

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

RIO GRANDE
2016

NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.
Orientadora: Prof^a Dr^a Daiane Porto Gautério Abreu

RIO GRANDE

2016

RESUMO

MARTINS, NIDIA FARIAS FERNANDES. **Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas em uma Unidade Básica de Saúde da Família**. 2016. 57f. TCR (Residência Multiprofissional em Saúde da Família - RMSF). Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Essas mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira aumentam a demanda por serviços, principalmente na atenção primária, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde. Para tanto, propõem ações que visam o autocuidado, a independência e autonomia dessas pessoas. Para que essas ações sejam efetivas, torna-se necessário saber como acontece o entendimento e aplicação dessas informações sobre saúde para os idosos, através do grau de Letramento Funcional em Saúde. Objetivou-se neste estudo analisar o Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família, a partir do modo como elas buscam, compreendem e compartilham informações em saúde. Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Romeu Selistre Sobrinho, localizada em Rio Grande, no Rio Grande do Sul. Os sujeitos participantes foram 23 idosos atendidos e adstritos à referida unidade, que foram selecionados intencionalmente através de uma amostragem por conveniência. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2015, através de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, utilizando o instrumento *Health Literacy*, adaptado e validado em português, composto por questões abertas e fechadas. A análise dos dados ocorreu por meio da Análise Textual Discursiva. O Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande, e obteve aprovação sob o parecer nº 61/2015, e ao Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, no qual também obteve aprovação sob o parecer 06/2015. Foram seguidas as orientações da Resolução 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes. Os resultados foram organizados em cinco categorias, conforme o instrumento de coleta: “O processo saúde-doença”; “busca por informações em saúde”; “compreensão das informações em saúde”; “compartilhamento das informações em saúde”; e “repercussões das informações em saúde”. Apesar da baixa renda e escolaridade dos participantes do estudo, o Letramento Funcional em Saúde foi considerado adequado aos participantes, e isso se deve pela facilidade de acesso e o vínculo desses com a Unidade Básica de Saúde da Família estudada, o que é fundamental na busca, no entendimento, no compartilhamento e nas repercussões das informações de saúde importantes para esses idosos. O estudo permitiu ter uma concepção ampliada do LFS considerando a trajetória desses idosos na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família. O método qualitativo permitiu um caminho mais viável para a avaliação do Letramento Funcional em Saúde. O estudo permite aos profissionais, além da equipe mínima, que atuam na Atenção Básica saber como conhecer o Letramento Funcional em Saúde de idosos para, a partir disso, desenvolver ações de educação em saúde como uma ferramenta para empoderar a população idosa para seu autocuidado, manutenção da autonomia e independência. Isto pode ocorrer através de consultas, visitas domiciliares, ou grupos na unidade, estreitando os laços de vínculo e avaliando as necessidades de conhecimento desses idosos, permitindo assim um Letramento Funcional em Saúde adequado.

Palavras-chave: Idoso. Alfabetização em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 5 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 7 |
| 2.1 Letramento, alfabetização e Letramento Funcional em Saúde | 7 |
| 2.2 Estado da Arte sobre Letramento Funcional em Saúde | 10 |
| 2.3 Instrumentos que medem/avaliam o Letramento Funcional em Saúde | 12 |
| 2.4 A pessoa idosa, as redes de Atenção Primária à Saúde e o Letramento Funcional em Saúde | 14 |
| 3 METODOLOGIA | 17 |
| 3.1 Tipo de estudo | 17 |
| 3.2 Local do estudo | 17 |
| 3.3 Sujeitos | 18 |
| 3.4 Coleta de dados | 18 |
| 3.5 Análise dos dados | 19 |
| 3.6 Aspectos éticos | 19 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 21 |
| 4.1 Caracterização dos participantes | 21 |
| 4.2 Categoria 1 – O processo saúde-doença | 22 |
| 4.2.1 Significado de envelhecimento saudável | 22 |
| 4.2.2 Situações de saúde escolhidas | 24 |
| 4.2.3 Percepção e representação da situação de saúde vivenciada | 25 |
| 4.3 Categoria 2 – Busca por informações em saúde | 26 |
| 4.3.1 Principais dúvidas relatadas pelos idosos | 26 |
| 4.3.2 Fontes de informações e sua satisfação | 27 |
| 4.3.3 Representação da obtenção das informações | 27 |
| 4.3.4 Utilidade e confiança nas informações | 29 |
| 4.4 Categoria 3 – Compreensão das informações em saúde | 30 |
| 4.5 Categoria 4 – Compartilhamento das informações em saúde | 31 |
| 4.5.1 Compartilhando com outras pessoas | 31 |
| 4.5.2 Aprendizados para compartilhar | 32 |
| 4.6 Categoria 5 – Repercussões das informações em saúde | 33 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS | 38 |

| | |
|--|-----------|
| APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 46 |
| ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 49 |
| ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO USO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS..... | 54 |
| ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE | 55 |
| ANEXO D – PARECER DO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO | 56 |

1 INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, que tem como objetivo qualificar profissionais, enfermeiros, psicólogos e professores de educação física para a área da saúde, criando articulações que possibilitem o exercício permanente da educação em serviço e propondo práticas que integrem ensino, pesquisa e extensão, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (PPP, 2014). Nesse contexto, ser residente em Saúde da Família é um grande desafio, destacando três vertentes: a prática, o ensino e a pesquisa.

Na prática, têm-se todas as atribuições da área profissional específica, no meu caso a enfermagem. Desse modo, realizo todas as funções do enfermeiro na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, têm-se o trabalho multiprofissional e que deve ser realizado de forma interdisciplinar, através da soma dos saberes, do diálogo contínuo e do pensar integrado com outras profissões.

No ensino, estou na condição de profissional em formação, realizando continuamente a reflexão sobre o fazer e buscando fundamentação teórica para subsidiar a prática. E, na pesquisa, tendo a possibilidade de buscar novas estratégias e subsídios para qualificar o processo que é a residência e também a prática na ESF.

Durante minha vida acadêmica e profissional, a minha área de interesse para pesquisa foi a da saúde da pessoa idosa. Na residência esse interesse se mantém, principalmente porque realizo atendimento a pessoas idosas na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Dr. Romeu Selistre Sobrinho, onde atuo na residência. Na ESF realizo consultas de enfermagem, acolhimentos, visitas domiciliares ou grupos de educação em saúde com os idosos.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos alcançando, até 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que pessoas abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2010).

Essas mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira aumentam a demanda por serviços para essa parcela da população, principalmente na atenção primária à saúde, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde que atuam nesse âmbito. Nesse sentido, todas as ações de saúde voltadas para a pessoa idosa na atenção primária e na ESF

são permeadas pela educação em saúde, visando o autocuidado, a independência e autonomia dessas pessoas (GAUTÉRIO *et al.*, 2013). Para que essas ações sejam efetivas, torna-se necessário saber como acontece o entendimento e aplicação das informações sobre saúde recebidas pelos idosos, através do grau de Letramento Funcional em Saúde.

Letramento Funcional em Saúde (LFS) é a capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde, de modo que uma pessoa com grau de letramento considerado satisfatório teria melhor condição de saúde do que um indivíduo com nível limitado de letramento (ADAMS, 2009).

Baker *et al.* (2007), destacam que alguns grupos populacionais, como as pessoas idosas, com baixa renda e baixa escolaridade podem ser marginalizados em relação ao LFS. Também relatam que pessoas com baixo grau de LFS têm grande dificuldade em realizar o autocuidado, ainda mais na presença de danos crônicos, resultando em internações hospitalares e mortalidade precoce.

Com base no exposto, percebe-se que o estudo é relevante, e justifica-se o seu desenvolvimento, primeiro, pela escassez de estudos sobre o LFS no Brasil, principalmente envolvendo essa parcela crescente da população: as pessoas idosas. Segundo, pela possibilidade de aperfeiçoar o conhecimento e qualificar enfermeiros e demais profissionais para desenvolverem ações de educação em saúde e a área gerontogeriatrica.

A finalidade do estudo é contribuir para a qualificação da atuação do enfermeiro e toda a equipe multiprofissional em saúde da atenção primária na ESF, nas ações de educação em saúde com população idosa, levando em conta o grau de LFS.

O estudo teve como **objetivo** analisar o Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família, a partir do modo como elas buscam, compreendem e partilham informações em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, irei inicialmente, fazer uma reflexão sobre os conceitos de letramento e alfabetização, destacando as diferenças e semelhanças entre ambos, e também sobre o LFS. Após irei trazer os estudos nacionais e internacionais mais recentes sobre o LFS. Posteriormente, abordarei os principais instrumentos para medir/avaliar o LFS descritos na literatura, e os mais utilizados no Brasil. Por fim, faço uma reflexão sobre a pessoa idosa, a rede de Atenção Primária à Saúde e o LFS.

2.1 Letramento, alfabetização e Letramento Funcional em Saúde

O termo **letramento** é um vocábulo que surgiu da palavra inglesa *literacy*, que significa “condição de ser letrado”. Foi introduzido na língua portuguesa no Brasil por Mary Kato, em 1986. O termo advém do latim *littera* = letra; com o sufixo *cy* = qualidade, condição, estado, fato de ser. Letramento é o resultado da ação de ensinar ou de aprender a ler e a escrever; o estado ou condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de ter-se apropriado da escrita e de suas práticas sociais (SOARES, 2006).

Ao contrário de letramento, o termo alfabetização é bem mais conhecido e utilizado. É considerada alfabetizada a pessoa capaz de utilizar a leitura e escrita e habilidades matemáticas para fazer frente às demandas de seu contexto social e utilizá-las para continuar aprendendo e se desenvolvendo ao longo da vida (UNESCO, 2005).

As pessoas aprendem a ler e escrever, porém surge a questão que a população embora alfabetizada, não domina as habilidades de leitura e de escrita necessárias a uma participação nas práticas sociais e profissionais que envolvem a língua escrita. Nesse sentido, há uma extensão do conceito de alfabetização em direção ao conceito de letramento: do saber ler e escrever em direção ao ser capaz de fazer uso da leitura e da escrita (SOARES, 2004).

A diferença entre alfabetização e letramento consiste no fato de que a alfabetização diz respeito à aquisição de habilidades de leitura e escrita, enquanto o letramento, vai além disso, englobando a apropriação, o uso e o desenvolvimento dessas habilidades ao longo da vida (PASSAMAI *et al.*, 2012).

O letramento, diferentemente da alfabetização, é um processo pelo qual o sujeito passa a fazer uso efetivo da tecnologia da escrita, o qual implica sua competência de ler e de escrever para atingir diversos objetivos, como interação, ampliação de conhecimentos, informação, entre outros (SOUZA FILHO; MASSI; RIBAS, 2014).

No Brasil, desde 2001, é realizada uma pesquisa nacional que tem como objetivo oferecer informações qualificadas sobre as habilidades e práticas de leitura, escrita e matemática dos brasileiros entre 15 e 64 anos de idade, o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF). O INAF classifica o alfabetismo em quatro níveis: analfabetismo absoluto, analfabetismo rudimentar, alfabetismo básico e alfabetismo pleno, explicados a seguir (INAF, 2012).

Analfabetismo absoluto - corresponde à condição dos que não conseguem realizar tarefas simples que envolvem a leitura de palavras e frases ainda que uma parcela destes consiga ler números familiares (números de telefone, preços, etc);

Analfabetismo rudimentar - corresponde à capacidade de localizar uma informação explícita em textos curtos e familiares (como um anúncio ou pequena carta), ler e escrever números usuais e realizar operações simples, como manusear dinheiro para o pagamento de pequenas quantias ou fazer medidas de comprimento usando a fita métrica;

Alfabetismo básico - as pessoas classificadas neste nível podem ser consideradas funcionalmente alfabetizadas, pois já leem e compreendem textos de média extensão, localizam informações mesmo que seja necessário realizar pequenas inferências, leem números na casa dos milhões, resolvem problemas envolvendo uma sequência simples de operações e têm noção de proporcionalidade. Mostram, no entanto, limitações quando as operações requeridas envolvem maior número de elementos, etapas ou relações; e,

Alfabetismo pleno - classificadas neste nível estão as pessoas cujas habilidades não mais impõem restrições para compreender e interpretar textos em situações usuais: leem textos mais longos, analisando e relacionando suas partes, comparam e avaliam informações, distinguem fato de opinião, realizam inferências e sínteses. Quanto à matemática, resolvem problemas que exigem maior planejamento e controle, envolvendo percentuais, proporções e cálculo de área, além de interpretar tabelas de dupla entrada, mapas e gráficos.

O INAF mostrou que em 2011/2012, 27% dos brasileiros eram analfabetos funcionais, um número bem menor comparado aos dados de 2001, que eram de 39%. Esses resultados evidenciam que o Brasil já avançou, principalmente nos níveis iniciais do alfabetismo, mas não conseguiu progressos visíveis no alcance do pleno domínio de habilidades que são hoje condição imprescindível para a inserção plena na sociedade letrada (INAF, 2012). Nesse contexto é essencial a adoção de medidas para ajudar estes indivíduos a compreenderem corretamente as orientações para cuidados de saúde (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009).

Desse modo, surge o conceito de Letramento Funcional em Saúde (LFS). O LFS exige muito mais que habilidade de leitura, e sim outras competências como: o numeramento, a

habilidade de fala, a audição, o uso de tecnologia, entre outras. Essas competências incluem entender, interpretar e analisar informações de saúde, aplicar essas informações em uma determinada situação de saúde, dar consentimento, entre outros (PASSAMAI *et al.*, 2012; KANJ; MITIC, 2009).

Existem várias definições para o termo Letramento Funcional em Saúde (LFS). A falta de um consenso na definição do que seja o LFS, mostra uma incompletude conceitual e demonstra que este é um fenômeno em constante evolução e que a literatura ainda não consegue abranger a complexidade do termo (PASSAMAI *et al.*, 2012). As definições mais utilizadas são a da Organização Mundial da Saúde e a do *Institute of Medicine (IOM)*.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998, p. 10), LFS representa “*as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para ter acesso, a entender e usar informações de forma a promover e manter uma boa saúde*”.

O LFS implica na realização de um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e condições de vida. Assim, o LFS, além de melhorar o acesso das pessoas à informação em saúde e a capacidade delas de usá-las de forma eficaz, é fundamental para o empoderamento (WHO, 1998).

O LFS também é descrito pelo IOM, como “*o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde*” (IOM, 2004, p. 32).

O IOM destaca que embora um indivíduo possua as competências para um letramento básico, não é garantia de que este tenha a mesma competência para ler e compreender todos os tipos de textos escritos. Portanto, seria necessário, por exemplo, que se conhecesse as palavras individualmente e se compreendesse os termos e conceitos que estão sendo abordados em um texto específico (IOM, 2004).

A definição do IOM tem um sentido abrangente, pois essa “capacidade” é mediada por fatores como a educação, a cultura, a linguagem, as crenças, etc. Também quando se fala em “tomada de decisões adequadas em saúde”, essa é mediada por fatores como a interação dos sujeitos nos ambientes de saúde, a influência da mídia e da política, do mercado, etc., levando em consideração tanto os fatores individuais como sociais (PASSAMAI *et al.*, 2012). Neste estudo o conceito adotado de LFS foi o do IOM.

Segundo Kanj & Mitic (2009), têm-se identificado seis aspectos para compreender a importância do LFS para a saúde pública: o grande número de pessoas afetadas por limitado

letramento e/ou LFS; o pobre estado de saúde; o aumento das taxas de doenças crônicas; o aumento dos custos com cuidados de saúde; as exigências das informações em saúde; e, a equidade.

Nesse contexto, o LFS é um conceito relevante principalmente nos aspectos que envolvem o processo saúde-doença da população, pois essa abordagem exige a melhoria dos recursos que as pessoas necessitam para ter um posicionamento ativo frente às questões da própria saúde, dos seus familiares e da sua comunidade, incluindo nesse processo a capacidade de mudar as condições de saúde vigentes. O baixo LFS tem consequências diretamente relacionadas com a saúde da população, como no envolvimento das pessoas em práticas de saúde preventiva, na detecção precoce de doenças, no gerenciamento das doenças crônicas e no acesso e utilização dos serviços de saúde (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

2.2 Estado da Arte sobre Letramento Funcional em Saúde

O LFS é um tema amplamente abordado no cenário internacional. Estudos realizados pela *World Health Communication Associates* revelam que no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Canadá, de 20% a 50% da população têm baixa competência em LFS, o que pode comprometer o estado de saúde individual e coletivo (WHCA, 2010).

Um estudo realizado na Austrália, que mediu o LFS de uma amostra da população, revelou que até um quarto da população pode ter baixo nível de LFS (BARBER *et al.*, 2009). Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic & Marinkovic (2009), em Belgrado, na Sérvia, avaliaram o LFS e sua associação com variáveis sociodemográficas, auto-percepção da saúde e presença de doenças crônicas em pacientes na atenção primária em saúde, e encontraram que ele estava inadequado em 41% dos sujeitos, e obtiveram diferenças significativas quanto à idade, escolaridade e condições crônicas.

Um outro estudo realizado na Turquia, que avaliou o LFS em adultos, identificou que 28,1% da amostra tinha LFS adequado (OZDEMIR *et al.*, 2010). A maioria dos estudos desenvolvidos demonstra que os indivíduos, apesar de compreenderem as informações em saúde, não as utilizam para ter um resultado de saúde adequado (JOVIC-VRANES; BJEGOVIC-MIKANOVIC; MARINKOVIC, 2009; OZDEMIR *et al.*, 2010).

Além disso, esses estudos revelam que o baixo LFS nos indivíduos resulta em baixa capacidade para auto-gerir o processo saúde-doença, compreensão incorreta das orientações para saúde, baixa adesão aos cuidados de saúde, pouca participação nos serviços de saúde, e até aumento de internações hospitalares e taxas de mortalidade mais elevadas (ISHIKAWA;

YANO, 2008; JOVIC-VRANES; BJEGOVIC-MIKANOVIC; MARINKOVIC, 2009; WHCA, 2010; BERKMAN *et al.*, 2011).

Outros estudos também têm abordado e refletido amplamente sobre: o conceito de LFS (NUTBEAM, 2008; PEERSON; SAUNDERS, 2009; FRISCH *et al.*, 2012; SORENSEN *et al.*, 2012; RYAN; COSTELLO-BRANCA, 2015), instrumentos para medi-lo (RAWSON *et al.*, 2010; SHAH *et al.*, 2010; JORDAN *et al.*, 2013; ABEL *et al.*, 2014), importância do LFS para o paciente e sua participação no cuidado de saúde (ISHIKAWA; YANO, 2008; BERKMAN *et al.*, 2011; SHERIDAN *et al.*, 2011), LFS em pacientes na atenção primária (JOVIC-VRANES; BJEGOVIC-MIKANOVIC; MARINKOVIC, 2009; TAGGART *et al.*, 2012).

No Brasil, não se tem pesquisas de amplitude nacional que evidenciem o grau de LFS e se o fenômeno pode estar afetando o resultado de saúde da população. Apesar disso, alguns autores vêm trabalhando pontualmente com o tema, e pode-se observar que a temática vem sendo cada vez mais desenvolvida no Brasil, com estudos mais recentes.

O estudo de Carthery-Goulart *et al.* (2009), que avaliou o LFS em adultos na cidade de São Paulo - SP, segundo a idade e a escolaridade, evidenciou que 32,4% da amostra tinha inadequado LFS, e que entre os idosos, esse índice aumentou para 51,6%. Mais recentemente, foi publicado um estudo realizado em Fortaleza – CE, que avaliou se o LFS de adultos usuários da Atenção Básica do SUS pode ser um caminho para aprimorar as ações de saúde e prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Os autores abordam amplamente o tema imergindo-o no contexto da Atenção Básica e, seus achados mostraram que 68,1% da amostra apresentava limitado LFS e que houve diferenças significativas nas variáveis sexo, idade, escolaridade, tipo de escola em que estudou e hábito de ler (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Outros estudos vêm sendo desenvolvidos em contextos mais específicos, como o de Maragno (2009), que verificou associação entre LFS e adesão à terapia medicamentosa; Oliveira, Porto & Brucki (2009), que mediu LFS em indivíduos com doença de Alzheimer e comprometimento cognitivo leve, comparados a controle saudáveis; Paskulin *et al.* (2012), que analisou qualitativamente o LFS em idosos, como esses buscam, compreendem e partilham informações a respeito da saúde; Moraes (2014) analisou o nível de letramento funcional em saúde e o conhecimento sobre doença renal crônica dos pacientes em tratamento pré-dialítico em um hospital de ensino do município de Goiânia; Sales *et al.* (2015), que avaliou o LFS de mulheres brasileiras atendidas pelo sistema público de prevenção e tratamento do câncer de mama; e o de Machado *et al.* (2015), que também fez análise

qualitativa do LFS, e descreveu como pessoas idosas buscam, compreendem e partilham informações que auxiliam no autocuidado de condições crônicas de saúde.

Alguns estudos trabalharam o tema em revisões da literatura, como o de Volpato, Martins & Mialhe (2009), que abordou o tema a respeito da elaboração de bulas e seu efeito na compreensão do uso de medicamentos pelos pacientes. Passamai *et al.* (2012), fizeram uma reflexão sobre o LFS e sua interação na comunicação entre usuários, profissionais e sistema de saúde, e suas consequências na saúde pública. Santos *et al.* (2012), escreveram a respeito do LFS e sua relação e importância na área da nefrologia. Machado *et al.* (2014), abordou a questão dos instrumentos utilizados para avaliar o LFS de idosos hipertensos. Santos *et al.* (2015) abordaram o LFS na perspectiva da produção da enfermagem gerontológica.

Alguns estudos realizados no Brasil também abordaram ferramentas para medir/avaliar o LFS, como o de Apolinário *et al.* (2012), que validou um instrumento em português para avaliar o LFS em idosos. Paskulin *et al.* (2011), adaptou um instrumento para o português para avaliar o LFS em pessoas idosas. Santos, Paixão & Osório-de-Castro (2013), descreveram a construção de uma ferramenta para avaliar o LFS de sujeitos de pesquisa.

2.3 Instrumentos que medem/avaliam o Letramento Funcional em Saúde

Existe na literatura diversos instrumentos para medir/avaliar o LFS, principalmente no cenário internacional. Porém, no Brasil são poucos os instrumentos utilizados ou validados. Serão descritos os principais instrumentos, que já foram utilizados no Brasil e/ou validados em português: o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (PARKER *et al.*, 1995); o *Short-TOFHLA* (S-TOFHLA) (PARKER *et al.*, 1995; BAKER *et al.*, 1999); o *Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults* (SAHLSA-50) (LEE *et al.*, 2006), e por fim uma versão brasileira do instrumento canadense *Health Literacy* (KWAN, FRANKISH, ROOTMAN, 2006; PASKULIN *et al.*, 2011).

O teste TOFHLA é formado por dois subtestes: um composto por 17 itens, que mede a habilidade numérica (numeramento), e, outro com 50 itens, que avalia a compreensão de leitura. Foi desenvolvido para avaliar o nível de entendimento dos pacientes em relação à comunicação no setor médico, como receitas médicas, instruções para exames, entre outros. O teste foi conduzido em dois hospitais nos Estados Unidos da América, com uma versão em inglês e outra em espanhol. Foi constatado no estudo que um terço dos pacientes eram incapazes de ler materiais básicos relacionados com a saúde, sendo essa prevalência significativamente maior entre os idosos (PARKER *et al.*, 1995).

O TOFHLA mostrou-se como um indicador válido e confiável para avaliar a capacidade dos pacientes para entenderem materiais relacionados à saúde, sendo uma ferramenta confiável para se medir o LFS de adultos no setor saúde. A aplicação do mesmo tem uma duração média de 22 minutos (PARKER *et al.*, 1995).

A versão mais breve desse instrumento, o S-TOFHLA, tem o mesmo objetivo do TOFHLA, porém é mais curto e de fácil administração, e com confiabilidade semelhante. O teste possui quatro itens numéricos, duas passagens de texto com 36 itens e o tempo máximo de duração da aplicação é de 12 minutos. É estabelecido um sistema de pontuação e de corte para identificar se o LFS é adequado ou não. O teste também estabelece níveis de LFS de acordo com a pontuação: inadequado, marginal e adequado (BAKER *et al.*, 1999).

O S-TOFHLA tem sido bastante utilizado nas pesquisas no Brasil, sendo inclusive avaliado seu desempenho em adultos na cidade de São Paulo-SP, e classificado como adequado para avaliar o LFS da população brasileira (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009).

O teste SAHLSA-50 é uma ferramenta de avaliação do LFS validada em espanhol. O teste consiste de 50 itens que avaliam a capacidade do respondente de pronunciar e compreender termos médicos comuns (LEE *et al.*, 2006). Uma versão em português do teste foi validada no Brasil, com uma amostra de 226 idosos brasileiros na cidade de São Paulo-SP, e considerou-se boa validade e consistência, podendo ser utilizado para avaliar o grau de LFS (APOLINARIO *et al.*, 2012).

Por fim, um instrumento criado no Brasil, que trata-se de uma adaptação transcultural e que fundamentou-se em um instrumento desenvolvido por pesquisadores canadenses denominado *health literacy* (KWAN, FRANKISH, ROOTMAN, 2006). Este instrumento analisa, com base em uma situação de saúde/doença vivenciada recentemente, como as pessoas idosas buscam, compreendem e partilham as informações em saúde para tomar decisões sobre sua saúde e sua vida (PASKULIN *et al.*, 2011).

O instrumento tem essencialmente caráter qualitativo e é composto por questões abertas e fechadas, e as perguntas partem de um interesse/preocupação em saúde vivenciado e escolhido pelo participante, que responde às questões baseado em uma situação concreta. As questões abordam o significado de envelhecimento saudável às pessoas idosas, a autopercepção de saúde, as fontes de informação utilizadas quanto às questões relacionadas à sua saúde, a satisfação e confiança nas informações obtidas, a utilidade das informações e o entendimento das mesmas pelos idosos, a coerência das informações recebidas, as pessoas que o idoso dividiu, o que aprendeu e o impacto dessas informações em sua vida (PASKULIN *et al.*, 2011). Este será o instrumento utilizado no presente estudo.

2.4 A pessoa idosa, as redes de Atenção Primária à Saúde e o Letramento Funcional em Saúde

De acordo com a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. Dados descrevem que existem no Brasil aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. (BRASIL, 2010).

No Rio Grande do Sul (RS), dados mostram que a população idosa vem aumentando significativamente. Em 2010, a população idosa era de 13,66% do total da população, porém dados mais recentes do PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do ano de 2013, mostram o total da população idosa no RS em 16,60%. O percentual da população idosa da cidade de Rio Grande (RS), segundo o último censo realizado em 2010, fica bem semelhante ao do estado, com um percentual de 13,89%, mais de 27 mil idosos, se considerada a população geral de mais de 190 mil pessoas (IBGE, 2010a; 2010b; 2013a).

Dessa forma, o envelhecimento populacional no Brasil exige o desenvolvimento de ações capazes de contemplar ao processo de saúde-doença na velhice, visando um envelhecimento ativo e participativo. Por isso, o cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre a equipe de saúde, a pessoa idosa e a família (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada pela Portaria 2.528 de 2006, tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando assim, medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006)

Nesse contexto, a Atenção Básica é o contato preferencial e principal porta de entrada dos usuários/idosos com os sistemas de saúde. Ela orienta-se através dos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), foi aprovada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Atenção Básica é caracterizada *“por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”* (BRASIL, 2012, p. 19). A Atenção Básica está

fundamentada na prática do trabalho em equipe, e desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, e dirigidas a populações de territórios bem definidos (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adstrita, na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2007).

A ESF deve ser composta de uma equipe multiprofissional com, no mínimo, um médico, um enfermeiro, e um auxiliar/técnico de enfermagem, podendo contar ainda com um cirurgião-dentista e um auxiliar/técnico de saúde bucal, e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que devem cobrir, no máximo, 750 pessoas por ACS e ser no máximo 12 ACS por equipe. Cada equipe de saúde da família deve cobrir, no máximo, 4.000 pessoas, levando em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias a serem atendidas (BRASIL, 2012).

A atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica e o exame físico. Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo (BRASIL, 2007).

O trabalho da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve promover ao máximo a autonomia da pessoa idosa frente às suas necessidades, propiciando boas condições para a melhoria da sua qualidade de vida. Nesse contexto, o enfermeiro realiza ações específicas direcionadas à saúde da pessoa idosa: atenção integral à pessoa idosa, assistência domiciliar, consulta de enfermagem, supervisão e coordenação do trabalho dos ACS e equipe de enfermagem, atividades de educação permanente e interdisciplinar com os demais membros da equipe, e orientação do idoso ou familiar/cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos (BRASIL, 2007). A consulta de enfermagem, as atividades em grupo, as visitas domiciliares e o acompanhamento dos idosos com demais membros da equipe são

atividades que mais são desenvolvidas por enfermeiros com idosos na Atenção Básica (GAUTÉRIO, SANTOS, 2013).

Nesse sentido, as práticas de educação em saúde constituem-se como instrumento importante para trabalhar no processo saúde-doença, e está presente em todas essas atividades do enfermeiro com a pessoa idosa na Atenção Básica (GAUTÉRIO, *et al.*, 2013). A Educação em Saúde é definida como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde (BRASIL, 1993).

Para que essas atividades e ações que são realizadas sejam efetivas, o enfermeiro e demais profissionais de saúde utilizam-se principalmente da educação em saúde como ferramenta para concretizar as orientações e cuidados com os idosos. Contudo, é preciso saber o quanto essas pessoas estão de fato assimilando (obtendo, processando e entendendo), empoderando-se e utilizando esse conhecimento corretamente em suas vidas. Isso se dará através do conhecimento do grau de LFS dessa população específica. Esse pode ser um caminho para aprimorar o planejamento, execução e avaliação dessas ações, e melhorar a interação usuário-profissional-sistema (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Entre a população idosa, o analfabetismo funcional totaliza 49%, e 23% declaram não saber ler e escrever o próprio nome. Tal fato confirma a necessidade tanto de saber o grau de LFS dessa população, quanto a prioridade de ações envolvendo o LFS (TORQUATO, MASSI, SANTANA, 2011). Nesse sentido, cabe destacar o papel que profissionais da saúde e da educação podem desempenhar nesse cenário, formulando propostas capazes de promover um envelhecimento saudável a partir do desenvolvimento de práticas de letramento capazes de inserir o sujeito idoso na sociedade atual (TORQUATO; MASSI; SANTANA, 2011; SOUZA FILHO; MASSI; RIBAS, 2014).

Os estudos que medem o grau de LFS em idosos são escassos no Brasil, mas o tema vem sendo pontualmente trabalhado por alguns autores. O estudo realizado em Porto Alegre – RS, com o objetivo de analisar como pessoas idosas buscam, compreendem e partilham informações a fim de manter e promover a saúde o longo da vida, foi um importante estudo que subsidia o trabalho de enfermeiros e demais profissionais da atenção básica nas intervenções realizadas (PASKULIN *et al.*, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa se caracterizou por exploratória, pois visa proporcionar maior familiaridade com o problema, de modo que possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão. Ela permite ao pesquisador escolher as técnicas mais adequadas para a sua pesquisa e decidir sobre as questões que mais necessitam de atenção e investigação detalhada, e pode alertá-lo devido a potenciais dificuldades, as sensibilidades e as áreas de resistência (GIL, 2009).

A pesquisa também foi descritiva, visando descrever as características de uma determinada população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis, assumindo assim a forma de levantamento. Um estudo descritivo é uma descrição detalhada da forma como se apresentam os fatos (GIL, 2009).

A pesquisa qualitativa permite dar voz aos sujeitos para apreender os significados, focalizando o indivíduo e a sociedade em um nível que visa à construção da realidade e que não pode ser quantificado, trabalhando com um universo de crenças, valores, significados, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Esta abordagem procura reconhecer processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, sendo seu objetivo e indicação final, proporcionar a construção e/ou revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado (MINAYO, 2012).

3.2 Local do estudo

O local do estudo foi a UBSF Dr. Romeu Selistre Sobrinho. A referida unidade localiza-se no Campus Carreiros da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), juntamente ao Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAIC), na cidade de Rio Grande – RS. A UBSF CAIC, como é chamada, possui uma equipe de saúde da família, contendo uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, uma auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde. Também integra-se à equipe a quinta turma da RMSF.

A unidade foi a quarta UBSF a ser implantada no município (área 4), sendo fundada no dia 09/07/2001, tendo 14 anos de funcionamento. A sua área adstrita corresponde às ruas A, B, C e D do Bairro Castelo Branco II (microáreas 1, 2, 3 e 4); o Condomínio Solar dos Carvalhal, a Vila São Jorge, e as Casas do Estudante da FURG (Casa do Estudante Interna, Hotel de Trânsito e Casa do Estudante localizada na rua Padre Nillo Gollo, 145) (microáreas 5

e 6). O total de famílias atendidas na UBSF CAIC é de aproximadamente 785 famílias, com 2600 pessoas adstritas à unidade.

3.3 Sujeitos

Os sujeitos participantes foram 23 idosos atendidos e adstritos à referida unidade no período de realização da pesquisa. Na UBSF CAIC há uma população de 168 idosos, que refere-se a 6,46% do total de pessoas. Os sujeitos do estudo foram selecionados com base nos seguintes critérios: pacientes com idade igual ou superior a 60 anos; e ser adstrito à área de abrangência da UBSF. Os critérios de exclusão foram: apresentar discurso desconexo com perdas importantes de memória que impeçam a resposta às questões do instrumento de coleta de dados.

Os sujeitos foram selecionados intencionalmente através de uma amostragem por conveniência. Neste tipo de amostra, o pesquisador busca compor o estudo com sujeitos que possuam as características descritas metodologicamente, que pertençam à população pesquisada e que sejam de fácil acesso ao investigador; o viés de conveniência pode ser reduzido, arrolando-se todas as pessoas que atendam aos critérios de inclusão em um determinado período de tempo (HULLEY *et al.*, 2008).

3.4 Coleta de dados

Para coletar os dados foi utilizado o instrumento *Health Literacy* adaptado e validado em português por Paskulin (2011) (ANEXO A). Ele é composto por questões abertas e fechadas com o objetivo de avaliar como os idosos buscam, compreendem e partilham informações em saúde. O referido instrumento foi descrito na revisão de literatura deste estudo. O uso do instrumento foi autorizado pela pesquisadora que fez a adaptação e validação do instrumento para uso com pessoas idosas no Brasil (ANEXO B).

A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2015, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG e do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC). Os dados foram coletados diretamente pela residente em Saúde da Família, autora deste projeto de trabalho de conclusão de curso da RMSF, através de entrevistas que foram gravadas em um gravador de voz e transcritas posteriormente. Para garantir o anonimato e a confidencialidade cada idoso foi identificado pela letra I seguida do número da entrevista.

Os idosos foram convidados pela residente para participar da pesquisa quando compareciam na UBSF para realizar algum tipo de atendimento ou em seus domicílios, quando a mesma realizava visita domiciliar de rotina junto com os agentes comunitários de saúde da UBSF. Foram explicados os objetivos, os riscos e benefícios e após os idosos que aceitaram participar, assinaram ou colocaram a impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

As entrevistas foram realizadas em uma sala da UBSF que foi destinado para esse fim ou no domicílio do idoso quando a entrevista foi realizada por meio de visita domiciliar. Foi realizado um teste piloto com um idoso fora da área de abrangência da UBSF, no início de agosto de 2015, antes da realização da coleta de dados na UBSF.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do método de análise textual discursiva. Essa abordagem de análise pode ser concebida como um processo auto-organizado de produção de novas compreensões em relação aos fenômenos que examina (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A análise proposta organiza argumentos em torno de quatro focos. Os três primeiros compõem um ciclo, no qual se constituem como elementos principais: **desmontagem dos textos**, também chamado de unitarização, em que são examinados os materiais e seus detalhes, e fragmentando-os para atingir unidades de significado referentes ao fenômeno estudado; **estabelecimento de relações ou categorização**, onde reúnem-se as unidades de significado semelhantes, podendo gerar vários níveis de categorias de análise; **captando o novo emergente**, onde a intensa impregnação nos materiais da análise desencadeada pelo processo anterior possibilita uma compreensão renovada do todo, fechando o ciclo de análise. Por fim, o último foco, **um processo auto-organizado**, onde após a fragmentação e desorganização proposta na primeira fase, ocorre uma reconstrução com emergência de novas compreensões (MORAES, GALIAZZI, 2011).

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi cadastrado no site da Pró-Reitoria de Pesquisa (propesp) e cadastrado na Plataforma Brasil, e após foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (EEnf) da FURG, pelo qual foi apresentado em reunião do Conselho da EEnf. Após homologação, o presente projeto foi encaminhado ao CEPAS da FURG, o qual obteve aprovação sob o parecer nº 61/2015 (ANEXO C), e posteriormente ao NUMESC da

Secretaria Municipal do Rio Grande, o qual também obteve aprovação sob o parecer 06/2015 (ANEXO D).

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

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes

Tabela 1 – Distribuição dos idosos (n=23) segundo sexo, estado conjugal, escolaridade, faixa etária. Rio Grande, RS, 2015.

| Características | | Nº | (%) |
|------------------------|----------------------|----|------|
| Sexo | Masculino | 7 | 30,4 |
| | Feminino | 16 | 69,5 |
| Estado Conjugal | Solteiro (a) | 6 | 26,0 |
| | Casado (a) | 10 | 43,4 |
| | Viúvo (a) | 5 | 21,7 |
| | Divorciado (a) | 2 | 8,6 |
| Escolaridade | Analfabeto | 3 | 13,0 |
| | 1 a 4 anos de estudo | 13 | 56,5 |
| | 5 a 8 anos de estudo | 7 | 30,4 |
| Faixa etária | 60-70 anos | 15 | 65,2 |
| | 71-80 anos | 6 | 26,0 |
| | Acima de 80 anos | 2 | 8,6 |

A média de idade dos participantes foi de 68 anos, variando entre 60 e 85 anos. Predominou-se a baixa escolaridade entre os idosos entrevistados, sendo a média verificada de 2,91 anos de estudo, variando em zero (analfabeto) e sete anos de estudo. Essa média é inferior a nacional para idosos acima de 65 anos em 2012, que foi de 4,2, e muito inferior a da população em geral, acima de 25 anos, que é de 7,6 (IBGE, 2013b). Isto pode influenciar diretamente nos resultados do LFS, pois pessoas idosas com baixa escolaridade tendem a apresentar maior dificuldade no entendimento, obtenção e uso das informações em saúde, como evidenciado em outros estudos (JOVIC-VRANES; BJEGOVIC-MIKANOVIC; MARINKOVIC, 2009; TORQUATO; MASSI; SANTANA, 2011; ERIKSSON-BACKA, *et al.*, 2012).

A totalidade declarou ser brasileiro, e nascido no estado do Rio Grande do Sul. Nove (39,13%) tem como cidade natal Rio Grande – RS. A maioria dos idosos entrevistados declarou ter residência própria (91,3%) e morar com esposo (a) (43,4%) e com filhos (as)

(30,4%). A renda familiar mensal variou de um a dois salários mínimos, com média de 1,76. A renda individual mensal dos idosos também variou de 1 a 2 salários mínimos, com média de 1,15. O valor do salário mínimo na época da coleta é de R\$ 788,00. Este foi um aspecto relevante identificado neste estudo, pois a maioria dos idosos apresentou a renda inferior à familiar mensal per capita no Brasil, que é de R\$ 1040,00.

A saúde pode ser afetada ao longo da vida pelas características do contexto social, como a renda que pode levar a desigualdades nas exposições e vulnerabilidades, e interferir no bem-estar, independência funcional e qualidade de vida dos idosos (GEIB, 2012). A baixa renda e baixa escolaridade também foram evidenciadas em estudos sobre LFS, e elas contribuem para dificuldade de acesso à informação e aos serviços de saúde (MACHADO, *et al.*, 2015;).

Os participantes foram questionados, por último, se participam de algum grupo de educação em saúde na Unidade, e sete (30,4%) disseram participar do “Grupo de Crônicos” da UBSF CAIC, denominado atualmente “De bem com a vida”.

Para alcançar o objetivo do estudo, os resultados estão organizados em cinco categorias *a priori*, seguindo o roteiro do instrumento de coleta de dados (ANEXO A). São elas: “O processo saúde-doença”; “busca por informações em saúde”; “compreensão das informações em saúde”; “compartilhamento das informações em saúde”; e “repercussões das informações em saúde”.

4.2 Categoria 1 – O processo saúde-doença

Nesta categoria, emergiram três categorias intermediárias: “significado de envelhecimento saudável”, “situações de saúde escolhidas” e “percepção e representação da situação de saúde vivenciada”.

4.2.1 Significado de envelhecimento saudável

Nas entrevistas, os idosos trouxeram três questões significativas para envelhecer saudável: autocuidado à saúde, vida ativa e sentimentos bons. O **autocuidado à saúde** é visto pela maioria dos idosos entrevistados, como uma das principais formas de envelhecer saudável, evidenciado através de medidas como ter uma boa alimentação, prática de exercícios físicos, consultas médicas regulares, ida à unidade de saúde, adesão a tratamentos de saúde, e ausência de sintomas, evidenciado nas falas:

[...] o envelhecimento saudável nós temos que fazer algumas caminhada, saber se alimentar né no dia-a-dia [...] (I 01)

[...] eu acho que é se cuidar [...]é fazer o que eu to fazendo, o paciente ir no médico [...] (I 09)

[...] não ter doença é o principal né. Não ter doença [...] (I 02)

[...] é ter uma vida, uma vida com a alimentação saudável, sem incomodação, e se tiver que tomar seus medicamentos, tomar na hora certa [...] (I 04)

Percebe-se também, que para os idosos ter uma **vida ativa**, podendo realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs) e demais atividades, como praticar exercícios, dançar, passear, brincar, podendo ter **autonomia e independência** é destacado como um requisito para envelhecer saudável, por grande parte dos idosos, como evidenciado nas falas:

[...] ter disposição pra caminhar [...] não precisar usar bengala [...] e não precisar depender dos outros [...] (I 17)

[...] fico em casa, fazendo meus artesanato, minhas coisa [...] a pessoa tem que se divertir né, passear, pra ter mais saúde né, porque se ficar dentro de casa [...] (I 23)

Sentimentos bons, como felicidade, alegria, paz, tranquilidade, confiança em si mesmo, sentir-se respeitado e valorizado pelos outros também foi destacado pelos idosos como essenciais para um envelhecimento saudável, como evidencia as falas:

[...] envelhecimento saudável é ser bem tratado e ser bem cuidado [...] (I 03)

[...]é acreditar em si mesmo, ter confiança, na idade, na velhice, é isso aí pra mim [...] (I 09)

[...] ter boa saúde e tranqüilidade, a paz, estar tranqüilo, assim [...] (I 10)

Para a maioria das pessoas idosas, o significado de envelhecimento saudável vai além da ausência de doenças, e está relacionado à aquisição de práticas saudáveis, ao autocuidado, a autonomia e a independência, para realização das AVD. Estes aspectos estão contemplados na PNSPI e devem ser trabalhados pelos profissionais que atuam na ESF, através da educação em saúde, propiciando condições para manutenção e melhoria da saúde das pessoas idosas (BRASIL, 2006).

4.2.2 Situações de saúde escolhidas

Tabela 2 – Interesses ou preocupações de saúde citadas pelos idosos. Rio Grande, RS, 2015.

| Temáticas | Nº | Interesses/preocupações |
|------------------------------------|----|---|
| Doenças crônicas | 17 | Hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, bronquite, rinite, mal de Parkinson |
| Sinais e sintomas | 9 | Inapetência, ansiedade, dores, pressão baixa, tonturas |
| Estratégias de autocuidado à saúde | 8 | Alimentação, demora no atendimento de saúde, sentir-se bem |
| Doenças agudas | 6 | hiperplasia próstata, câncer de mama, câncer no lábio, pneumonia, ferida no pé |
| Não pensou | 5 | |

*O número de respostas foi superior, pois os idosos citaram mais que um interesse/preocupação em saúde.

Percebe-se que os interesses ou preocupações em saúde vivenciadas pelos idosos são em sua grande maioria relacionados a doenças crônicas, e foram semelhantes às do estudo canadense (KWAN, FRANKISH, ROOTMAN, 2006). A grande maioria dos idosos (15) escolheu alguma situação dessa temática para dar seguimento à entrevista. Uma idosa escolheu um sinal/sintoma, uma outra idosa escolheu uma doença aguda, e uma outra idosa escolheu uma estratégia de autocuidado à saúde (alimentação saudável), o que já nos mostra que as doenças ou os sinais e sintomas por elas causados são de grande preocupação para os idosos, pois afetam diretamente a sua qualidade de vida. Um idoso não havia pensado nada que o preocupasse, e não escolheu situação de saúde.

A escolha por doenças crônicas para dar seguimento à entrevista pode estar relacionada ao fato de não terem sido totalmente esclarecidos sobre as mesmas, e sobre os sinais e sintomas que os acometem, procurando sempre retomá-las quando questionados sobre sua saúde. No estudo foi grande o número de idosos que possuíam agravos crônicos.

O conhecimento LFS de pessoas com doenças crônicas influencia diretamente no seu autocuidado, desde a prevenção e diagnóstico até o entendimento da doença e seu tratamento

(SAMPAIO, *et al*, 2015). Além disso, também possibilita aos profissionais de saúde trabalhar com a melhoria dos recursos que as pessoas necessitam para ter um posicionamento ativo frente às questões da própria saúde, dos seus familiares e da sua comunidade (KANJ; MITIC, 2009).

Quando questionados há quanto tempo pensavam na situação de saúde escolhida, as respostas variaram entre dois meses até dez anos, em média três anos e meio, demonstrando que o interesse ou preocupação em saúde já é vivenciado há bastante tempo pelos idosos, e que isso pode ser um preditivo que não procuram ou não são bem esclarecidos quanto à situação vivenciada.

4.2.3 Percepção e representação da situação de saúde vivenciada

Quando perguntado aos idosos o que era, ou o que significava para ele (a) a situação de saúde escolhida, grande parte dos idosos (14) demonstra uma representação da situação por sinais ou sintomas, como mostra as falas:

[...] a pressão alta depende do sintoma que a gente sente, às vezes a gente tá boa, tá conversando, tá sentada e do nada passa mal [...] (I 03)

[...] muita falta de ar, chiado, me deixa indisposta [...] (I 02)

A maioria dos idosos (12) também relata como a situação afeta a suas vidas, como a perda de qualidade de vida, autonomia e independência, os danos fisiopatológicos causados ao longo do tempo, e também a impotência diante de uma situação crônica, como evidenciado nas falas a seguir:

[...] só tenho vontade de ficar deitada, sem fazer nada [...] (I 02)

[...] podia tá afetando meus rins por causa da (I 01)

[...] eu já não posso mais fazer faxina na minha casa, não posso mais fazer [...] (I 13)

Alguns idosos percebem o itinerário terapêutico e a trajetória de descoberta da doença até o tratamento ou cura, como um processo significativo, como vemos nas falas a seguir:

[...] então nós fomos ao médico, aí o médico disse assim: ah, vamos operar [...] *não, vamos no outro médico! Ai fui no outro médico, o outro médico disse, não vamos dar um tratamento pra ele [...]* (I 05)

[...] me deu o primeiro tratamento com pomadas [...] *ai eu fiz a biópsia [...]* *disse olha, não tem nada, tá assim, descartado [...]* (I 14)

Outros idosos também relataram como significado da situação de saúde vivenciada os cuidados para manter-se saudável ou para reduzir os danos decorrentes das doenças crônicas, como evidencia as falas:

[...] comecei a não dar importância a certas conversas, certas incomodações, para manter a pressão baixa e não deixar abalar meu lado emocional [...] (I 04)

[...] pra mim é assim, comer frutas, legumes, alimentos mais... adequado! [...] (I 08)

[...] tenho que comer uma comida magra, fazer regime [...] (~I 21)

O significado da situação de saúde escolhida pelos idosos é complexo, e reflete que o mais importante para os idosos é o impacto trazido pelas condições crônicas na vida deles, seja pelos sinais e sintomas, perda de autonomia/independência, ou com as mudanças de hábitos e tratamentos que terão que seguir. O idoso constrói uma história sobre a doença ou a sua prevenção para tentar entender o que está acontecendo consigo (PASKULIN, *et al.*, 2012). É importante que os profissionais compreendam esses significados, e fiquem atentos a esses impactos trazidos na vida dos idosos, pois a compreensão do que é a saúde para os idosos influenciará diretamente na tomada de decisões em saúde, e também perpassa o LFS (GROLEAU, 2011).

4.3 Categoria 2 – Busca por informações em saúde

Nesta categoria estão descritas as respostas e significados referente à busca por informações em saúde e emergiram quatro categorias intermediárias: “principais dúvidas relatadas pelos idosos”; “fontes de informações e sua satisfação”; “representação da obtenção das informações”; e “utilidade e confiança nas informações”.

4.3.1 Principais dúvidas relatadas pelos idosos

Os idosos relataram diversas dúvidas sobre a situação de saúde vivenciada, o que mostra que não foram esclarecidos ou não procuraram informações que as esgotassem. As principais dúvidas foram em relação a tratamento e cuidados para manter-se saudável e reduzir os danos das doenças crônicas (12 idosos), sobre as repercussões que poderiam afetar as suas vidas (seis idosos), sobre a fisiopatologia e causas (cinco idosos), e sinais e sintomas das doenças (quatro idosos). Quatro idosos não tinham nenhuma dúvida sobre a situação de saúde escolhida. É importante que os profissionais de saúde ao repassarem informações de

saúde questionem e levem em conta essas dúvidas na sua abordagem, levando a aquisição de conhecimentos e práticas que visem controlar os problemas de saúde (MARTINS, *et al.*, 2015).

4.3.2 Fontes de informações e sua satisfação

Os idosos citaram como primeira fonte para a busca de informações em saúde, a UBSF CAIC (12 idosos), seguido de hospitais (quatro idosos) e consultórios de especialistas (quatro idosos). Uma idosa citou como primeira fonte de informação a televisão. Os profissionais mais procurados foram prioritariamente médicos, seguidos de enfermeiros, técnicos de enfermagem e odontólogos.

Quando questionada a procura de outras fontes, 14 idosos disseram ter procurado outras fontes de informação, demonstrando que a primeira fonte não esgotou todas as dúvidas e possibilidades de informação para os idosos. As fontes mais citadas foram a UBSF CAIC e hospital, consultórios particulares, parentes e amigos, grupos de convivência, internet, e televisão.

Outras fontes de busca de informação menos citadas, porém consideradas com importante destaque, como vemos, foram os meios de comunicação, pela diversidade de informações expostas, o que evidencia que apesar da baixa escolaridade dos idosos estudados, estes estão procurando cada vez mais alternativas mais modernas, como a inclusão digital, que se coloca como alternativa cada vez mais presente na sociedade atual. No estudo canadense (KWAN, FRANKISH, ROOTMAN, 2006) os meios de comunicação foram mais utilizados, e em um outro estudo realizado em Londres, na Inglaterra, mostrou que o uso da internet e o engajamento social ajudam os idosos a manter o LFS eficiente durante o envelhecimento (KOBAYASHI, WARDLE, VON WAGNER, 2015).

Os idosos em geral sentiram-se satisfeitos ou muito satisfeitos (19 idosos com a primeira fonte e 13 idosos com as demais fontes). Apenas dois idosos sentiram-se neutros. Não houve insatisfação com as fontes de informação.

4.3.3 Representação da obtenção das informações

Ao relatarem como foi obter as informações, grande parte (14 idosos) relatou que obtiveram informações relacionadas a cuidados para prevenir danos e manter a saúde, evidenciado pelas seguintes falas:

[...]alimentação, não comer muita gordura e tal [...] (I 10)

[...]eu tenho que fazer atividade física pra voltar, e me alimentar melhor [...] (I 01)

[...] que eu não podia comer doce, nada [...] (I 18)

[...] eu entendi logo que eu tinha que eu não podia me incomodar, eu tinha que ter uma vida sossegada [...] (I 04)

Também foi evidenciado em alguns relatos que as informações recebidas eram somente relacionadas ao diagnóstico e tratamento das doenças, principalmente prescrição de medicações, como mostra as seguintes falas:

[...]ela disse que eu tinha que tomar os remédio direito [...] (I 22)

[...] não explicou nada, só mandou eu fazer o exame! [...] (I 16)

[...] a senhora vai lá, procura o médico, faz uma consulta, marca uma consulta que ai... pode ser um câncer, pode não ser [...] (I 19)

As falas descritas acima demonstram a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde quanto à educação em saúde fornecida, que deve ser mais ampliada. As intervenções de educação em saúde refletem visivelmente no aumento dos níveis de alfabetização em saúde das pessoas. Para tanto, os profissionais de saúde ao repassarem informações sobre saúde precisam conhecer previamente os níveis de LFS dos pacientes e familiares com o intuito de aperfeiçoar as ações educativas (MARTINS, *et al.*, 2015). A educação em saúde desponta como um elo entre os desejos e expectativas dessa população por uma vida melhor e a consolidação da ESF como um programa de saúde mais eficiente (MELO, *et al.*, 2009).

Alguns idosos destacaram ter sido bem esclarecidos, e colocaram o bom atendimento e tratamento como um requisito básico na busca de informações em saúde. Outros idosos, em sua maioria os que citaram como fonte de informação a UBSF CAIC, relataram a confiança e o vínculo com a UBSF e com os profissionais que lá atuam, como importante na busca por informações de saúde, como evidencia as falas:

[...]não me mudo daqui por causa do posto [...] todos enfermeiro gente boa né, me tratam com bastante carinho, todos dali do posto, a médica, qualquer um que eu chego ali, tudo me trata bem [...] (I 23)

[...] Eu só vou aqui né! Me acostumei aqui! [...] (I 16)

A principal fonte de informação buscada pelos idosos foi a UBSF CAIC, o que mostra o diferencial da ESF na vida destes idosos, que demonstraram satisfação, confiança, facilidade de acesso e vínculo com a unidade. O vínculo é um dos pilares da ESF, estabelecendo laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, onde se amplia as responsabilidades individuais e coletivas na promoção da saúde, na prevenção, no

tratamento e recuperação de doenças além de humanizar as práticas de saúde buscando a satisfação do usuário e resolubilidade no atendimento à saúde (TEIXEIRA, *et al*, 2013).

O vínculo é previsto na atenção básica como um suporte no acompanhamento das pessoas idosas, sendo seu diferencial na saúde da família através da atenção continuada e visitas domiciliares, onde os profissionais poderão conhecer e perceber as especificidades desses idosos, adentrar em sua realidade propiciando com isso que o idoso sinta-se mais a vontade e possa aderir as intervenções propostas pela equipe de saúde (BRASIL, 2007). Para o entendimento do LFS dos idosos na Atenção Básica, o vínculo exerce importante papel na medida em que os profissionais têm mais conhecimento e liberdade para trabalhar com essa população.

4.3.4 Utilidade e confiança nas informações

Como fonte mais útil, 15 idosos citaram a UBSF CAIC, três idosos consultórios de especialistas e quatro idosos não diferenciaram fonte mais útil. Dos que citaram como fonte útil os especialistas, não haviam referido a UBSF CAIC como fonte de informação. Entre as fontes que confiam mais, a UBSF CAIC também foi a mais citada (15 idosos). Apenas três idosos citaram especialistas, e também não haviam referido a UBSF CAIC como fonte de informação.

Alguns dos que citaram a UBSF CAIC como fonte mais útil e confiável, referiam-se aos profissionais atuantes no local, e também o vínculo, a facilidade de acesso à unidade, a continuidade do atendimento, e o acompanhamento através da realização de consultas, grupos e visitas domiciliares pela equipe de saúde. Uma idosa citou também o aspecto econômico como utilidade, pois adquire medicamentos e material de curativo na unidade. Também foi destacado nas falas a possibilidade de acolhimento, escuta e troca, o que não é possível com fontes de informação não humanas.

[...] ela já sabe onde eu moro e tudo [...] (I 02)

[...] eu confio muito nessa doutora aqui [...] ela vem periodicamente aqui, nas quinta feira, então uma pessoa que ta mais acostumada comigo, e eu to acostumado com ela, então eu confio mais nela [...] (I 17)

[...]a gente conversando direto neh, faz a diferença! [...] porque aí a gente expõe o que a gente sente, tudo, e a doutora explica tudo, tem o grupo lá né, pra atender, eu acho ótimo lá! [...] (I 06)

Percebe-se que a facilidade de acesso e o vínculo são fatores importantes na busca das informações em saúde e que influencia no LFS dessa população, pois se sentem mais à vontade para buscar a unidade como uma fonte confiável na qual conseguirão respostas na sua busca (MARTINS, *et al.*, 2015).

Uma idosa citou a televisão como meio mais confiável, pela diversidade de informações ali expostas:

[...] na televisão é todos os dias, todos os dias eles mostram alguma coisa [...] na televisão a gente vê mais coisas [...] (I 08)

4.4 Categoria 3 – Compreensão das informações em saúde

Nesta categoria, foram descritas as respostas relacionadas ao nível de entendimento das informações recebidas, a concordância ou discordância de informações, e a palavras que os idosos não entenderam, e o que fizeram a respeito.

Em relação ao nível de entendimento das informações, a maioria dos idosos (18) considerou-as fácil ou muito fácil de entender, um idoso considerou como neutro, e outros 3 idosos consideraram como difícil. Alguns ainda destacaram o interesse próprio como aliado no entendimento das informações:

[...] são fáceis, simplesmente vai depender da gente, do interesse. [...]
(I 04)

[...] eu não achei dificuldade porque eu acho que eu to fazendo a minha parte né? [...] (I 14)

[...] é fácil, só ter vontade né [...] (I 15)

Percebe-se que os idosos consideram a importância do interesse próprio na compreensão das informações, por exemplo quando ouviam palavras que não sabiam o significado. Tal fato demonstra a autonomia dos idosos em suas decisões, na busca e no entendimento das informações de saúde. Eles percebem que a iniciativa não deve ser somente do profissional de saúde, mas que eles também são protagonistas no seu cuidado. O incentivo da autonomia e independência do idoso também deve ser estimulado pelos profissionais da Atenção Básica, como um aliado na promoção e recuperação da saúde dessa parcela da população (BRASIL, 2007).

Quando questionados se havia discordância entre as informações, a grande maioria (20) respondeu que não, porém uma idosa referiu discordância em informações da internet, que muitas vezes podem não ser confiáveis.

[...] eu acho que o médico tava mais certo, porque não ligou uma com o outro, sabe, o que a internet diz e o que o médico fala [...] (I 09)

Ao serem questionados se alguma vez ouviram palavras que não entenderam, ou não sabiam o significado, 10 dos entrevistados disseram nunca ter ouvido. Oito dos idosos ouviram ocasionalmente, e três frequentemente. Diante dessa situação, a maioria (nove) perguntou diretamente para a pessoa, ou para familiares.

[...] aí eu peguei, aí eu vou lá e pergunto pra minhas gurias [...] (I 08)

[...] aí eu vou ter que perguntar! [...] quando eu conheço e não sei, eu procuro saber [...] (I 04)

4.5 Categoria 4 – Compartilhamento das informações em saúde

Nesta categoria é descrito como os idosos compartilham as informações e o que consideram importante para compartilhar. Emergiram duas categorias intermediárias: “compartilhando com outras pessoas” e “aprendizados para compartilhar”.

4.5.1 Compartilhando com outras pessoas

Os idosos relataram, em sua grande maioria, ter compartilhado a sua preocupação ou interesse e as informações recebidas com os familiares (10 idosos), seguido dos amigos, vizinhos ou conhecidos (oito idosos), e também com os profissionais de saúde (seis idosos). Sete idosos preferiram não compartilhar com ninguém. Compartilhar preocupações, principalmente com a família é uma forma de obter ajuda na tomada de decisões, obter apoio e expressar sentimentos (medo, mágoa, insegurança), como forma de alívio, de confiança e vínculo com a pessoa que está compartilhando.

[...]converso mais com os filhos, em quem a gente confia mais, né [...]
(I 09)

[...] com o pai, com a minha irmã, com quem eu fico mais junto, né?
[...] (I 04)

[...] foi bom que ela me ajudou, ela disse ah, mas tu tem que seguir o que é [...] (I 15)

[...] a gente tem que dar força pros outros [...] (I 19)

O compartilhamento das informações também propicia que haja a transmissão de conhecimentos e aprendizados para outras pessoas, tornando-se multiplicadores de saúde e levando conscientização a outros idosos.

[...] os cuidados eu já até passei os cuidados, o médico passou pra mim eu já passo pra outros [...] (I 09)

[...] conversei com uma senhora ali, que era diabética também, [...] ela também gostava dum baile, duma cerveja, ela disse que parou ta se sentindo muito bem! [...] (I 22)

A partilha das informações com familiares, amigos ou vizinhos, também foi freqüente nos estudos que utilizaram o mesmo instrumento (PASKULIN, *et al.*, 2012; MACHADO, *et al.*, 2015). A existência de redes de suporte social é um importante elemento no compartilhamento de preocupações e situações para os idosos. O papel da família, amigos e vizinhos como rede de apoio informal na vida da pessoa idosa traz inúmeros benefícios para um envelhecimento bem-sucedido, como a diminuição do stress, bem-estar psicológico e satisfação de vida, sendo, portanto, um dado crucial para a qualidade de vida nos idosos (PAÚL, 2005).

A influência das redes de suporte social no LFS de pessoas idosas é visível, portanto deve ser estimulado na ESF, o incentivo a família e a comunidade na participação de ações educativas à medida que o compartilhamento de informações possibilita a troca de conhecimentos e a execução de práticas favoráveis à saúde (GAUTÉRIO, *et al.*, 2013).

4.5.2 Aprendizados para compartilhar

Quando questionados sobre o que seria mais importante outros idosos saberem, em relação à situação de saúde escolhida, 13 idosos relataram formas de modificar o estilo de vida e comportamentos, expressas em mudanças de hábitos, como cessar o fumo e álcool, aderir a alimentação saudável e prática de atividade física, entre outros, como é expresso nas falas:

[...] é não fumar e não beber [...] (I 21)

[...] que ninguém fume, isso aí é o conselho que eu dou [...] (I 11)

[...] é o exercício e a alimentação [...] (I 06)

[...] ah não comer sal, tomar bastante água, comer bastante fruta, verduras [...] (I 04)

Outro aspecto considerado como importante para outras pessoas idosas saberem foi ter uma compreensão mais ampliada da doença, abordando as causas, tratamentos, e cuidados para evitar o agravamento, destacado por 11 idosos, como é expresso nas falas:

[...] te cuida, não pega frio, que é pra tu não pegar doença [...] (I 17)

[...] é saber se cuidar, tomar remédio direitinho [...] (I 19)

Quando questionado aos idosos se ao compartilhar essas informações, fez diferença na vida dessas pessoas, nove responderam que sim, mas sete dos idosos afirmaram que depende do interesse de cada um, mas que cabe a eles transmitir o que aprendem de bom:

[...]olha, a gente passa, né? Eles não contrariam a gente, mas se vão fazer ou se aceitam aí depende deles, né? [...] (I 04)

[...] eu acho que deve partir do próprio interesse da pessoa [...] se eu acho que eu devo me cuidar, eu vou me cuidar, agora [...] (I 10)

Esses aspectos destacados pelos idosos são reconhecidos como essenciais na promoção da saúde e qualidade de vida, o que também precisa ser estimulado e trabalhado na ESF, principalmente através de grupos de convivência, importante ferramenta que pode ser trabalhada pelas equipes multiprofissionais da ESF (SILVA, *et al.*, 2011; ALVES, *et al.*, 2012).

4.6 Categoria 5 – Repercussões das informações em saúde

Nesta categoria, estão descritas as respostas referentes às repercussões das informações na vida dos idosos e, para os sete idosos que participam do “Grupo de Crônicos” da UBSF CAIC, a repercussão desse em suas vidas.

Quase a totalidade dos idosos (21) reconhece que as informações de saúde que foram buscadas, recebidas ou compartilhadas, fizeram diferença nas suas vidas. As respostas vão de encontro com as temáticas do “envelhecer saudável”. A grande parte dos idosos destacou que as informações melhoraram seu autocuidado e a adesão a tratamentos:

[...]vou procurar me cuidar mais, que é pra não passar pelo mesmo problema, não é? [...] (I 17)

[...]mas aí eu parei com a comida [...] aí comecei a tomar os remédios [...] (I 22)

[...] que eu me cuido mais né [...] que eu sei que eu não posso fazer eu já não faço [...] (I 11)

[...]tomo meus remédio direitinho, né [...] (I 18)

Os idosos ainda destacaram ainda que com as informações recebidas puderam ter uma melhor qualidade de vida e bem-estar, adquirir novos conhecimentos ter uma vida mais ativa, com autonomia e independência, e puderam aceitar melhor a sua condição de saúde.

[...] me sinto melhor hoje [...] (I 09)

[...]melhor em tudo, me achei bem [...]

[...]por que assim, coisas que eu não entendia, que eu não sabia, aqui dentro do posto médico eu pergunto, eu fiquei sabendo de coisas que eu não sabia, que eu não tinha conhecimentos [...] (I 14)

[...] nunca estar parado! [...] (I 21)

Quanto à essas repercussões, percebeu-se que trouxeram benefícios e mudanças à vida dos idosos, e que o “envelhecer saudável” era possível através da obtenção dessas informações em saúde por eles. Essas repercussões citadas provam que o trabalhar com o LFS dessa população é possível, de diversas maneiras na Atenção Básica, como em consultas, visitas domiciliares, grupos, entre outros. Na prática de promoção da saúde, o LFS significa compreender as condições que determinam a saúde e para saber como mudá-las (ABEL, 2014)

Quando questionado sobre a repercussão do “Grupo de Crônicos” em suas vidas, os idosos apresentaram um pouco de sua trajetória neste grupo, que já funciona há aproximadamente seis anos, e tem como público-alvo pessoas com doenças crônicas, onde são trabalhados temas de interesse dos participantes, e realizadas atividades como danças, passeios, caminhadas, entre outras. Além da educação em saúde, o grupo caracteriza-se por ser também um grupo de convivência, onde os participantes trocam experiências e adquirem certa intimidade. No ano de 2015, o grupo ganhou um nome: “De bem com a vida”, e foram confeccionadas camisetas para entrega aos participantes. O grupo tem uma frequência mensal (uma vez por mês), e dos que declararam participar do grupo, a participação variou entre 1 a 6 anos, tendo como média 3,5 anos de participação.

Os idosos relataram que a participação no grupo propicia a eles o bem-estar, a possibilidade de distração, fazer novas amizades, o estabelecimento de vínculos e intimidades e a troca de conhecimentos. Também trazem a vida ativa como fala, desejando que o grupo tenha encontros mais frequentes e com práticas de atividades físicas variadas, esperando que o grupo continue cada vez mais forte na UBSF CAIC.

[...]a gente adquire mais experiência, tem mais conhecimento [...] (I 04)

[...] se pudesse ter mais seguido, e ter exercícios [...] (I 13)

[...] eu espero que esse grupo continue cada vez mais forte [...] (I 21)

[...] eu me sinto bem, eu me sinto na minha casa [...] (I 14)

[...] eu vou, pra escutar, pra ver o que elas vão ensinar pra gente [...] (I 03)

Esses relatos demonstram a importância dos grupos de convivência, permitindo que a pessoa idosa se mantenha ativa e incluída nas atividades sociais, promovendo troca de experiências e melhorando sua auto-estima e qualidade de vida. Além disso, diminui preconceitos dos idosos consigo mesmos, favorece a adesão aos tratamentos, e cria vínculo entre a unidade e a família do idoso, tornando-se também uma rede de apoio e troca de vivências (BRASIL, 2007; SILVA, *et al.*, 2011; CAVALCANTE; FREITAS, 2012). Os grupos também podem ser utilizados para conhecer o LFS dos participantes, o que favorecerá o vínculo e o modelo de intervenção a ser proposto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu ter uma concepção ampliada do LFS considerando a trajetória desses idosos na Atenção Básica e na ESF. O “novo emergente”, proposto por Moraes & Galiazzi (2011) é visualizado neste estudo concluindo que, apesar da baixa renda e escolaridade dos participantes do estudo, o LFS em uma concepção ampliada é adequado a essa parcela da população estudada, e isso se deve principalmente pela facilidade de acesso e o vínculo que esta comunidade tem com a UBSF estudada, o que é fundamental na busca, no entendimento, no compartilhamento e nas repercussões das informações de saúde importantes para esses idosos.

O método qualitativo utilizado neste estudo através do instrumento utilizado (ANEXO A) permitiu um caminho mais viável para avaliação do LFS, pois não abrange habilidades de leitura e de escrita, como na maior parte dos instrumentos utilizados, mas sim uma história e uma trajetória de como os idosos buscam, compreendem e partilham informações de saúde em suas vidas, atingindo assim o objetivo proposto.

O estudo permite aos profissionais que atuam na Atenção Básica, saber como conhecer o LFS de idosos, saber o que os preocupa, como eles buscam, compreendem e partilham informações de saúde, e a partir disso desenvolver ações que permitam um LFS adequado. Proposto como desafio, cabe aos profissionais atuantes nesta UBSF, bem como todos os profissionais que atuam em equipes da ESF e Atenção Básica, utilizar a educação em saúde como ferramenta para empoderar a população idosa para seu autocuidado, autonomia e independência, através de consultas, visitas domiciliares, ou grupos na unidade, estreitando os laços de vínculo e avaliando as necessidades de conhecimento dos mesmos.

Destaco aqui também, a importância dos grupos na ESF, e a atuação de diversos profissionais além da equipe mínima (educação física, psicologia, nutrição, fisioterapia, assistência social, entre outros), através de residências multiprofissionais, ou através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) trabalhar o inter/trans/multidisciplinar, promovendo atividades de inclusão e que proporcionem uma vida ativa para o envelhecimento saudável. É através dos grupos que poderemos conhecer as necessidades de informações, deficiências no entendimento, e possibilidade de compartilhamento, conhecendo assim o LFS desses idosos.

A enfermagem cabe também, além dessas ações, estreitar os laços entre os idosos e toda a equipe atuante, para que essas ações de educação em saúde sejam efetivas. Para a RMSF, o estudo também permitiu conhecer o diferencial da ESF na vida desses idosos, e seu LFS, propiciando uma riqueza de conhecimentos para os residentes atuais e futuros, e a possibilidade de aliar a teoria à prática, que é essencial para a formação em serviço proposta pela RMSF.

REFERÊNCIAS

- ABEL, T. *et al.* Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. **Saúde Promot. Int.**, 2014. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2014/01/30/heapro.dat096.full> Acesso em: 10 Mar. 2015.
- ADAMS, R. *et al.* Health Literacy: a new concept for general practice? **Aust Fam Physician**, v. 38, p. 144-147, 2009.
- ALVES, E. R. P. *et al.* Qualidade de vida: percepção de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 487-495, 2012.
- APOLINARIO, D. *et al.* Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, Ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400015&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 Mar. 2015.
- BAKER, D. W. *et al.* Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Educ Couns.**, Bethesda, v. 38, n. 1, p. 33-42, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569> Acesso em: 20 Mar. 2015.
- _____. *et al.* Health literacy and mortality among elderly persons. **Arch Intern Med**, v. 167, n. 14, p. 1503-1509, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17646604> Acesso em: 15 Mar. 2015.
- BARBER, M. N. *et al.* Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. **Health Promot. Int.**, v.24, n.3, p.252-61, 2009. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/3/252.full> Acesso em: 10 Mar. 2015.
- BERKMAN, N. D. *et al.* Low Health Literacy and Health outcomes: An Updated Systematic Review. **Ann Intern Med.**, v. 155, p. 97-107, 2011. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=747040&issueno=2&atab=10> Acesso em: 10 Mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Geras: documento básico**. Brasília: MS, 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_04.pdf Acesso em: 16 Fev. 2015.
- _____. **Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm Acesso em: 22 Mar. 2015.
- _____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006** - Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeddaPessoaIdosa.pdf> Acesso em: 22 Mar. 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 15 Mar. 2015.

_____. Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Diário Oficial da União, 13 de julho de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 01 Abr. 2015.

CARTHERY-GOULART, M. T. *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, P. 631-638, ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 Fev. 2015.

CAVALCANTE, P. M. T.; FREITAS, M. C. Em busca de um viver saudável: relato de experiência com um grupo de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Pacatuba-CE. **Rev Rene**, v. 8, n. 1, 2012.

ERIKSSON-BACKA, K. *et al.* Health information literacy in everyday life: A study of Finns aged 65–79 years. **Health Informatics Journal**, v. 18, p. 83-94, 2012.

FRISCH, A. L. *et al.* Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? **Health Promot. Int.**, v. 27, n. 1, p. 117-126, 2012. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/27/1/117.short> Acesso em: 10 Mar. 2015.

GAUTÉRIO, D. P. *et al.* Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: Estratégia Saúde da Família. **Rev Enferm UERJ**, v. 21, n. esp 2, p. 824-828, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12302> Acesso em: 16 Fev. 2015.

GAUTÉRIO, D. P.; SANTOS, S. S. C. Ações desenvolvidas pelos enfermeiros com idosos atendidos na Atenção Básica: revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n.

spe., p. 4875-83, jul. 2013. Disponível em:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4578/pdf_3016

Acesso em: 16 Fev. 2015.

GEIB, L. T. C. Determinantes Sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GROLEAU, D. Embodying 'health citizenship' in health knowledge to fight health inequalities. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 5, p. 811-816, 2011.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados. Estados@. RS. **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs> Acesso em: 22 Mar. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados. Cidades@. Informações sobre os municípios brasileiros. RS. Rio Grande. **Censo demográfico 2010: resultados da amostra - características da população**. 2010b. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431560> Acesso em: 22 Mar. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados. Estados@. RS. **PNAD 2013 – População e domicílios – síntese de indicadores**. 2013a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=pnad_2013 Acesso em: 22 Mar. 2015.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 32. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. IBGE, Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf> Acesso em: 16 Jan. 2016.

INAF – INDICADOR DE ANALFABETISMO FUNCIONAL. 2012. Disponível em: http://www.ipm.org.br/ipmb_pagina.php?mpg=4.02.01.00.00&ver=por Acesso em: 20 Fev. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 33 p. Disponível em: <https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion/healthliteracyfinal.pdf> Acesso em: 15 Fev. 2015.

ISHIKAWA, H.; YANO E. Patient health literacy and participation in the health-care process. **Health Expect.**, v.11, n.2, p.113-22, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18494956> Acesso em: 10 Mar. 2015.

- JORDAN, J. E. *et al.* Health Literacy Management Scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. **Patient Education and Counseling**, v. 91, n. 2, p. 228-235, 2013. Disponível em: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(13\)00041-4/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(13)00041-4/abstract) Acesso em: 10 Mar. 2015.
- JOVIC-VRANES, A.; BJEGOVIC-MIKANOVIC, V.; MARINKOVIC, V. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. **J. Public Health**, v.31, n.4, p.490-5, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19454605> Acesso em: 10 Mar. 2015.
- KANJ, M.; MITIC, W. Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Em: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **VII Conferência Global de Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Fechando o Gap Implementação** Nairobi, Quênia, outubro 2009. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf Acesso em: 30 Fev. 2015.
- KOBAYASHI, L. C., WARDLE, J., VON WAGNER, C. Internet use, social engagement and health literacy decline during ageing in a longitudinal cohort of older English adults. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 69, n. 3, p. 278-283, 2015. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/early/2014/11/09/jech-2014-204733.full.pdf&> Acesso em: 20 jan. 2016.
- KWAN, B. FRANKISH, J. ROOTMAN I., **The development and validation of measures of health literacy in different populations.** Columbia: University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research, 2006.
- LEE, S. D. *et al.* Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. **Health Serv Res**, Bethesda, v. 41, n. 4 Pt 1, p. 1392-412, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16899014> Acesso em: 20 Mar. 2015.
- MACHADO, A. L. G. *et al.* Instrumentos de letramento em saúde utilizados nas pesquisas de enfermagem com idosos hipertensos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, Dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400101&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 Mar. 2015.
- MACHADO, A. *et al.* Letramento em Saúde e Envelhecimento: Foco em condições crônicas de saúde. **CIAIQ2014**, v. 2, 2015.
- MARAGNO, C. O. D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso.** Dissertação (mestrado). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 96p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18582/000727707.pdf?sequence=1> Acesso em: 12 Mar. 2015.
- MARTINS, A. M. E. B. *et al.* Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2239-2253, 2015.

MELO, M. C. *et al.* A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 14, n. sup11, p. 1579-86, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MORAES, K. L. **Conhecimento e Letramento Funcional em Saúde de pacientes em tratamento pré-dialítico de um hospital de ensino**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2014. Disponível em:

https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4507?locale=pt_BR Acesso em: 20 jan. 2016.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual: discursiva**. Editora Unijuí, 2ed., 2011. 244p.

NUTBEAM, D. The evolving concept health literacy. **Soc Sci Med.**, v. 67, n. 12, p. 2072-8, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18952344> Acesso em: 10 Mar. 2015.

OLIVEIRA, M. O.; PORTO, C. S.; BRUCKI, S. M. D. S-TOFHLA in mild alzheimer's disease and mild cognitive impairment patients as a measure of functional literacy. **Dement Neuropsychol.**, v.3, n.4, p.291-8, 2009. Disponível em:

<http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v3n4a05-ing.pdf> Acesso em: 12 Mar. 2015.

OZDEMIR, H. *et al.* Health literacy among adults: a study from Turkey. **Health Educ Res.**, v.25, n.3, p.464-77, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20080808> Acesso em: 10 Mar. 2015.

PARKER, R. M. *et al.* The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J. Gen. Intern. Med.**, v.10, n.10, p.537-41, 1995.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8576769> Acesso em: 20 Mar. 2015.

PASSAMAI, M. P. B. *et al.* Letramento Funcional em Saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.301-14, abr./jun. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2812.pdf> Acesso em: 12 Mar. 2015.

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

Disponível em: http://www.uece.br/eduece/index.php/downloads/doc_details/2041-letramento-funcional-em-saude-de-adultos-no-contexto-do-sistema-unico-de-saude Acesso em: 20 Fev. 2015.

PASKULIN, L. M. G. *et al.* Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200018&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 Mar. 2015.

_____. *et al.* Health literacy of older people in primary care. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe1, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800020&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 Mar. 2015.

PAÚL, C. Envelhecimento activo e redes de suporte social. **Sociologia**, v. 15, p. 275-287, 2005.

PEERSON, A.; SAUNDERS, M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? **Health Promot Int.**, v. 24, n. 3, p. 285-96, 2009. Disponível em:

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/3/285.abstract> Acesso em: 10 Mar. 2015.

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2014.

RAWSON, K. A. *et al.* The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. **J. Gen. Intern. Med.**, v.25, n.1, p.67-71, 2010. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19885705> Acesso em: 10 Mar. 2015.

RYAN, M. P.; COSTELLO-BRANCA, R. N. Confirming and Correcting Preconceptions: Health Literacy as Adaptive Comprehension. **Health Behavior and Policy Review**, v. 2, n. 2, p. 130-143 (14), Mar. 2015. Disponível em:

<http://www.ingentaconnect.com/content/psp/hbpr/2015/00000002/00000002/art00005#expanded/collapse> Acesso em: 10 Mar. 2015.

SALES, N. B. *et al.* Health Literacy of Patients from a Screening Service for Breast Cancer of Brazilian Public Health System. **International journal of Nursing Didactics**, v. 5, n. 02, p. 16-20, 2015. Disponível em: <http://innovativejournal.in/ijnd/index.php/ijnd/article/view/44> Acesso em: 12 Mar. 2015.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 865-874, 2015.

SANTOS, L. T. M. *et al.* Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 34, n. 3, Set. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000300014&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 Mar. 2015.

SANTOS, M. I. P. O. *et al.* Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 651-664, Set 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300651&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Jan. 2016.

SANTOS M. L.; PAIXAO, R. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Avaliação da alfabetização em saúde do sujeito de pesquisa. **Revista Redbioética/UNESCO**, v.1, n.7, p. 84-95, 2013. Disponível em: http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art7-SantosR7.pdf Acesso em: 12 Mar. 2015.

SHAH, L. C. *et al.* Health literacy instrument in family medicine: the “newest vital sign” ease of use and correlates. **J. Am. Board Fam. Med.**, v.23, n.2, p.195-203, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207930> Acesso em: 10 Mar. 2015.

SHERIDAN, S. L. *et al.* Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. **Journal of Health Communication: International Perspectives**, v. 16, suppl 3, p. 30-54, 2011. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2011.604391#.VSMpQvnF8yR> Acesso em: 10 Mar. 2015.

SILVA, H. O. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 14, n. 1, p. 123-133, 2011.

SOARES, M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 25, Abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782004000100002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 Fev. 2015.

_____. **Letramento: um tema em três gêneros**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80> Acesso em: 10 Mar. 2015.

SOUZA FILHO, P. P.; MASSI, G. A. A.; RIBAS, A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, p. 589-600, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00589.pdf> Acesso em: 20 Fev. 2015.

TAGGART, J. *et al.* A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. **MC Fam Pract.**, v. 13, n. 49, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/49> Acesso em: 10 Mar. 2015.

TEIXEIRA, C. *et al.* O vínculo entre usuário e equipes em duas unidades de Saúde da Família em um município no estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v. 16, n. 4, 2013.

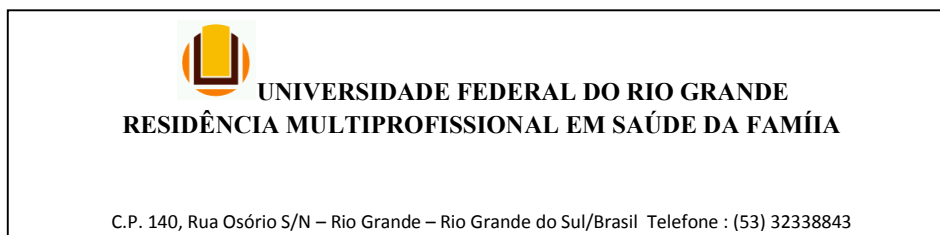
TORQUATO, R.; MASSI, G.; SANTANA, A. P. Envelhecimento e Letramento: a leitura e a escrita na perspectiva de pessoas com mais de 60 anos de idade. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000100011 Acesso em: 22 Mar. 2015.

UNESCO. **Aspects of Literacy Assessment: topics and issues from the UNESCO expert meeting**. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001401/140125eo.pdf> Acesso em: 20 Fev. 2015.

VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C.; MIALHE, F. L. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? **Rev. Cienc. Farm. Basica Apl.**, v.30, n.3, p.309-14, 2009. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/623/887 Acesso em: 12 Mar. 2015.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES – WHCA. **Health literacy: part 2** evidence and case studies, 2010. Disponível em:
<http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf> Acesso em: 10 Mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Health promotion glossary**. Geneva, WHO, 1998. Disponível em:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> Acesso em: 01 Mar. 2015.

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto de pesquisa: Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas em uma Unidade Básica de Saúde da Família.

Pesquisadora responsável: Dra Daiane Porto Gautério Abreu – Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Gerontologia, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON).

Objetivo da pesquisa: analisar o Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família, a partir do modo como elas buscam, compreendem e partilham informações em saúde.

Procedimentos: Para participar nesta pesquisa você está sendo convidado a participar de uma entrevista que será gravada pela residente em saúde da família autora deste projeto de pesquisa, com perguntas que irão avaliar como você busca, compreende e partilha informações em saúde em sua vida, através de um instrumento que avalia o Letramento Funcional em Saúde em idosos.

Direitos assegurados: Você é livre para não responder às questões que, segundo sua avaliação, possam lhe causar mal estar. Da mesma forma, você é livre para retirar, interromper e/ou suspender seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem precisar qualquer justificativa e sem que nenhum prejuízo possa lhe ser imputado.

As informações obtidas serão tratadas confidencialmente pela pesquisadora. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de participantes e não de maneira individual. As informações fornecidas através da entrevista serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento.

Uma identificação codificada substituirá seu nome para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

Não há despesas pessoais para você em qualquer etapa do estudo, como também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa.

Benefícios : A sua participação pode contribuir para a produção de conhecimento e para aprimorar o atendimento e as práticas de enfermagem com as pessoas idosas na Unidade Básica de Saúde da Família do CAIC, na Estratégia Saúde da Família e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Riscos e recursos: A sua participação nesta pesquisa poderá acarretar-lhe um risco mínimo. Um certo desconforto pode ser causado por algumas questões incluídas no instrumento de coleta dos dados. Por favor, examine-as antes de iniciar a entrevista.

Participação voluntária: A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para autorizá-la ou recusá-la. Por favor, certifique-se que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

Pessoa para contato: Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é a Dra Daiane Porto Gautério Abreu, professora da Escola de Enfermagem da FURG. Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com a responsável através do telefone (53) 32330301.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas na Estratégia Saúde da Família**”. Eu discuti com a Dra Daiane Porto Gautério Abreu sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.

Local e data _____

Nome do participante/representante legal

Assinatura do participante



Digital

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para participação neste estudo.

Daiane Porto Gautério Abreu

Data:

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento validado por PASKULIN *et al.*, 2011

INSTRUMENTO DA ENTREVISTA

1. Data da entrevista: ___/___/___

2. Horário de início:

3. Horário de término:

A. Dados do idoso

A1. Nome do idoso:

Endereço:

Telefone:

Nº prontuário:

A2. Idade (em anos completos):

A2a: Data de nascimento: ___/___/____. (dd/mm/aaaa)

A3. Sexo: (1) masculino (2) feminino

A4: Estado conjugal: (1) solteiro (a)

(2) viúvo (a)

(3) casado (a)

(4) divorciado/separado

A5: Escolaridade: ____ (anos estudados)

A6: A qual grupo étnico/ cultural sua família pertence? (Se citado mais de um, marcar)

(1) italianos

(2) alemães

(3) brasileiros

(4) portugueses

(5) índios

(6) polonês

(7) africano

(99) não sabe

(x) outros. Especifique _____

A7: Local de nascimento: (1) Porto Alegre

(2) interior do Rio Grande do Sul

(3) outro estado, qual? _____

(4) outro país, qual? _____

Nós reconhecemos que muitas pessoas consideram as próximas questões relacionadas à renda como um assunto privado. O(a) senhor(a) pode responder ou não, porém a sua resposta vai nos ajudar a ter uma idéia sobre com quem falamos em nossas entrevistas. Tenha certeza que o(a) senhor(a) não será identificado individualmente e nem esta informação será repassada para outras pessoas.

A8. Com quem o(a) senhor(a) mora?

A9. Quantas pessoas que moram com o(a) senhor(a) possuem renda própria, incluindo o (a) senhor (a)?

A10. Qual é a renda familiar aproximada mensal, considerando todos os rendimentos das pessoas que moram com o(a) senhor(a)? _____ salário (s) mínimo (s).

A11. E a sua renda em específico? _____salário(s) mínimo(s)

A12. A residência do (a) senhor(a) é: () própria () alugada () cedida

A13. O Sr (a) participa do grupo de educação em saúde?

Tempo de participação no grupo: _____

Freqüência no grupo: _____

B- QUESTÕES SOBRE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE

Observação: todos os comentários e observações para o entrevistador estão em itálico.

A partir deste momento, vamos gravar esta entrevista para que suas palavras sejam entendidas exatamente como o(a) Sr(a) as falou. Se não entender a pergunta nos informe, que a formularemos de outro modo. É importante dizer que não há resposta certa ou errada. Queremos saber sua opinião sobre as perguntas.

(B1) O que significa para o (a) Sr (a) “envelhecimento saudável”?

(B2) No último mês, o que o (a) Sr (a) pensou sobre sua saúde?

(B2a) O que mais o (a) Sr (a) pensou sobre sua saúde no último mês?

(B2b) Para esta entrevista gostaríamos que o (a) Sr (a) escolhesse uma dessas situações para continuarmos conversando.

(B2b2) O que é [...] para o (a) Sr (a)? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B2c) Há quanto tempo o (a) Sr (a) tem pensado sobre [...]? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

BUSCA POR INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B3) Que dúvidas o (a) Sr (a) tinha sobre [...]? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B4) Qual foi o primeiro lugar onde o (a) Sr (a) encontrou informações sobre as dúvidas que tinha quanto à [...]? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B4a) Fale um pouco sobre como foi obter informações sobre [...] com *(Entrevistador: cite a fonte de informação referida anteriormente)*.

(B4b) Por favor, utilize esta escala para responder a próxima questão. DE MODO GERAL, o quão satisfeito o (a) Sr (a) ficou com a informação adquirida sobre [...] que você procurou com *(Entrevistador: cite a fonte de informação referida anteriormente)*?

muito insatisfeito com a informação

insatisfeito com a informação

neutro (nem satisfeito nem insatisfeito com a informação)

satisfeito com a informação

muito satisfeito com a informação

(B5) Além da *(Entrevistador: cite a primeira fonte de informação)*, em que OUTRAS fontes o (a) Sr (a) procurou informações sobre [...]? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

1 não procurou outra fonte de informação

2 procurou outras fontes

(Entrevistador: se no item B5, a resposta for número 2, questione:)

(B5a) Quais?

(B5b) Fale um pouco sobre como foi obter informações sobre [...] (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*) com (*Entrevistador: cite as fontes de informação referidas anteriormente*).

(B5c) Por favor, utilize esta escala para responder a próxima questão. DE MODO GERAL, o quão satisfeito o (a) Sr (a) ficou com a informação adquirida sobre [...] (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*) que você procurou com (*Entrevistador: cite as fontes de informação referidas anteriormente*)?

Fonte 2: _____ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito

Fonte 3: _____ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito

Fonte 4: _____ 1 muito insatisfeito/ 2 insatisfeito/ 3 neutro/ 4 satisfeito/ 5 muito satisfeito

(B5d) Das fontes que o (a) Sr (a) utilizou para encontrar informações sobre [...] (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*) qual DELAS você achou que foi a mais útil? (*Entrevistador: cite as fontes por ele (a) relatadas*)

(B6) Considerando as fontes de informações que o (a) Sr (a) utilizou, em qual DESTAS fontes você confiou mais? (*Entrevistador: peça para escolher uma fonte*).

(B6a) Por quê?

ENTENDENDO AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B7) De um modo geral, as informações que o (a) Sr (a) encontrou sobre [...] foram: (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

muito fácil de entender

fácil de entender

neutra, nem fácil nem difícil de entender

difícil de entender

muito difícil de entender

(B8) O (a) Sr (a) alguma vez percebeu que as informações sobre [...] não concordavam entre si? (*Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida*)

(B9) Pensando em todas as informações que o (a) Sr (a) já teve sobre [...], com que frequência você ouviu palavras que não entendeu? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

nunca ouvi

dificilmente ouvi

ocasionalmente ouvi

freqüentemente ouvi

sempre ouvi

(B9a) Nessa situação, o que o (a) Sr (a) fez?

COMPARTILHANDO AS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B10) Com quem o (a) Sr (a) falou que estava preocupado (a) sobre [...]? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida) (Se necessário, utilize os seguintes exemplos: médico, família, amigos)*

(B11) De todas as coisas que o (a) Sr (a) aprendeu sobre [...], quais o (a) Sr (a) considera mais importantes para outros idosos saberem? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B11a) Para quem o (a) Sr (a) contou o que aprendeu sobre [...]? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

(B11b) Ao compartilhar/dividir o que o (a) Sr (a) aprendeu sobre [...], você acha que essas informações fizeram diferença na vida dessa (s) pessoa (s)? *(Entrevistador: substitua o [...] pela situação de saúde escolhida)*

REPERCUSSÕES DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

(B12) A (s) informação (s) que o (a) Sr (a) adquiriu fez (fizeram) alguma diferença para sua vida?

(B12a) Quais? *(Entrevistador: se o Sr(a) participa do grupo de educação em saúde, questionar:)*

(B13) Participar do grupo [...] fez alguma diferença para sua vida? *(Entrevistador: substitua o [...] pelo grupo o qual o idoso(a) participa)*

(B13a) Quais?

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO USO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Re: instrumento cobre letramento funcional

↑ ↓ ×



daianeporto@furg.br Adicionar aos contatos 26/03/2015

Para: nidinhahfermandes@hotmail.com

Ações

----- Original Message -----

Subject: Re: instrumento cobre letramento funcional

Date: Mon, 19 Jan 2015 17:39:42 -0200

From: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin <00009812@ufrgs.br>

To: <daianeporto@furg.br>

Cc: carla kottwitz <carlakot@yahoo.com.br>

Oi Daiane

Será um prazer te enviar. Estou copiando minha doutoranda para que te envie o instrumento. Estou às ordens! abç Lisiane

Em 2015-01-19 16:31, daianeporto@furg.br escreveu:

Oi,

me chamo Daiane e sou docente da Universidade Federal do Rio Grande, no RS.

Estou pensando em desenvolver estudos sobre letramento funcional em saúde.

Li os teus artigos sobre letramento publicados na Acta Paulista de Enfermagem.

Gostaria de saber se tu podes disponibilizar o instrumento que foi utilizado no artigo sobre a validação do instru

Grata pela atenção,

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA
SAÚDE – CEPAS

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

PARECER Nº 61/2015

CEPAS 27/2015

23116.003701/2015-93

CAAE: 44623415.2.0000.5324

Título da Pesquisa: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Daiane Porto Gautério Abreu

PARECER DO CEPAS:

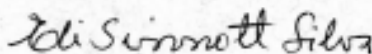
O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 56/2015, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**"

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página

Data de envio do **relatório final**: 01/04/2016.

Rio Grande, RS, 11 de junho de 2015.


Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO D – PARECER DO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC



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

Parecer 06/2015

Rio Grande, 29 de maio de 2015.

Projeto: LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor principal: NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

Parecer:

Perante análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em saúde (NUMESC), decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto de pesquisa apresentado. Sugere -se que além do retorno dos resultados do projeto em publicações acadêmicas e na forma impressa à UBSF seja feito algum retorno aos idosos sobre a apresentação dos resultados devido ao fato dos mesmos serem participantes do estudo.

Das mãos, dos sangue! Salve vidas!