

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Letramento funcional em saúde no processo do envelhecimento

Paulo Cassiano Simor dos Santos

Passo Fundo

2015

Paulo Cassiano Simor dos Santos

Letramento funcional em saúde no processo do envelhecimento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientadora:

Profa. Dra. Helenice de Moura Scortegagna

Coorientadora:

Profa. Dra. Maria Izabel Penha de Oliveira Santos

Passo Fundo

2015

CIP – Catalogação na Publicação

- S2371 Santos, Paulo Cassiano Simor dos
Letramento funcional em saúde no processo do
envelhecimento / Paulo Cassiano Simor dos Santos. – 2015.
51 f. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2015.
Orientador: Profª. Dra. Helenice de Moura Scortegagna.
Coorientador: Profª. Dra. Maria Izabel Penha de Oliveira
Santos.
1. Envelhecimento. 2. Idosos - Cuidados pessoais com a
saúde. 3. Gerontologia. 4. Doenças crônicas. 5. Promoção da
saúde. I. Scortegagna, Helenice de Moura, orientador. II.
Santos, Maria Izabel Penha de Oliveira, coorientador. III.
Título.
- CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEF

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

"Letramento funcional em saúde no processo do envelhecimento"

Elaborada por

PAULO CASSIANO SIMOR DOS SANTOS

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
"Mestre em Envelhecimento Humano"

Aprovada em: 16/04/2015
Pela Banca Examinadora


Profª. Drª. Helenice de Moura Scortegagna
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora


Profª. Drª. Eliane Lucia Colussi
Universidade de Passo Fundo - UPF/PPGEH


Profª. Drª. Iara Salete Calerão
Universidade de Passo Fundo - UPF

DEDICATÓRIA

Dedico esta realização a todos aqueles que me acompanharam nos caminhos bons e principalmente, nos mais tortuosos do viver e permaneceram comigo ao longo de mais uma etapa desta viagem chamada VIDA:

Em primeiro momento, ao criador de todas as coisas (Deus, Alá, Buda, ou seja lá qual a denominação que melhor se aplique). A esta energia que faz com que, mesmo nos momentos mais angustiantes do nosso viver, a força e a coragem, quase esquecidas, façam-se luz nos abismos mais negros.

À minha querida e amada mãe, exemplo e meu orgulho eterno, que me trouxe à vida e me conduz constantemente pelos melhores caminhos do viver, lembrando sempre que haverá dias de tempestades, mas que elas passarão, assim como tudo.

À minha família, base sólida, constituída por alicerces (irmãos) capazes de sustentar as piores ventanias, assim como, as melhores festas. São aqueles os quais podemos contar para a vida toda.

Aos mestres, em especial à minha querida e extraordinária amiga Helenice, um anjo dotado de sabedoria, paciência e bondade. Um tesouro herdado desde a graduação e que espero que permaneça pela vida toda.

Aos amigos e amores, que comungaram de uma ausência consentida, e mesmo distantes, emanaram vibrações de sustentação e alegria no trajeto desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial a Universidade de Passo Fundo, onde iniciei minha trajetória acadêmica e hoje concluo uma nova e importante etapa.

A todos os mestres do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, que transmitiram seus conhecimentos (científicos e pessoais) na construção de uma base sólida no que tange ao processo de viver e envelhecer.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, que possibilitou por meio de bolsa o apoio e incentivo para a realização dos estudos deste mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, por meio das unidades de Estratégia Saúde da Família Ricci e São Cristóvão, especialmente às Enfermeiras e Agentes Comunitárias de Saúde destas unidades que abraçaram esta causa e nos acompanharam nesta busca.

Aos alunos pesquisadores do curso de Graduação em Enfermagem da UPF, que não mediram esforços para a viabilização e realização deste estudo.

Ao companheiro de uma vida toda Dr. Emílio J. Muneroli que me incentivou, apoiou e foi base de muitas conquistas e que, mesmo distante, torce por todas as minhas realizações.

Aos colegas das turmas do mestrado das quais tive oportunidade de confraternizar desde a fase de “aluno especial” até me tornar aluno efetivo. E um carinho muito especial à minha “gigante” tiquitita Graciana Neumann e às maravilhosas companheiras de estudo e de vida Luciana de Almeida e Thais Caroline Fin.

E por fim, o meu sincero agradecimento a todos os idosos que participaram do estudo e seus familiares, que aceitaram abrir as portas de seus lares e nos acolheram para a construção do saber científico.

Meu muito obrigado!

EPÍGRAFE

“Um sonho sonhado só é apenas um sonho. Um sonho sonhado junto é uma realidade”. (Raul Seixas)

RESUMO

SANTOS, Paulo Cassiano Simor dos. **Letramento funcional em saúde no processo do envelhecimento**. 2015. 51 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2015.

Trata-se de estudo transversal, com 78 idosos, de ambos os sexos, com idades entre 62 e 87 anos, que teve como objetivo avaliar o Letramento Funcional em Saúde de idosos hipertensos e diabéticos usuários de Estratégias de Saúde da Família de Passo Fundo, RS, Brasil. A coleta de dados, realizada de maio a julho de 2014, teve a elegibilidade dos sujeitos a partir dos resultados do MINI-COG, que inclui o teste do desenho do relógio, testes de acuidade visual e auditiva. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionário com informações sociodemográficas e de saúde, e aplicação do S-TOFHLA. Realizou-se análise dos dados pelo Teste Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Houve predomínio de hipertensão arterial e tratamento das doenças superior a 10 anos. Identificou-se baixa escolaridade e inadequado LFS em 50% dos idosos. Os resultados mostraram associação entre baixa escolaridade e inadequado LFS. Estes estão apresentados na forma de artigo científico como produção científica 1 desta dissertação. A produção científica 2, pautada na reflexão acerca da importância do LFS para o autocuidado do idoso diante da doença crônica, apresentada na forma de capítulo de livro.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento. 2. Doença crônica. 3. Alfabetização em Saúde. 4. Autocuidado. 5. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

SANTOS, Paulo Cassiano Simor dos. **Functional health literacy in aging process**. 2015. 51 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2015.

It is a transversal study, with 78 elderly people, both sexes, aging between 61 and 87 years old. The objective was to evaluate the Functional Health Literacy in elderly people who are hypertensive, diabetics and users of Family Health Strategy of Passo Fundo, RS, Brazil. Data collection, carried out from May to July 2014, had the subject eligibility from the MINI-COG results which included the clock drawing test and evaluation of visual and auditive functions. The data collection was carried out by applying socio demographic and health information test and also the application of S-TOFHLA. Data analyses were performed by using Pearson's chi-square test, with significance level of 5%. There was an arterial hypertension predominance and treatment of diseases for more than 10 years. Low school level and inadequate FHL were identified in 50% of the elderly people. The results showed association between low school level and inadequate FHL. These are presented in the form of a scientific paper as scientific production 1 of this dissertation. The scientific production 2, based on the reflection on the importance of the FHL for the elderly self-care in the face of chronic disease, presented as a book chapter.

Key words: 1. Aging. 2. Chronic disease. 3. Health Literacy. 4. Self-care. 5. Health promotion.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comportamento do Letramento Funcional em Saúde dos idosos da amostra	33
Tabela 2 - Comportamento do Letramento Funcional em Saúde conforme a escolaridade dos idosos que participaram do estudo	33

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AVD	Atividade de vida diária
CPHA	Canadian Public Health Association
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes mellitus
DCNT	Doença crônica não transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
INAF	Indicador de alfabetismo funcional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	Institute of Medicine
IPM	Instituto Paulo Montenegro
LFS	Letramento funcional em saúde
LS	Letramento em saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Única de Saúde
S-TOFHLA	<i>Short-Test of functional health literacy in adults</i>
TOFHLA	<i>Test of functional health literacy in adults</i>
TDR	Teste do desenho do relógio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHCA	World Health Communication Association

LISTA DE SÍMBOLOS

±	Desvio padrão
%	Percentual ou porcentagem
<	Menor

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I - Letramento Funcional em Saúde no processo do envelhecimento	20
2.1	<i>Introdução</i>	20
2.2	<i>Método</i>	24
2.2	<i>Resultados</i>	26
2.3	<i>Discussão</i>	28
2.4	<i>Considerações</i>	33
2.5	<i>Referências</i>	33
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA II - Letramento Funcional Em Saúde E Doença Crônica No Envelhecimento: Conceitos E Reflexões	36
3.1	<i>Introdução</i>	36
3.2	<i>Doenças Crônicas e funcionalidade da pessoa idosa</i>	37
3.3	<i>O letramento funcional em saúde no manejo da doença crônica pelo idoso</i>	37
3.4	<i>Considerações</i>	47
3.5	<i>Referências</i>	48
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	56
	ANEXOS	59
Anexo A.	<i>Parecer Comitê de Ética</i>	61
Anexo B.	<i>Comprovante de submissão</i>	65
	APÊNDICES	66
Apêndice A.	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	68
Apêndice B.	<i>Projeto de pesquisa</i>	71

1 INTRODUÇÃO

O letramento em saúde (LS) é considerado um importante determinante de saúde, principalmente por identificar a capacidade para obtenção, processamento e compreensão das informações pelos indivíduos, assim como a busca de serviços capazes de ancorar decisões no contexto da saúde (BOSTOCK;STEPTOE, 2012). Vêm recebendo destaque por importantes órgãos de saúde internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), Institute of Medicine (IOM, 2004) e World Health Communication Association (WHCA, 2011), por representar um indicador importante na identificação de pessoas com letramento inadequado, o que pode repercutir diretamente sobre as decisões e comportamentos em saúde.

Considera-se o LS como um recurso fundamental para a vida dos indivíduos, uma vez que seus níveis afetam as habilidades para agir sobre as informações e obterem controle da sua saúde individual e comunitária (MIALHE;CARTHERY-GOULART, 2012). Contempla um conjunto de habilidades que se tornam necessárias para que a pessoa possa atuar de forma adequada no campo da saúde, contudo representa um constructo complexo classificado em: Letramento básico ou funcional, Letramento comunicativo/interativo e o Letramento crítico (NUTBEAM, 2000).

O Letramento Funcional em Saúde (LFS), foco deste estudo, diz respeito às habilidades básicas, tanto de leitura, quanto de escrita, que possibilitam as pessoas a atenderem efetivamente as situações rotineiras de saúde. Os objetivos deste nível de letramento são limitados e possuem sua direção para aperfeiçoar os conhecimentos que estão relacionados aos riscos de saúde, assim como aos serviços de saúde e adesão dos usuários às prescrições dos profissionais (MIALHE;CARTHERY-GOULART, 2012). Estudos nacionais tem demonstrado que quanto maior a faixa etária, maiores são os índices de inadequado letramento funcional em saúde o que poderá repercutir na prevenção, promoção da saúde e manejo das doenças (PASSAMAI, 2012; CARTHERY-GOULART et al. 2009).

Esta constatação apresenta importante relevância, uma vez que o envelhecimento tem sido associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas, com destaque às não transmissíveis, figurando o problema de saúde de maior magnitude no país, correspondendo a 72% das causas de mortes. Entre estas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) representam importantes agravos à saúde que requerem ações de prevenção às incapacidades, e de promoção da saúde (BRASIL, 2011). O idoso, em virtude de uma sobrevida maior, está mais propenso à cronificação das doenças. Tal fato, já em 2003, foi alertado pela OMS no relatório mundial, o qual enfatizava que as condições crônicas tornam-se mais expressivas na medida em que há o aumento na expectativa de vida e na possibilidade de exposição ao risco de problemas crônicos. Nesse sentido, inúmeros agravos à saúde poderão surgir como resultado das diversas alterações fisiológicas e funcionais no curso do envelhecimento, tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças crônicas (OLIVEIRA et al., 2008).

As doenças crônicas associadas ao baixo letramento em saúde podem refletir negativamente nas populações com idade mais avançada, em consequência do declínio cognitivo e das complexidades em torno das doenças (BOSTOCK; STEPTOE, 2012). Entre os obstáculos que podem ser limitantes dos níveis de letramento, a dificuldade de compreensão das informações escritas e baixa escolaridade, figuram como importantes fatores relacionados aos usuários no que tange às habilidades de interação satisfatória com o contexto da saúde. Uma importante parcela da população idosa brasileira é considerada não alfabetizada, ou com alfabetismo rudimentar, assim como apresenta baixos índices de alfabetismo funcional, ou seja, além de dificuldades de escrita e leitura, os indivíduos encontram dificuldades em exercer as práticas sociais do uso da escrita (IBGE, 2010; IPM/IBOBE, 2011). Inadequado ou baixo letramento em saúde tem sido associado a piores condições de saúde, principalmente por incompreensão das informações (escritas e/ou faladas) no contexto da saúde e das orientações repassadas pelos profissionais, assim como está associado ao uso limitado dos serviços de saúde

(prevenção e promoção), elevadas taxas de internação hospitalar, menor conhecimento do processo das doenças crônicas, dentre outros (IOM, 2004;SCHWARTZBERG et. al, 2005; BOSTOCK;STEPTOE, 2012).

A presente dissertação está apresentada em duas produções científicas, sendo a primeira referente ao artigo “Letramento funcional em saúde no processo do envelhecimento” que apresenta os resultados da pesquisa desta dissertação; e a segunda corresponde a produção do capítulo de livro intitulado “Letramento Funcional em Saúde e doença crônica no envelhecimento: conceitos e reflexões”, que aborda a interface entre letramento funcional em saúde e a doença crônica.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

Letramento Funcional em Saúde no processo do envelhecimento

Functional Health Literacy in Aging Process

La alfabetización funcional en salud en el proceso de envejecimiento

2.1) *Introdução*

A longevidade humana tem alterado significativamente o perfil demográfico nas populações em todo o mundo, assim como tem refletido no comportamento epidemiológico das doenças, com significativo aumento das situações patológicas crônicas. Embora possa considerar-se a longevidade como uma importante conquista da humanidade, tal realidade somente pode ser exaltada quando os anos vividos a mais são gozados com qualidade, em um cenário onde o idoso possa gerir com autonomia a própria vida e saúde. Caso contrário, o processo de envelhecer poderá repercutir negativamente com diversas implicações tanto para o ser envelhecendo, quanto para a família e sociedade⁽¹⁾.

A heterogeneidade do segmento idoso configura um desafio aos serviços de saúde e à sociedade civil na medida em que muitos dos que o compõe apresentam significativa probabilidade da ocorrência de eventos patológicos e fragilidades consequentes do declínio da saúde em suas condições física e mental. Assim, o processo de envelhecimento pode afetar sobremaneira a capacidade funcional dos indivíduos. A incapacidade, por ocasionar maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribui para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos⁽²⁾.

Contudo, um fator de destaque e que pode refletir na qualidade de vida e saúde dos longevos, diz respeito ao baixo nível socioeconômico e educacional. Dados oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), refletem uma

realidade preocupante ao destacar a baixa escolaridade e analfabetismo da população idosa, já que 43% é considerada analfabeta⁽³⁾.

Outro importante indicador educacional realizado pelo Instituto Paulo Montenegro (IPM), responsável por mensurar o alfabetismo funcional da população brasileira, a partir do indicador de alfabetismo funcional (INAF), explicita que, embora a cada ano os índices do INAF sofram alterações positivas, os indivíduos mais velhos da população ainda são os que apresentam os maiores índices de analfabetismo funcional. Ou seja, são considerados analfabetos no sentido tradicional, incapazes de ler e escrever, ou com alfabetização rudimentar, com grau insuficiente de alfabetização para que possam atender e exercer funções básicas cotidianas na sociedade moderna⁽⁴⁾.

As competências básicas de leitura, escrita e habilidades matemáticas, no contexto de saúde tornam-se ferramentas importantes para que o indivíduo acometido por uma doença possa participar do planejamento e implementação da terapêutica, sendo de vital importância para o desfecho de sucesso do tratamento⁽⁵⁾. Nesta direção, as competências necessárias para se obter, processar e agir de acordo com as informações e conhecimentos sobre saúde podem estar comprometidas frente a dificuldade em ler e escrever⁽⁶⁾. Estas competências básicas de letramento poderão ocasionar maiores dificuldades dos indivíduos para entender as instruções, ler rótulos, receitas e bulas de medicamentos, necessários para contemplar o esquema terapêutico, além de dificultar a compreensão em torno das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Quando um idoso vivencia uma situação que requer cuidados de saúde prolongados e apresenta baixa escolaridade e/ou o analfabetismo, tais condições podem afetar e repercutir de forma negativa no manejo da doença. Esta constatação já representava há mais de dez anos uma preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que enfatizava que menor instrução e analfabetismo estão associados a maiores riscos de deficiência e morte no processo de envelhecimento⁽⁷⁾. Explicita-se que a alfabetização deficiente pode afetar a saúde das pessoas, limitando o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural⁽⁸⁾.

Os indivíduos com habilidades não desenvolvidas de leitura e escrita, não só terão menor exposição à educação em saúde tradicional, mas também habilidades menos desenvolvidas para atuar sobre a informação recebida⁽⁹⁾. Para a *Canadian Public Health Association* (CPHA), são diversos os desafios na gestão das doenças crônicas destacando o alto nível de complexidade da doença e de autocuidado necessários, tal qual a necessidade da compreensão da doença e tratamento. Destaca, também, que déficits na capacidade para interpretar e utilizar informações em saúde podem repercutir na manutenção da doença crônica⁽¹⁰⁾.

Em 2009, na 7^a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida no Kênia, o Letramento em Saúde (LS) recebeu importante destaque como meio de promoção do encorajamento individual e de ações do âmbito coletivo com vistas a influenciar os determinantes da saúde⁽¹²⁾. Em 1998, a OMS já chamava atenção para a importância do Letramento em Saúde, termo oriundo da palavra inglesa *health literacy*. Para a OMS, o Letramento em Saúde diz respeito às habilidades, tanto cognitivas, quanto sociais, que podem determinar a motivação e a capacidade dos indivíduos na obtenção de acesso, compreensão e utilização das informações em saúde, no intuito de promover e manter uma boa saúde. Implica a realização de um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos pessoais e as condições de vida⁽⁸⁾.

Para a *World Health Communication Association* (WHCA), o LS molda o comportamento e as escolhas das pessoas para saúde e bem estar⁽⁶⁾. Contudo, configura uma construção complexa que depende, tanto da capacidade individual de se comunicar, como as exigências impostas pela sociedade e sistema de saúde⁽¹²⁾. Representa uma estratégia de empoderamento fundamental para ampliar o controle do povo sobre a sua saúde, sua capacidade de buscar informações e assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde⁽¹³⁾. Em 2004, o *Institute of Medicine* (IOM) também referiu-se ao letramento em saúde como sendo o grau em que os indivíduos obtêm, processam e compreendem as informações e os serviços de que necessitam para

tomar decisões básicas adequadas de saúde. Destacou que o LS é resultante de uma convergência entre educação, fatores sociais e serviços de saúde⁽¹⁴⁾.

O letramento funcional em saúde (LFS), representa o primeiro nível de letramento em saúde⁽¹¹⁾, e visa o aperfeiçoamento de competências básicas de leitura e escrita que estão relacionados ao campo da saúde, no intuito de melhorar o desempenho dos indivíduos em situações rotineiras relacionadas à saúde, contemplando o entendimento e adesão de mensagens simples⁽⁹⁾.

No LFS, as ações de educação em saúde apresentam objetivos limitados e focados na melhoria dos conhecimentos sobre os riscos à saúde, aos serviços de saúde e à adesão às prescrições dos profissionais pelos indivíduos^(11,15). O constructo é descrito como “a aplicação prática de uma vasta gama de competências cognitivas e não cognitivas na vida real, ao invés de uma habilidade única de letramento em um ambiente clínico”^(16:18). A partir desta compreensão conclui-se que o “LFS da população tanto pode ser um caminho para aprimorar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, quanto ao planejamento, execução e avaliação”^(16:138).

Desta forma, para que um indivíduo possa exercer as ações pertinentes ao campo da saúde, a compreensão e aplicação das informações em saúde figuram elementos essenciais para o estabelecimento das condições necessárias para a manutenção de uma boa saúde⁽⁹⁾. A falta de compreensão das informações referentes às questões envolvidas ao contexto da saúde pode representar um desafio aos indivíduos na manutenção e promoção desta e na qualidade de vida.

Ao tratar-se de um indivíduo idoso, tais obstáculos podem apresentar impactos mais significativos uma vez que, além dos déficits funcionais presentes e dos baixos níveis de alfabetização e letramento da população idosa brasileira, um inadequado LFS pode repercutir diretamente na possibilidade em manter-se a promoção da vida e saúde. Neste sentido este estudo teve por objetivo principal avaliar o nível de LFS de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Rede Básica em Saúde no município de Passo Fundo/RS.

2.2) Método

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, desenvolvida com idosos acometidos por Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica, atendidos em unidades básicas de saúde no município de Passo Fundo/RS. Os resultados apresentados são oriundos de uma Dissertação de Mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo/RS.

A população do estudo foi composta por 78 indivíduos idosos, cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos em duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ligadas à Secretaria Municipal de Saúde do município de Passo Fundo, no ano de 2014.

Para a composição da mostra foram identificados os idosos cadastrados no HIPERDIA utilizando-se para o cálculo amostral a fórmula para populações finitas⁽¹⁷⁾. Assim, a partir da população de referência que foi de 113 indivíduos, se estabeleceu uma amostra de 88 idosos. Estes foram posteriormente selecionados conforme aceite e critérios de inclusão, previstos neste estudo, valendo-se do resultado obtido na aplicação do MINI-COG, que inclui o teste do desenho do relógio (TDR), do teste do sussuro e do teste de acuidade visual, pelo Cartão de Jaeger, para avaliação de acuidade auditiva e visual respectivamente⁽¹⁸⁾. Excluíram-se da amostra todos os não alfabetizados, portadores de déficit visual e/ou auditivo e os que apresentaram dificuldade motora fina das mãos que impossibilitariam a realização dos testes. A coleta de dados realizou-se no período de maio a julho de 2014, após contato prévio com os enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) das ESF, com a colaboração de acadêmicos treinados.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram um questionário estruturado que detinha informações referentes às características sócio-demográficas e de saúde e o teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde - *Test of Functional Health Literacy in Adults* - TOFHLA (versão breve), validado para aplicação em

português. O TOFHLA foi desenvolvido por Parker et al., em 1995, e especificamente elaborado para avaliar os níveis de letramento funcional em saúde (*functional health literacy*), ou seja, as habilidades de leitura e compreensão de materiais comumente encontrados no meio de saúde, por parte dos usuário^(19,11).

Trata-se de um instrumento utilizado para testar a habilidade do indivíduo para ler frases, números, textos reais retirados do contexto cotidiano dos meios de saúde, tais quais os textos presentes em bulas de remédios, resultados de exames, cartões de agendamento de consultas e a capacidade de operar situações que envolvam a quantificação de medidas numerais⁽¹¹⁾. A versão reduzida do teste foi criada em 1999, e denominada de *Short TOFHLA* (S-TOFHLA), objetivando-se a redução do tempo de aplicação do teste^(11,20). O *S-TOFHLA* é composto por treze frases, com trinta e seis lacunas em branco, das quais o indivíduo deverá escolher entre quatro palavras a que irá completar a frase. Composto também por quatro questões relacionadas a compreensão numérica. Os escores do teste permitem classificar o LFS como inadequado, para pontuações entre 0 e 53 pontos, limítrofe entre 54 e 66 pontos, e adequado para escores que variam entre 57 e 100 pontos.

As respostas fornecidas ao questionário e o resultado do S-TOHFLA foram analisadas por meio do programa estatístico SPSS (versão 18.0) e utilizados os testes Qui-Quadrado de Pearson, Medidas de Tendência Central (média e mediana) e dispersão, com nível de significância de 5%.

O estudo seguiu as diretrizes da Resolução CNS n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre a participação de pessoas em pesquisas, como assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a garantia de sigilo, anonimato e respeito aos valores do sujeito. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (Parecer 631.431) e consentido pela Secretaria Municipal de Saúde.

2.3) Resultados

Em relação às características sociodemográficas, 30,8% (N=24) eram do sexo masculino e 69,2% (N=54) do sexo feminino. A idade variou entre 60 e 87 anos, predominando a faixa etária de 60 a 69 anos (60,3%), seguido dos indivíduos com idade entre 70 e 79 anos (34,6%) e 5% entre 80 e 89 anos de idade; 78% (N=61) da amostra se declararam casada, 52% (N=41) procedentes do município de Passo Fundo, e 82% (N=64) dos indivíduos relataram possuir alguma renda mensal.

No que diz respeito à escolaridade, metade dos sujeitos (N=39) declararam possuir de 1 a 4 anos de estudo, 39,7% (N=31) declararam ter estudado entre 4 a 8 anos e pouco mais de 10% (N=8) da amostra alegou ter mais de 8 anos de escolaridade.

Quanto ao diagnóstico principal, 61,5% (N=48) dos indivíduos possuíam diagnóstico de HAS, 5,1% (N=4) com DM e 33,3% (N=26) sujeitos com ambas as patologias. O tempo de tratamento das doenças mais referido foi acima de 10 anos por 37,2% (N=29), e de 1 a 5 anos por 34,6% (N=27), seguido de 28,2% (N=22) entre 5 e 10 anos. Em relação aos hábitos de vida, houve predominância dos sujeitos que se declararam não ser tabagista e não consumir bebida alcoólica.

No que se refere às questões sobre a compreensão das informações repassadas pelos profissionais da equipe de saúde, aproximadamente 71,8% (N=56) dos sujeitos referiram a compreensão e 26,9% (N=21) expressaram a não compreensão das mesmas. O hábito de leitura foi mencionado por 47,4% (N=37) dos participantes, sendo que 24,4% (N=19) referiram não ter o costume.

Mediante a aplicação do teste para avaliação do letramento funcional em saúde, 55,1% (N=43) dos participantes demonstraram resultados inadequados, e os demais foram classificados com escores limítrofe e adequado, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1- Comportamento do Letramento Funcional em Saúde dos idosos da amostra (N=78).

Variáveis	F	%
Letramento Funcional em Saúde		
Inadequado	43	55,1
Limítrofe	24	30,8
Adequado	11	14,1

Com relação à associação entre letramento funcional em saúde e escolaridade, os dados evidenciam significância ($p < 0,002$), destacando que no grupo avaliado quanto menor a escolaridade, menores os escores do LFS, conforme tabela 2.

Tabela 2- Comportamento do Letramento Funcional em Saúde conforme a escolaridade dos idosos que participaram do estudo (N=78).

Variáveis/ Escolaridade	Letramento Funcional em Saúde						Total
	Inadequado		Limítrofe		Adequado		
	f	%	F	%	f	%	
1 a 4 anos	26	60,5	15	34,9	2	4,7	43
4 a 8 anos	11	45,8	11	45,8	2	8,3	24
8 a +	2	18,2	5	45,5	4	36,4	11

Nota: * p valor= 0,002. Teste do Qui-quadrado de Pearson.

2.4) *Discussão*

Com relação à caracterização sociodemográfica da amostra, observou-se a predominância do sexo feminino, assim como nos estudos de Passamai⁽¹⁶⁾ e Carthery-Goulart et al.⁽²¹⁾, destacando uma realidade mundial em estudos sobre o envelhecimento humano. Os resultados encontrados estão em consonância com o que o IBGE⁽³⁾ explicita: a maior prevalência das mulheres na pirâmide demográfica brasileira.

Esta investigação centrou em sujeitos acima de 60 anos, havendo predomínio da faixa etária de 60-69 anos, diferenciando este estudo dos realizados por Passamai⁽¹⁶⁾ e Carthery-Goulart et al.⁽²¹⁾ em âmbito nacional. Há de se levar em conta, portanto, a possibilidade de agravos importantes da saúde, com presença de declínios funcionais, carecendo de um olhar mais atento no que se refere às habilidades de letramento voltadas ao contexto da saúde no envelhecimento.

Sobre o diagnóstico principal, a HAS apresentou-se como a patologia de maior predominância na amostra, com mais da metade dos idosos acometidos pela patologia. Segundo o IBGE⁽³⁾, a presença da HAS foi evidenciada em todos os subgrupos de idosos pesquisados em amostra por domicílios, com proporções em torno de 50%. Apesar de não ser uma consequência natural do processo do envelhecimento, sabe-se que tem correlação direta com a idade⁽¹⁸⁾.

Quanto ao tempo de tratamento, os idosos pesquisados relataram em sua maioria possuir tempo superior a uma década de tratamento. Esta constatação pode sugerir que quanto maior o tempo de tratamento, maiores seriam os conhecimentos em torno da doença e esquema terapêutico. No entanto, pode sugerir também indolência frente à necessidade de cuidados complexos e contínuos próprios das doenças crônicas.

Nesse sentido, pode-se valer de estudo realizado em uma unidade básica distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, no qual foram entrevistados 123 usuários com DM tipo II, com objetivo de relacionar o conhecimento e a atitude destes usuários, conforme a escolaridade e o tempo da doença. Os resultados permitiram concluir que a escolaridade e o tempo da doença se mostraram estatisticamente significantes para a

aquisição do conhecimento e prontidão para ao autocuidado em diabetes. Quanto à atitude, os autores avaliam que maior o tempo de diagnóstico menor a prevalência de adesão o tratamento dos usuários e maior o risco de complicações advindas de um insatisfatório controle metabólico⁽²⁴⁾.

No que se refere à escolaridade dos idosos participantes deste estudo, pode-se afirmar que metade da amostra referiu baixa escolaridade, entre 1 e 4 anos de estudo. Os demais idosos alegaram escolaridade entre 4 a 8 anos e uma pequena parcela confirmou possuir mais de oito anos de estudo. Assim como no presente estudo, a pesquisa realizada por Passamai⁽¹⁶⁾ também evidenciou parcela significativa de sujeitos que possuíam menos de 8 anos de estudo, corroborado pelo estudo para validação da versão brasileira do S-TOFHLA por Carthery-Goulart, et al.⁽²¹⁾.

Em relação à avaliação do letramento funcional em saúde, menos da metade da amostra demonstrou escores equivalentes ao LFS limítrofe e adequado, destacando-se o elevado contingente de idosos com inadequado LFS, com mais de 55% dos sujeitos avaliados, podendo considerá-los analfabetos funcionais em saúde. No estudo realizado por Carthery-Goulart, et al.⁽²¹⁾, com amostra de 312 participantes saudáveis, na cidade de São Paulo, e com indivíduos com idades que variaram entre 18 a mais de 65 anos (média $47,3 \pm 16,8$), os resultados demonstraram que em 32,4% dos sujeitos o desempenho no LFS foi considerado inadequado ou limítrofe. Entre os idosos com mais de 65 anos, 38,3% demonstrou déficits de alfabetização funcional, com desempenho inadequado ou limítrofe do instrumento, e escores marginais em 13,3%, atestando que metade da amostra nesta faixa etária não apresentava escores adequados no teste de alfabetização funcional⁽²¹⁾.

No estudo aqui relatado houve associação entre o LFS e escolaridade pelo teste Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,002$), ou seja, os resultados demonstraram que quanto menor a escolaridade, menores os escores de LFS apresentado pela amostra, demonstrando maiores dificuldades de compreensão das informações evidenciadas no contexto de saúde. Tal achado vem ao encontro do apresentado no estudo de validação

do instrumento, no qual a maioria dos avaliados (82,5%) e com escolaridade entre 1 e 3 anos, apresentou desempenho inadequado no teste⁽²¹⁾.

No estudo de Passamai⁽¹⁶⁾, verificou-se que quanto maior a faixa etária dos sujeitos, maior era a constatação dos participantes com limitado LFS, apresentando diferença significativa nos escores entre as faixas etárias ($p < 0,001$). O estudo desta autora revelou que os melhores resultados no teste foram evidenciados nos indivíduos com mais anos de estudo relatados, revelando diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), assim como evidenciou a escolaridade como determinante na pontuação do S-TOFHLA. A grande maioria dos sujeitos (91,4%) apresentou de 1 a 3 anos de estudo e demonstrou resultados limitados no teste.

Destaca-se que, segundo os critérios do INAF, nos países menos desenvolvidos, indivíduos com menos de quatro anos de estudo são considerados analfabetos funcionais, embora existam discussões crescentes em torno da temática. Os dados encontrados vem ao encontro do exposto pelo Instituto Paulo Montenegro⁽²²⁾, explicitando que 17% dos indivíduos pesquisados entre 50 e 64 anos foram considerados analfabetos funcionais e 35% apresentaram alfabetismo em nível rudimentar. Pelo indicador considera-se alfabetizada funcionalmente a pessoa com capacidade para utilizar a leitura e escrita e habilidades matemáticas para atender satisfatoriamente às demandas de seu contexto social e utilizá-las para continuar aprendendo e se desenvolvendo ao longo da vida⁽²²⁾.

Mialhe e Carthery-Goulart⁽¹¹⁾ reforçam que a escolaridade por si só não é um indicador totalmente fidedigno das habilidades, tanto de compreensão, quanto de leitura, e não pode ser sempre utilizada como critério para inferir os níveis de LS. Contudo, a discussão em torno dos instrumentos, tal qual a associação direta destes com as habilidades de leitura e escrita dos usuários dos serviços de saúde ainda é pauta de discussões por estudiosos do letramento em saúde, não cabendo aqui discutir tais instrumentos e sua aplicabilidade.

Carthery-Goulart, et al.⁽²¹⁾ reforçam que o S-TOFHLA (versão brasileira), pode ser uma ferramenta prática para a triagem de indivíduos que apresentam analfabetismo

funcional no contexto dos cuidados de saúde, tendo a utilidade do instrumento centrada na identificação das pessoas com maiores necessidades de cuidados especiais.

Os resultados chamam atenção para a necessidade do estabelecimento de estratégias para capacitar os idosos e familiares para a gestão seu próprio cuidado, compreendendo os requisitos necessários para a promoção da saúde e prevenção das doenças. Neste prisma, infere-se que o profissional da saúde representa figura importante no fortalecimento do LFS como ferramenta de rastreio dos indivíduos com dificuldades de compreensão e aplicação das recomendações em saúde, com avaliações constantes e capacitação dos envolvidos na atenção ao idoso, principalmente ao acometido por agravos crônicos à saúde.

Nesse sentido, acredita-se que existe a necessidade urgente dos profissionais da saúde estarem atentos para reconhecer e avaliar o idoso, incluindo o LFS na avaliação multidimensional deste, compreensão que vem ao encontro do entendimento exposto por Mialhe e Carthery-Goulart⁽¹¹⁾, ao destacarem que os profissionais apresentam compreensão limitada sobre o nível de LFS para, a partir da sua identificação, poder oferecer recomendações e serviços que atendam às reais necessidades do indivíduo. Importante, segundo estes autores, os profissionais estarem capacitados para levar em consideração que alguns dos usuários não detem o mesmo conhecimento do de outros - que usualmente tem maior aproximação com textos e trabalhos na área da saúde - e assegurar o entendimento acerca das informações e recomendações oportunizadas por ocasião do atendimento.

Para tanto, Mialhe e Carthery-Goulart⁽¹¹⁾ advertem com relação à formação dos profissionais da saúde, acreditando que o sistema educacional apresenta um papel significativo no desenvolvimento de currículos que permitam um aperfeiçoamento na comunicação profissional-usuário, a partir de um papel mais ativo frente às questões de saúde. Estes, planejados numa perspectiva de que o LS não se trata apenas de uma competência particular das pessoas, mas um entre outros determinantes que impactam na qualidade de vida das populações⁽¹¹⁾.

Esta constatação se ancora na questão com relação à declaração sobre a compreensão dos sujeitos acerca das informações prestadas pelos profissionais. O resultado aponta que mais de dois terços dos idosos declararam compreender essas informações, o que se encontra em dissonância com o resultados do S-TOFHLA, que demonstraram LFS inadequado na metade da amostra, ou seja, dificuldade de compreensão das informações escritas e/ou faladas nos cenários de saúde. Este diferencial pode sugerir que aqueles idosos classificados com nível de LFS limítrofe (aproximadamente um terço) poderiam apresentar escores próximos do inadequado.

Este fato se torna relevante ao refletirmos sobre a importância da educação, especialmente no que se refere à saúde, pois, conforme o texto da Carta de Ottawa, pela OMS⁽²³⁾, o acesso à educação é um pré-requisito fundamental para a promoção da saúde, dentre outros. A educação exerce um papel fundamental na vida de todo o ser humano proporcionando instrumentos para que os indivíduos possam exercer suas funções cotidianas, nos âmbitos individuais, social, civil. Da mesma forma, pode os instrumentalizar para atuar no contexto da saúde.

A célebre citação de Immanuel Kant, um dos grandes filósofos da modernidade e que viveu entre 1724 e 1804, enfatiza que o homem nada mais é do que aquilo que a educação faz deste, retratando assim a necessidade da obtenção da educação para a interação com os diversos segmentos da vida. As ações envolvidas na promoção da saúde de forma igualitária fomentam a necessidade em diminuir as desigualdades na condição de saúde das populações e assegurar as condições para que as pessoas possam exercer seu potencial de saúde com escolhas de comportamentos e hábitos para uma vida saudável, a partir da sua capacitação⁽²³⁾.

Tal afirmação destaca a importância do protagonismo do indivíduo na busca de ferramentas capazes de proporcionar, melhorar e manter condições ideais para a manutenção da qualidade de vida e saúde, partindo de uma maior participação do sujeito no controle deste processo. Contudo, representa esforços não apenas individuais, mas coletivos e dos serviços de saúde na articulação de ações para a promoção da saúde e a autogestão da doença.

2.5) Considerações

Diante dos resultados do estudo, a baixa escolaridade foi associada aos piores desempenhos no teste de letramento funcional em saúde, S-TOFHLA, pelos idosos acometidos por doenças crônicas. Contudo, necessita-se de novos estudos com populações mais significativas para confirmação dos achados, assim como se sugere a adaptação de instrumentos direcionados para avaliar o LFS da população idosa brasileira.

2.6) Referências

1. Jardim SEG. Aspectos socioeconomicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M – organizador - Tratado de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2007.
 2. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007 Ago; 23 (8):1924-30.
 3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet] – Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores. Brasil 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/p>
 4. Moreira DA. Analfabetismo funcional: o mau nosso de cada dia. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
 5. Cavaco A, Santos AL Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. Rev Saúde Pública 2012; 46(5):918-22.
 6. World Health Communication Associates - WHCA. Health literacy: “The Basics” Revised Edition, 2011. Disponível em: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf>
 7. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.
-

-
8. Organização Mundial da Saúde. Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
9. Nutbean D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* 2009; 54(5):303-5.
10. Canadian Public Health Association – CPHA. Chiarelli L (researched and written). Low health literacy and chronic disease prevention and control – perspectives from the health and public health sectors. Canadian, 2006. Disponível em: http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/kl_summary_e.pdf.
11. Mialhe FL, Carthery-Goulart, MT Letramento em saúde e promoção da saúde. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos, 2012, p. 133-80.
12. Baker DW. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J. GEN INTERN MED* 2006 Aug; 21(8):878-83. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831571/>
13. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating Health the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Futur, 2005. Disponível em: http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy.
14. Institute Of Medicine – IOM. Health literacy: a prescription to end confusion Washington DC: The National Academies, 2004. Disponível em: <http://www.iom.edu/Reports/2004/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion.aspx>. Acesso em: 20 dez 2013.
15. Nutbean D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contempory health education and communication strategies into the 21st century. *Oxford Journals - Medicine - Health Promot. Int.* 2000; 15(3):259-67. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full>.
16. Passamai PB *Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis*. Fortaleza/CE. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] Universidade Estadual do Ceará, 2012.
-

-
17. Fontenelles MJ. Bioestatística aplicada à pesquisa experimental. São Paulo: livraria da Física, 2010.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica.(Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica n. 19) - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 192 p.
19. Parker R.M, Baker DW, Williams MV;Nurss JR. The teste of functional health literacy in adults:: a new instrument for measuring patient's literacy skills. J Gen Intern MEd. 1995 Oct; 10(10):537-41.
20. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss, J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Coun. 1999 Sep;38(1):33-42.
21. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the teste if functional literacy in adults. Rev Saúde Pública 2009;43(4):631-8.
22. Instituto Paulo Montenegro/IBOPE (IPM/IBOPE). INAF BRASIL 2011: Indicador de Alfabetismo Funcional: Principais Resultados. IPM/IBOPE, 2012. 18 p. Disponível em:http://www.ipm.org.br/download/informe_resultados_inaf2011_versao%20final_12072012b.pdf
23. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde. Ottawa, nov 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
24. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. Acta paul. Enferm. 2012; 25(2):284-90.

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E DOENÇA CRÔNICA NO ENVELHECIMENTO: CONCEITOS E REFLEXÕES.

3.1 Introdução

O processo de envelhecimento natural do ser humano associa-se a diversas alterações de ordem estrutural e funcional nos principais sistemas dos indivíduos, denotando um declínio funcional-fisiológico, não patológico (MORAES, 2012). Contudo, pode apresentar um desenvolvimento alterado em virtude da presença de condições adversas que podem levar ao acometimento por doença. As situações de cronicidade das doenças,, em virtude do crescente conhecimento e avanço tecnológico no diagnóstico e tratamento, foram ganhando destaque em relação as doenças transmissíveis. Na contemporaneidade é grande o número de pessoas atingidas por doenças crônicas, o que tem repercutido em importante impacto na saúde da população.

As doenças crônicas apresentam um comportamento peculiar, acompanhando o indivíduo por tempo indeterminado, paulatinamente afetando os sistemas do organismo e causando déficits na função de órgãos e sistemas, elevando as possibilidades de comorbidades e mortalidade. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) destacam-se pela elevada possibilidade em causar dependências e requerer autocuidado continuado.

Ao afetar um organismo em franco processo de envelhecimento, em virtude das demandas exacerbadas do organismo, podem apresentar um comportamento mais danoso, afetando sobremaneira a capacidade funcional do indivíduo idoso, refletindo na dificuldade de planejamento e manejo da gestão do seu próprio cuidado (BRASIL, 2014). No entendimento de Alves et al. (2007), quando a capacidade funcional encontra-se comprometida, as implicações causadas pela incapacidade ocasionam maior vulnerabilidade e conseqüente dependência do longevo, com repercussões negativas no bem estar e na qualidade de vida.

Neste sentido, para que o indivíduo possa “funcionar” no campo da saúde, demanda-se que uma série de fatores estejam alinhados para proporcionar ferramentas

capazes de fortalecer o acesso, a compreensão e a aplicação das informações em saúde. Entre estes, fatores culturais, educacionais, sociais e condições de saúde estão envolvidos para que o indivíduo possa promover e manter um padrão adequado de saúde.

Desta forma, o Letramento Funcional em Saúde (LFS), figura um condicionante em saúde para se avaliar o nível de compreensão dos usuários sobre as informações, o processamento e a tomada de decisão adequadas ao seu autocuidado. Em termos práticos, o idoso acometido por doença crônica pode ser responsável pelo desempenho de ações rotineiras de cuidado em prol de sua saúde, o que vai lhe exigir um nível de LFS satisfatório para o exercício do autocuidado adequado e para a promoção de boa saúde.

Desta forma, uma melhor condição de saúde requer diversas competências, que abrangem tanto habilidades cognitivas e sensoriais, no que tange à capacidade de leitura, escrita, fala, audição e manejo matemático, quanto a adesão às recomendações em saúde, que, quando satisfatórias, podem resultar em maior capacidade de auto gestão da saúde. Indivíduos que apresentam aptidões de letramento limitadas, frequentemente apresentam dificuldades que prejudicam as habilidades para atuar satisfatoriamente com os serviços de saúde (MIALHE; CARTHERY-GOULART, 2012). Deste forma, diante desta compreensão, este capítulo tem por objetivo refletir sobre a importância do Letramento Funcional em Saúde no manejo do autocuidado do idoso acometido com doença (s) crônica (s).

3.2 Doenças Crônicas E Funcionalidade Da Pessoa Idosa

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), na medida em que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica, ao que informa: envelhecer sem doença crônica é uma exceção entre os idosos pesquisados. Em virtude da elevada longevidade vivenciada no momento, com um número cada vez mais crescente de idosos figurando na pirâmide etária, há tendência destes longevos serem afetados por doenças crônicas (ALVES et al., 2007).

Inúmeros são os agravos à saúde que poderão surgir como resultado das diversas alterações fisiológicas no curso do envelhecimento, tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças crônicas (OLIVEIRA et al., 2008). A heterogeneidade do segmento idoso da população configura um desafio à sociedade e serviços de saúde na medida em que muitos dos que o compõe apresentam significativa probabilidade da ocorrência de eventos patológicos e fragilidades consequentes do declínio da saúde em suas condições física e/ou mental.

As transformações no comportamento das doenças, que outrora ocorriam com a predominância das condições patológicas transmissíveis, perdeu o destaque do perfil epidemiológico e somaram-se ao vertiginoso aumento das doenças crônicas, com ênfase as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que afetam o indivíduo durante toda a vida e causam perturbações significativas na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa (IBGE, 2010; LEBRÃO, 2007; OMS, 2003).

Moraes (2012, p. 23) destaca que a “funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação social”. As doenças crônicas aumentam as chances do surgimento de dependências, que acabam por afetar a funcionalidade da pessoa idosa, principalmente na manutenção e desempenho das atividades de vida diária (AVDs). Estas atividades cotidianas estão relacionadas à capacidade dos idosos no manejo do autocuidado – básicas - e à aptidão em manter uma vida social independente – instrumentais (BRASIL, 2007).

O IBGE explicita que o envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano e que as doenças crônicas tendem a acelerar este processo (IBGE, 2010). Santos (2011, p. 26) também aborda a questão ao destacar que “a incapacidade funcional impacta na vida social e na saúde dos idosos, refletindo sobremaneira no seu modo de vida, na dinâmica familiar e nos custos sociais decorrentes de cuidados necessários”.

Na medida em que os indivíduos envelhecem, as doenças não transmissíveis transformam-se as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade, panorama este evidenciado em todas as regiões do mundo. Ao que, no Brasil, dados

revelam o aumento da dependência para as AVDs em cerca de 5 % da população aos 60 anos e 50% entre os idosos com 90 anos ou mais (BRASIL, 2007). Assim, quanto maior for o comprometimento das atividades, maior será a gravidade das incapacidades e necessidades de suporte (LEBRÃO et al., 2007).

Entre as doenças crônicas, a HAS se destaca em todos os subgrupos de idosos com proporções em torno de 50% (IBGE, 2010). Apesar de não ser uma consequência natural do processo do envelhecimento, sabe-se que tem correlação direta com a idade (BRASIL, 2007). Durante o processo de envelhecimento do sistema cardíaco, as válvulas cardíacas aumentam a espessura e a rigidez de suas estruturas devido aos eventos escleróticos e fibrose. Na artéria aorta, podem ocorrer situações que facilitam a hipertrofia ventricular, assim como o músculo cardíaco diminui a força contrátil, resultando na redução do débito cardíaco, frente ao aumento das demandas sobre o coração (ELIOPOULUS, 2011; MASSAIA, 2010).

Em virtude de uma maior possibilidade dos idosos sofrerem condições que afetam a perfusão dos tecidos, a HAS pode ocasionar inúmeros prejuízos à saúde e qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Esta importante DCNT ao apresentar maior incidência na medida em que o indivíduo envelhece, figura como a doença cardiovascular de maior predominância na população idosa (ELIOPOULOS, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010a).

Consiste em uma condição clínica, de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010a). Considera-se uma moléstia de grande magnitude, repercutindo tanto em termos econômicos e sociais, quanto na qualidade de vida (LOPES, et al. 2008). Está fortemente relacionada às elevadas taxas de morbidade e mortalidade entre os idosos, assim, como representa um importante fator de risco para desenvolvimento de déficit cognitivo, demência e acidente vascular cerebral, entre outros agravos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010b; BRASIL, 2007; TAVARES et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2008).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010), ao alertar sobre a alta prevalência da hipertensão, refere-se às baixas taxas de controle como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Desta forma a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010b).

O manejo clínico da HAS exige dos indivíduos acometidos uma mudança de hábitos comportamentais, com redução de peso, tabagismo, sedentarismo; o acompanhamento médico e exames de rotina, assim como necessita a gestão da terapêutica medicamentosa (BRASIL, 2007).

Para o Ministério da Saúde (MS) quando a hipertensão é adequadamente controlada, pode reduzir significativamente as limitações funcionais e incapacidades nos idosos. Além do rigoroso e contínuo controle da pressão arterial, há necessidade de um processo permanente de motivação, no intuito de diminuir o risco de abandono do tratamento pelo indivíduo acometido (BRASIL, 2014).

Tal qual a hipertensão arterial, a Diabetes Mellitus (DM) representa uma doença de incidência crescente no país e no mundo (BRASIL, 2013). Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), denota uma “epidemia em curso”, com projeções de causar 300 milhões de casos no mundo até 2030. A DM Figura um “grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação e/ou na secreção de insulina” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009, p. 13).

Esta doença crônica requer mudanças no estilo de vida dos indivíduos acometidos, principalmente por apresentar alta morbi-mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, diminuição da acuidade visual e doença cardiovascular, resultando em perdas significativas na qualidade de vida. Suas complicações representam um desafio, tanto para o indivíduo acometido, quanto para os prestadores de cuidados em saúde, família e comunidade, principalmente no sentido de auxiliar os indivíduos a conviver com esta DCNT (BRASIL, 2014).

Segundo a SBD (2009), o número de indivíduos diabéticos tem aumentado em virtude do elevado envelhecimento da população, além de uma maior urbanização, crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, assim como à maior sobrevivência de pacientes com DM. Além disso, os custos da DM representam mais que um problema econômico, pois mostram custos intangíveis na qualidade de vida, em virtude do grande impacto na vida das pessoas com essa patologia. Nesse sentido, muitos dos indivíduos diabéticos sofrem impactos sociais e profissionais, uma vez que podem se tornar incapazes em dar continuidade às atividades laborais em decorrência de complicações crônicas ou permanecer com alguma limitação no seu desempenho profissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Quando incide sobre um idoso, o tratamento da DM pode ser afetado por problemas associados ao envelhecimento. Entre estes, o envelhecimento cerebral, redução do glicogênio hepático, catarata, enfermidades cardiovasculares, além da redução do potencial de sobrevivência (SBD, 2009). Segundo Marques et al. (2013), um dos aspectos relevantes para o tratamento da doença é o autocuidado, que além de beneficiar o estado de saúde, reduz custos decorrentes de internações e complicações. Os autores em sua pesquisa, um estudo de corte transversal e correlacional com 100 idosos com diagnóstico confirmado de DM, que teve por objetivo avaliar as competências de idosos com diabetes para o autocuidado, concluíram que apenas 6% da amostra foi considerada competente para o autocuidado em diabetes. Destacam também que os fatores que influenciaram na pontuação foram a baixa escolaridade e a diminuição da acuidade visual.

O autocuidado refere-se às práticas que os indivíduos desempenham em seu próprio favor, com vistas à manutenção da vida, saúde e bem estar (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006; GOMIDES et al., 2013; MARQUES et al., 2013). Pode, pela compreensão de Marques et al. (2013), ser compreendido como um elemento chave na adequada gestão dos cuidados relacionados as doenças crônicas. Contudo, a manutenção desta prática pode encontrar-se prejudicada em virtude de carências de ordem extrínseca, a exemplo da própria doença, ou de fatores intrínsecos relacionados com a

idade, que podem inferir na aptidão para aderir e manter o autocuidado (TANQUEIRO, 2013; VITOR, LOPES, ARAÚJO, 2010).

Em se tratando do manejo das doenças crônicas, a *Canadian Public Health Association* (CPHA), ao relatar os desafios comumente encontrados na gestão, destaca o elevado nível de complexidade da doença e de autocuidado necessários, tal qual a necessidade da compreensão da doença e tratamento. Salienta que déficits na capacidade para interpretar e utilizar informações em saúde podem repercutir na manutenção da doença crônica (CPHA, 2006).

3.3 O Letramento Funcional Em Saúde No Manejo Da Doença Crônica Pelo Idoso

O letramento funcional em saúde, tradução da palavra em inglês *Functional Health Literacy*, representa o primeiro nível de letramento em saúde (MIALHE, CARTHERY-GOULART, 2012). Segundo Nutbeam (2000), visa a motivação para o aperfeiçoamento de competências básicas de leitura e escrita que estão relacionadas ao campo da saúde, no intuito de melhorar o desempenho dos indivíduos em situações rotineiras relacionadas à saúde, contemplando o entendimento e adesão de mensagens simples.

No LFS, as ações de educação em saúde apresentam objetivos limitados, que se encontram voltados para a melhoria dos conhecimentos sobre os riscos, serviços de saúde e à adesão às prescrições dos profissionais pelos indivíduos. Os resultados das ações podem tanto abranger o âmbito individual, como podem ser ampliados para a coletividade (MIALHE; CARTHERY-GOULART, 2012; NUTBEAM, 2000). O letramento funcional em saúde pode ser um caminho no aprimoramento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, assim como no planejamento, execução e avaliação (PASSAMAI, 2012).

A produção científica no Brasil em relação ao LFS está voltada para contextos específicos e não existe um estudo nacional que relacione o grau LFS e o reflexo nos resultados de saúde da população brasileira (PASSAMAI et al, 2012;). Um dos

principais estudos nacionais sobre LFS, e que validou o instrumento para a aplicação em português, foi realizado por Carthery-Goulart et al, em 2009, e utilizou o teste de alfabetização funcional de saúde em adultos, versão breve (*Short Test of Functional Health Literacy in Adults - S-TOFHLA*). A pesquisa investigou pacientes saudáveis em dois hospitais públicos de São Paulo, demonstrando que 32,4% dos indivíduos pesquisados apresentavam inadequado/marginal letramento funcional em saúde.

Em estudo transversal, realizado em Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE, que teve por objetivo avaliar o LFS em usuários da Atenção Básica do SUS, a autora evidenciou nos indivíduos pesquisados um baixo Letramento Funcional em Saúde geral, compreensão leitora (S-TOFHLA) e o numeramento (PASSAMAI, 2012). Em 2004, o *Institute of Medicine* (IOM) apresentou que, na realidade Americana, quase metade da população adulta, ou seja, 90 milhões de pessoas têm dificuldade para compreender e agir sobre informações de saúde (IOM, 2004).

Estudos internacionais, a exemplo da pesquisa de coorte longitudinal realizada na Inglaterra, que investigou a associação entre baixo LFS e mortalidade em idosos, com 7.857 indivíduos, concluiu que um terço dos idosos do estudo apresentaram dificuldades para ler e compreender informações escritas básicas sobre saúde. Neste estudo a compreensão “pobre” associou-se a maior mortalidade (BOSTOCK; STEPTOE, 2012). Assim sendo, o Letramento Funcional em Saúde representa “a ponte entre as habilidades de letramento e a capacidade do indivíduo e o contexto da saúde” e deriva de um conceito maior de letramento em saúde (PASSAMAI, 2012, p. 35).

A Organização Mundial de Saúde, em 1998, referiu-se ao letramento em saúde ou *literacia* em saúde (LS), como sendo as habilidades cognitivas e sociais necessárias que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação com vistas à promoção e manutenção de uma boa saúde. Implica a realização de um nível adequado de conhecimento, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos pessoais e as condições de vida (WHO, 1998).

Para a *World Health Communication Association* (WHCA, 2011), o LS molda o comportamento e as escolhas das pessoas para saúde e bem estar. Contudo, configura uma construção complexa que depende, tanto da capacidade individual de se comunicar, como as exigências impostas pela sociedade e sistema de saúde (BAKER, 2006). Representa uma estratégia de empoderamento fundamental para ampliar o controle do povo sobre a sua saúde, sua capacidade de buscar informações e assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde (KICKBUSCH; WAIT; MAAG, 2005).

Em 2004, o IOM também se referiu ao letramento em saúde o considerando como o grau em que os indivíduos obtêm, processam e compreendem as informações e os serviços de que necessitam para tomar decisões básicas adequadas de saúde. Destacou que o LS resulta de uma convergência entre educação, fatores sociais e serviços de saúde (IOM, 2004).

O letramento em saúde baseia-se em fatores neurossensoriais, cognitivos, psiquiátricos, médicos, linguísticos e culturais (PAASCHE-ORLOW, 2004). Para o autor, o Letramento em Saúde torna-se importante e necessário para determinar as barreiras específicas dos pacientes a fim de que se possam projetar intervenções para atender às questões particulares de cada paciente. Os distintos padrões de letramento em saúde são diferenciados pelos níveis mais elevados de conhecimento e habilidades que suportam progressivamente uma maior autonomia e capacidade pessoal em saúde, relacionados com a tomada de decisão (NUTBEAM, 2009).

O letramento em saúde é classificado em três níveis: básico ou funcional, comunicativo/interativo e o letramento crítico (MIALHE, CARTHERY-GOULART, 2012; NUTBEAM, 2009; 2000). Em cada domínio, os tipos de desafios cognitivos enfrentados em ambientes de cuidados de saúde podem ser diferentes dos que as pessoas normalmente têm em gerir suas vidas. O LS vai além do individual, também depende das preferências e expectativas, das informações de saúde e dos prestadores de cuidados: médicos; enfermeiros; administradores, trabalhadores de saúde domiciliar, mídias, e muitos outros (BAKER, 2006; IOM, 2004; SANTOS et al., 2012; SORENSEN, et al., 2012).

Contudo, o LFS pode ser afetado pelo estado de saúde, fatores demográficos, sócio-políticos, psicossociais e culturais (ZARCADOOLAS;PLEASANT;GREER, 2005). Alguns autores, em suas discussões sobre o letramento em saúde e populações com baixas condições econômicas, apontam que esta condição parece ser determinante para uma alfabetização em saúde inadequada (APOLINÁRIO et al., 2012; GAZMARIAN, BAKER, WILLIANS, et al. 1999;SANTOS, et al., 2012;WHO, 2013). Baker (2006) fortalece que a alfabetização em saúde configura-se em um estado dinâmico de um indivíduo em busca da saúde.

Neste sentido, Kickbusch,Wait e Maag (2005), explicitam a importância do LS como uma habilidade de vida essencial para os indivíduos, podendo auxiliar as pessoas a buscar, utilizar informações e assumir o controle sobre sua saúde, ressaltando-se que o letramento em saúde torna-se imprescindível para saúde pública, sendo que a sua construção pode melhorar a saúde geral da população.

No momento em que um indivíduo é acometido por uma situação patológica crônica, tal situação irá requerer estratégias e habilidades para o manejo e manutenção do próprio cuidado. O autocuidado refere-se às práticas que os indivíduos desempenham em seu próprio favor, com vistas à manutenção da vida, saúde e bem estar (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006; GOMIDES et al, 2013; MARQUES et al, 2013). Segundo Marques et al (2013), pode ser compreendido como um elemento chave na adequada gestão dos cuidados relacionados as doenças crônicas. Contudo, a manutenção desta prática pode encontrar-se prejudicada em virtude de carências de ordem extrínseca, a exemplo da própria doença, ou de fatores intrínsecos relacionados com a idade, que podem interferir na aptidão para aderir e manter o autocuidado (TANQUEIRO, 2013; VITOR, LOPES, ARAÚJO, 2010).

Outro fator de grande relevância diz respeito à baixa escolaridade que se relaciona diretamente com um menor autocuidado (GOMIDES et al, 2013). Quando um idoso vivencia uma situação que requer cuidados de saúde prolongados e apresenta baixa escolaridade e/ou o analfabetismo, tais condições podem afetar e repercutir de forma negativa no manejo da doença. Esta constatação vem ao encontro do exposto pela

OMS (2005), ao enfatizar que a “baixa instrução e analfabetismo estão associados a maiores riscos de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento” (WHO, 2005, p. 30). Desta maneira, a alfabetização deficiente pode afetar a saúde das pessoas, limitando o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural (WHO,1998).

No Brasil, de acordo com os dados do IBGE (2010), 42,6% da população idosa é considerada analfabeta. Nesta direção, as competências necessárias para se obter, processar e agir de acordo com as informações e conhecimentos sobre saúde podem estar comprometidas frente a dificuldade em ler e escrever (WHCA, 2011). Estas competências básicas de letramento poderão ocasionar maiores dificuldades dos indivíduos em entender as instruções, ler rótulos, receitas e bulas de medicamentos, necessários para contemplar o esquema terapêutico, além de dificultar a compreensão em torno das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Segundo Nutbeam (2009), os indivíduos com habilidades não desenvolvidas de leitura e escrita, não só terão menor exposição à educação em saúde tradicional, mas também habilidades menos desenvolvidas para atuar sobre a informação recebida. Albuquerque (2007) ao discutir sobre o conceito de “analfabetismo funcional” remete àquelas pessoas que, mesmo apropriando-se das habilidades de “codificação” e “decodificação”, resultantes da alfabetização, não conseguem fazer uso da escrita nos diversos contextos sociais. Porém, no entendimento de Mialhe e Carthery-Goulart (2012), mesmo o letramento em saúde sendo significativamente mediado por habilidades de letramento básicas, altos níveis de letramento não garantem que o indivíduo responderá de forma desejável às atividades educativas e de comunicação em saúde.

Neste contexto, a OMS destaca que a sociedade moderna apresenta sistemas de saúde cada vez mais difíceis de utilizar, mesmo para as pessoas mais bem instruídas (WHO, 2013). Albuquerque (2007, p. 17), também acrescenta ao discorrer que “[...] o domínio do sistema alfabético de escrita não garante que sejamos capazes de ler e produzir todos os gêneros de texto.” Sendo assim, existem diferenças significativas entre letramento, resultante do processo de aprendizado da leitura e escrita, e letramento funcional, caracterizado pelos conhecimentos e habilidades de leitura e escrita, que

podem possibilitar ao indivíduo se envolver em atividades específicas (SOARES, 2008).

O letramento em saúde pode obter resultados na melhoria do conhecimento e da compreensão dos determinantes da saúde, nas atitudes e motivações em relação aos comportamentos de saúde, bem como a melhora da auto-eficácia em relação às tarefas definidas (NUTBEAM, 2000). Nesta direção, Mialhe e Carthery-Goulart (2012), consideram o LS como um recurso fundamental para a vida, destacando que os níveis afetam “diretamente as habilidades das pessoas de agir, não somente sobre as informações em saúde, mas também como ter mais controle de sua saúde como indivíduos, famílias e comunidades” (MIALHE; CARTHERY-GOULART, 2012, p. 133-134).

3.4 Considerações

Em virtude da baixa escolaridade e letramento da população brasileira, um elevado contingente de idosos é considerado: analfabetos e/ou analfabetos funcionais. Quando esta classificação se evidencia em indivíduos com agravos crônicos à saúde, pode representar um importante fator de risco para o avanço da doença com reflexos importantes na funcionalidade da pessoa idosa.

Nesse prisma, faz-se necessária atenção especial para a convergência entre educação, fatores sociais e serviços de saúde, em ações conjuntas, objetivando o fortalecimento do letramento em saúde a partir da formulação de estratégias voltadas às fragilidades de acesso, compreensão e adesão do idoso às orientações em saúde.

As intervenções devem voltar-se à gestão do autocuidado eficaz e na postergação das complicações da doença crônica, utilizando o LFS como importante instrumento de rastreio e diagnóstico dos idosos com necessidades especiais para compreender e aderir às informações em saúde na gestão do próprio cuidado.

Desta forma, torna-se fundamental que os profissionais da saúde formulem estratégias de autocuidado objetivando a redução dos riscos de incapacidades,

utilizando-se de intervenções que possibilitem a preservação da saúde e discutindo ações capazes de abranger a promoção da saúde na velhice, com vistas a um envelhecimento ativo e participativo, nos âmbitos individual e coletivo.

3.5 Referências

ALBUQUERQUE, Eliana B. C., In: SANTOS, Carmi F. (org.) Alfabetização e letramento: conceitos e relações – 1^a ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

ALVES, Luciana C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p. 1924-1930, ago 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>.

APOLINÁRIO, Daniel; BRAGA, Rafaela C. O. P.; MAGALDI, Regina M. et al. Avaliação Breve de Alfabetismo em Saúde em Português para adultos. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n.4, p. 702-711, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=en>.

ATAÍDE, Márcia B.C.; DAMASCENO, Marta M. C. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 518-523, out/dez. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a05.pdf>>.

BAKER, David W. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J. GEN INTERN MED* n. 21, p. 878-883, 2006. Disponível em:<<http://http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831571/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica.(Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica n. 19) - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014,162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BOSTOCK, Sophie; STEPTOE, Andrew. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study - *BMJ: British Medical Journal*, 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1602>>.

CARTHERY-GOULART, Maria T.; ANGHINAH, Renato; AREZA-FEGVVERES, Renata et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n. 4, p. 631-8, 2009.

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION – CPHA. CHIARELLI, Lynn. Low health literacy and chronic disease prevention and control – perspectives from the health and public health sectors. Canadian, 2006. Disponível em: <http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/kl_summary_e.pdf>.

ELIOPOULOS, Charlotte. *Enfermagem Gerontológica*. Tradução: Regina Machado Garcez; Revisão técnica: Vera Catarina C. Portella. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
GASMARARIAN, Julie A.; BAKER, David W.; WILLIAMS, Mark V. et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *J Am Med Assn*, Bethesda, v. 281, n. 6, p.545-551, fev. 1999. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=188764>>.

GOMIDES, Danielle S.; VILLAS-BOAS, Lilian C. G.; COELHO, Anna C.M.; PACE, Ana E. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm*. V. 26, n.3, p. 289-93, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009p>>

INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: The National Academies, 2004. Disponível em: <<http://www.iom.edu/Reports/2004/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion.aspx>>.

KICKBUSCH, Ilona; WAIT, Suzanne; MAAG, Daniela. Navigating Health the role of health literacy. London: *Alliance for Health and the Futur*, 2005. Disponível em: <http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy>. Acesso em: 24 jan. 2014.

LEBRÃO, Maria L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, v. 4, n. 17, p. 135-140, bimestral, 2007. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201703>>

LOPES, Mislaine C.L.; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia S.; et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* v. 10, n.1, p. 198-211, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf>.

MARQUES, Marília B.; SILVA, Maria J. S.; COUTINHO, Janaína F. V.; et al.. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n.2, abr 2013.

MASSAIA, Éverton. Dependência e independência do idoso: fenômeno multidimensional. In: TERRA, Newton L. (org.) *Envelhecimento e suas múltiplas áreas do conhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

MIALHE, Fábio L.; CARTHERY-GOULART, Maria T. Letramento em saúde e promoção da saúde. In: PELICIONI, Maria C. F.; MIALHE, Fábio L. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos, 2012.

MORAES, Edgar N. (org.) *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

NUTBEAM, Don. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* v.54, p. 303–305, 2009. Disponível em:http://download.springer.com/static/pdf/301/art%253A10.1007%252Fs00038-009-005x.pdf?auth66=1391108814_dcde28bbbf2445838747895704b93a30&ext=.pdf

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Oxford Journals - Medicine - Health Promot. Int.*, v.15, n.3, 2000. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full>.

OLIVEIRA, Sonia M. J. V. de; SANTOS, Jair L. F.; LEBRÃO, et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 241-249, abr-jun. 2008.

PAASCHE-ORLOW, Michael. Caring for Patients With Limited Health Literacy. A 76-Year-Old Man With Multiple Medical Problems. *JAMA*, v. 306, n. 10, set. 2011. Disponível em: <http://www.wvgec.org/pages/MediaLibraries/WVGEC/Media/JAMA-Health-Literacy-2011.pdf>>.

PASSAMAI, Maria da P. B. *Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis*. Tese (doutorado) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

PASSAMAI, Maria da P. et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 16, n. 41, p. 301-314, abr./jun. 2012.

SANTOS, Maria I. O. *Capacidade funcional de idosos inscritos em programa de saúde pública de Belém/PA: implicações para a enfermagem* [tese de Doutorado]. Rio de Janeiro:UFRJ/EEAN, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, v. 95 (1 supl.1), p. 1-51, 2010a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Diretrizes em Cardiogeriatrics. *Arq Bras Cardiol*, v. 95 (3 supl.2), p. 1-112, 2010b.

SANTOS, Luanda, T. M.; MANSUR, Henrique N.; PAIVA, Tatiane F. P, de S.;

COLUGNATI, Fernando, A. B.; BASTOS, Marcus G. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *J. Bras Nefrol*, v. 34, n. 3, p. 293-302, 2012.

SOARES, Magda. *Alfabetização e letramento* – 5ª ed. – São Paulo: Contexto, 2008.

SORENSEN, kristine; BROUCKE, Stephan V.D.; FULLAM, James; DOYLE, Gerardine; PELIKAN, Jürgen; SLONSKA, Zofia; BRAND, Helmut. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, v. 12, n. 80, jan. 2012.

TANQUEIRO, MARIA T.O.S. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem referência*, III série, n. 9, p. 151-160, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a16.pdf>

TAVARES, Darlene M. dos S.; MARTINS, Nayara P. F.; DIAS, Flavia A.; DINIZ, Marina A. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], v.13, n.2, p. 211-218, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a07.htm>.

TORQUATO, Rebecca; MASSI, Giselle; SANTANA, Ana P. Envelhecimento e Letramento: A Leitura e a Escrita na Perspectiva de Pessoas com Mais de 60 Anos de Idade. *Psicol. Reflex. Crit.* vol. 24 n.1, Porto Alegre 2011, p. 89-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722011000100011.

WORLD HEALTH ORGANIZACION - WHO. Health literacy The solid facts. Editors: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros, 2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES - WHCA. Health literacy: “The Basics” Revised Edition, 2011. Disponível em: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>>.

VITOR, Allyne F.; LOPES, Marcos V.O; ARAÚJO, Thelma L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, jul/set. 2010.

ZARCADOOLAS, Christina; PLEASANT, Andrew; GREER, David S. Understanding health literacy: an expanded model. *Oxford journals - Health Promotion International*, v. 20 n. 2, 2005.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do contingente de idosos acometidos por doenças crônicas, condições que expõem à necessidade de tratamento e cuidados complexos e contínuos, em contraste com uma população idosa com altos índices de analfabetismo tradicional e analfabetismo funcional, impulsionam urgentemente os formuladores de políticas e prestadores de serviços em saúde para a necessidade de atenção ao nível de Letramento em Saúde dos idosos. Salientando-se, portanto, a importância da identificação do nível de LS no que tange ao entendimento e adesão dos usuários em saúde, especialmente os idosos, das informações e recomendações com vistas à prevenção, promoção e recuperação da saúde, no sentido de possibilitar a capacitação destes para uma atitude ativa diante do envelhecimento e suas demandas de cuidado.

Nessa perspectiva, o estudo focou em um tema que tem sido alvo de crescente preocupação e interesse de estudiosos e profissionais, principalmente no que se refere à interface educação e saúde, por abranger a capacitação do indivíduo para o protagonismo do próprio cuidado, ancorado pelos profissionais e serviços de saúde. Os baixos níveis de letramento em saúde nas distintas populações encontram-se documentados na literatura nacional e internacional, chamando a atenção para a relevância da temática.

O objetivo central do estudo foi satisfatoriamente alcançado, uma vez que pôde-se avaliar o nível de LFS dos indivíduos acometidos por doenças crônicas (DM, HAS), no contexto do Sistema Único de Saúde, cenário real das interações usuário-profissional. Foi possível averiguar na prática, a partir de um instrumento validado, a capacidade de compreensão das informações comumente utilizadas no contexto rotineiro de saúde.

O caminho metodológico escolhido possibilitou a aproximação dos pesquisadores e a interação com os usuários e profissionais das ESF, revelando-se apropriado para o alcance dos objetivos da pesquisa. Porém, pode-se observar que o instrumento apresentou algumas dificuldades no processo de aplicação, o que permite uma breve avaliação do mesmo. Ressalta-se que o S-TOFHLLA foi desenvolvido para a aplicação em adultos, de língua inglesa, sendo posteriormente validado para a aplicação em português para a mesma população, respeitando-se a estrutura gramatical. Diante

desta configuração pondera-se que as limitações do estudo centraram-se, inicialmente, nas dificuldades dos idosos na compreensão da estrutura, e posteriormente, na aplicação do S-TOFHLA, dificuldades relativas ao tempo de realização, sugerindo-se revisão da estrutura e duração preconizada para cada seção do teste, para aplicação na população idosa brasileira.

Sugere-se, a partir destes achados, a adequação do instrumento para o público idoso, respeitando as condições socioeconômicas, educacionais e culturais pertencentes à realidade brasileira. Estas dificuldades, que podem ter indiretamente influenciado nos resultados do estudo, assim como o tamanho da amostra, incitam para a realização de novos estudos com amostras mais significativas.

A contribuição dos resultados desta pesquisa, que associam a baixa escolaridade aos níveis inadequados de letramento funcional em saúde, denotando possível analfabetismo funcional em saúde, está em corroborar com o encontrado na literatura científica, e ressaltar a importância da discussão e avaliação contínuas dos indivíduos no sentido da utilização do LFS como estratégia para capacitação dos sujeitos e para o controle das decisões de saúde.

A intenção é, a partir dos subsídios oportunizados por meio deste estudo, convocar os profissionais da saúde para o empoderamento do LFS na triagem das características dos indivíduos, pois se acredita que, este, ao produzir significativo impacto na compreensão das informações escritas e/ou faladas no contexto clínico, demande, a partir de sua identificação, a elaboração de uma rede de apoio para os idosos com inadequado LFS.

A atuação do profissional da Enfermagem, habitualmente é pautada na educação para a saúde. Contudo, o conhecimento em torno da utilização de instrumentos validados, que possam mensurar os indivíduos com necessidades reais na formulação de estratégias de capacitação para o autocuidado, ainda se encontra distante da prática assistencial. Desta forma, o contato com tal abordagem incita a busca pelo reconhecimento e domínio da aplicação dos instrumentos para avaliar o LS e seus níveis, com destaque ao Letramento Funcional em Saúde, foco deste estudo.

Por fim, a avaliação e o fortalecimento do LFS, como parte do cuidado e atenção à saúde, podem repercutir positivamente nas ações em saúde, capacitando as populações para a gestão do próprio cuidado (preventivo e de promoção da saúde). Nesse sentido, o foco seria buscar o restabelecimento e protelar as fragilidades decorrentes dos agravos patológicos crônicos, uma vez que os indivíduos podem manter uma boa qualidade de vida mesmo diante da presença de uma doença crônica. E, também, instigar os profissionais da saúde para compreensão das limitações dos usuários diante de informações, por vezes complexas, que permeiam a terapêutica e as orientações em saúde, para a elaboração de estratégias educacionais que atendam as necessidades individuais dos sujeitos sob sua responsabilidade, a partir da identificação do letramento funcional em saúde.

5 REFERÊNCIAS

APOLINÁRIO, Daniel; BRAGA, Rafaela C. O. P.; MAGALDI, Regina M. et al. Avaliação Breve de Alfabetismo em Saúde em Português para adultos. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n.4, p. 702-711, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=en>.

BANCO MUNDIAL. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento. *Caderno Envelhecendo em um Brasil mais Velho*. Washington, USA. Impresso no Brasil em março de 2011.

BOSTOCK, Sophie; STEPTOE, Andrew. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study - *BMJ* 2012;344:e1602. doi: 10.1136/bmj.e1602. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1602>.

BRASIL. 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– Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica n. 19) - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

CARTHERY-GOULART, Maria T.; ANGHINAH, Renato; AREZA-FEGYVERES, Renata et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública* v. 43, n. 4, p. 631-38, 2009.

GASMARARIAN, Julie A.; BAKER, David W.; WILLIAMS, Mark V. *et al.* Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *J Am Med Assn*, Bethesda, v. 281, n. 6, p.545-551, fev. 1999. Disponível em:<<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=188764>>.

INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. Health literacy: a prescription to end confusion Washington DC: The National Academies, 2004. Disponível em:<<http://www.iom.edu/Reports/2004/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion.aspx>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/p>>

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO/IBOPE (IPM/IBOPE). INAF BRASIL 2011: Indicador de Alfabetismo Funcional: Principais Resultados. IPM/IBOPE, 2012. 18 p. Disponível em:<http://www.ipm.org.br/download/informe_resultados_inaf2011_versao%20final_12072012b.pdf>

MIALHE, Fábio L.; CARTHERY-GOULART, Maria T. Letramento em saúde e promoção da saúde. In: PELICIONI, Maria C. F.; MIALHE, Fábio L. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos, 2012.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Oxford Journals* -

Medicine - Health Promot. Int., v.15, n.3, 2000. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full>.

OLIVEIRA, Sonia M. J. V. de; SANTOS, Jair L. F.; LEBRÃO, Maria L.; DUARTE, Yeda A. de O.; PIERIN, Ângela M. G. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 241-249, abr/jun. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PASSAMAI, Maria da P. B. *Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis*. Tese (doutorado) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

SCHWARTZBERG, J.G.; VANGEEST, J.B.; WANG, C.C. (editors). *Understanding health literacy. Implications for medicine and public health*. EUA: American Medical Association Press, 2005.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES - WHCA. *Health literacy: "The Basics" Revised Edition*, 2011. Disponível em: www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZACION - WHO. *Health literacy The solid facts*. Editors: Iлона Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros, 2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. *Health promotion glossary*. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>.

ZARCADOOLAS, Christina; PLEASANT, Andrew; GREER, David S. *Understanding health literacy: an expanded model*. *Oxford journals - Health Promotion International*, v. 20 n. 2, 2005. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/20/2/195.abstract>

ANEXOS

Anexo A. Parecer Comitê de Ética

ANEXO A - Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Letramento funcional em saúde no curso do envelhecimento.

Pesquisador: Paulo Cassiano Simor dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30273514.1.0000.5342

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 631.431

Data da Relatoria: 30/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, descritiva, que tem por objetivo avaliar o letramento funcional em saúde de idosos diabéticos e hipertensos usuários da atenção básica em saúde no município de Passo Fundo. Farão parte da amostra do estudo 113 usuários idosos de duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ligadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encontram em tratamento/acompanhamento no Programa HiperDia/SUS com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Os testes de escolha para seleção dos idosos do estudo serão: o Mini-COG, que inclui o Teste do Desenho do Relógio (TDR) e o teste do sussurro. Serão excluídos os idosos analfabetos, os que tenham algum déficit visual e/ou auditivo, e que apresentem dificuldade na função motora fina das mãos para copiar ou fazer um desenho, que poderão ser possíveis confundidores dos resultados do estudo. Os idosos serão escolhidos aleatoriamente, de forma sistemática de acordo com a demanda de comparecimento no período da coleta de dados. Será estabelecido previamente o nível = 5% e p valor 0,05. O período de coleta de dados será de maio a julho de 2014. A coleta de dados dar-se-á a partir da aplicação de um questionário contendo as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e da saúde, além da aplicação do Teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde - Test of Functional Health Literacy in Adults - TOFHLA (versão breve), validado para aplicação em português

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.010-970
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 **Fax:** (54)3316-8798 **E-mail:** cep@upf.br

Continuação do Parecer: 631.431

Objetivo da Pesquisa:

Avallar o letramento funcional em saúde de idosos diabéticos e hipertensos usuários da atenção básica em saúde no município de Passo Fundo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos e prevê como benefícios a colaboração em viabilizar possíveis estratégias de intervenções e cuidados no sentido de melhorar a efetividade do autocuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante pois ocorre num processo de atenção aos idosos diabéticos e hipertensos e possibilitará viabilizar estratégias de intervenções e cuidados no sentido de melhorar a efetividade do autocuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de modo completo e adequado. Os compromissos do pesquisador e das instituições envolvidas estão presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita:

- a) A devolução dos dados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a Instituição;
- b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página, "Enviar Notificação" + relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12, do CNS, MS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.010-970
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 Fax: (54)3316-8798 E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 631.431

PASSO FUNDO, 30 de Abril de 2014

Assinador por:
Nadir Antonio Pichler
(Coordenador)

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.010-970
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8370 **Fax:** (54)3316-8798 **E-mail:** cep@upf.br

Anexo B. Comprovante de submissão



CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS MISSÃO INDEXAÇÕES POLÍTICA EDITORIAL CONSELHO EDITORIAL INSTRUÇÕES AOS AUTORES		OPEN JOURNAL SYSTEMS Ajuda do sistema USUÁRIO Logado como: pcalmer <ul style="list-style-type: none"> • Meus periódicos • Perfil • Sair do sistema AUTOR Submissões <ul style="list-style-type: none"> • Ativa (1) • Arquivada (0) • Nova submissão IDIOMA Português (Brasil) CONTEÚDO DA REVISTA Pesquisa <input type="text"/> Todos <input type="button" value="Pesquisar"/> Procurar <ul style="list-style-type: none"> • Por Edição • Por Autor • Por Título • Outras revistas TAMANHO DE FONTE INFORMAÇÕES <ul style="list-style-type: none"> • Para leitores • Para autores • Para bibliotecários 															
Caps > Usuário > Autor > Submissões > #2032 > Resumo																	
<h2>#2032 Sinopse</h2> <p>RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO</p> <h3>Submissão</h3> <table border="0"> <tr> <td>Autores</td> <td>PAULO CASSIANO SIMOR DOS SANTOS, HELENICE MOURA SCORTAGAGNA, Maria Izabel Penha Oliveira Santos, Marilene Rodrigues Porteira</td> </tr> <tr> <td>Título</td> <td>Letramento Funcional em Saúde no processo do envelhecimento</td> </tr> <tr> <td>Documento original</td> <td>2032-14666-1-SM.DOCX 2015-03-07</td> </tr> <tr> <td>Docs. sup.</td> <td> 2032-14666-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14666-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14670-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14671-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14672-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14673-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14673-1-SP.PDF 2015-03-07 </td> </tr> <tr> <td>Submetido por</td> <td>Sr Paulo Cassiano Simor dos Santos </td> </tr> <tr> <td>Data de submissão</td> <td>março 7, 2015 - 01:38</td> </tr> <tr> <td>Seção</td> <td>Artigos de Pesquisa</td> </tr> <tr> <td>Editor</td> <td>Nenhum(a) designado(a)</td> </tr> </table>		Autores	PAULO CASSIANO SIMOR DOS SANTOS, HELENICE MOURA SCORTAGAGNA, Maria Izabel Penha Oliveira Santos, Marilene Rodrigues Porteira	Título	Letramento Funcional em Saúde no processo do envelhecimento	Documento original	2032-14666-1-SM.DOCX 2015-03-07	Docs. sup.	2032-14666-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14666-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14670-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14671-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14672-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14673-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14673-1-SP.PDF 2015-03-07	Submetido por	Sr Paulo Cassiano Simor dos Santos	Data de submissão	março 7, 2015 - 01:38	Seção	Artigos de Pesquisa	Editor	Nenhum(a) designado(a)
Autores	PAULO CASSIANO SIMOR DOS SANTOS, HELENICE MOURA SCORTAGAGNA, Maria Izabel Penha Oliveira Santos, Marilene Rodrigues Porteira																
Título	Letramento Funcional em Saúde no processo do envelhecimento																
Documento original	2032-14666-1-SM.DOCX 2015-03-07																
Docs. sup.	2032-14666-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14666-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14670-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14671-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14672-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14673-1-SP.PDF 2015-03-07 2032-14673-1-SP.PDF 2015-03-07																
Submetido por	Sr Paulo Cassiano Simor dos Santos																
Data de submissão	março 7, 2015 - 01:38																
Seção	Artigos de Pesquisa																
Editor	Nenhum(a) designado(a)																
<h3>Situação</h3> <table border="0"> <tr> <td>Situação</td> <td>Aguardando designação</td> </tr> <tr> <td>Iniciado</td> <td>2015-03-07</td> </tr> <tr> <td>Última alteração</td> <td>2015-03-07</td> </tr> </table>		Situação	Aguardando designação	Iniciado	2015-03-07	Última alteração	2015-03-07										
Situação	Aguardando designação																
Iniciado	2015-03-07																
Última alteração	2015-03-07																
<h3>Metadados da submissão</h3> <p>EDITAR METADADOS</p> <table border="0"> <tr> <td>Autores</td> <td>Nome PAULO CASSIANO SIMOR DOS SANTOS </td> </tr> </table>		Autores	Nome PAULO CASSIANO SIMOR DOS SANTOS														
Autores	Nome PAULO CASSIANO SIMOR DOS SANTOS																



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
Grupo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidado Humano
GEPEBICH/UPF/CNPq

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o artigo intitulado "Letramento funcional em saúde e doença crônica no envelhecimento: conceitos e reflexões", sendo autores Paulo Cassiano Simor dos Santos, Helenice de Moura Scortegagna e Marilene Rodrigues Portela, está no prelo devendo ser publicado no primeiro semestre de 2015 pela Editora Berthier de Passo Fundo. O referido artigo será o capítulo de número 9 do Livro *Doenças Crônicas, volume 10*, tendo como Organizadores, Monica Menezes Matte, Vera Lucia Fortunatto Fortes, Luiz Antonio Bettinelli e Maria Cristina Di Domênico Zanatta.

Passo Fundo, 03 de março de 2015.

Luiz Antonio Bettinelli

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre **LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO**, de responsabilidade do pesquisador Paulo Cassiano Simor dos Santos. Estou desenvolvendo essa pesquisa com o objetivo de obter o título de Mestre em Envelhecimento Humano do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – ppgEH da Universidade de Passo Fundo. O objetivo principal desta pesquisa é avaliar o letramento funcional em saúde de idosos diabéticos e hipertensos usuários da Atenção Básica em Saúde no município de Passo Fundo.

Caso queira fazer parte da pesquisa, o (a) Sr. (a) participará de uma entrevista individual com questões pertinentes às características sócio demográficas, epidemiológicas e da saúde e será aplicado o Teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde (TOFHLA), versão breve, o que levará cerca de 30 minutos. Quanto aos dias do encontro, o horário e o local será de acordo com as suas possibilidades e preferências. Sua participação será voluntária, portanto não é obrigatória, podendo o (a) Sr. (a) desistir a qualquer momento, retirando o seu consentimento, sem prejuízo ao seu tratamento e cuidados. Será assegurada sua privacidade quanto às possíveis informações confidenciais, bem como o sigilo e o anonimato. O (a) Sr. (a) terá como benefício a colaboração em viabilizar possíveis estratégias de intervenções e cuidados no sentido de melhorar a efetividade do autocuidado. Esta pesquisa não prevê nenhum desconforto ou risco à sua saúde pois será respeitada a dimensão física, psíquica, moral, intelectual, cultural, espiritual e religiosa dos sujeitos, em qualquer fase da pesquisa.

O (a) Sr. (a) terá a garantia do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida relacionada ao estudo, e liberdade de acesso aos dados que lhe dizem respeito em qualquer etapa. Neste estudo o Sr. (a) não receberá compensações

financeiras, bem como a sua participação é isenta de despesas. Os dados que resultarem desta pesquisa serão divulgados em periódicos e eventos da área, mas o (a) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, tendo a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados. Caso o (a) Sr. (a) tenha dúvidas sobre a pesquisa e seus direitos como participante deste estudo, ou se pensar que foi prejudicado, pode entrar em contato com o pesquisador responsável Paulo Cassiano Simor dos Santos, pelos telefones (54) 9637.2831 ou (54) 3622.1044, a professora Dra. Helenice de Moura Scortegagna pelos telefones (54) 33168520 e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo pelo telefone (54) 3316 8370, nos horários das 08:00 as 11:20 e 14:00 as 17:20.

Dessa forma, se o (a) Sr (a) concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com o (a) Sr. (a) e outra com o pesquisador.

Nome _____ do
participante: _____

Assinatura do participante

Paulo Cassiano Simor dos Santos

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

Apêndice B. Projeto de pesquisa

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Paulo Cassiano Simor dos Santos

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE NO
PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

Passo Fundo

2014

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título

Letramento funcional em saúde no processo de envelhecimento.

1.2 Autores

Paulo Cassiano Simor dos Santos. Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

1.3 Orientadora

Helenice de Moura Scortegagna. Enfermeira. Doutora e mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Docente Titular II do Instituto de Ciências Biológicas e do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Procuidai UPF/CNPq.

1.4 Co-orientadora

Maria Izabel Penha de Oliveira Santos. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Docente do quadro efetivo da Universidade do Estado do Pará, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Associado UEPA-UFAM) e do Curso de Graduação em Enfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa GESIAMA (Saúde do Idoso da Amazônia).

1.5 Duração

24 meses.

1.6 Vigência

De março de 2013 a fevereiro de 2015.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, descritiva, que tem por objetivo avaliar o letramento funcional em saúde de idosos diabéticos e hipertensos usuários da atenção básica em saúde no município de Passo Fundo. Farão parte da amostra do estudo usuários idosos de duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ligadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encontram em tratamento/acompanhamento no Programa HiperDia/SUS com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Os testes de escolha para seleção dos idosos do estudo serão: o Mini-COG, que inclui o Teste do Desenho do Relógio (TDR) e o teste do sussurro. Serão excluídos os idosos analfabetos, os que tenham algum déficit visual e/ou auditivo, e que apresentem dificuldade na função motora fina das mãos para copiar ou fazer um desenho, que poderão ser possíveis confundidores dos resultados do estudo. Para o cálculo amostral se terá como referência o total de idosos inscritos no programa HIPERDIA/SUS, cadastrados nas duas unidades de ESF no ano de 2013, neste caso a partir de uma população de (N=113), obteve-se uma amostra de 88 idosos. Para o cálculo amostral final do estudo será estabelecido previamente o nível $\alpha= 5\%$ e p valor $\leq 0,05$. O período de coleta de dados será de maio a julho de 2014. A coleta de dados dar-se-á a partir da aplicação de um questionário contendo as variáveis sociodemográficas e da saúde, além da aplicação do Teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde - *Test of Functional Health Literacy in Adults* - TOFHLA (versão breve), validado para aplicação em português. Os dados serão analisados pelo programa estatístico SPSS (versão 18.0). Os testes estatísticos utilizados serão Qui-Quadrado de Pearson, Medidas de Tendência Central (Média e Mediana) e Dispersão.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Doença crônica. Alfabetização em saúde. Autocuidado.

2 FINALIDADE

Obtenção de subsídios para uma abordagem qualificada na prática em saúde, considerando as demandas da população que envelhece, em especial os idosos acometidos por doenças crônicas, no que se refere à compreensão e adesão ao tratamento e cuidados.

3 TEMA E PROBLEMA

O contingente de idosos vem aumentando significativamente em todo o mundo. Porém, no cenário social e de saúde do Brasil, uma parcela significativa de idosos está envelhecendo com doenças crônicas. Tais condições, por implicarem tratamento contínuo, por vezes complexo, requerem estratégias e habilidades para o manejo e manutenção do autocuidado.

Dentre os fatores determinantes para a promoção, manutenção e melhora da saúde estão o entendimento e a adoção das informações referentes à terapêutica e cuidados pertinentes às condições de saúde, essenciais para a gestão dos cuidados em saúde.

Nesse sentido, o letramento funcional em saúde (LFS), entendido como as competências do indivíduo para compreender e aplicar as informações recebidas, tem sido alvo de atenção e estudos por parte de profissionais da saúde, pois, por estar relacionado ao aperfeiçoamento de aptidão básica de leitura e escrita se expressa por meio da capacidade de entendimento, de interpretação e de aplicação das informações escritas ou faladas sobre saúde.

Em termos práticos, o idoso acometido por doença crônica pode ser responsável pelo desempenho de ações rotineiras de cuidado em prol de sua saúde, o que vai lhe exigir um nível de LFS satisfatório para o exercício do autocuidado adequado e para a promoção de boa saúde. Desta forma, uma melhor condição de saúde requer diversas competências, que abrangem tanto habilidades cognitivas e sensoriais, no que tange à capacidade de leitura, escrita, fala, audição e manejo matemático, quanto a adesão às recomendações em saúde, que, quando satisfatórias, acredita-se resultarem em maior capacidade para gerir o autocuidado. Portanto, gerir a própria saúde pode ser penoso quando há comprometimento das habilidades cognitivas e sociais do sujeito, que resultam em um LFS limitado.

Assim, a partir desta compreensão, e tendo como foco deste estudo o LFS no curso do envelhecimento, questiona-se: qual o nível de letramento funcional em saúde dos idosos hipertensos e diabéticos usuários do SUS no município de Passo Fundo?

4 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento tem sido associado ao aumento da prevalência de doenças crônicas, com destaque às não transmissíveis, figurando o problema de saúde de maior magnitude no país, correspondendo a 72% das causas de mortes. Entre estas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) representam importantes agravos à saúde que requerem ações de prevenção às incapacidades, e de promoção da saúde (BRASIL, 2011).

O complexo esquema terapêutico em torno destas doenças requer dos indivíduos acometidos competências para que possam gerenciar o autocuidado de forma satisfatória. Ressalta-se assim que para um indivíduo poder atuar em relação à saúde, faz-se necessária uma ampla gama de habilidades.

Contudo, sabe-se que o envelhecimento confronta o idoso com a possibilidade de ter a sua capacidade funcional, física e cognitiva comprometidas. O aumento do número de doenças crônicas pode estar diretamente relacionado com a observação de maior incapacidade funcional, refletindo na dificuldade em manter a administração dos cuidados necessários para a preservação de uma boa saúde.

Desse feito, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH), identificou o letramento como um dos determinantes sociais da saúde, por entender sua contribuição para a melhoria das habilidades do indivíduo em acessar, compreender, avaliar e comunicar as informações, de maneira que possa melhorar a sua saúde, a de seus familiares e da comunidade. (CSDH, 2008).

A motivação para este estudo ancora-se em que, a falta da alfabetização em saúde tem se apresentado como problema de saúde pública em todos os países onde a questão foi estudada. Segundo evidências científicas o LFS deficitário tem se mostrado como indutor de escolhas menos saudáveis e comportamentos mais arriscados, o que resulta em uma pior condição de saúde, mais hospitalizações e elevados custos de saúde.

Essa realidade imprime uma responsabilidade nos profissionais da saúde ao assistir idosos com agravos e/ou doenças crônicas, pois, muitas vezes, o que se observa na prática é uma atuação voltada para a doença, na qual pouco se considera o indivíduo

e, conseqüentemente, não se avalia a capacidade deste para compreensão e aplicação das recomendações em saúde.

O desenvolvimento das minhas atividades acadêmicas no curso de graduação em Enfermagem, nas práticas na atenção básica e, posteriormente, na atuação profissional, possibilitou-me observar um elevado número de idosos que necessitavam de suporte no entendimento e cumprimento da terapêutica e dos cuidados orientados, sob pena de um autocuidado deficitário.

Reconhecendo a atuação do enfermeiro como elemento fortemente atuante na prevenção das doenças e promoção da saúde, torna-se imperativo dispensar atenção especial para o reflexo do LFS no autocuidado dos idosos com doenças crônicas. Nesse sentido, avalia-se a importância do profissional de saúde em estar atento para a capacidade de compreensão do sujeito a quem assiste, pois a adesão desse sujeito à terapêutica e a adoção de medidas preventivas pelo mesmo são determinantes para um autocuidado efetivo e para atitudes positivas em saúde.

A partir dessa compreensão, a relevância deste estudo está na produção de conhecimento científico sobre LFS. Por ser uma concepção relativamente nova, se constatou, na literatura nacional, que os estudos sobre a temática ainda são pouco explorados e escassos quanto ao reconhecimento do LFS como uma ferramenta e/ou tecnologia a favor do cuidado, carecendo, portanto, de mais estudos e um maior aprofundamento a respeito, o que acredita-se, será decisivo para direcionar ações específicas no que se refere ao entendimento e aplicação, pelos idosos, podendo estender-se à população em geral, das medidas de prevenção e promoção da saúde.

Tem-se como fator importante, que justifica este estudo, o significativo contingente de pessoas com 60 anos ou mais, na pirâmide etária da população do município. A cidade de Passo Fundo possui, segundo Censo Demográfico de 2010, uma população idosa que corresponde a 11,86% da população. Com uma população tão expressiva de idosos, torna-se importante o estabelecimento de ações que promovam uma adequada alfabetização em saúde, fortalecendo o LFS dos mesmos, e promovendo ações que contemplem as particularidades e necessidades em saúde de cada longo.

Ademais, espera-se que os resultados deste estudo possam fomentar a discussão e contribuir como subsídio para gestores e profissionais da saúde na formulação de estratégias e ações específicas para as necessidades de cada indivíduo, com base na

detecção de idosos com demandas distintas, avaliando-se as competências necessárias para a gestão do próprio cuidado, a partir da identificação do grau de LFS das populações de usuários da saúde.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o letramento funcional em saúde de idosos diabéticos e hipertensos usuários da atenção básica em saúde no município de Passo Fundo.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os determinantes sociais e de saúde dos idosos diabéticos e hipertensos das Unidades Básicas de Saúde.
- b) Avaliar o letramento funcional em saúde para compreensão das informações em saúde.

6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

6.1 ENVELHECIMENTO E AS DEMANDAS DE SAÚDE

O envelhecimento populacional brasileiro já se apresenta como uma realidade da sociedade contemporânea, seguindo uma propensão mundial, pois: em números absolutos e relativos, o contingente idoso da população denota esse fenômeno (BANCO MUNDIAL, 2011; BRASIL, 2007; GOLDMAN, 2009).

No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica, reflete o impulso dado ao sistema de saúde pública, à previdência social, à infraestrutura urbana, ao benefício da utilização dos avanços tecnológicos no diagnóstico, tratamento e controle das doenças e no progresso da indústria química farmacêutica (IBGE, 2010).

A conquista da longevidade também foi alavancada com a contribuição da produção de conhecimento acerca da preservação e manutenção da saúde e traduz uma resposta às mudanças nos indicadores sociais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o aumento da longevidade irá assegurar o “agrisalhamento” contínuo da população mundial, o que irá requerer medidas de planejamento e políticas a fim de assistir às demandas dos longevos (WHO, 2005).

A heterogeneidade do segmento idoso da população configura um desafio à sociedade e serviços de saúde na medida em que muitos dos que o compõe apresentam significativa probabilidade da ocorrência de eventos patológicos e fragilidades consequentes do declínio da saúde em suas condições física e mental. Importante, portanto considerar que, dentre as implicações decorrentes do curso do envelhecimento estão as transformações de natureza carencial, que acarretam perdas biológicas, psicológicas e sociais (BATISTA et al, 2008).

Embora o envelhecimento possa ser compreendido como um processo de ordem natural, no qual ocorre o declínio progressivo da reserva funcional do indivíduo, ao sofrer influências pelas condições de sobrecarga, a exemplo das doenças, acidentes e impactos de ordem emocional, poderá revelar uma condição patológica que irá necessitar de assistência.

Vale salientar que tão impactante quanto à mudança demográfica, foram as transformações no comportamento das doenças. A predominância das condições

patológicas transmissíveis de outrora, perdeu o destaque do perfil epidemiológico e somaram-se ao vertiginoso aumento das doenças crônicas, com ênfase as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que afetam o indivíduo durante toda a vida e causam perturbações significativas na qualidade de vida da pessoa (IBGE, 2010; LEBRÃO, 2007; OMS, 2003).

O idoso, em virtude de uma sobrevida maior, está mais propenso à cronificação das doenças. Tal fato, já em 2003, foi alertado pela OMS no relatório mundial, o qual enfatizava que as condições crônicas tornam-se mais expressivas na medida em que há o aumento na expectativa de vida e na possibilidade de exposição ao risco de problemas crônicos. Nesse sentido, inúmeros agravos à saúde poderão surgir como resultado das diversas alterações fisiológicas e funcionais no curso do envelhecimento, tornando o indivíduo mais vulnerável às doenças crônicas (OLIVEIRA et al., 2008).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), na medida em que a pessoa envelhece, maiores são as chances de contrair uma doença crônica, ao que informa: envelhecer sem doença crônica é uma exceção entre os idosos pesquisados. Nessa perspectiva alerta que o envelhecimento populacional torna a saúde dos idosos um importante foco de atenção (IBGE, 2010).

O processo de envelhecimento pode afetar a capacidade funcional dos indivíduos, o que acarreta implicações importantes para a família, comunidade e sistema de saúde, refletindo diretamente na vida do idoso. A incapacidade, por ocasionar maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribui para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (ALVES et al., 2007).

O IBGE explicita que o envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano e que as doenças crônicas tendem a acelerar este processo (IBGE, 2010). Santos (2011, p. 26) também aborda a questão ao destacar que “a incapacidade funcional impacta na vida social e na saúde dos idosos, refletindo sobremaneira no seu modo de vida, na dinâmica familiar e nos custos sociais decorrentes de cuidados necessários”.

Neste prisma, as doenças crônicas aumentam as chances do surgimento de dependências, que acabam por afetar a funcionalidade da pessoa idosa, principalmente na manutenção e desempenho das atividades de vida diária (AVDs). Estas atividades cotidianas estão relacionadas à capacidade dos idosos no manejo do autocuidado

(básicas) e à aptidão em manter uma vida social independente (instrumentais). (BRASIL, 2007).

Na medida em que os indivíduos envelhecem, as doenças não transmissíveis transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade, panorama este evidenciado em todas as regiões do mundo. Ao que, no Brasil, dados revelam o aumento da dependência para as AVDs em cerca de 5 % da população aos 60 anos e 50% entre os idosos com 90 anos ou mais (BRASIL, 2007). Assim, quanto maior for o comprometimento das atividades, maior será a gravidade das incapacidades e necessidades de suporte (LEBRÃO et al., 2008).

Em se tratando do manejo das doenças crônicas, a *Canadian Public Health Association* (CPHA, 2006), salienta os diversos desafios na gestão destas. A CPHA ao identificar as necessidades dos indivíduos para gerenciar a sua doença crônica, destaca o alto nível de complexidade da doença e de autocuidado necessários, tal qual a necessidade da compreensão da doença e tratamento. Destaca, também, que déficits na capacidade para interpretar e utilizar informações em saúde podem repercutir na manutenção da doença crônica. Alguns desafios na gestão da doença encontram-se diretamente na comunicação entre médico-paciente e outros a um nível mais amplo do sistema de saúde, no que diz respeito a forma como está estruturada a prestação de cuidados (CPHA, 2006).

6.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS: IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Com o envelhecimento, o organismo sofre mudanças, tanto psíquicas, quanto orgânicas. As condições próprias do processo de envelhecer repercutem em todos os sistemas do organismo humano, bem como podem transformar o cotidiano e a qualidade de vida dos idosos. Apesar do envelhecimento não estar diretamente associado ao surgimento de doenças, com a idade avançada, alterações fisiológicas, interação de fatores genéticos e o constante contato com hábitos de risco como o sedentarismo, consumo abusivo de álcool e o tabagismo, possibilitam uma maior predisposição em afetar o idoso por um agravo patológico na condição de saúde. Em virtude da elevada

longevidade vivenciada no momento, com um número crescente de idosos, há tendência destes longevos serem afetados por doenças crônicas (ALVES et. al, 2007).

Segundo o IBGE, entre as doenças crônicas, a HAS se destaca em todos os subgrupos de idosos com proporções em torno de 50% (IBGE, 2010). Apesar de não ser uma consequência natural do processo do envelhecimento, sabe-se que tem correlação direta com a idade (BRASIL, 2007).

Durante o processo de envelhecimento do sistema cardíaco, as válvulas cardíacas aumentam a espessura e a rigidez de suas estruturas devido aos eventos escleróticos e fibrose. Na artéria aorta, podem ocorrer situações que facilitam a hipertrofia ventricular, assim como o músculo cardíaco diminui a força contrátil, resultando na redução do débito cardíaco (DC), frente ao aumento das demandas sobre o coração (ELIOPOULUS, 2011; MASSAIA, 2010).

Em virtude de uma maior possibilidade dos idosos sofrerem condições que afetam a perfusão dos tecidos, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ocasionar inúmeros prejuízos à saúde e qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Esta importante DCNT ao apresentar maior incidência na medida em que o indivíduo envelhece, figura como a doença cardiovascular de maior predominância na população idosa (ELIOPOULOS, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010a).

Consiste em uma condição clínica, de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010a). Considera-se uma moléstia de grande magnitude, repercutindo tanto em termos econômicos e sociais, quanto na qualidade de vida (LOPES, et al. 2008). Está fortemente relacionada às elevadas taxas de morbidade e mortalidade entre os idosos, assim, como representa um importante fator de risco para desenvolvimento de déficit cognitivo, demência e acidente vascular cerebral, entre outros agravos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010b; BRASIL, 2007; TAVARES et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2008).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC (2010), ao alertar sobre a alta prevalência da hipertensão, refere-se às baixas taxas de controle como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Desta forma a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a

redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010b).

O manejo clínico da HAS exige dos indivíduos acometidos uma mudança de hábitos comportamentais, com redução de peso, tabagismo, sedentarismo; o acompanhamento médico e exames de rotina, assim como necessita a gestão da terapêutica medicamentosa (BRASIL, 2007).

Para o Ministério da Saúde (MS) quando a hipertensão é adequadamente controlada, pode reduzir significativamente as limitações funcionais e incapacidades nos idosos. Além do rigoroso e contínuo controle da pressão arterial, há necessidade de um processo permanente de motivação, no intuito de diminuir o risco de abandono do tratamento pelo indivíduo acometido (BRASIL, 2006a).

Tal qual a hipertensão arterial, a Diabetes Mellitus (DM) representa uma doença de incidência crescente no país e no mundo (BRASIL, 2007). Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), denota uma “epidemia em curso”, com projeções de causar 300 milhões de casos no mundo até 2030. A DM Figura um “grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos”(SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009, p. 13).

Esta doença crônica requer mudanças no estilo de vida dos indivíduos acometidos, principalmente por apresentar alta morbi-mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, diminuição da acuidade visual e doença cardiovascular, resultando em perdas significativas na qualidade de vida. Suas complicações representam um desafio, tanto para o paciente, quanto para os prestadores de cuidados em saúde, família e comunidade, principalmente no sentido de auxiliar os indivíduos acometidos a conviver com esta DCNT (BRASIL, 2007).

Segundo a SBD (2009), o número de indivíduos diabéticos tem aumentado em virtude do crescimento e do envelhecimento da população, além de uma maior urbanização, crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, assim como à maior sobrevivência de pacientes com DM. Além disso, os custos da DM representam mais que um problema econômico, pois mostram custos intangíveis na qualidade de vida, em virtude do grande impacto na vida das pessoas com essa patologia. Nesse sentido, muitos dos indivíduos diabéticos sofrem impactos sociais e profissionais, uma vez que

podem se tornar incapazes em dar continuidade às atividades laborais em decorrência de complicações crônicas ou permanecer com alguma limitação no seu desempenho profissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Quando incide sobre um idoso, o tratamento da DM pode ser afetado por problemas associados ao envelhecimento. Entre estes, o envelhecimento cerebral, redução do glicogênio hepático, catarata, enfermidades cardiovasculares, além da redução do potencial de sobrevivência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Dessa forma, torna-se essencial a detecção precoce da doença, o início do tratamento e o manejo dos cuidados, objetivando a diminuição das incapacidades possíveis de ocorrer no curso da doença.

Segundo Marques et al. (2013), um dos aspectos relevantes para o tratamento da doença é o autocuidado, que além de beneficiar o estado de saúde, reduz custos decorrentes de internações e complicações. Os autores em sua pesquisa, um estudo de corte transversal e correlacional com 100 idosos com diagnóstico confirmado de DM, que teve por objetivo avaliar as competências de idosos com diabetes para o autocuidado, concluiu que apenas 6% da amostra puderam ser consideradas competentes para o autocuidado em diabetes. Destacam que os fatores que influenciaram na pontuação foram a baixa escolaridade e a diminuição da acuidade visual.

O autocuidado refere-se às práticas que os indivíduos desempenham em seu próprio favor, com vistas à manutenção da vida, saúde e bem estar (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006; GOMIDES et al, 2013; MARQUES et al, 2013). Segundo Marques et al (2013), pode ser compreendido como um elemento chave na adequada gestão dos cuidados relacionados as doenças crônicas. Portanto, é fundamental que os indivíduos acometidos por estes agravos, em consonância com os profissionais de saúde, busquem estratégias de autocuidado com vistas à redução dos riscos de incapacidades, utilizando-se de meios que possibilitem a preservação da saúde.

Contudo, a manutenção desta prática pode encontrar-se prejudicada em virtude de carências de ordem extrínseca, a exemplo da própria doença, ou de fatores intrínsecos relacionados com a idade, que podem interferir na aptidão para aderir e manter o autocuidado (TANQUEIRO, 2013; VITOR, LOPES, ARAÚJO, 2010). Outro fator

relevante diz respeito à baixa escolaridade que relaciona-se diretamente com um menor autocuidado (GOMIDES et al, 2013).

Quando um idoso vivencia uma situação que requer cuidados de saúde prolongados e apresenta baixa escolaridade e/ou o analfabetismo, tais condições podem afetar e repercutir de forma negativa no manejo da doença. Esta constatação vem ao encontro do exposto pela OMS (2005), ao enfatizar que a “baixa instrução e analfabetismo estão associados a maiores riscos de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento” (WHO, 2005, p. 30). Explicita-se que a alfabetização deficiente pode afetar a saúde das pessoas, limitando o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural (WHO,1998).

No Brasil, de acordo com os dados do IBGE (2010), 42,6% da população idosa é considerada analfabeta. Nesta direção, as competências necessárias para se obter, processar e agir de acordo com as informações e conhecimentos sobre saúde podem estar comprometidas frente a dificuldade em ler e escrever (WHCA, 2011). Estas competências básicas de letramento poderão ocasionar maiores dificuldades dos indivíduos em entender as instruções, ler rótulos, receitas e bulas de medicamentos, necessários para contemplar o esquema terapêutico, além de dificultar a compreensão em torno das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Segundo Nutbeam (2009), os indivíduos com habilidades não desenvolvidas de leitura e escrita, não só terão menor exposição à educação em saúde tradicional, mas também habilidades menos desenvolvidas para atuar sobre a informação recebida.

Porém, no entendimento de Mialhe e Carthery-Goulart (2012), mesmo o letramento em saúde sendo significativamente mediado por habilidades de letramento básicas, altos níveis de letramento não garantem que o indivíduo responderá de forma desejável às atividades educativas e de comunicação em saúde. Neste contexto, a OMS destaca que a sociedade moderna apresenta sistemas de saúde cada vez mais difíceis de utilizar, mesmo para as pessoas mais bem instruídas (WHO, 2013). Sendo assim, existem diferenças significativas entre letramento, resultante do processo de aprendizado da leitura e escrita, e letramento funcional, caracterizado pelos conhecimentos e habilidades de leitura e escrita, que podem possibilitar ao indivíduo se envolver em atividades específicas (SOARES, 2008).

6.3 LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE (LFS): CONCEITOS E REFLEXÕES

O letramento funcional em saúde, do inglês *Functional Health Literacy*, representa o primeiro nível de letramento em saúde (MIALHE, CARTHERY-GOULART, 2012). Segundo Nutbeam (2000), visa o aperfeiçoamento de competências básicas de leitura e escrita que estão relacionados ao campo da saúde, no intuito de melhorar o desempenho dos indivíduos em situações rotineiras relacionadas à saúde, contemplando o entendimento e adesão de mensagens simples.

No LFS, as ações de educação em saúde apresentam objetivos limitados e focados na melhoria dos conhecimentos sobre os riscos à saúde, aos serviços de saúde e à adesão às prescrições dos profissionais pelos indivíduos. Os resultados das ações abrangem o âmbito individual, mas podem ser ampliados para o coletivo (MIALHE;CARTHERY-GOULART, 2012; NUTBEAM, 2000).

O letramento funcional em saúde “descreve a aplicação prática de uma vasta gama de competências cognitivas e não cognitivas na vida real, ao invés de uma habilidade única de letramento em um ambiente clínico” (PASSAMAI, 2012, p. 18). A autora conclui que o “LFS da população tanto pode ser um caminho para aprimorar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, quanto ao planejamento, execução e avaliação” (PASSAMAI, 2012, p.138).

A produção científica no Brasil em relação ao LFS são voltadas para contextos específicos e não existe um estudo nacional que relacione o grau LFS e reflexo nos resultados de saúde da população brasileira (PASSAMAI et al, 2012). Os autores destacam como principal estudo brasileiro a pesquisa realizada por Carthery-Goulart et al, em 2009, que investigou pacientes saudáveis em dois hospitais públicos de São Paulo, demonstrando que 32,4% dos indivíduos pesquisados apresentavam inadequado/marginal letramento funcional em saúde. Este trabalho utilizou o teste de alfabetização funcional de saúde em adultos, versão breve (S-TOFHLA). (PASSAMAI et al, 2012).

Em estudo transversal e quantitativo, realizado em centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE, que teve por objetivo avaliar o LFS em usuários da Atenção Básica do SUS, a autora evidenciou nos indivíduos pesquisados um baixo LFS geral, compreensão

leitora (S-TOFHLA) e o numeramento (PASSAMAI, 2012). O *Institute of Medicine* (IOM) também pontua que quase a metade de todos os americanos adultos, ou seja, 90 milhões de pessoas têm dificuldade para compreender e agir sobre informações de saúde (IOM, 2004).

Estudos internacionais, a exemplo da pesquisa de coorte longitudinal realizada na Inglaterra, que investigou a associação entre baixo LFS e mortalidade em idosos, com 7.857 indivíduos, concluiu que um terço dos idosos do estudo apresentaram dificuldades para ler e compreender informações escritas básicas sobre saúde. Neste estudo a compreensão “pobre” associou-se a maior mortalidade (BOSTOCK;STEPTOE, 2012).

O LFS representa “a ponte entre as habilidades de letramento e a capacidade do indivíduo e o contexto da saúde” (PASSAMAI, 2012, p. 35), e deriva de um conceito maior de letramento em saúde (LS). A Organização Mundial de Saúde, em 1998, referiu-se ao letramento em saúde ou literacia em saúde, como sendo “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998, p. 10). Implica a realização de um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos pessoais e as condições de vida (WHO, 1998).

Para a *World Health Communication Association* (WHCA, 2011), o LS molda o comportamento e as escolhas das pessoas para saúde e bem estar. Contudo, configura uma construção complexa que depende, tanto da capacidade individual de se comunicar, como as exigências impostas pela sociedade e sistema de saúde (BAKER, 2006). Representa uma estratégia de empoderamento fundamental para ampliar o controle do povo sobre a sua saúde, sua capacidade de buscar informações e assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde (KICKBUSCH;WAIT;MAAG, 2005).

Em 2004, o IOM também se referiu ao letramento em saúde como sendo o grau em que os indivíduos obtêm, processam e compreendem as informações e os serviços de que necessitam para tomar decisões básicas adequadas de saúde (IOM, 2004). Destacou que o LS resulta de uma convergência entre educação, fatores sociais e serviços de saúde (IOM, 2004).

O letramento em saúde baseia-se em fatores neurossensoriais, cognitivos, psiquiátricos, médicos, linguísticos e culturais (PAASCHE-ORLOW, 2004). Para o autor, o LS torna-se importante e necessário para determinar as barreiras específicas dos pacientes a fim de que se possam projetar intervenções para atender às questões particulares de cada paciente. Os distintos padrões de letramento em saúde são diferenciados pelos níveis mais elevados de conhecimento e habilidades que suportam progressivamente uma maior autonomia e capacidade pessoal em saúde, relacionados com a tomada de decisão (NUTBEAM, 2009).

O letramento em saúde é classificado em três níveis: básico ou funcional, comunicativo/interativo e o letramento crítico (MIALHE, CARTHERY-GOULART, 2012; NUTBEAM, 2009;2000). Em cada domínio, os tipos de desafios cognitivos enfrentados em ambientes de cuidados de saúde podem ser diferentes dos que as pessoas normalmente têm em gerir suas vidas. O LS vai além do individual, também depende das preferências e expectativas, das informações de saúde e dos prestadores de cuidados: médicos; enfermeiros; administradores, trabalhadores de saúde domiciliar, mídias, e muitos outros (BAKER, 2006; IOM, 2004; SANTOS et al., 2011; SORENSEN, et al., 2012).

Contudo, pode ser afetado pelo estado de saúde, fatores demográficos, sócio-políticos, psicossociais e culturais (ZARCADOOLAS; PLEASANT; GREER, 2005). Alguns autores, em suas discussões sobre o letramento em saúde e populações com baixas condições econômicas, apontam que esta condição parece ser determinante para uma alfabetização em saúde inadequada (APOLINÁRIO et al., 2012; GAZMARIAN, BAKER, WILLIANS, et al. 1999; SANTOS, et al., 2012; WHO, 2013). Baker (2006) fortalece que a alfabetização em saúde configura-se em um estado dinâmico de um indivíduo em busca da saúde.

Neste sentido, Kickbusch, Wait e Maag (2005), explicitam a importância do LS como uma habilidade de vida essencial para os indivíduos, podendo auxiliar as pessoas a buscar, utilizar informações e assumir o controle sobre sua saúde, ressaltando-se que o letramento em saúde torna-se imprescindível para saúde pública, sendo que a sua construção pode melhorar a saúde geral da população.

O letramento em saúde pode obter resultados na melhoria do conhecimento e da compreensão dos determinantes da saúde, nas atitudes e motivações em relação aos

comportamentos de saúde, bem como a melhora da auto-eficácia em relação às tarefas definidas (NUTBEAM, 2000). Nesta direção, Mialhe e Carthery-Goulart (2012), consideram o LS como um recurso fundamental para a vida e destacam que seus níveis afetam “diretamente as habilidades das pessoas de agir, não somente sobre as informações em saúde, mas também como ter mais controle de sua saúde como indivíduos, famílias e comunidades” (MIALHE; CARTHERY-GOULART, 2012, p. 133-134).

7 METODOLOGIA

7.1 Delineamento geral do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, que irá investigar o letramento funcional em saúde (LSF) em uma amostra de idosos com Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica, atendidos em unidades básicas de saúde no município de Passo Fundo/RS, em 2014.

7.2 Local do estudo

A cidade de Passo Fundo, situada na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, possui, conforme o Censo Demográfico de 2010, uma população de 184.826 pessoas. Deste universo, 21.929 pessoas são consideradas idosas, correspondendo a 11,86% da população.

O estudo será operacionalizado em duas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, ligadas à Secretaria Municipal de Saúde, em que se encontram os idosos em tratamento/acompanhamento para Diabetes Mellitus, tipo II e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica no Programa HiperDia/SUS, que se caracteriza como um sistema de gestão clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. O Programa HiperDia/SUS se encontra em processo de mudança para o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), configurando uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica a nível nacional.

As unidades deste estudo serão a ESF Ricci, localizada no bairro Ricci, que possui seis microáreas e abrange uma população de 3.056 pessoas, e a ESF São Cristóvão, localizada no bairro São Cristóvão, no qual atende seis microáreas, com uma população de 3.886 indivíduos. As unidades de ESF foram selecionadas por apresentarem um significativo número de idosos hipertensos e diabéticos inscritos a partir do levantamento no programa HiperDia/SUS, em conformidade com os critérios de inclusão da população de estudo.

7.3 População de estudo e procedimento amostral

Para compor a amostra deste estudo, serão selecionados indivíduos idosos, com 60 anos ou mais, usuários da atenção primária nas unidades básicas de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), de ambos os sexos, em tratamento/acompanhamento para Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica, cadastrados no programa HiperDia/SUS, com no mínimo um ano de estudo formal, e que aceitem participar do presente estudo.

O estudo terá como critérios de exclusão os idosos analfabetos, os que tenham algum grau de déficit cognitivo, visual e/ou auditivo que podem ser possíveis confundidores dos resultados do estudo. Os testes de escolha para seleção dos idosos do estudo serão: o teste do sussurro e o Mini-COG, (Anexo-A) que inclui o Teste do Desenho do Relógio (TDR), sendo selecionados apenas aqueles que obtiverem pontuação neste teste entre 3 a 5 pontos, pois estas pontuações são consideradas normais para o desempenho cognitivo, e também aqueles com dificuldade motora fina nas mãos que o impossibilitem de realizar um desenho ou copiá-lo (RIBEIRO FILHO, LOURENÇO, 2009). Serão excluídos também os idosos que não conseguirem ler o cartão de Jaeger a uma distância de 35 cm, com ou sem óculos, ou lentes habituais. (Anexo-B).

Farão parte da amostra os idosos que estejam aptos a participar do estudo após a aplicação dos testes de seleção e inscritos no programa HiperDia/SUS, cadastrados em duas unidades de ESF no ano de 2013, cuja população de referência é de (N=113). Neste caso obteve-se uma amostra de 88 idosos. Para o cálculo amostral final do estudo será estabelecido previamente o nível $\alpha = 5\%$ e p valor $\leq 0,05$. Para tal se utilizará a fórmula de cálculo amostral para populações finitas (FONTELES, 2010), demonstrada a seguir:

$$n = \frac{N \times N_0}{N + N_0} \text{ onde } N_0 = 1/E^2$$

Sendo:

n= tamanho da amostra

N= Tamanho da população de referência

N_0 = primeiro valor aproximado do tamanho da amostra

E_0 = nível alfa estabelecido(margem de erro)

7.4 Instrumentos de coleta de dados e procedimentos

A coleta de dados dar-se-à por meio da aplicação do teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde - *Test of Functional Health Literacy in Adults* - TOFHLA (versão breve), validado para aplicação em português (Anexo C). O TOFHLA foi desenvolvido por Parker et al., em 1995, e especificamente elaborado para avaliar os níveis de *functional health literacy*, ou seja, as habilidades de leitura e compreensão de materiais comumente encontrados no meio de saúde, por parte dos usuário (MIALHE; CARTHERY-GOULART, 2012). Trata-se de um instrumento utilizado para testar a habilidade do indivíduo para ler frases, números, textos reais retirados do contexto cotidiano dos meios de saúde, tais quais os textos presentes em bulas de remédios, resultados de exames, cartões de agendamento de consultas e a capacidade de operar situações que envolvam a quantificação de medidas numerais. (MIALHE; CARTHERY-GOULART, 2012). A versão reduzida do teste foi criada em 1999, e denominada de *Short TOFHLA* (S-TOFHLA), objetivando-se a redução do tempo de aplicação do teste (MIALHE; CARTHERY-GOULART, 2012; BAKER, et al. 1999).

O S-TOFHLA é composto por treze frases, com trinta e seis lacunas em branco, das quais o idoso deverá escolher entre quatro palavras a que irá completar a frase. Contém também quatro questões relacionadas a compreensão numérica. Poderão também ser utilizados frascos de medicamentos contendo informações sobre horário de tomada da medicação, para que se aproxime ao máximo do real (Anexo C). Neste anexo, também se encontra as orientações sobre o teste passo a passo. Os parâmetros do LFS serão avaliados conforme a classificação abaixo:

Escore	Interpretação
0-53	Inadequado
54-66	Limítrofe
57-100	Adequado

7.5 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados será realizada individualmente, através de uma entrevista com o participante do estudo na ESF, através da mediação do enfermeiro em local reservado. Para isso será aplicado um instrumento de coleta de dados (questionário) (Apêndice-A), pelo qual serão avaliados característica sociodemográficas, epidemiológicas e da saúde, além da aplicação do teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde – TOFHLA versão breve.

A coleta de dados será realizada pelo pesquisador responsável e por auxiliares de pesquisa, bolsistas do curso de graduação em Enfermagem e mestrandos da Universidade de Passo Fundo, previamente treinados para a aplicação dos instrumentos. Quanto a aplicação do teste para seleção dos idosos, será realizada uma testagem prévia do instrumento em 10 idosos, para familiarização com o instrumento. Porém, esses 10 idosos não farão parte da amostra final do estudo.

7.6 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo previamente estabelecidas pelo pesquisador serão:

a) Independentes:

Características sociodemográficas e da saúde, entre elas: idade, sexo, estado de convivência com alguém, procedência, fonte de renda, grau de escolaridade em anos de estudo. Quanto as relacionadas à saúde, serão avaliados: tempo de doença, comorbidades, hábitos de saúde.

b) Variável desfecho

Será o Letramento Funcional em Saúde (LFS), conforme os parâmetros do teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde, versão breve - S-TOFHLA (Anexo C), que possui as classificações de LFS inadequado, limítrofe ou adequado.

7.7 Análise dos dados

Os dados brutos obtidos serão inicialmente incluídos em uma planilha construída no programa Excel 2007, e posteriormente analisados pelo programa estatístico SPSS (versão 18.0). Os testes estatísticos utilizados serão Qui-Quadrado de Pearson, Medidas de Tendência Central (Média e Mediana) e Dispersão.

7.8 Considerações éticas

Este estudo segue as diretrizes da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre a participação de pessoas em pesquisas. Além disso, atende aos aspectos éticos de consentimento da Secretaria Municipal de Saúde e de sigilo e anonimato e respeito aos valores do sujeito.

O projeto será encaminhado ao comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (CEP/UPF) após a inserção do mesmo na Plataforma Brasil. Após a solicitação para a realização do estudo (Apêndice B), autorização da instituição em que será realizada (Apêndice-C) e aprovação do CEP/UPF iniciar-se-á a coleta de dados. Cabe salientar que o sujeito da pesquisa será convidado para participar do estudo, sendo esclarecidos os objetivos, finalidades e, havendo concordância, assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice-D).

O entrevistado não será obrigado a participar da pesquisa, tendo total liberdade de se negar a responder as perguntas e cessar a sua participação em qualquer etapa da entrevista, sabendo que não sofrerá qualquer tipo de represália atual ou futura, tanto quanto a qualidade do seu tratamento ou qualquer outro aspecto.

O TCLE, de acordo com a autorização dos participantes da pesquisa, assegura ao pesquisador o direito de publicar os resultados do estudo em forma de dissertação e de artigo em periódicos. Os nomes dos usuários ou dados que possam identificá-los não serão publicados, recebendo um número após a coleta de dados, não tendo a partir de então o seu nome vinculado as suas respostas, nem em futuras publicações, o que protegerá a sua imagem e evitará a sua estigmatização.

O participante do estudo poderá acessar os dados da pesquisa em qualquer etapa da mesma, bastando entrar em contato com o pesquisador, que lhe entregará o mais breve possível.

Ao término da pesquisa, os resultados serão apresentados em banca pública na Universidade de Passo Fundo. Além disso, os resultados serão divulgados em congressos e eventos científicos, bem como publicados em periódicos especializados das áreas da saúde. Espera-se que os dados possam contribuir como subsídios para os profissionais da saúde para uma abordagem prática e mais qualificada em saúde.

8 CRONOGRAMA

Ações e atividade	Período de execução
Revisão da literatura para aproximação do tema	Mar/2013 a Jul/2013
Elaboração do projeto de pesquisa	Ago/2013 a Fev/2014
Submissão do projeto a Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa	Mar/2014
Qualificação do projeto de dissertação	Abr/2014
Aproximação com o campo de trabalho e teste piloto com os idosos das UBS selecionadas	Abr/2014
Seleção dos sujeitos da pesquisa	Mai/2014
Trabalho de campo: aplicação dos questionários e do Teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde - S-TOFHLA (versão breve)	Mai a Jul/2014
Organização da base de dados e análise.	Ago e Out/2014
Elaboração e encaminhamento da dissertação no formato de artigos científicos e defesa	Nov/2014 e Dez/2014

9 ORÇAMENTO

Especificação	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Folhas de Ofício Modelo A4 (pacote com 100 folhas)	02	4,00	8,00
Caneta esferográfica azul/preta	06	2,00	12,00
Cópia xerográfica	500	0,08	40,00
Grampeador	01	6,00	6,00
Caixa de grampo	01	3,00	3,00
Vale transporte municipal	40	2,60	104,00
Total			173,00

* Os custos deste projeto serão de inteira responsabilidade do aluno pesquisador.

REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p. 1924-1930, ago, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

APOLINÁRIO, Daniel; BRAGA, Rafaela C. O. P.; MAGALDI, Regina M. et al. Avaliação Breve de Alfabetismo em Saúde em Português para adultos. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n.4, p. 702-711, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: dez. 2013.

ATAÍDE, Márcia B.C.; DAMASCENO, Marta M. C. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 518-523, out/dez. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a05.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2014.

BAKER, David W. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J. GEN INTERN MED* n. 21, p. 878-883, 2006. Disponível em:<<http://http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831571/>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

BANCO MUNDIAL. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento. *Caderno Envelhecendo em um Brasil mais Velho*. Washington, USA. Impresso no Brasil em março de 2011.

BATISTA, Analía S.;JACCOUD, Luciana de B.; AQUINO, Luseni; EL-MOOR, Patrícia D. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização de proteção social – Brasília: MPS, SPSS. *Coleção Previdência Social*, v. 28, 2008.

BOSTOCK, Sophie; STEPTOE, Andrew. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study - *BMJ: British Medical Journal*, 2012. Disponível em:<<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1602>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

BAKER, David.W.; WILLIAMS, Mark V.; PARKER, Ruth M.; GAZMARIAN, Julie A.; NURSS, Joane Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*, v.38, n. 1, p. 33-42, 1999.

BRASIL. 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– Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica n. 19) - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION – CPHA. CHIARELLI, Lynn. Lowhealth literacy and chronic disease prevention and control – perspectives from the health and public health sectors. Canadian, 2006. Disponível em: <http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/kl_summary_e.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH - CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf. Acessado em 20 jan 2014.

ELIOPOULOS, Charlotte. *Enfermagem Gerontológica*. Tradução: Regina Machado Garcez; Revisão técnica: Vera Catarina C. Portella. - 7^a ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

FONTELLES, Mauro J. Bioestatística aplicada à pesquisa experimental. São Paulo: livraria da Física, 2010.

GASMARARIAN, Julie A.; BAKER, David W.; WILLIAMS, Mark V. *et al.* Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *J Am Med Assn*, Bethesda, v. 281, n. 6, p.545-551, fev. 1999. Disponível em:< <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=188764>>. Acesso em: 20 dez 2013.

GOLDMAN, Sara N. As dimensões culturais, sociais e políticas do envelhecimento. In: JUNIOR, Edmundo de D. A. (org.) - *Envelhecimento e vida saudável*. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009.

GOMIDES, Danielle S.; VILLAS-BOAS, Lilian C. G.; COELHO, Anna C.M.; PACE, Ana E. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm*. V. 26, n.3, p. 289-93, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE – IOM. Health literacy: a prescription to end confusion Washington DC: The National Academies, 2004. Disponível em: <<http://www.iom.edu/Reports/2004/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion.aspx>>. Acesso em: 20 dez 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/p>>

KICKBUSCH, Ilona; WAIT, Suzanne; MAAG, Daniela. Navigating Health the role of health literacy. London: *Alliance for Health and the Future*, 2005. Disponível em: <http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy>. Acesso em: 24 jan. 2014.

LEBRÃO, Maria L. et al. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 2, p. 30-45, jul./dez. 2008.

LEBRÃO, Maria L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, v. 4, n. 17, p. 135-140, bimestral, 2007. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201703>> Acesso em: 15 mar 2014.

LOPES, Mislaine C.L.; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia S.; SOUZA, Andréia C.; WAIDMAN, Maria A.P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]* v. 10, n.1, p. 198-211, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf>. Acesso em: jan. 2014.

MARQUES, Marília B.; SILVA, Maria J. S.; COUTINHO, Janaína F. V.; LOPES, MARCOS V. O. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47 n.2, abr. 2013.

MASSAIA, Éverton. Dependência e independência do idoso: fenômeno multidimensional. In: TERRA, Newton L. [et al.](org.) *Envelhecimento e suas múltiplas áreas do conhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

MIALHE, Fábio L.; CARTHERY-GOULART, Maria T. Letramento em saúde e promoção da saúde. In: PELICIONI, Maria C. F.; MIALHE, Fábio L. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos, 2012.

NOVAIS, Eulália; CONCEIÇÃO, Ana P.; DOMINGOS, João; DUQUE, Vera. O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. *Rev HCPA*, v. 29, n. 1, p. 36-44, 2009.

NUTBEAM; Don. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* vol. 54, p. 303–305, 2009. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/301/art%253A10.1007%252Fs00038-009->

0050-x.pdf?auth66=1391108814_dcde28bbbf2445838747895704b93a30&ext=.pdf
Acessado em: 28 jan. 2014.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Oxford Journals - Medicine - Health Promot. Int.*, v.15, n.3, 2000. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full>. Acesso em : 04 jan. 2014.

OLIVEIRA, Sonia M. J. V. de; SANTOS, Jair L. F.; LEBRÃO, Maria L.; DUARTE, Yeda A. de O.; PIERIN, Ângela M. G. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 241-249, abr/jun. 2008.

PASSAMAI, Maria da P. B. *Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis*. Tese (doutorado) Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

PASSAMAI, Maria da P. et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 16, n. 41, p. 301-314, abr./jun. 2012.

PAASCHE-ORLOW, Michael. Caring for Patients With Limited Health Literacy. A 76-Year-Old Man With Multiple Medical Problems. *JAMA*, v. 306, n. 10, set. 2011. Disponível em: <<http://www.wvgec.org/pages/MediaLibraries/WVGEC/Media/JAMA-Health-Literacy-2011.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

RIBEIRO FILHO, Sérgio T.; LOURENÇO, Roberto A. The performance of the Mini-Cog in a sample of low education level elderly. *Dementia and Neurophysiology*, v. 3, n.2, p. 81-87, 2009. Disponível em: <http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=155>. Acesso em: 30 jan. 2014.

SANTOS, Maria I. O. *Capacidade funcional de idosos inscritos em programa de saúde pública de Belém/PA: implicações para a enfermagem*–[tese]. Rio de Janeiro:UFRJ/EEAN, 2011. Disponível em: <http://teses2.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_MariaIzabelPenhaDeOliveiraSantos.pdf> Acesso em: 15 dez 2013.

SANTOS, Luanda, T. M.; MANSUR, Henrique N.; PAIVA, Tatiane F. P, de S.; COLUGNATI, Fernando, A. B.; BASTOS, Marcus G. Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. *J. Bras Nefrol*, v. 34, n. 3, p. 293-302, 2012.

SOARES, Magda. *Alfabetização e letramento* – 5^a ed. – São Paulo: Contexto, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, v. 95 (1 supl.1), p. 1-51, 2010a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Diretrizes em Cardiogeriatrics. *Arq Bras Cardiol*, v. 95 (3 supl.2), p. 1-112, 2010b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009 -3.ed. - Itapevi, SP: Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SORENSEN, kristine; BROUCKE, Stephan V.D.; FULLAM, James; DOYLE, Gerardine; PELIKAN, Jürgen; SLONSKA, Zofia; BRAND, Helmut. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, v. 12, n. 80, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>> Acesso em: 12 jan. 2014.

TANQUEIRO, MARIA T.O.S. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem referência*, III série, n. 9, p. 151-160, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a16.pdf> Acesso em: 15 mar. 2014.

TAVARES, Darlene M. dos S.; MARTINS, Nayara P. F.; DIAS, Flavia A.; DINIZ, Marina A. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], v.13, n.2, p. 211-218, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a07.htm>.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES - WHCA. Health literacy: "The Basics" Revised Edition, 2011. Disponível em: <www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZACION - WHO. Health literacy The solid facts. Editors: Iona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros, 2013. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf>. Acesso em: nov 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. Health promotion glossary. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>>. Acesso em: nov. 2013.

VITOR, Allyne F.; LOPES, Marcos V.O; ARAÚJO, Thelma L. Teoria do déficit de

autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, jul/set. 2010.

ZARCADOOLAS, Christina; PLEASANT, Andrew; GREER, David S. Understanding health literacy: an expanded model. *Oxford journals - Health Promotion International*, v. 20 n. 2, 2005. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/20/2/195.abstract>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A**Instrumento de coleta de dados**

Nº: _____

Parte I- Características sociodemográficas

1. Idade: _____ (anos)
2. Faixa etária: 1() 60-69 anos; 2() 70-79 anos; 3() 80-89 anos; 4() 90 a + anos
3. Sexo: 1() masculino 2() feminino
4. Estado de convivência com alguém: 1() solteiro/viúvo/divorciado 2() casado
3. Procedência: 1() Passo Fundo 2() Fora de Passo Fundo 3() Outro estado
4. Tem alguma renda mensal: 1() Sim 2() Não
5. Grau de escolaridade: 1() 1 a 4 anos 2() 4 a 8 anos 3() 8 anos a + de estudo

Parte II- Condições de saúde

1. Há quanto tempo o senhor(a) trata a hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes: 1() 1 a 5 anos 2() 5 a 10 anos 3() Mais de 10 anos
2. Comorbidades associadas: 1() Osteoporose 3() Dores articulares 3() Doenças cardíacas .4() Outras. Qual _____.
3. Teve complicações por causa do diabetes? 1() Sim 2() Não. 3.1- Se sim:
1() úlcera diabética plantar 2() problema renal 3() problema visual 4() amputação de membros 5() dificuldade nos pés de sentir se a água está quente ou fria
4. É ou foi fumante? 1() Sim 2() Não. 5.1 Se foi fumante. Quanto tempo _____
5. O senhor (a) faz uso de bebida alcoólica. 1() Sim 2() Não. 6.1. Se sim, todos os dias. 1() Sim 2() Não
6. O senhor consegue ler este cartão (com ou sem óculos). 1() Sim 2() Não. Mostrar o **Cartão de Jaeger** (acuidade visual mínima 20/40). 6.1.1 () Normal 2() Anormal.
7. O senhor (a) consegue ouvir o que estou falando. 1() Sim 2() Não. Aplicar o teste do susurro. 1() normal 2() anormal

Parte III- Letramento funcional em saúde

1. O senhor(a) consegue compreender as informações que o médico, enfermeira e outros profissionais da saúde lhe dão sobre sua doença: 1() Sim 2() às vezes 3() não
2. O senhor (a) costuma ler revistas, jornais, bilhetes, cartas, textos religiosos ou informativos sobre saúde: 1() Sim 2() às vezes() 3() não
3. Aplicar o **Teste de Avaliação Funcional em Saúde** em anexo (Anexo-C)

APÊNDICE B Solicitação de autorização



Solicitação de autorização

Passo Fundo, 12 de março de 2014.

Ilmo Sr.
Secretário da Saúde,
Luiz Artur Rosa Filho

Pelo presente, solicitamos a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa “Letramento funcional em saúde no curso do envelhecimento”, junto as Unidades de Estratégia de Saúde da Família, do município de Passo Fundo.

Paulo Cassiano Simor dos Santos
Mestrando – Pesquisador Responsável

Paulo C. Simor dos Santos
Enfermeiro
COREN 308.423

Prof.ª Dra. Helenice de Moura Scortegagna
Orientadora

APÊNDICE C

Carta de autorização

Carta de Autorização

Projeto de pesquisa: Letramento funcional em no curso do envelhecimento.

Pelo presente instrumento, venho manifestar minha autorização para a realização da pesquisa “letramento funcional em saúde no curso do envelhecimento”, sob a responsabilidade do pesquisador Paulo Cassiano Simor dos Santos, do Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano, da Universidade de Passo Fundo, sob a orientação da Prof.^a Dra. Helenice de Moura Scortegagna e Co-orientação da Prof.^a Dra Maria Izabel Penha de Oliveira Santos. O objetivo deste estudo é avaliar o letramento funcional em saúde de idosos diabéticos e hipertensos usuários das unidades básicas em saúde no município de Passo Fundo. Esta carta de autorização é feita em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.


Passo Fundo, 14 de novembro de 2014.
Luiz Artur Rosa Filho
Secretário Mun. de Saúde

Responsável pela Instituição

APÊNDICE D**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre **LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE NO CURSO DO ENVELHECIMENTO**, de responsabilidade do pesquisador Paulo Cassiano Simor dos Santos. Estou desenvolvendo essa pesquisa com o objetivo de obter o título de Mestre em Envelhecimento Humano do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – ppgEH da Universidade de Passo Fundo. O objetivo principal desta pesquisa é avaliar o letramento funcional em saúde de idosos diabéticos e hipertensos usuários da Atenção Básica em Saúde no município de Passo Fundo.

Caso queira fazer parte da pesquisa, o (a) Sr. (a) participará de uma entrevista individual com questões pertinentes às características sócio-demográficas, epidemiológicas e da saúde e será aplicado o Teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde (TOFHSA), versão breve, o que levará cerca de 30 minutos. Quanto aos dias do encontro, o horário e o local será de acordo com as suas possibilidades e preferências. Sua participação será voluntária, portanto não é obrigatória, podendo o (a) Sr. (a) desistir a qualquer momento, retirando o seu consentimento, sem prejuízo ao seu tratamento e cuidados. Será assegurada sua privacidade quanto às possíveis informações confidenciais, bem como o sigilo e o anonimato. O (a) Sr. (a) terá como benefício a colaboração em viabilizar possíveis estratégias de intervenções e cuidados no sentido de melhorar a efetividade do autocuidado. Esta pesquisa não prevê nenhum desconforto ou risco à sua saúde pois será respeitada a dimensão física, psíquica, moral, intelectual, cultural, espiritual e religiosa

dos sujeitos, em qualquer fase da pesquisa.

O (a) Sr. (a) terá a garantia do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida relacionada ao estudo, e liberdade de acesso aos dados que lhe dizem respeito em qualquer etapa. Neste estudo o Sr. (a) não receberá compensações financeiras, bem como a sua participação é isenta de despesas. Os dados que resultarem desta pesquisa serão divulgados em periódicos e eventos da área, mas o (a) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, tendo a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados. Caso o (a) Sr. (a) tenha dúvidas sobre a pesquisa e seus direitos como participante deste estudo, ou se pensar que foi prejudicado, pode entrar em contato com o pesquisador responsável Paulo Cassiano Simor dos Santos, pelos telefones (54) 9637.2831 ou (54) 3622.1044, a professora Dra. Helenice de Moura Scortegagna pelos telefones (54) 33168520 e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo pelo telefone (54) 3316 8370, nos horários das 08:00 as 11:20 e 14:00 as 17:20.

Dessa forma, se o (a) Sr (a) concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com o (a) Sr. (a) e outra com o pesquisador.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante

Paulo Cassiano Simor dos Santos

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

Paulo Cassiano Simor dos Santos

ANEXOS

ANEXO-A**Mini-Avaliação Cognitiva (Mini-Cog)ⁱ****Aplicar o Mini-Cog.**

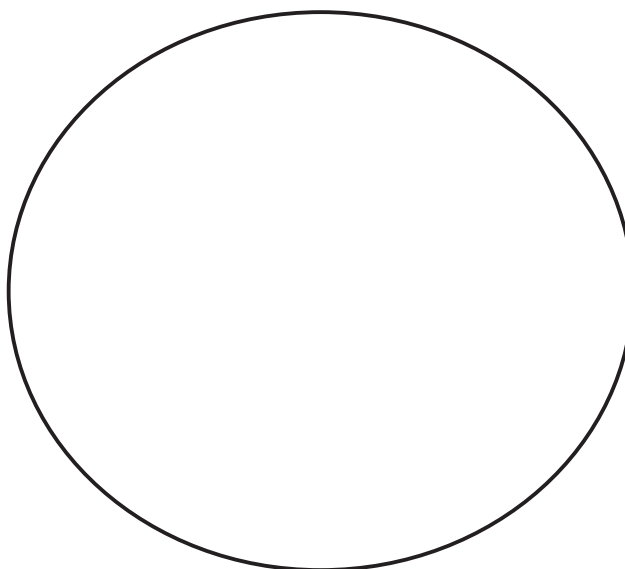
Irei lhe dizer três palavras e o Sr (a) deverá repetir para mim: **CARRO, VASO, TIJOLO**. Guarde essas palavras na memória que depois irei lhe perguntar.

1() Normal(lembrou as três palavras)

2() Anormal(Não lembrou as três palavras e/ou trocou as palavras)

EVOCACÃO: 1. _____; 2. _____; 3. _____

Aplique o Teste do Relógio. Mostre ao entrevistado o círculo desenhado no papel e solicite a ele que desenhe os números de um relógio e marque 11 horas e 10 minutos. Assim que ele terminar o desenho peça a ele que repita as três palavras que você disse a ele.

**RESULTADO DO TESTE DO RELÓGIO**

0() Zero(Inabilidade absoluta para representar o relógio)

1() O desenho tem algo a ver com relógio mas com desorganização visuo-espacial grave.

2() Desorganização espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, confusão esquerda/direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso.

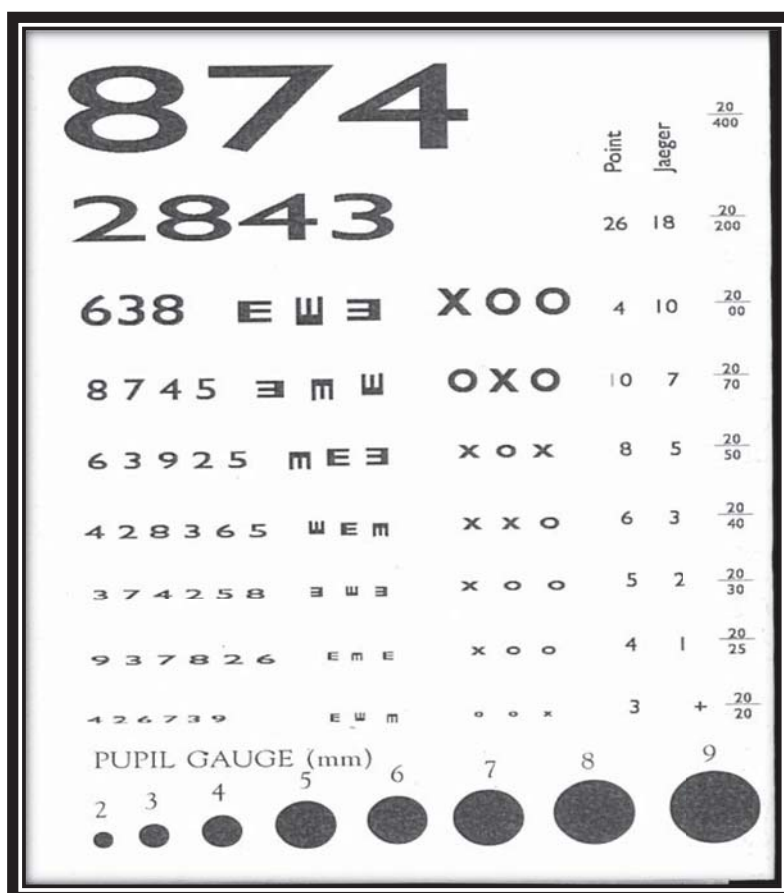
3() Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora.

4() Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos.

5() Relógio perfeito.

ⁱ-RIBEIRO FILHO, Sergio Teles, LOURENÇO, Roberto Alves(2009).

ANEXO-B
Cartão de Jaeger



Orientação

O Teste com o Cartão de Jaeger é realizado a uma distância de 35cm com o uso de óculos ou lentes habituais. Faz-se o teste com cada olho individualmente, e em seguida em conjunto. Resultado 20/40 serão considerados sem disfunção (BRASIL, 2006, p. 136).

ANEXO- C
Instrumento de Coleta de Dados- Parte III
TESTE DE SAÚDE FUNCIONAL (S-THOFLA- *short form*)

Instruções:**Compreensão de leitura**

“Aqui estão algumas instruções sobre um procedimento médico que você ou qualquer pessoa pode encontrar no hospital. Em cada frase faltam algumas palavras. Onde **falta** a palavra, há um **espaço em branco** e há **quatro palavras** para escolher. Quero que você escolha qual destas palavras é a **palavra que falta** na frase e que faz **mais sentido** na frase. Quando você decidir qual é a palavra correta para aquele espaço, circule a letra que corresponde a ela e passe para a próxima frase. Quando você terminar a página, vire-a e continue na página seguinte até terminar.”

(Interromper após 7 minutos)

Parte numérica

Dar ao idoso um cartão para cada questão.

Ler cada questão e registrar a resposta.

Antes de apresentar o cartão: 1: “ Estas instruções podem ser dadas a você no hospital. Leia bem cada instrução. Farei perguntas sobre elas.”

Antes de apresentar cada cartão dizer: “Olhe aqui, por favor.”

(Interromper após 10 minutos)

Questões orais

Cartão 1: Se este fosse seu cartão de consultas, quando seria sua próxima consulta?

Cartão 2: Se esta fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal?

Cartão 3: Se o senhor(a) fosse almoçar às 12:00, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas deveria tomá-la?

Cartão 4: Se o senhor(a) tomasse a primeira cápsula às 7:00hs da manhã, a que horas deveria tomar a próxima?

Escores

Passagens A e B: 2 pontos para cada lacuna correta(36 lacunas=72 pontos)

Itens numéricos: 7 pontos para cada resposta correta(4 questões=28 pontos)

Gabarito

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

Escore	Interpretação
0-53	Inadequado
54-66	Limítrofe
57-100	Adequado

Parte A- Compreensão e leitura

Seu médico encaminhou você para tirar um RX 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) RX | c) incesto |
| d) dormir | d) anemia |

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

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

A VÉSPERA DO DIA DO RX

No jantar, coma somente um pedaço _____ de fruta,

torradas e geleia, com _____ ou chá.

- a) pequeno
- b) caldo
- c) ataque
- d) náusea
- a) lentes
- b) café
- c) cantar
- d) pensamento

.Após _____, você não deve _____ nem beber _____

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

até _____ o RX.

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

NO DIA DO RAIOS X

Não tome _____.

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

Não _____, nem mesmo _____.

- a)Dirija
- b)Beba
- c)Vista
- d)Dose
- a)coração
- b)respiração
- c)água
- d)câncer

Se tiver alguma _____, ligue para _____ de raio X no. 222-2821

- a)resposta
- b)tarefa
- c)região
- d)pergunta
- a)o departamento
- b)disque
- c)a farmácia
- d)o dental

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber atendimento adequado neste

Hospital.

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

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 medico qualquer _____ nas

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

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

- a)três
- b)um
- c)cinco
- d) dez

em que 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)repara | 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 |

você deverá _____ uma enfermeira ou funcionário do _____ social,

- | | |
|------------|-----------|
| a)relaxar | a)tumor |
| b)quebrar | b)abdomen |
| 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 | d) consoante |

Parte B- Compreensão numérica

Cartão 1

CARTÃO DE CONSULTA
Clínica: Endocrinologia/diabetes Local: 3º andar
Dia: Quinta feira Data: 2 de abril Horário: 10:20 hs
Marcado por:
NO DIA DA CONSULTA, TRAGA SUA CARTEIRINHA

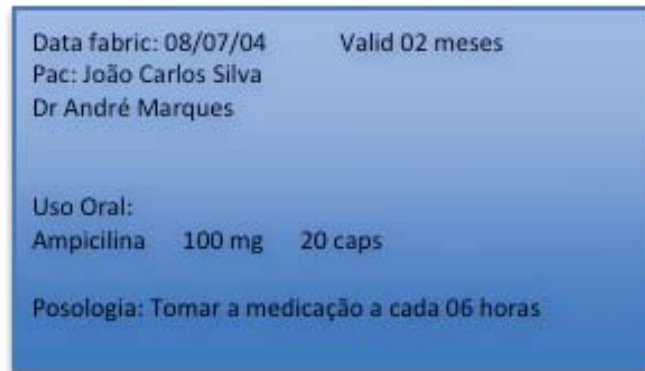
Cartão 2

GLICEMIA NORMAL: 70-99
Sua glicemia hoje é de 120

Cartão 3

Data fabric: 08/07/04 Valid 02 meses
Pac: João Carlos Silva
Dr André Marques
Uso oral:
Omeprazol 20 caps
Posologia: Tomar a medicação com o estômago vazio.
Tomar o comprimido uma hora antes ou uma hora
depois do almoço

Cartão 4



Data fabric: 08/07/04 Valid 02 meses
Pac: João Carlos Silva
Dr André Marques

Uso Oral:
Ampicilina 100 mg 20 caps

Posologia: Tomar a medicação a cada 06 horas