



**JULIANA PIVETA DE LIMA**

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

**RIO GRANDE**

**2018**

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

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

**JULIANA PIVETA DE LIMA**

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

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Daiane Porto Gautério Abreu

**RIO GRANDE  
2018**

### Ficha catalográfica

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

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

Orientadora: Dra. Daiane Porto Gautério Abreu.

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

CDU 613-053.9

**Folha de Aprovação**

**JULIANA PIVETA DE LIMA**

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

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



---

Giovana Calcagno Gomes

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

**BANCA EXAMINADORA**



---

Dra. Daiane Porto Gautério Abreu - Presidente (FURG)



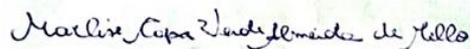
---

Dra. Diéssica Roggia Piexak - Efetivo (FURG)



---

Dr. Silomar Ilha - Efetivo Externo (UFN)



---

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

---

Dra. Silvana Sidney Costa Santos - Suplente (FURG)

---

Dra. Juliane Portella Ribeiro - Suplente Externo (UFPel)

## DEDICATÓRIA

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

À minha irmã Mariana, pelo carinho e amizade.

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

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

## AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À orientadora Dr<sup>a</sup>. Daiane Porto, por todos os ensinamentos e sugestões, pela disponibilidade, competência, paciência e confiança em mim depositada.

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

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

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

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

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

## ABSTRACT

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

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

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

## RESUMEN

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

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

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

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

## SUMÁRIO

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

## 1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

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

### 2.1 Envelhecimento e políticas públicas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nesse sentido, em 19 de outubro de 2006 o Ministério da Saúde considera a necessidade de o setor da saúde dispor de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, sob portaria nº 2.528, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política tem como finalidade primordial:

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

A política traz como justificativa o aumento do contingente de idosos, principalmente do sexo feminino, e simultaneamente a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.2 Envelhecimento Populacional, DCNT e uso de medicamentos**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3 Letramento Funcional em Saúde**

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

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

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

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

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

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

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

Figura 1 – Modelo conceitual integrado do LFS e suas variáveis

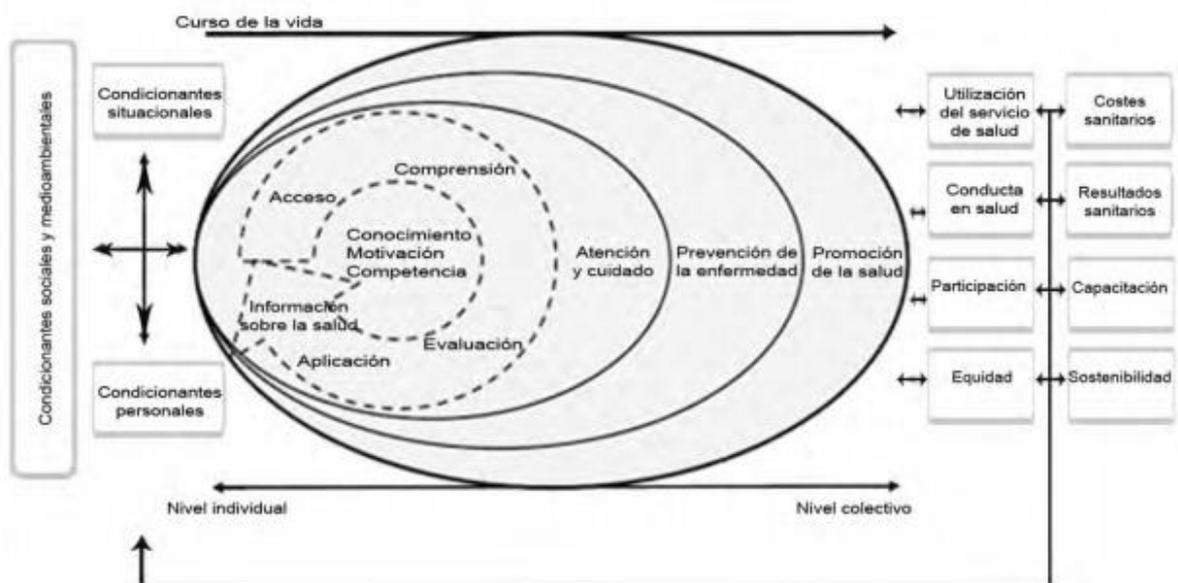


Figura 1: Modelo de Alfabetización en salud según el European Health Literacy Survey (Sørensen, 2011)

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

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

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

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

Quadro 1 – Fatores determinantes do LFS

	<b>Fator</b>	<b>Estável/Dinâmico</b>	<b>Modificável/Não-modificável</b>
--	--------------	-------------------------	------------------------------------

<b>Fatores condicionantes pessoais</b>	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
<b>Fatores condicionantes situacionais</b>	Nível socioeconômico	Dinâmico	Modificável
	Experiência de doenças	Dinâmico	Modificável
	Experiência de uso do sistema	Dinâmico	Modificável
	Conhecimentos e habilidades adquiridas	Dinâmico	Modificável
	Integração X Exclusão social	Dinâmico	Modificável
	Motivação	Dinâmico	Modificável

Fonte: BASAGOITI (2012).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Os instrumentos para avaliar o LFS são divididos em gerais e específicos. Os instrumentos gerais podem ser classificados como testes de triagem clínica, que avaliam a compreensão de leitura, reconhecimento de palavras e numeramento, para identificar dificuldades em compreender e utilizar informações em saúde; medidas de aproximação, que utilizam pesquisas sobre o letramento e alfabetização, para estimar a proporção de pessoas com dificuldades de letramento em saúde, na população estudada; e medidas diretas do letramento em saúde, ou seja, das habilidades das pessoas em compreender, acessar, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde. Estas são o campo em maior crescimento (KICKBUSCH et al, 2013). Já os instrumentos específicos são elaborados com maior detalhamento e enfoque para cada condição de saúde que se pretenda analisar, a fim de se mensurar a capacidade dos pacientes em lidar com os distúrbios patológicos, bem como suas alterações (BAKER, 2006).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3 METODOLOGIA**

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

#### **3.1 Tipo de Estudo**

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

A pesquisa exploratória proporciona maior intimidade com o assunto de forma a explicitá-lo melhor. Permite a adesão de técnicas que o pesquisador julgue mais adequadas a sua pesquisa e apontar as questões que necessitam de uma investigação mais aprofundada e trabalhar as potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência. A pesquisa descritiva visa descrever características de uma determinada população ou de um fenômeno (GIL, 2009).

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

#### **3.2 Local do Estudo**

Dentre as 39 equipes da ESF de Rio Grande/RS, o macroprojeto foi realizado em 10 unidades, totalizando 17 equipes, que formam a zona oeste do município. Essa zona foi selecionada por ter 100% de abrangência da ESF.

As ESFs selecionadas para o macroprojeto foram: São Miguel I (duas equipes de saúde da família), São Miguel II (duas equipes de saúde da família); São João (uma equipe de saúde da família); Marluz (três equipes de saúde da família); Castelo Branco (duas equipes de saúde da família); Programa de Prevenção à Violência (PPV) (uma equipe de saúde da família); Centro de Atenção Integral a Criança (CAIC) (uma equipe de saúde da família);

Cidade de Águeda (duas equipes de saúde da família); Santa Rosa (uma equipe de saúde da família); e Profilurb (duas equipes de saúde da família).

### **3.3 População**

A população selecionada para o estudo foi formada por idosos adscritos nas ESF acima citadas. Foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão dos participantes para o macroprojeto: idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da USF; fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias antes do dia da entrevista e gerir seu próprio regime terapêutico medicamentoso, para a avaliação da adesão à medicação; possuir pelo menos 1 ano de escolaridade autorreferida; conseguir ler o Cartão de Jaeger (ANEXO A) em nível 20/40, considerado normal para uma visão periférica com ou sem lentes corretoras ou óculos; ouvir o sussurro dos lados direito e esquerdo do canal auricular pelo teste do sussurro (Teste de Whisper) (ANEXO B) e conseguir pontuação adequada no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO C). As notas de corte no MEEM são: Analfabetos = 19 pontos; 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos; 4 a 7 anos de escolaridade = 24; > 7 anos de escolaridade = 28 (BRASIL, 2007).

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

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

### **3.4 Amostra**

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

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

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

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

Onde:

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

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

Q – complementar da prevalência (1-P);

N – população total = 9445 pessoas idosas;

E – erro amostral de 5%.

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

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

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

### 3.5 Instrumento para coleta de dados

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

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

### 3.6 Coleta de dados

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

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

Os idosos foram recrutados nas ESFs nas quais realizou-se contato prévio com os responsáveis pelas mesmas e verificação de disponibilidade para realização da coleta. Os idosos de cada microárea foram selecionados de forma aleatória e para isso foi utilizado o cadastro de idosos de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). As entrevistas foram realizadas através de visitas domiciliares junto aos ACS da ESF. Destaca-se que as entrevistas não prejudicaram o trabalho dos ACS, sendo necessário somente o auxílio para o direcionamento dos pesquisadores até as residências dos idosos.

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

### 3.7 Análise de dados

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

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

resultados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foram realizadas: uma análise estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e frequência relativa para variáveis categóricas e uso das medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para variáveis numéricas; uma análise estatística inferencial, onde foi utilizado o teste ANOVA para verificar a diferença de média da variável LFS para as variáveis categóricas. Para verificar a associação entre o LFS (adequado, marginal e inadequado) e demais variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. A correlação entre a pontuação do LFS e as variáveis idade e anos de estudo foi analisada por meio de Coeficiente de Correlação de Pearson.

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

### **3.8 Aspectos éticos**

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

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

Uma via foi entregue ao participante e outra fica armazenada na Escola de Enfermagem sob responsabilidade da coordenadora/pesquisadora do projeto.

O material originado da coleta de dados ficou armazenado na Escola de Enfermagem, sob responsabilidade da orientadora do projeto durante o período de cinco anos após o qual será descartado de forma apropriada. A orientadora responsabiliza por todos os procedimentos envolvidos na pesquisa.

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

## REFERÊNCIAS

- ABAZARI, P.; JAFARI, T.A.; SABZGHABAEI, A.M. How much elderly people of Isfahan are adherent to their drug therapy regimens? **J Educ Health Promot.**, v.6, n.12, 2017.
- ADAMS, R. *et al.* Health Literacy: a new concept for general practice? **Aust Fam Physician**, v. 38, p. 144-147, 2009.
- ARRUDA, D.C.J. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.18, n.2, p.327-37, Rio de Janeiro, 2015.
- BAKER, D.W. The meaning and the measure of health literacy. **J Gen Intern Med.** v.21, n.8, p.878-83, 2006.
- BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n.1, p. 325-39, 2015.
- BASAGOITI, I. **Alfabetización en salud**. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. Acesso em 20 dezembro de 2017. Disponível em: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
- BAZARGAN, M. *et al.* Non-adherence to medication regimens among older African-American adults. **BMC Geriatr.**, v.25, n.1, p.163, 2017.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional do Idoso. Brasília. 1998.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 2528/06. Brasília. 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica-Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília; 2014.
- BREGA, A.G. *et al.* **AHRQ health literacy universal precautions toolkit**. 2nd ed., 2015. Acesso em 20 dezembro de 2017. Disponível

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KICKBUSCH, I. et al. **Health literacy: the solid facts**. Copenhagen: World Health Organization; 2013. Acesso em 15 dezembro de 2017. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PASSAMAI, M.P.B., SAMPAIO, H.A.C., LIMA, J.W.O. Letramento Funcional em Saúde de Adultos no contexto do Sistema Único de Saúde. Fortaleza. 255p. 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- SOUZA FILHO, P.P.S.; MASSI, G.A.A.; RIBAS, A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.589-600, 2014.
- STEFANO, I.C.A. et al. Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.681-92, 2017.
- THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS) 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. AGS updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **J Am Geriatr Soc** 2012; DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x.
- VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H.A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1189-213, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Health promotion glossary**. Geneva, WHO, 1998. Acesso em 15 setembro de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long term-therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing. A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the second United Nations World assembly on aging. Madrid, Spain, 2002.
- YOST, K.J., et al. Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: Development and pilot testing. **Patient Educ Couns.**, v.75, n.3, p.295-301, 2009.
- ZHANG, F. et al. Increasing use of prescription drugs in the United Kingdom. **Pharmacoepidemiol Drug Saf.** v.25, n.6, p.628-36, 2016.

## APÊNDICE A – Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde

- Número entrevista: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Equipe: \_\_\_\_\_  
 Idade (em anos completos): \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) feminino ( ) masculino  
 Estado civil: ( ) casado(a) ( ) solteiro (a) ( ) viúvo (a)  
 ( ) Separado(a)/divorciado(a) ( ) União estável ( ) não sabe/não informou  
 Filhos: ( ) sim ( ) não quantos? \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: ( ) não alfabetizado ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo ( ) não sabe/não informou  
 Anos de estudo: \_\_\_\_\_  
 Renda familiar: ( ) até 1 salário mínimo ( ) mais de 1 até 3 salários mínimos ( ) mais de 3 salários mínimos ( ) não sabe/não informou \_\_\_\_\_  
 Número de pessoas que moram com a pessoa idosa: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Cor/raça: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Indígena ( ) Amarelo  
 Como o(a) Sr(a) percebe sua saúde? ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim ( ) péssima  
 Presença de doenças crônicas? ( ) Sim ( ) Não  
 Quais? \_\_\_\_\_  
 Possui complicações relacionadas? \_\_\_\_\_  
 Onde busca assistência à saúde? ( ) SUS ( ) plano de saúde ( ) particular ( ) não sabe/não informou  
 Consulta na USF? ( ) Sim ( ) Não  
 nº consultas nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_  
 Em relação a seu tratamento, algum profissional de saúde fornece informações e orientações?  
 ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) ACS ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Farmacêutico  
 ( ) outro \_\_\_\_\_ ( ) nenhum ( ) não sabe/não informou  
 Como você se sente em relação ao atendimento, informações e orientações que recebe?  
 ( ) satisfeito ( ) indiferente ( ) insatisfeito ( ) não sabe/não informou  
 Como você caracteriza sua relação com os profissionais que lhe atendem?  
 ( ) ótima ( ) boa ( ) Regular ( ) ruim ( ) não sabe/não informou  
 Participa de grupos na USF? ( ) Sim Frequência: \_\_\_\_\_ ( ) Não

Medicamentos que utiliza:

Prescritos			Não prescritos		
Nome	Dose	Frequência	Nome	Dose	frequência

- Número de medicamentos que utiliza diariamente: \_\_\_\_\_  
 Onde adquire as medicações? ( ) SUS ( ) Compra na farmácia ( ) consegue gratuitamente na farmácia popular ( ) doação ( ) outro \_\_\_\_\_ ( ) não sabe/não informou  
 Possui alguma dificuldade no tratamento medicamentoso? ( ) sim ( ) não  
 Quais? \_\_\_\_\_  
 Recebe ajuda ou apoio no tratamento medicamentoso/de saúde? ( ) Sim ( ) Não

De quem? \_\_\_\_\_

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

De quem? \_\_\_\_\_

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

Realizou alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não Quantas? \_\_\_\_\_

Faz uso de alguma(s) dessas substâncias?

( ) Cigarro ( ) Álcool ( ) Drogas

Realiza atividade física? ( ) Sim ( ) Não Quais e quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

Realiza alguma dieta: ( ) Sim ( ) Não

Qual meio de comunicação mais utiliza para informações de saúde?

( ) rádio ( ) televisão ( ) Internet ( ) telefone

Resultados dos demais testes:

Cartão de Jaeger: \_\_\_\_\_

Teste de sussurro: \_\_\_\_\_

MEEM: \_\_\_\_\_

Escala de adesão: ( ) alta adesão ( ) média adesão ( ) baixa adesão

Pontuação S-TOFHLA: \_\_\_\_\_ ( ) LFS inadequado ( ) LFS marginal ( ) LFS adequado

Índice de Katz: ( ) independente ( ) dependência moderada ( ) muito dependente

Escala de Lawton e Brody: ( ) independente ( ) dependência moderada ( ) muito dependente

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do idoso

ou

Impressão digital:



Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

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

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

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

## ANEXO A - Avaliação da acuidade visual

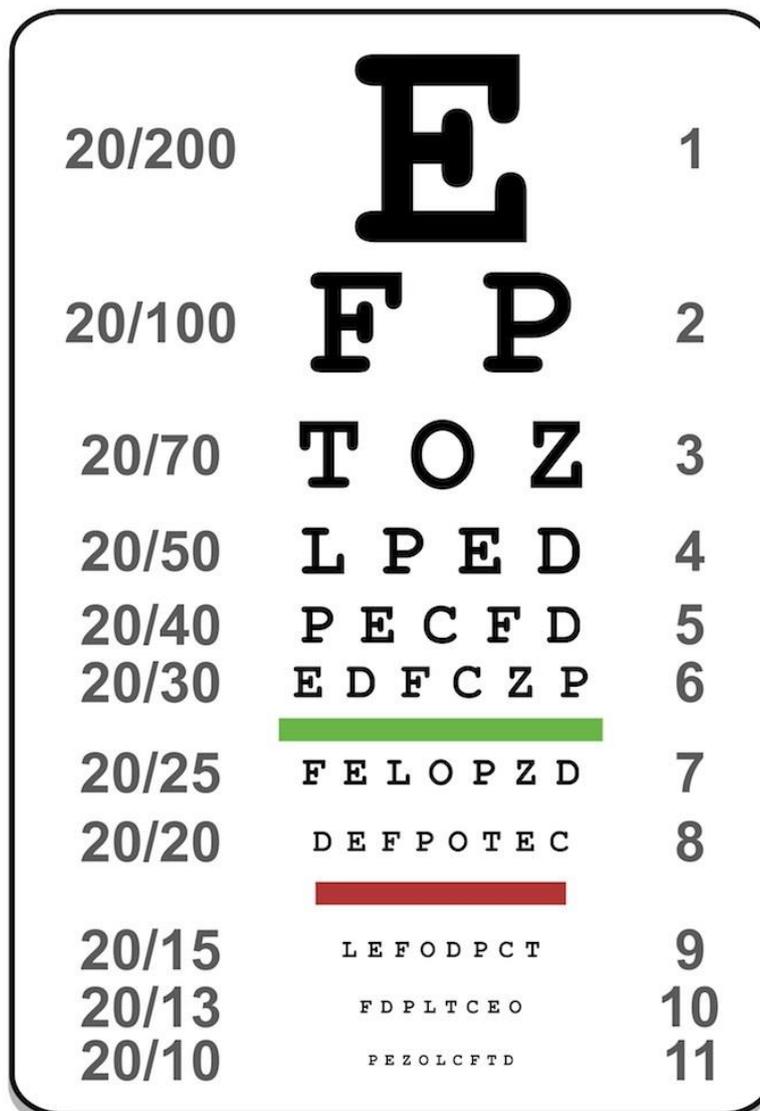
Adaptado de Brasil (2007).

### Cartão de Jaeger

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

**Objetivo:** Identificar possível disfunção visual.

**Avaliações dos resultados:** as pessoas que lerem até o nível 20/40 serão consideradas sem disfunção.



## ANEXO B – Avaliação da acuidade auditiva

Adaptado de Brasil (2007).

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

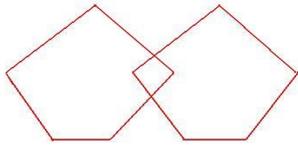
---



---

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 doxiciclina, 100 mg (cartão 4).

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

### **Comece a administração do teste com a seguinte orientação:**

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

### **Orientações:**

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

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

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

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

**Pontuação:**

Pergunta do cartão 1: É aceitável um intervalo de tempo  $\geq 3$  horas ou  $\leq 6$  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 TOFHILA” anote o número do questionário no espaço destinado para esse fim. LEMBRE-SE: ESSA FOLHA VEM DESTACADA DO TESTE E SÓ DEVERÁ SER ANEXADA AO MESMO APÓS O TÉRMINO E REGISTRO DO TESTE DE COMPREEN- SÃO DE LEITURA.

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

**ITENS DE COMPREENSÃO DE LEITURA**

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

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

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

O tempo determinado para este subteste é de 7 minutos.

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

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

**Orientações para a Pontuação**

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

**Interpretação dos Escores - Classificação do Letramento Funcional em Saúde**

O total de escores para o S-TOFHILA 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)**

<b>LACUNA</b>	<b>ITEM</b>
<b>1</b>	<b>A</b>
<b>2</b>	<b>C</b>
<b>3</b>	<b>B</b>
<b>4</b>	<b>A</b>
<b>5</b>	<b>C</b>
<b>6</b>	<b>A</b>
<b>7</b>	<b>B</b>
<b>8</b>	<b>B</b>
<b>9</b>	<b>D</b>
<b>10</b>	<b>B</b>
<b>11</b>	<b>C</b>
<b>12</b>	<b>C</b>
<b>13</b>	<b>B</b>
<b>14</b>	<b>C</b>
<b>15</b>	<b>D</b>
<b>16</b>	<b>A</b>
<b>17</b>	<b>C</b>
<b>18</b>	<b>A</b>
<b>19</b>	<b>D</b>
<b>20</b>	<b>B</b>
<b>21</b>	<b>D</b>
<b>22</b>	<b>C</b>
<b>23</b>	<b>A</b>
<b>24</b>	<b>D</b>
<b>25</b>	<b>B</b>
<b>26</b>	<b>C</b>
<b>27</b>	<b>D</b>
<b>28</b>	<b>D</b>
<b>29</b>	<b>A</b>
<b>30</b>	<b>C</b>
<b>31</b>	<b>B</b>
<b>32</b>	<b>A</b>
<b>33</b>	<b>D</b>
<b>34</b>	<b>C</b>
<b>35</b>	<b>B</b>
<b>36</b>	<b>B</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 | a) coração    |
| b) beba   | b) respiração |
| c) vista  | c) água       |
| d) dose   | d) câncer     |

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

- |             |                   |
|-------------|-------------------|
| a) resposta | a) o departamento |
| b) tarefa   | b) disque         |
| c) região   | c) a farmácia     |
| d) pergunta | 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 deverá \_\_\_\_\_ uma enfermeira ou funcionária do \_\_\_\_\_ Social

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

para \_\_\_\_\_ todas as suas \_\_\_\_\_.

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 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 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)**

**CEPAS / FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER Nº 93/2017**

**CEPAS 28/2017**

**Processo:** 23116.003914/2017- 87

**CAAE:** 68441317.2.0000.5324

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

**Pesquisador Responsável:** Daiane Porto Gautério Abreu

**PARECER DO CEPAS:**

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

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

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

Rio Grande, RS, 03 de julho de 2017.

Prof.<sup>a</sup> Eli Sinnott Silva

**Coordenadora do CEPAS/FURG**

## ANEXO F – Aprovação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC)

---

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

Parecer 013/2017  
2017.

Rio Grande, 14 de junho de

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

Autor: DAIANE PORTO GAUTÉRIO ABREU

Parecer:

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

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



Tarso Pereira Teixeira  
CRM 26330  
Coordenador do NUMESC

*Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas!*