¹.

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada nas sete Unidades de Saúde da Família em um município do sul do Rio Grande do Sul. A escolha deste município para a realização da pesquisa se deu pelo fato de apresentar um baixo índice de alfabetização – cerca de 68% da população não possui instrução ou ensino fundamental completo - e renda média mensal baixa (2,7 salários-mínimos)¹², fatores que estão relacionados a um baixo nível de LFS.

Fonte de dados

Participaram da pesquisa profissionais da saúde da Atenção Básica. Como critério de inclusão elegeu-se os profissionais enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem ou ACS que trabalhavam há um tempo mínimo de três meses na unidade, a fim de terem vivenciado o processo de comunicação. Foram excluídos os profissionais em licença de saúde. Além disso, foram excluídos três médicos, pois não possuíam o tempo mínimo de trabalho de três meses na unidade.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados por meio da técnica de Grupo Focal. Os grupos focais foram realizados em junho 2023 e é derivado da tese “Comunicação entre profissionais da saúde e

pessoas idosas na atenção básica: estratégias para o Letramento Funcional em Saúde”. A duração média dos grupos focais foi de 37 minutos.

Os dados coletados foram gravados e posteriormente transcritos em documentos *Word*, com a coordenação composta por uma moderadora (autora da pesquisa, enfermeira e mestre em enfermagem) e uma observadora (enfermeira) preparada por meio de grupo de estudo temático e metodológico e orientações, considerando suas experiências prévias. Foi realizado um grupo focal com os profissionais da zona urbana e um grupo focal com os profissionais da zona rural. Estes grupos foram agendados previamente, por meio de contato telefônico com a coordenadora da atenção básica e foram realizados com os profissionais da saúde no polo educacional do município.

Baseado na comunicação e interação, o grupo focal é uma forma de entrevista com grupos tendo como objetivo reunir informações detalhadas sobre um tópico específico a fim de que se compreendam crenças, percepções e atitudes acerca deste tema¹³. O moderador é um facilitador do debate e tem papel significativo para o bom funcionamento do encontro. Além disso, a qualidade das informações nos grupos focais está atrelada à forma como o moderador conduz as sessões. Os observadores acompanham e registram as expressões dos participantes (verbais e não verbais), auxiliam na condução dos encontros, além de controlar o tempo e o equipamento de gravação¹⁴.

Participaram do grupo focal da zona urbana 14 profissionais e da zona rural seis profissionais representantes das sete unidades de ESF do município (Bujuru, Carlos Santos, Cidade Baixa, Veneza, Tamandaré, Hélio Rossano e Estreito).

Nesses encontros foram abordadas estratégias para melhorar a comunicação em saúde, particularidades na comunicação que devem ser consideradas acerca do público-alvo, o LFS (aspectos avaliados e fatores relacionados), e retornados os dados referentes as entrevistas com as pessoas idosas e os profissionais da saúde realizadas previamente.

Análise dos dados

A análise dos dados se deu por meio do método da análise textual discursiva¹⁵. Para tanto, após a transcrição dos grupos focais, foi realizada a análise dos textos por meio de uma leitura minuciosa onde foram destacadas unidades de sentido que possuíam significados semelhantes. A partir disso, foi construída a categoria que permitiu o entendimento do fenômeno estudado, ou seja, foram identificadas as estratégias de comunicação sugeridas pelos profissionais da atenção básica a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde das pessoas idosas.

RESULTADOS E DICUSSÕES

Foi avaliado o LFS das pessoas idosas entrevistadas e todas obtiveram LFS inadequado ou marginal. Em seguida, a partir das entrevistas realizadas com as pessoas idosas, foi referido que não há dificuldades na compreensão das informações em saúde. No entanto, ao entrevistar os profissionais da saúde, estes referiram que as pessoas idosas possuem sim dificuldades em compreender as informações prestadas durante os atendimentos e em consequência disso, possuem resultados ruins de saúde uma vez que, não conseguem aderir aos tratamentos e às orientações em saúde. Esse dado pode ser justificado uma vez que, grande parte dos pacientes costumam não compreender as informações em saúde e acabam não reconhecendo essa falta de compreensão¹⁶. Nesse sentido, foram realizados grupos focais a fim de elencadas estratégias de comunicações que os profissionais utilizam ou possam vir utilizar com a população idosa e facilitar a compreensão das informações em saúde.

Neste sentido, duas categorias emergiram na análise: estratégias inviáveis para pessoas idosas com baixo LFS; e estratégias facilitadoras da comunicação com pessoas idosas, conforme quadro 1.

Quadro 1 - **Unidades de sentido do estudo e categoria.** Rio Grande, RS, Brasil, 2023.

Estratégias facilitadoras da comunicação com pessoas idosas

- realização de grupos;
 - comunicar-se por meio de desenhos;
 - limitar informações por encontro;
 - falar devagar, utilizar linguagem simples e confirmar se paciente entendeu as informações;
 - repetir as informações;
 - falar mais alto;
 - participação do familiar no atendimento;
 - técnica do re-ensino;
 - estabelecimento de vínculo com o paciente.
-

Fonte: autoria própria (2023).

Estratégias facilitadoras da comunicação com pessoas idosas

A estratégia de realizar grupos foi destacada pelos profissionais, pois segundo eles há uma troca de vivências entre os participantes e isso facilitaria na compreensão e adesão das informações.

“Eu sou uma pessoa que aposto muito em grupos (...). Se (o idoso) ouvir de uma outra pessoa que se está do seu lado vivenciando a mesma situação, pode ser que ele chegue em um consenso que ele fez assim e eu vou fazer também.”

“Porque ali eles estão tendo uma troca, às vezes um fala e era a dúvida de outro, e é mais simples explicar na linguagem deles.”

Na atenção básica são realizadas ações educativas em saúde por meio de grupos. As atividades em grupo levam em consideração as necessidades de cada indivíduo, além de seus costumes e suas crenças¹⁷. Nestes encontros são abordadas as diferentes vivências, a fim de que sejam trocadas experiências sobre doenças e condições de vida, criando-se assim formas de superar os problemas de saúde⁷. Os grupos são um importante recurso na assistência uma vez que, tais práticas possuem uma percepção positiva dos usuários, além de resultados terapêuticos satisfatórios¹⁷.

A estratégia de comunicar-se por meio de desenhos também foi relatada pelos profissionais, pois facilitaria a compreensão dos horários dos medicamentos.

“No posto eles chegam muito perdidos, com muitas medicações que eles não sabem os horários. A gente tem tentado desenhar na caixinha o que é do dia e o que é da noite para tentar ajudar. É muito complicado, porque muitos são sozinhos.”

“Quando eles foram lá aprender a fazer aplicação de insulina, eu entreguei um folheto com um monte de informação escrita e depois as figuras para eles entenderem, figuras de onde aplicar, figuras da geladeira, de onde armazenar, porque não tenho certeza se eles vão entender o que está escrito, eu coloquei tudo escrito certinho e atrás além de eu explicar, atrás eu também botei as figuras.”

Tendo em vista que a acuidade visual diminui com o avanço da idade, podendo assim ocasionar em dificuldades na leitura das informações contidas na embalagem do medicamento e nas receitas médicas, resultando em erros ou confusão na administração dos medicamentos, principalmente daqueles com nome semelhante¹⁸. A utilização de desenhos facilitaria a compreensão das informações realizadas por escrito. Auxílios visuais, como imagens, desenhos ou gráficos, podem melhorar a compreensão do paciente, principalmente se eles abordarem riscos e benefícios¹⁹⁻²⁰.

Limitar as informações por encontro foi uma estratégia referida pelos profissionais.

“Não adianta dar um monte de informações, vai deixar a pessoa mais confusa, ela não vai entender, tem que ser pouca (informação).”

As informações complexas são dificilmente entendidas, lembradas e seguidas. Por isso, elas devem ser simplificadas e divididas em etapas (mais de um encontro). Porém, deve-se delimitar os pontos-chave abordados no encontro, evitando assim detalhes desnecessários. Ao limitar o foco de cada encontro clínico aumenta-se a compreensão de pacientes com baixo nível de LFS¹⁹.

Ainda, estratégias como falar devagar, utilizar linguagem simples e confirmar se paciente entendeu as informações foram referidas pelos profissionais e julgadas como importantes durante suas orientações em saúde.

“A gente já utiliza a linguagem simples, falar devagar, perguntar se entendeu e como é que vai fazer, se entendeu realmente.”

“A gente fala no popular, que eles entendam. Tem coisas que a gente vai falar e eles não sabem nem o que significa. Então acredito que todas falam mais no popular para eles entenderem melhor.”

A linguagem simples é aquela clara e direta, que evita vocabulário complexo e faz com que o público-alvo entenda a mensagem com maior facilidade⁹. Os pacientes não costumam conhecer termos técnicos, por isso deve-se utilizar linguagem simples e adaptar, sempre que possível, a realidade do paciente que está sendo atendido. Ainda, verificar se a compreensão dos pacientes está associada a uma maior recordação das informações, sendo um objetivo da Health People²¹ aumentar a proporção de profissionais que pedem para descrever como os pacientes seguirão as instruções em casa.

Os profissionais relataram que costumam repetir as informações prestadas durante os atendimentos.

“Quando eu vou orientar eu procuro repetir mais de uma vez. Falo, explico, torno a falar para eles entenderem, porque as vezes eles não conseguem pegar no momento que a gente fala.”

Nesse sentido, o processo de envelhecimento afeta a cognição, de maneira que ocorrem alterações na velocidade e na capacidade processar e lembrar das informações, além de haver uma maior tendência do idoso se distrair durante os atendimentos. Por isso, deve-se repetir as informações essenciais, utilizar lembretes que possam auxiliar na memória/lembrança (folhetos, anotações) e enfatizar as informações que são julgadas como importantes e que o idoso deverá seguir posteriormente²².

Os profissionais relataram que costumam adotar a estratégia de falar mais alto com os idosos.

“Essa questão da voz alta também.”

“Eu estou sempre gritando, eu já sou surda.”

Um problema comum entre as pessoas idosas é a perda auditiva relacionada a idade que resulta em dificuldades de comunicação, isolamento e declínio cognitivo²³. A perda auditiva impede o idoso de desempenhar plenamente seu papel na sociedade, tornando-se um dos distúrbios de comunicação mais incapacitantes²⁴⁻²⁵. Portanto, para aprimorar o processo de comunicação com as pessoas idosas deve-se falar sempre de frente, mais alto, devagar e evitar cobrir a boca²⁴.

Os profissionais também referiram que quando percebem que o idoso não está compreendendo as informações costumam chamar um membro da família para auxiliá-los.

“É mais fácil a gente falar, amanhã se puder volte aqui com o familiar.”

“Se eles não estão entendendo chama um familiar ou a ACS vai na casa deles e chama um familiar na casa para poder explicar, para ele poder orientar o idoso ou ajudar ele na hora que tiver que tomar medicação.”

Os familiares costumam ter conhecimento da situação de saúde e das circunstâncias de vida da pessoa idosa, além de serem responsáveis por fornecer apoio e garantir que suas necessidades sejam supridas. Nesse sentido, os membros da família desempenham importante papel no cuidado de pacientes idosos, visto que se percebe uma maior adesão no uso de medicações e melhores hábitos de saúde naqueles que possuem envolvimento do familiar nos seus cuidados²⁶⁻²⁷.

Outra estratégia adotada pelos profissionais é perguntar como o idoso vai seguir o tratamento em casa e pedir para ele explicar, essa técnica é conhecida como re-ensino.

“Eu faço isso, eu explico várias vezes e depois pergunto para ele de que forma você vai tomar esse medicamento. Ele me explica, para eu ter certeza que ele entendeu.”

Raramente os pacientes revelam se compreenderam as informações que lhes foram apresentadas, e uma forma de garantir que os pacientes compreendam as informações é por meio do método de re-ensino¹⁹. No método de re-ensino é solicitado aos usuários a repetição acerca das instruções que receberam dos profissionais de saúde para que assim seja avaliada sua compreensão uma vez que, entender as informações em saúde tem impacto significativo na adoção de comportamentos e resultados favoráveis em saúde. Esse método tem sido amplamente utilizado como parte de programas e intervenções de educação em saúde¹⁶.

Os profissionais também acreditam que é preciso criar um vínculo com o idoso e que haja confiança nesta relação.

“Primeiramente tem que criar o vínculo, o paciente tem que confiar no profissional que está sendo atendido, depois que eles confiam eles acabam escutando o que o profissional orienta e acabam fazendo.”

Para uma comunicação eficaz é necessário que seja desenvolvido um bom relacionamento interpessoal com o paciente. O relacionamento entre paciente-profissional da saúde que tem como base a confiança resulta em um crédito aumentado em seus provedores, além de fazer com que os pacientes acreditem que estão recebendo os melhores cuidados, tornando-os mais satisfeitos com o tratamento e resultando em melhores resultados em saúde²⁸.

Limitações do Estudo

A demanda dos serviços na unidade de saúde do profissional entrevistado pode fazer com que estes não tenham interesse em participar da pesquisa ou respondam de maneira suscinta aos questionamentos.

Contribuições para a área da enfermagem

Os enfermeiros que são provedores de conhecimento precisam aprimorar e se informar a respeito das estratégias de comunicação que devem ser utilizadas para facilitar a compreensão das informações em saúde, principalmente de pessoas idosas com baixo LFS, uma vez que estas possuem maior dificuldade em compreender as informações e a não compreensão refletirá diretamente na adesão aos tratamentos de saúde, no uso de medicamentos e no autocuidado. Ainda, esse estudo impactará na prática e na pesquisa uma vez que, trará subsídios para que sejam desenvolvidas estratégias adequadas de comunicação que levem em consideração as especificidades da pessoa idosa visando a melhoria da atenção a este grupo populacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as entrevistas realizadas com as pessoas idosas, estas referiram que não possuem dificuldades na compreensão das informações em saúde. No entanto, ao entrevistar os profissionais da saúde, estes referiram que as pessoas idosas possuem sim dificuldades em compreender as informações prestadas durante os atendimentos. Os profissionais referiram estratégias que foram consideradas facilitadoras para uma boa comunicação com as pessoas idosas como a realização de grupos, comunicar-se por meio de desenhos, limitar informações

por encontro, falar devagar, utilizar linguagem simples, repetir as informações, falar mais alto, participação do familiar durante o atendimento, técnica do re-ensino e estabelecer vínculo com o paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 Veenker H, Paans W. A dynamic approach to communication in health literacy education. **BMC Medical Education** 2016:16.
- 2 Belim C, Almeida CV. Communication Competences are the Key! A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. **J Health Commun**, 2018.
- 3 Chehuen-Neto JÁ, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, Ferreira RE. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. **Ciênc. Saúde colet** 2019; 24(3).
- 4 Kim MY, Oh S. Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2020:17(18).
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- 6 Zabar S, Hanley K, Altshuler L. As habilidades clínicas avaliadas nos ossos são transferidas para o mundo real da prática clínica? Usando visitas padronizadas não anunciadas de pacientes para avaliar a transferência. **Acad Med Med Ed. Sob Rev** 2014; 7(2): 43-67.
- 7 Sany SBT, Behzad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. **BMC Health Services Research** 2020:20(60).
- 8 Schwartzberg, J.G, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS. Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. **American Journal of Health Behavior** 2007:31(1).
- 9 Koo LW, Horowitz AM, Radice SD, Wang MQ, Kleinman DV. Nurse Practitioners' Use of Communication Techniques: Results of a Maryland Oral Health Literacy Survey. **PLoS One** 2016: 11(1).
- 10 Tseng W, Pleasants E, Ivey SL, Sokal-Gutierrez K, Kumar J, Hoeft KS, Horowitz AM, Ramos-Gomez F, Sodhi M, Liu J, Neuhauser L. Barriers and Facilitators to Promoting Oral Health Literacy and Patient Communication among Dental Providers in California. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2021:18(1).

- 11 Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631.
- 12 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Amostra Educação São José do Norte-RS. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-jose-do-norte/pesquisa/23/22469?detalhes=true>
- 13 Kitzinger J. **Focus groups with users and providers of health care.** In: Pope C, Mays N. (Org.). *Qualitative research in health care.* 2. ed. London: BMJ Books, 2000.
- 14 Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde* 2011; 35(4): 438-42.
- 15 Moraes R, Galiazzi MC. *Análise textual discursiva.* 3 edição. Ijuí, Brasil: Editora Unijuí. 2020.
- 16 Yen PH, Leasure AR. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract* 2019; 36(6); 284-9.
- 17 Fernandes ETP, Souza MNL, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis* 2019; 29(1). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290115>
- 18 Guttier MC, Silveira MPT, Tavares NUL, Krause MC, Bielemann RM, Gonzalez MC, Tomasi E, Demarco FF, Bertoldi AD. Dificuldades no uso de medicamentos por idosos acompanhados em uma coorte do Sul do Brasil. *Rev. bras. Epidemiol* 2023;26. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230020.2>
- 19 Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician* 2015; 92(2):118-24.
- 20 Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *Int J Equity Health* 2017;16(1):57.
- 21 U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). Health communication and health information technology objectives. Healthy People 2020
- 22 U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Challenges Affecting Health Literacy of Older Adults. Centers for Disease Control and Prevention. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/audiences/olderadults/understanding-challenges.html#print>
- 23 Slade, K.; Plack, C.J.; Nuttall, H.E. The Effects of Age-Related Hearing Loss on the Brain and Cognitive Function. *Trends Neurosci.* v.43, n.10, p.810-21, 2020.
- 24 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

25 Coutinho ATQ, Vilela MBR, Lima MLLT, Silva VL. Comunicação social e independência funcional em idosos de comunidade coberta pela estratégia saúde da família. **Rev. CEFAC** 2018; 20(3).

26 Sanerma P, Miettinen S, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Uma abordagem centrada no cliente no atendimento domiciliar para pessoas idosas - uma revisão integrativa. **Scand J Prim Health Care** 2020;38(4): 369-80.

27 Han CY, Lin CC, Chen LC, Liu SH, Goopy S, Chang W. Experiences of Preventing Harm to Older People during Hospitalization: A Phenomenographic Study. **Int J Environ Res Public Health** 2022; 19(22).

28 Sharkiya, S.H. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid. **BMC Health Serv Res** 2023:23. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa possibilitaram confirmar a seguinte tese: “As estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica influenciam na compreensão das informações em saúde de pessoas idosas com baixo letramento funcional em saúde”.

O primeiro artigo intitulado “Perfil de atendimento e formas de comunicação dos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado Letramento Funcional em Saúde”, teve como objetivo conhecer o perfil de atendimento e como ocorre a comunicação dos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS, e demonstrou que os principais motivos relatados pelos profissionais da saúde que levam as pessoas idosas a buscarem o atendimento de saúde são verificar pressão arterial, verificar hemoglobina glicada (HGT), solicitar exames de rotina e realizar vacinação, além dos idosos acamados e o risco de quedas. Ainda, quanto as dificuldades durante os atendimentos, foram referidas a não compreensão das informações, o fato de os idosos não conseguirem modificar hábitos, o abandono/negligência por parte da família, além de alguns idosos apresentarem distúrbio mental, medo de procedimentos invasivos, serem analfabetos e não utilizarem os medicamentos nos horários corretos. Nesse sentido, frente essas dificuldades os profissionais costumam adotar estratégias como falar mais alto e pausadamente, pedir auxílio aos demais membros da equipe, explicar para o familiar, fazer desenho de sol e lua, repetir a informação diversas vezes e adaptar para a realidade do idoso.

O segundo artigo intitulado “Percepção das pessoas idosas acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica”, teve como objetivo identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica e demonstrou que a maioria das pessoas idosas entrevistadas referiu que não possuem dificuldades em compreender as informações transmitidas pelos profissionais da saúde. As dificuldades referidas pelos idosos que comprometem a compreensão foram a não limitação do número de informações a cada encontro e a necessidade de levar um membro da família como acompanhante durante as consultas, pois não consegue compreender as informações prestadas pelo profissional da saúde.

O terceiro artigo intitulado “Estratégias de comunicação para melhorar a compreensão das informações em saúde e o Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas” teve como objetivo elaborar, em conjunto com os profissionais da atenção básica, a partir das dificuldades

referidas pelas pessoas idosas, estratégias de comunicação a serem utilizadas a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde e o LFS. Os profissionais referiram estratégias que foram consideradas facilitadoras da comunicação com os idosos como a realização de grupos, comunicar-se por meio de desenhos, limitar informações por encontro, falar devagar, utilizar linguagem simples, confirmar se o paciente entendeu, repetir as informações, falar mais alto, participação do um familiar durante o atendimento, técnica do re-ensino e estabelecer vínculo com o paciente.

No Brasil, o LFS e as técnicas de comunicação em saúde ainda são pouco exploradas e conhecidas. Diante dos resultados conclui-se que conhecer as dificuldades referidas pelas pessoas idosas para compreender as informações em saúde colabora para o estabelecimento de estratégias que visam melhores resultados em saúde durante os atendimentos deste grupo populacional e que, embora os idosos possuam um vínculo com a unidade básica de saúde e a busquem para realizar seus atendimentos preventivos e para dar continuidade em seus tratamentos, algumas questões sociais e alterações que provêm do processo de envelhecimento tornam o atendimento mais complexo. Frente estes resultados, os profissionais da saúde que são provedores de conhecimento precisam aprimorar e se informar a respeito das estratégias de comunicação que devem ser utilizadas para facilitar a compreensão das informações em saúde, principalmente de pessoas idosas com baixo LFS para que assim sejam alcançados melhores resultados em saúde. Ademais, as informações partilhadas devem ser adaptadas às necessidades individuais do público-alvo.

Como limitação do estudo, ressalta-se que, por não haver um vínculo pré-estabelecido e de longo prazo entre pesquisadores e as pessoas idosas entrevistadas, estas podem se sentido inibidas ao responder os questionamentos. Ainda, a demanda dos serviços na unidade de saúde do profissional entrevistado pode fazer com que estes não tenham interesse em participar da pesquisa ou respondam de maneira sucinta aos questionamentos. E a não inclusão de idosos analfabetos, pois os instrumentos existentes que avaliam o LFS tornam obrigatório pelo menos um ano de estudo e que o participante saiba ler. Sugere-se a adaptação dos instrumentos que avaliam o LFS para a realidade das pessoas idosas brasileiras.

REFERÊNCIAS

AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Content last reviewed September 2020. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, M.D. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/index.html>

American Medical Association ad hoc Committee on health literacy (AMA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. **JAMA**, v.281, n.6, p.552-7, 1999.

Andrade, C.R.F.; Martins, V.O. Variação da fluência da fala em idosos. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, v.22, n.1, 2010.

Barreto, M.S.; Marcon, S.S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto contexto Enferm.**, v.23, n.1, p.38-46, 2014.

Belim, C.; Almeida, C.V. Communication Competences are the Key! A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. **J Health Commun**, 2018.

Borges, F.M. et al. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. **Rev Bras Enferm.** v.72, n.3, p.645-53, 2019.

Brasil. Agência IGBE Notícias (2019). PNAD Contínua 2018: educação avança no país, mas desigualdades raciais e por região persistem. Pesquisa em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/24857-pnad-continua-2018-educacao-avanca-no-pais-mas-desigualdades-raciais-e-por-regiao-persistem>

_____. Ministério da Saúde. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicações/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf

_____. Ministério da Saúde (MS). Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: MS; 2012. v. 2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

_____. 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, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

_____. 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, 2006. 192 p. i

_____. 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, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p.

_____. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 2006.

_____. Saúde da família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde. 1998a.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso. Brasília. 1998b.

Broca, P.V.; Ferreira, M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v.65, n.1, 2012.

Carthery-Goulart, M. T. et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, P. 631-638, ago. 2009.

Chen. X. et al. Health Literacy and Use and Trust in Health Information. **Journal of Health Communication**, v.23, n.8, 2018.

Chesser, A.K. et al. **Health Literacy and Older Adults** A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med.*, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119904/>

Coriolano-Marinus, M.W.L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.4, p.1356-1369, 2014.

Coutinho, A.T.Q. et al. Comunicação social e independência funcional em idosos de comunidade coberta pela estratégia saúde da família. **Rev. CEFAC**, v.20, n.3, 2018.

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

Freitas, F.V.; Rezende-Filho, L.A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface (Botucatu)**, v.15, n.36, 2011.

Furuya, Y. et al. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. **Health Promot Int**, v.30, n. 3, p.505-5013, 2015.

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

Haun, J.N. et al. Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. **BMC Health Serv Res**, v.15, n.1, p. 249, 2015.

Heimann, L. S.; MEndonça, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: Uma busca de identidade. In N. T. Lima, S. Gerschman, F. C. Edler, & J. M. Suárez. *Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS*. (pp. 481-502), 2005. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Hersh, L.; Salzman, B.; Snyderman, D. Health Literacy in Primary Care Practice. **Am Fam Physician.**, v.92, n.2, p.118-24, 2015.

HoA, H.V. et al. Factors Associated with Health Literacy among the Elderly People in Vietnam. **BioMed Research International**. 2020.

Hochhauser, M. et al. Health literacy in an Israeli elderly population. **Isr J Health Policy Res**. v.8, n.1, 2019.

Howe, C.J.; Walker, D.; Watts, J. Use of Recommended Communication Techniques by Diabetes Educators. **Health literacy Research and Practice**. v.1, n.4, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Amostra Educação São José do Norte-RS. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-jose-do-norte/pesquisa/23/22469?detalhes=true>

Pelikan, J.M; F. Röthlin, F.; Ganahl, K. “Relatório comparativo sobre a alfabetização em saúde em oito estados membros da UE,” *The European health literacy survey HLS-EU*, p. 89, 2012.

Johnson, A.; Sandford, J.; Tyndall, J. Informações escritas e verbais versus informações verbais apenas para pacientes recebendo alta de ambientes hospitalares agudos para casa. **Cochrane Database Syst Rev**. v.4, n.4, 2003.

Keomma, K. et al. O perfil do idoso na Atenção Primária à Saúde em uma cidade média do Brasil. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.21, n.2, 2018.

Kessels, R.P.C. Patients' memory for medical information. **J R Soc Med**. v.96, n.5, p.219-22, 2003.

Kim, M.Y.; Oh, S. Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.17, n.18, 2020.

Koo, L.W. et al. Nurse Practitioners' Use of Communication Techniques: Results of a Maryland Oral Health Literacy Survey. **PLoS One.**, v.11, n.1, 2016.

Lima, M.F. et al. Letramento funcional em saúde e conhecimento do idoso sobre a doença renal crônica. **Enferm Foco**. v.12, n.2, p.372-8, 2021.

Lin, F.R., J et al. Hearing loss and cognitive decline in older adults. **JAMA**. v.173, n.4, p.293-9, 2013.

Luz, G. O. A. et al. Associação entre o letramento funcional em saúde e o autocuidado com o diabetes mellitus. **Cogitare enferm.**, v. 24, 2019.

Maragno, C.A.D. et al. Teste de letramento em saúde em português para adultos. **Rev. bras. epidemiol.** v.22, 2019.

Marques, S.R.L.; Escarce, A.G.; Lemos, S.M.A. Letramento em saúde e autopercepção em adultos usuários da atenção primária. **CoDAS**, v.30, n.2, 2018.

Marques, S.R.L.; Lemos, S.M.A. Instrumentos de avaliação da alfabetização em saúde: revisão da literatura. **Audiol., Commun.**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/hjKdyHmzxZxfV4JVKXmvH5s/?lang=en>

Martins, B. M.; Araújo, T. C. C. F. Comunicação no contexto de reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 26, n. 53, p. 109-116, 2008.

Miller, T.A. Literacia em saúde e adesão ao tratamento médico em doenças crônicas e agudas: uma meta-análise. **Paciente Educ Couns**, v.99, n.7, p.1079-86, 2016.

Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>

Moraes, E.N.; Marino, M.C.A.; Santos, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, vol. 20, n.º 01, 2010.

Morais, G.S.N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta paul. Enferm**, v.22, n.3, 2009.

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.

Motta, L.B.; Aguiar, A.C.; Caldas, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(4):779-786, abr, 2011.

Neri, A L. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo; Edições SESC-SP; Fundação Perseu Abramo; 2007. p.287.

ODPHP (Office of disease Prevention and Health Promotion). U.S. Department of Health and Human Services, Offices of Disease Prevention and Health Promotion. (2017). Healthy people 2020, 2017. Disponível em: <https://health.gov/healthypeople>

Pagliuca, L.M.F. et al. Análise da comunicação verbal e não verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. **Rev. Bras. Enferm.** v.64, n.3, 2011.

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

Papp-Zipernovszky, O., et al. So that each patient may comprehend: measuring health literacy in hungary. **Orv Hetil**, v.157, n.23, p.905-15, 2016.

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.

Pedraão, R.A.A. O idoso e os órgãos do sentido. In: Freitas, E. V. Py, L. Tratado de geriatria e gerontologia. – 4. ed. –Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Ramos, A.P.; Bortagarai, F.M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Rev. CEFAC.** v.14, n.1, p.164-70 2012.

Ratinaud, P. IRAMUTEQ: Interface de R pour lês analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires [Computer Software]. 2009. Disponível em: www.iramuteq.org

Rossi, P. S.; Batista, N. A. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 10, n. 19, p. 93-102, 2006.

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, 2015.
SANY, S.B.T. et al. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 60, 2020.

Schwartzberg, J.G. et al. Communication techniques for patients with low health literacy: A survey of physicians, nurses, and pharmacists. **American Journal of Health Behavior**, v.31, n.1, 2007.

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.

Smith, S.G., et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. **J Epidemiol Community Health**, v.69, n.5, p.474-80, 2015.

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.

Tseng, W. et al. Barriers and Facilitators to Promoting Oral Health Literacy and Patient Communication among Dental Providers in California. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.18, n.1, 2021.

UNIVERSIDADE ABERTA – SISTEMA ÚNICO SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. Enfermagem gerontológica e suas intervenções nas grandes síndromes geriátricas/ Ivone Renor da Silva Conceição (Org.). - São Luís, 2014. 27f. : il.

Veenker, H.; Paans, W. A dynamic approach to communication in health literacy education. *BMC Medical Education*, v.16, 2016.

Walker, D.; Howe, C. The AMA Communication Techniques Survey: A Psychometric Analysis. *HLRP Health Literacy Research and Practice*, v.1, n.4, 2017.

Wang, C. et al. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *Int J Equity Health*., v.16, n.1, p.58, 2017.

Warde, F. et al. Plain language communication as a priority competency for medical professionals in a globalized world. *Can Med Educ J.*, v.9, n.2, p.e52-9, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6044302/>

Weatherspoon, D.J. et al. The Use of Recommended Communication Techniques by Maryland Family Physicians and Pediatricians. *PLoS ONE*, v.10, n.4 2015.

Yen, P.H.; Leasure, A.R. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract* ., v.36, n.6, p.284-9, 2019.

Zabar, S.; Hanley, K.; Altshuler, L. As habilidades clínicas avaliadas nos ossos são transferidas para o mundo real da prática clínica? Usando visitas padronizadas não anunciadas de pacientes para avaliar a transferência. *Acad Med Med Ed. Sob Rev.*, v.7, n.2, p.43-67, 2014.

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Número entrevista: _____ Unidade: _____ Equipe: _____

Ano de formação: _____ Tempo de atuação na ESF: _____

Profissão: _____

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: _____

Cor/raça: Branco Pardo Negro Indígena Amarelo

Comente-me como são os seus atendimentos com pessoas idosas:

Existem dificuldades nesses atendimentos? Você poderia exemplificar?

Quando os seus pacientes idosos apresentam dificuldades de compreensão das informações, como você procede?

Nesses atendimentos você costuma repetir suas informações em saúde?

A maneira como você fala altera se o paciente for idoso? Poderia me exemplificar?

Conte-me sobre as principais temáticas abordadas no seu atendimento em saúde com as pessoas idosas:

Os atendimentos que você realiza com pessoas idosas, na maioria das vezes, eles estão sozinhos ou acompanhados? Você prefere falar e orientar os familiares quando o idoso tem dificuldade de compreensão das informações? Poderia me relatar alguma experiência passada e significativa para você sobre isso?

Quando o idoso está sozinho no atendimento e possui dificuldades de compreensão você realiza alguma anotação ou fornece algum material impresso? Você acha isso importante?

Os seus pacientes idosos costumam retornar para o seu atendimento? Você vai até eles ou alguém da equipe? Você consegue realizar um acompanhamento deles, como isso acontece?

Existe alguma coisa que você faz para ajudar os seus pacientes idosos na compreensão das informações de saúde?

Você se lembra de alguma situação em que você auxiliou o paciente idoso na compreensão das informações de saúde e posteriormente você identificou que ele realmente havia entendido a informação? Poderia me relatar alguma experiência passada e significativa para você sobre isso?

Quando você pensa sobre os seus atendimentos com pessoas idosas você identifica estratégias que utiliza para auxiliar na compreensão deles? Poderia citar os principais utilizados por você?

Você já ouviu falar em Letramento Funcional em Saúde? Conhece os instrumentos que o avaliam? (Caso não saiba, explicar)

APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PESSOAS IDOSAS

Número entrevista: _____ Unidade: _____ Equipe: _____

Profissão: _____

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: _____

Cor/raça: Branco Pardo Negro Indígena Amarelo

Conte-me como são os atendimentos na unidade de saúde:

Você possui alguma dificuldade durante esses atendimentos? Poderia exemplificar?

Quando você possui alguma dificuldade na compreensão das informações, como o profissional procede?

Nesses atendimentos o profissional costuma repetir as informações em saúde?

Quais são as principais temáticas que são abordadas durante o seu atendimento na unidade de saúde?

Você costuma ir sozinho ou levar acompanhante em suas consultas? O profissional costuma orientar você ou se dirigir ao seu acompanhante? Poderia me relatar alguma experiência passada e significativa sobre isso?

Durante suas consultas, alguma vez forneceram para você alguma anotação ou material impresso? Poderia relatar?

Você se lembra de alguma situação em que não compreendeu as informações em saúde e o profissional percebeu? Poderia relatar alguma experiência passada e significativa sobre isso?

Após as consultas é realizado algum tipo de acompanhamento? O profissional que o atendeu ou alguém da equipe costuma vir até a sua residência? Como isso acontece?

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

Você está convidado a participar da pesquisa intitulada “**COMUNICAÇÃO COM PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA ELEVAR O LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE**”, sob responsabilidade de Jamila Geri Tomaszewski Barlem, professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. A pesquisa tem como objetivos: conhecer as estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS; identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica; elaborar, em conjunto com os profissionais da atenção básica, a partir das dificuldades referidas pelas pessoas idosas, estratégias de comunicação a serem utilizadas a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde e o LFS.

Essa pesquisa justifica-se frente a relevante possibilidade de enriquecer as discussões e reflexões acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da atenção básica e o impacto causado na compreensão das informações em saúde das pessoas idosas com baixo Letramento Funcional em Saúde. Os dados serão coletados por meio de entrevistas a partir de um roteiro semi-estruturado e gravadas por um gravador de voz. Ainda, serão realizados Grupos Focais com os profissionais das unidades de saúde. Os dados serão utilizados somente nesta pesquisa, que garante seu anonimato e privacidade, bem como a confidencialidade dos dados em todas as fases. Os riscos dessa pesquisa são mínimos, pois não existirão riscos à integridade física dos participantes. Os possíveis riscos estão associados a um constrangimento ou desconforto emocional. Em caso de ocorrência de dano de qualquer natureza, as pesquisadoras se comprometem em garantir ao participante assistência integral e gratuita. Quanto aos benefícios, não há nenhum imediato, contudo a pesquisa poderá contribuir para a reflexão acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica e o impacto da não compreensão das informações em saúde das pessoas idosas com baixo LFS. Você tem o direito de se recusar a participar da pesquisa, bem como, retirar seu consentimento em qualquer momento. Você tem direito ao acesso dos resultados parciais e/ou finais da pesquisa, apresentados por meio de publicação em eventos ou periódicos científicos. Você pode a qualquer momento esclarecer eventuais dúvidas ou questionamentos em relação a pesquisa. Para isso, disponibilizamos os seguintes contatos: Pesquisadora responsável: Jamila Geri Tomaszewski Barlem – endereço: Rua General Osório s/nº Campus Saúde- Rio Grande – RS, CEP: 96.201-900, telefone: (53) 3237.4614, e-mail: jamilabarlem@furg.br Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG) - Endereço: segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS. E-mail: cep@furg.br, telefone: (53) (32373013). O CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue a você, constando a assinatura da pesquisadora responsável e a outra via, quando assinada, sob responsabilidade da pesquisadora. Caso o consentimento seja via áudio, é garantido o acesso ao mesmo sempre que desejar.

Declaro que aceito participar da pesquisa.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Data: _____

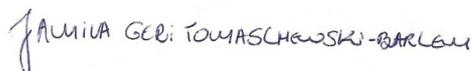
JAMILA GERI TOMASCHESKI-BARLEM

Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Pesquisadora responsável

APÊNDICE IV – DOCUMENTO PARA PROTOCOLO DA PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO NORTE

A pesquisa intitulada “**COMUNICAÇÃO COM PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA ELEVAR O LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE**”, está sob responsabilidade de Jamila Geri Tomaschewski Barlem, professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. A pesquisa tem como objetivos: conhecer as estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS; identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica; elaborar, em conjunto com os profissionais da atenção básica, a partir das dificuldades referidas pelas pessoas idosas, estratégias de comunicação a serem utilizadas a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde e o LFS.

Essa pesquisa justifica-se frente a relevante possibilidade de enriquecer as discussões e reflexões acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da atenção básica e o impacto causado na compreensão das informações em saúde das pessoas idosas com baixo Letramento Funcional em Saúde. Os dados serão coletados por meio de entrevistas a partir de um roteiro semi-estruturado e gravadas por um gravador de voz. Ainda, serão realizados Grupos Focais com os profissionais das unidades de saúde. Os dados serão utilizados somente nesta pesquisa, que garante anonimato e privacidade de seus participantes, bem como a confidencialidade dos dados em todas as fases. Os riscos dessa pesquisa são mínimos, pois não existirão riscos à integridade física dos participantes. Os possíveis riscos estão associados a um constrangimento ou desconforto emocional. Em caso de ocorrência de dano de qualquer natureza, as pesquisadoras se comprometem em garantir ao participante assistência integral e gratuita. Quanto aos benefícios, não há nenhum imediato, contudo a pesquisa poderá contribuir para a reflexão acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica e o impacto da não compreensão das informações em saúde das pessoas idosas com baixo Letramento Funcional em Saúde. Os participantes tem o direito de se recusar a participar da pesquisa, bem como, retirar seu consentimento em qualquer momento. Os participantes terão direito ao acesso dos resultados parciais e/ou finais da pesquisa, apresentados por meio de publicação em eventos ou periódicos científicos. Os participantes poderão a qualquer momento esclarecer eventuais dúvidas ou questionamentos em relação a pesquisa. Para isso, disponibilizamos os seguintes contatos: Pesquisadora responsável: Jamila Geri Tomaschewski Barlem – endereço: Rua General Osório s/nº Campus Saúde- Rio Grande – RS, CEP: 96.201-900, telefone: (53) 3237.4614, e-mail: jamilabarlem@furg.br Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG) - Endereço: segundo andar do prédio das proreitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS. E-mail: cep@furg.br, telefone: (53) (32373013).



Jamila Geri Tomaschewski Barlem
Pesquisadora responsável

ANEXO A - Avaliação da acuidade visual

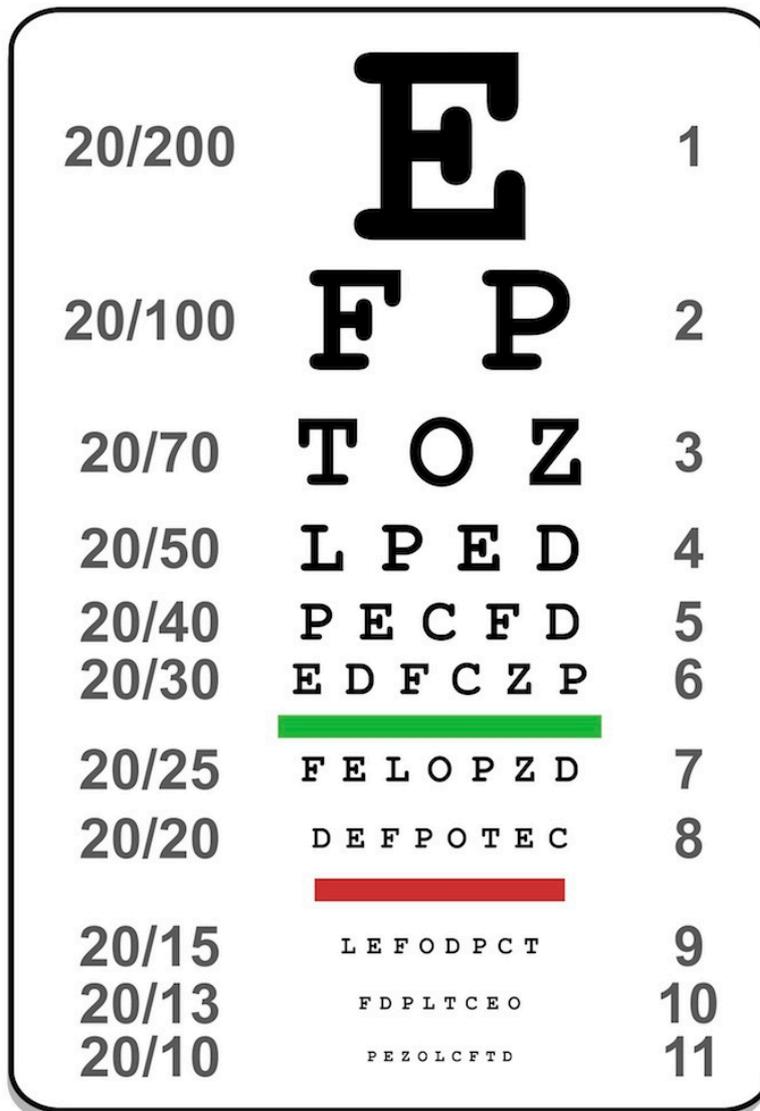
Adaptado de Brasil (2007).

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

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

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

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

Nomeie três objetos: Caneca, tijolo e tapete.

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

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

Lembrou=1 Não lembrou=0

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

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

Número de repetições: _____

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

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

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

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

Soletre a palavra MUNDO de trás para frente

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

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

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

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

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

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

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

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

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

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

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

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

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

Diga ao idoso(a):

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

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

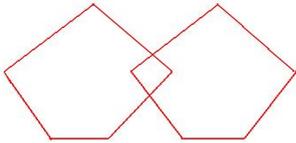
Diga ao idoso(a):

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

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

Diga ao idoso(a):

Por favor, copie este desenho:



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

Escore:

Avaliações dos resultados:

Pontuação total = 30 pontos.

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

ANEXO D - 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 doxíciclina, 100 mg (cartão 4).

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

Comece a administração do teste com a seguinte orientação:

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

Orientações:

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

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

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

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

Pontuação:

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

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

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

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

Escores

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

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

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

ITENS DE COMPREENSÃO DE LEITURA

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

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

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

O tempo determinado para este subteste é de 7 minutos.

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

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

Orientações para a Pontuação

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

Interpretação dos Escores - Classificação do Letramento Funcional em Saúde

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

- Inadequado Letramento Funcional em Saúde (0-53 escores);
- Marginal Letramento Funcional em Saúde (54-66 escores);
- Adequado Letramento Funcional em Saúde (67-100 escores).

GABARITO (Compreensão de Leitura)

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

PASSAGEM A

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

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

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

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

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

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

NA VÉSPERA DO DIA DO RAIIO-X:

Coma somente um pedaço _____ de fruta.

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

torradas e geleia, com _____ ou chá.

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

Após _____, você não deve _____ nem beber _____.

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

até _____ o raio-X.

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

NO DIA DO RAIIO-X:

Não tome _____.

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

Não _____ nem mesmo _____.

- a) dirija
- b) beba
- c) vista
- d) dose

- a) coração
- b) respiração
- c) água
- d) câncer

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

- a) resposta
- b) tarefa
- c) região
- d) pergunta

- a) o departamento
- b) disque
- c) a farmácia
- d) o dental

PASSAGEM B

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber
 a) cabelo
 b) salgar
 c) poder
 d) doer

atendimento adequado nesse hospital.

Eu _____ que as informações que eu _____ ao médico
 a) compreendo a) provar
 b) sondo b) arriscar
 c) envio c) cumprir
 d) ganho d) transmitir

serão muito _____ para permitir o correto _____.
 a) proteínas a) agudo
 b) importantes b) hospital
 c) superficiais c) mioma
 d) numéricas d) diagnóstico

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____ nas
 a) investigo a) alteração
 b) entretenho b) hormônio
 c) entendo c) antiácido
 d) estabeleço d) custo

minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento
 a) três
 b) um
 c) cinco
 d) dez

em que me tornar _____ da alteração.
 a) honrado
 b) ciente
 c) longe
 d) devedor

Eu entendo _____ se eu não me _____ ao tratamento,
 a) assim a) alimentar
 b) isto b) ocupar
 c) que c) dispensar
 d) do que d) adaptar

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

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

Se você _____ de ajuda para entender estas _____,

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

you should _____ a nurse or employee of _____ Social

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

for _____ all your _____.

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

ITENS DE NUMERAMENTO – Cartões para perguntas

Cartão 1:

Paciente: João da Silva

Médico: 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 - Autorização do Comitê Científico da Escola de Enfermagem -COMPESQ.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE PESQUISA – COMPESQ**



eenf.compesq@furg.br

**AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM - FURG**

Declaro que para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa- CEP- FURG, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa “COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA O LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE” de autoria de Julina Piveta de Lima sob a orientação da Profª Drª Jamila Geri Tomaszewski Barlem e coorientação Profª Drª Daiane Porto Gautério Abreu.

Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Quina Dutra Canuso

Atenciosamente
COMPESQ

Rio Grande, 18 / 01 / 2022

ANEXO F - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA O LETRAMENTO FUNCIONAL EM

Pesquisador: Daiane Porto Gautério Abreu

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55286122.7.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.248.648

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "avaliação dos Riscos de Benefícios" foram retiradas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1885408", gerado em 10/02/2022, e/ou "ProjetoJulianaversaocep".

Resumo:

Os profissionais da saúde são responsáveis pelo fornecimento de informações e cuidados diretos aos pacientes e precisam ser capacitados a respeito das técnicas de comunicação, da importância de saber identificar pacientes com baixo Letramento Funcional em Saúde além de conhecer as especificidades na comunicação com pessoas idosas. Têm-se como objetivos: conhecer as estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado Letramento Funcional em Saúde; identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado Letramento Funcional em Saúde acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica; elaborar, em conjunto com os profissionais da atenção básica, a partir das dificuldades referidas pelas pessoas idosas, estratégias de comunicação a serem utilizadas a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde e o Letramento Funcional em Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva que será realizada no município de São José do Norte-RS, nas

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 5.248.648

sete unidades da Estratégia de Saúde da Família do município. Serão convidados a participar do estudo profissionais da saúde e pessoas idosas das unidades de saúde do município de São José do Norte-RS. A coleta de dados está prevista para ocorrer de fevereiro a maio de 2022. Para processamento dos dados, será utilizado o software IRAMUTEQ (Interface de R pour l'analyse de Textes et de Questionnaires) e a análise ocorrerá por meio do método de análise textual discursiva. Serão respeitados os aspectos éticos, garantindo-se a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, mediante a Resolução 466/2012, que diz respeito à pesquisa com seres humanos e a 510/2016, que normatiza a pesquisa na área das Ciências Humanas e Sociais. Será fornecido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes. Esse estudo é relevante pela possibilidade de enriquecer as discussões e reflexões acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da atenção básica e o impacto causado na compreensão das informações em saúde das pessoas idosas com baixo Letramento Funcional em Saúde. Ainda, esse estudo impactará na prática e na pesquisa uma vez que, trará subsídios para que sejam desenvolvidas estratégias adequadas de comunicação que levem em consideração as especificidades da pessoa idosa visando a melhoria da atenção a este grupo populacional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica com pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS; Identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica; Elaborar, em conjunto com os profissionais da atenção básica, a partir das dificuldades referidas pelas pessoas idosas, estratégias de comunicação a serem utilizadas a fim de melhorar a compreensão das informações em saúde e o LFS.

Objetivo Secundário:

Não há objetivos secundários

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos dessa pesquisa são mínimos, pois não existirão riscos à integridade física dos participantes. Os possíveis riscos estão associados a um constrangimento ou desconforto emocional. Em caso de ocorrência de dano de qualquer natureza, as pesquisadoras se

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 5.248.648

comprometem em garantir ao participante assistência integral e gratuita.

Benefícios:

Não há nenhum imediato, contudo a pesquisa poderá contribuir para a reflexão acerca das estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais da saúde da atenção básica e o impacto da não compreensão das informações em saúde das pessoas idosas com baixo LFS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, com centro coparticipante. Projeto de Tese de Doutorado desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande;

Número de participantes previsto: 67

Data de início: 01.03.2022

Data de fim: 01.10.2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. No documento intitulado "ProjetoJulianaversaocep" e na Plataforma Brasil, solicita-se acrescentar os critérios de exclusão dos participantes idosos. (Norma Operacional CNS N° 001 de 2013, item 3.4.1 subitem 11)
2. Nos documentos intitulados "ProjetoJulianaversaocep" e "TCLE", solicita-se acrescentar a frase que aos participantes será garantida assistência imediata, integral e gratuita no caso de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa. (Resolução CNS N°510 de 2016, Art.3, item X.)
3. Nos documentos intitulados "ProjetoJulianaversaocep" e "TCLE", solicita-se:
 - a. Alterar o nome da pesquisadora principal no trecho em que são apresentados os dados de contato dessa. No início do texto do TCLE aparece o nome de uma pesquisadora e no momento da apresentação dos dados é exposto o nome de outra pesquisadora;

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 5.248.648

- b. Inserir a frase que os participantes têm direito a indenização pelo dano decorrido da pesquisa nos termos da Lei. (Resolução CNS N° 466 de 2012, item IV.3.h e Resolução CNS N° 510 de 2016, item 17.VII)
- c. Inserir rubrica da pesquisadora responsável em todas as páginas que compõem o TCLE, quando o termo ultrapassa mais de uma páginas, todas devem vir enumeradas, sendo 1 de 2, 2 de 2, por exemplo. (Resolução CNS N° 466 de 2012, item IV.5.d)
4. No documento intitulado "ProjetoJulianaversaocep", solicita-se alterar a utilização da palavra "sujeito" por "participante", presente no item "3.6 ASPECTOS ÉTICOS" na página 35;

Considerações Finais a critério do CEP:

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão (Instrução Normativa FURG N° 06/2019, Art. 10, § 1°). As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (carta resposta). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste (Destacando em amarelo nos arquivos de projeto e TCLE as modificações realizadas). A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto (Norma Operacional CNS N° 001 de 2013, anexo II, 1), isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado". Essa carta deverá ser anexada como "outros" na plataforma brasil (Instrução Normativa FURG N° 06/2019, Art. 10, § 2°).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1885408.pdf	19/01/2022 12:11:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/01/2022 12:11:18	Daiane Porto Gautério Abreu	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoJulianaversaocep.docx	19/01/2022 12:07:26	Daiane Porto Gautério Abreu	Aceito

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 5.248.648

Folha de Rosto	folhaRostoJuliana.pdf	19/01/2022 12:05:41	Daiane Porto Gautério Abreu	Aceito
----------------	-----------------------	------------------------	--------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO GRANDE, 17 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Camila Daiane Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br