

# Alfabetismo funcional em saúde em pessoas idosas hipertensas na atenção primária

*Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care*

*Alfabetismo funcional en salud en personas hipertensas en la atención primaria*

**Victor Roberto Santos Costa<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-0785-9665

**Polyana D'arc Rezende Costa<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-4269-5448

**Eduardo Yoshio Nakano<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-9071-8512

**Daniel Apolinário<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-0261-129X

**Alfredo Nicodemos Cruz Santana<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-4511-9123

<sup>I</sup> Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

## Como citar este artigo:

Costa VRS, Costa PDR, Nakano EY, Apolinário D, Santana ANC. Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):266-73.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0897>

## Autor Correspondente:

Alfredo Nicodemos Cruz Santana  
E-mail [alfredoncs@gmail.com](mailto:alfredoncs@gmail.com)



**Submissão:** 29-01-2019    **Aprovação:** 09-06-2019

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar a relação entre alfabetismo funcional em saúde inadequado e controle inadequado da pressão arterial em pessoas idosas hipertensas na Atenção Primária. **Método:** estudo transversal com amostra calculada em 392. Foi usado instrumento SAHLPA-18 para alfabetismo funcional em saúde; aferida a pressão arterial; coletados dados sociodemográficos e clínicos. Utilizou-se regressão logística hierárquica. **Resultados:** pressão arterial inadequada (alta) e alfabetismo funcional em saúde inadequado (baixo) estavam presentes em 41,6% e 54,6% das pessoas, respectivamente. Fatores associados com pressão arterial inadequada foram: alfabetismo funcional em saúde inadequado, cor parda-negra, sobrepeso-obesidade, tempo de diagnóstico da hipertensão, não adesão a exercício/dieta, não adesão a tratamento medicamentoso. O nível de escolaridade não teve associação com pressão arterial inadequada. **Conclusão:** pessoas idosas hipertensas com alfabetismo funcional em saúde inadequado apresentaram mais chance de ter pressão arterial inadequada. Assim, profissionais de saúde precisam valorizar o alfabetismo funcional em saúde como possível componente para controlar a pressão arterial.

**Descritores:** Alfabetização em Saúde; Idoso; Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade em Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to assess the relationship between inadequate functional health literacy and inadequate blood pressure control in older people with hypertension in Primary Health Care. **Method:** a cross-sectional study with sample calculated at 392. SAHLPA-18 tool was used for functional health literacy; blood pressure was measured; sociodemographic and clinical data were collected. Hierarchical logistic regression was used. **Results:** (high) inadequate blood pressure and (low) functional inadequate health literacy were present in 41.6% and 54.6% of the people, respectively. Factors associated with inadequate blood pressure were: inadequate functional health literacy, black-brown skin color, overweight-obesity, hypertension diagnosis time, non-adherence to exercise/diet, drug treatment. Schooling had no association with inadequate blood pressure. **Conclusion:** hypertensive elderly people with inadequate health literacy were more likely to have inadequate blood pressure. Thus, health professionals need to value functional health literacy as a possible component to control blood pressure.

**Descriptors:** Health Literacy; Aged; Primary Health Care; Health Vulnerability.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la relación entre alfabetismo funcional en salud inadecuada y control inadecuado de la presión arterial en personas ancianas hipertensas en la Atención Primaria de Salud. **Método:** estudio transversal con muestra calculada en 392. Se utilizó instrumento SAHLPA-18 para alfabetismo funcional en salud; a la presión arterial; recogidos datos sociodemográficos y clínicos. Se utilizó La regresión logística jerárquica. **Resultados:** La presión arterial inadecuada (alta) y el alfabetismo funcional en salud inadecuada (bajo) estaban presentes en el 41,6% y el 54,6% de las personas, respectivamente. Los factores asociados con la presión arterial inadecuada fueron: alfabetismo funcional en salud inadecuada, color parda-negra, sobrepeso-obesidad, tiempo de diagnóstico de la hipertensión, no adhesión a ejercicio/dieta, no adhesión al tratamiento medicamentoso. El nivel de escolaridad no tuvo asociación con la presión arterial inadecuada. **Conclusión:** las personas mayores hipertensas con alfabetismo funcional en salud inadecuada presentaron más posibilidades de tener presión arterial inadecuada. Así, los profesionales de La salud necesitan valorizar el alfabetismo funcional en salud como posible componente para controlar la presión arterial.

**Descriptores:** Alfabetización en Salud; Ancianos; Hipertensión; Atención Primaria de Salud; Vulnerabilidad en Salud.

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, estudos mostram que o controle das doenças crônicas não é adequadamente predita pela escolarização formal isoladamente. Assim, surgiu um construto mais amplo denominado alfabetismo funcional em saúde<sup>(1-2)</sup>. O alfabetismo funcional em saúde representa a capacidade de interpretar textos e números que estão, geralmente, presentes em resultados de exames ou prescrições, bem como em folhetos de orientação<sup>(1-4)</sup>. Desta forma, foram desenvolvidos alguns testes para mensurar o alfabetismo funcional em saúde<sup>(2-6)</sup>. Assim, pode-se classificar o nível de alfabetismo funcional em saúde como adequado ou inadequado<sup>(4)</sup>.

Em relação ao panorama internacional, relacionado ao alfabetismo funcional em saúde, vale mencionar que este alfabetismo é sabidamente importante em vários aspectos de promoção da saúde e de tratamento das doenças. Assim, o alfabetismo funcional em saúde inadequado apresenta relação com menor nível de atividade física, menor consumo de frutas e vegetais, pior adesão a tratamento medicamentoso, pior controle de doenças crônicas, pior evolução em pós-operatórios, maiores custos com cuidados de saúde, e maior mortalidade, inclusive em pessoas idosas<sup>(7-10)</sup>.

Especificamente sobre alfabetismo funcional em saúde e controle da hipertensão arterial sistêmica no cenário internacional, alguns pontos merecem destaque: pacientes com alfabetismo funcional em saúde inadequado tem pior adesão ao tratamento medicamentoso; pior controle da hipertensão arterial; pior qualidade de vida; e maior risco de acidente cardiovascular<sup>(11-14)</sup>. Assim, incrementar o nível de alfabetismo funcional em saúde faz parte dos objetivos de acompanhamento de pacientes hipertensos<sup>(12)</sup>.

Avaliando com foco específico em idosos hipertensos e alfabetismo funcional em saúde, têm-se poucos estudos internacionais, especialmente, envolvendo população com baixa escolaridade. Vale lembrar que a população idosa brasileira também tem esse perfil de baixa escolaridade, e, portanto, analisar bem este tipo de estudo é fundamental. Esta pesquisa mostra que alfabetismo funcional em saúde tem papel nos níveis pressóricos de pessoas idosas hipertensas tratadas na atenção primária, e sugere que o alfabetismo funcional em saúde seja pauta das políticas públicas do Ministério da Saúde<sup>(13)</sup>.

Em relação ao panorama nacional do alfabetismo funcional em saúde, só recentemente têm sido publicados estudos nesta temática por pesquisadores nacionais de forma mais frequente<sup>(15-21)</sup>. Nestes artigos, mostra-se que o alfabetismo funcional em saúde adequado pode permitir, a um prospecto facilitador de aprendizado, ter papel no processo de cuidar de pacientes com marcapasso cardíaco<sup>(15)</sup>. Já em pessoas vivendo com HIV, o alfabetismo funcional em saúde pode influenciar as tecnologias educacionais, e adesão ao tratamento antirretroviral<sup>(16)</sup>.

Ainda no panorama nacional, têm-se estudos específicos sobre diabetes e doença renal crônica. Em pacientes diabéticos, o alfabetismo funcional em saúde inadequado pode prejudicar o processo de autocuidado<sup>(18)</sup>. Por fim, em pacientes com doença renal crônica, é urgente melhorar o alfabetismo funcional em saúde de tais pacientes. O uso de uma cartilha baseada nas práticas de alfabetismo funcional em saúde pode ajudar os profissionais de saúde a se comunicarem de forma mais adequada com tais pessoas doentes, possivelmente otimizando resultados terapêuticos<sup>(17,19)</sup>.

Mesmo sendo o alfabetismo funcional em saúde um tema importante para o entendimento dos fatores que influenciam o controle pressórico de pessoas idosas hipertensas, desconhece-se este tipo de estudo no Brasil. Vale lembrar que existem autores que defendem que o alfabetismo funcional em saúde seja parte da política pública do Ministério da Saúde e seja abordada rotineiramente na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente quando relacionado a pessoas idosas<sup>(13,22)</sup>.

## OBJETIVO

Averiguar se o alfabetismo funcional em saúde inadequado estaria, independentemente, associado com controle inadequado da pressão arterial em pessoas idosas hipertensas tratadas na APS.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de nossa instituição, e foi desenvolvido atendendo à Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As pessoas idosas hipertensas foram convidadas a participar do estudo e, aquelas que aceitaram participar do estudo, após os devidos esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

### Desenho, período e local de estudo

Trata-se de estudo transversal, observacional, quantitativo e analítico; norteado pela ferramenta STROBE. Foi desenvolvido em uma cidade da região sul do Distrito Federal, durante o período de junho a dezembro de 2017.

### Amostra; critérios de inclusão e exclusão

As pessoas idosas hipertensas foram abordadas nas unidades de atenção primária à saúde de Gama por 2entrevistadores, previamente treinados. Tais idosos estavam esperando algum tipo de atendimento, como consulta com profissional de saúde, realização de curativos, atividade educacional, etc, na unidade de atenção primária, de forma similar a um importante estudo feito em unidades da atenção primária por Silva et al<sup>(23)</sup>.

Os critérios de inclusão para participar do estudo era ter 60 anos ou mais, ser acompanhado por hipertensão arterial sistêmica nas unidades de atenção primária de Gama, e usar, pelo menos, uma medicação diária para a hipertensão há, pelo menos, 12 meses<sup>(24)</sup>. Foram excluídos pacientes que declararam que, sempre ou quase sempre, necessitam de ajuda para organizar e para lembrar de tomar as medicações, que não conseguiram responder adequadamente aos questionários, como por problema de surdez grave não corrigida, de visão, de motricidade ou linguagem, comprometimento cognitivo pelo teste cognitivo 10-CD (score  $\leq 5$ ), diagnóstico de demência, delirium, transtornos mentais psicóticos ou relacionados a substâncias de acordo com os critérios do DSM-5 e estrangeiros sem domínio adequado da língua portuguesa.

Para delimitação da amostra (*sample size*) do estudo, tal cálculo amostral objetivou que este estudo fosse capaz de detectar até

a diferença de magnitude de efeito 'Cohen d' igual a 0,3. Além disso, esperava-se que este estudo tivesse poder de 80%, e hipótese alternativa bilateral e erro alfa de 0,05. Assim, obteve-se um valor inicial de 356. Porém, foram adicionados 10% por conta de possíveis perdas, chegando-se ao número final de 392 indivíduos. Quanto ao número de pessoas idosas hipertensas, incluídas no estudo em cada unidade da atenção primária, esta foi calculada como preconizada na literatura científica e da seguinte forma: 392 x (população idosa sob responsabilidade da unidade de atenção primária/população idosa da cidade de Gama)<sup>(23)</sup>.

### Protocolo do estudo

Para a coleta de dados, as entrevistas com as pessoas idosas hipertensas foram realizadas por 2 pesquisadores, previamente treinados. Tais entrevistas ocorreram nos turnos da manhã ou da tarde, conforme disponibilidade de cada pesquisador, estando em consonância com Silva et al<sup>(23)</sup>. Tais idosos aguardavam por algum tipo de atendimento, como consulta com profissional de saúde, realização de curativos, atividade educacional, etc, na unidade de saúde da atenção primária<sup>(23)</sup>. Um questionário estruturado foi usado durante as entrevistas, objetivando coletar dados sociodemográficos e clínicos. Os dados foram selecionados com base em estudos prévios com pessoas idosas, como o SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento)<sup>(25-27)</sup>.

Como os quadros de comprometimento cognitivo são amplamente subdiagnosticados na prática clínica, aplicou-se o teste de avaliação cognitiva de 10 pontos, denominado de 10-CS. Este instrumento foi validado no Brasil e avalia orientação temporal, fluência verbal e memória episódica<sup>(28)</sup>. O 10-CS apresenta características que o tornam particularmente vantajoso para uso na prática clínica, como rápida aplicação, não requerimento de materiais específicos para sua aplicação, adequado para populações idosas ou de baixa escolaridade. Idosos com escore  $\leq 5$  no 10-CS, indicando comprometimento cognitivo provável, foram excluídos do estudo<sup>(28)</sup>.

Os dados sociodemográficos tiveram informações relativas à idade em anos, sexo, cor da pele, grau de instrução - escolaridade em anos, classe econômica - medida pelo Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB, versão 2015, e estado marital. Os dados clínicos contaram com informações sobre tempo de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, número de consultas por ano, sobrepeso-obesidade, hábitos de vida, como prática de atividade física e dieta, depressão, vulnerabilidade em saúde, adesão à terapêutica medicamentosa, conhecimento sobre hipertensão, facilidade/dificuldade de obter medicamentos.

Para aferição da pressão arterial, seguiram-se instruções padronizadas. Foi utilizado aparelho de medição da marca *Omron Healthcare* modelo HEM-7113 (equivalente HEM-7051 E), validado pela Sociedade Europeia de Hipertensão, e recomendado pela Sociedade Brasileira<sup>(29-30)</sup>. A Academia Americana de Médicos de Família - AAFP, e o Colégio Americano de Medicina - ACP, estabeleceram em sua última diretriz que, após a medição da pressão arterial, os pacientes idosos hipertensos deveriam ser classificados em dois grupos: pacientes com controle inadequado (pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 150$  mmHg OU pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg) e pacientes com controle adequado (PAS  $< 150$  mmHg E PAD  $< 90$  mmHg)<sup>(31)</sup>.

Para avaliar o alfabetismo funcional em saúde, foi utilizado o instrumento de Avaliação de Alfabetismo em Saúde para Adultos de Língua Portuguesa (18-item *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults*; SAHLPA-18). Ele testa a pronúncia e a compreensão de termos médicos comumente usados nos ambientes de atenção à saúde. O instrumento foi previamente validado em uma amostra de idosos brasileiros<sup>(4)</sup>.

Para aplicação do SAHLPA-18, são utilizados cartões contendo o termo-chave médico em negrito na parte superior do cartão (e.g., osteoporose) e duas palavras na parte inferior do cartão: uma de associação correta (e.g., osso) e outra que serve como distrator (e.g., músculo). Inicialmente, o paciente lê a palavra chave em voz alta e, em seguida, o entrevistador lê as outras duas palavras. O paciente deve dizer, então, qual delas está associada à palavra-chave. O item só é considerado correto quando o paciente acerta a pronúncia e a associação. Cada item correto recebe um ponto, e o escore total é obtido pela soma simples, variando de 0 a 18. Escore total de 0 a 14 seria classificado como alfabetismo funcional em saúde inadequado<sup>(4)</sup>.

Para avaliar o relato de adesão à terapêutica medicamentosa da hipertensão arterial sistêmica pelos pacientes, foi utilizada a escala validade Medida de Adesão aos Tratamentos - MAT<sup>(32)</sup>. Este instrumento já foi utilizado previamente no Brasil para avaliar a aderência ao tratamento medicamentoso em indivíduos com hipertensão ou com diabetes<sup>(24)</sup>. O questionário contém 7 perguntas, cujas possibilidades de respostas são: sempre (1 ponto); quase sempre (2 pontos); com frequência (3 pontos); às vezes (4 pontos); raramente (5 pontos); ou, nunca (6 pontos). Após a obtenção das respostas de cada item da MAT, somam-se os pontos e faz-se a divisão pelo número total de questões. Os pacientes são divididos de forma dicotômica em aderentes e não aderentes, sendo aderentes os com pontuações 5 ou mais<sup>(24,32)</sup>.

O conhecimento, em relação à hipertensão arterial sistêmica, foi avaliado por meio de questionário previamente validado que usa 10 questões com respostas sim ou não, sendo atribuído um ponto a cada resposta verdadeira<sup>(33)</sup>. Para ser considerado como conhecimento satisfatório da doença, o paciente deveria acertar pelos menos 7 das 10 questões aplicadas<sup>(33)</sup>.

Para caracterizar o nível de vulnerabilidade em saúde na amostra de idosos deste estudo, utilizou-se o *Vulnerable Elders Survey* (VES-13). É instrumento constituído por 13 itens que contemplam: idade, saúde auto referida, capacidade funcional e condição física<sup>(34)</sup>. Após a obtenção das respostas, os pacientes são classificados em: não vulneráveis, se pontuação  $< 3$ , ou vulneráveis, se  $\geq 3$  pontos<sup>(34-35)</sup>.

### Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados com o *Stata versão 8 SE*. A normalidade das variáveis intervalares - idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, número de consulta - foi avaliada com o teste de Shapiro-Wilk. Como nenhuma das variáveis citadas apresentou distribuição normal, testes não paramétricos foram utilizados. Para comparação das variáveis intervalares entre os dois grupos - controle adequado versus controle inadequado da pressão arterial, o teste de Wilcoxon Rank-Sum, também conhecido como Mann-Whitney, foi utilizado. Já para comparação das variáveis categóricas entre os dois grupos - controle

adequado *versus* controle inadequado da pressão arterial, o Teste Qui-Quadrado foi utilizado. Por fim, foi usado modelo de regressão logística em estratégia hierárquica com o controle inadequado da pressão arterial como variável dependente, alfabetismo em saúde inadequado (SAHLPA-18  $\leq$  14) como variável independente primária. Na primeira etapa da regressão, o ajuste foi realizado para dados sociodemográficos; já na segunda etapa, ajustado também para dados clínicos potencialmente relevantes. O pseudo coeficiente de determinação ( $R^2$ ) indica a proporção da variância que pode ser explicada pelo modelo. A significância estatística foi considerada presente quando o valor de *p* chegou ao nível de 0,05.

## RESULTADOS

Foram abordados 596 pacientes para possível inclusão no estudo. Entretanto, 71 não aceitaram participar da pesquisa, 46 foram excluídos por apresentarem comprometimento cognitivo detectado pelo 10-CS, e 87, por referirem que, sempre ou quase sempre, necessitam de ajuda para organizar e lembrar de tomar os medicamentos. Dessa forma, 392 pacientes foram incluídos no estudo, satisfazendo o cálculo amostral descrito previamente.

As principais características clínicas e sociodemográficas de todas as pessoas idosas hipertensas (N=392) incluídas no estudo são apresentadas a seguir.

Pressão arterial não estava controlada em 41,6% dos indivíduos, e alfabetismo funcional em saúde inadequado foi presente em 54,6%. Em relação à idade, esta foi de 68,83 anos ( $\pm$  5,81 anos), e 36,7% eram

do sexo masculino. Para a variável cor, 48,2% declaram-se parda ou negra. A média de escolaridade foi de 5,78 anos ( $\pm$ 2,96 anos). Quanto à classe econômica, 47,7% pertenciam a classe C ou D ou E. O *status* sem cônjuge ou companheiro esteve presente em 39,5% da amostra. Além disso, depressão estava presente em 17,1%, sobrepeso-obesidade em 58,7%, e vulnerabilidade em saúde (VES-13) em 43,9%.

Quanto a aspectos relacionados diretamente a hipertensão em todos os indivíduos incluídos neste estudo (N=392), têm-se os seguintes dados: a média de tempo de diagnóstico de hipertensão foi de 11,91 anos ( $\pm$ 8,87 anos); 16,3% não faziam dieta e nem exercício; 29,3% consideravam difícil/muito difícil a aquisição de medicamentos; tinham média de número de consultas por ano de 2,12 ( $\pm$ 1,17); e, 37,0% apresentavam não adesão ao tratamento medicamentoso (MAT).

Já na Tabela 1, são comparados os dados entre os idosos hipertensos com controle adequado da pressão arterial (grupo 'controle adequado da pressão arterial'; N=229) e os com controle inadequado da pressão arterial (grupo 'controle inadequado da pressão arterial'; N=163). No grupo controle inadequado da pressão arterial (N=163), observam-se, com diferença estatística significativa, as seguintes variáveis mencionadas a seguir.

A prevalência de alfabetismo funcional em saúde inadequado foi maior (69,3%). Já o sexo masculino estava mais presente (42,9%). Em relação à cor, prevaleceu a autodeclaração de pardos/negros (60,1%). A escolaridade foi mais baixa (5,36  $\pm$  3,00 anos). Em relação à hipertensão, apresentavam maior tempo de diagnóstico (13,89  $\pm$  9,58 anos), bem como mais consultas por ano (2,32  $\pm$  1,17).

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica e clínica de pessoas idosas hipertensas com controle adequado ou inadequado de pressão arterial, Gama, Distrito Federal, Brasil, 2017

Variáveis	Controle Adequado de PA (n=229)	Controle Inadequado de PA (n=163)	Valor de p	
Alfabetismo funcional em saúde inadequado - n (%)	101 (44,1)	113 (69,3)	<0,001 <sup>1*</sup>	
Idade em anos - média (DP)	68,64 (6,08)	69,09 (5,43)	0,317 <sup>2</sup>	
Sexo masculino - n (%)	74 (32,3)	70 (42,9)	0,031 <sup>1*</sup>	
Cor parda ou negra - n (%)	91 (39,7)	98 (60,1)	<0,001 <sup>1*</sup>	
Escolaridade em anos - média (DP)	6,08 (2,92)	5,36 (3,00)	0,004 <sup>2*</sup>	
Classe econômica - n (%)	A e B	130 (56,8)	75 (46,0)	0,094 <sup>1</sup>
	C	96 (41,9)	84 (51,5)	
	D e E	3 (1,3)	4 (2,5)	
Sem cônjuge ou companheiro (a) - n (%)	82 (35,8)	73 (44,8)	0,073 <sup>1</sup>	
Tempo de diagnóstico em anos - média (DP)	10,50 (8,07)	13,89 (9,58)	<0,001 <sup>2*</sup>	
Consultas médicas por ano - média (DP)	1,98 (1,15)	2,32 (1,17)	0,006 <sup>2*</sup>	
Sobrepeso ou obesidade - n (%)	111 (48,5)	119 (73,0)	<0,001 <sup>1*</sup>	
Exercício e dieta - n (%)	Adesão total	109 (47,6)	24 (14,7)	<0,001 <sup>1*</sup>
	Adesão parcial	94 (41,0)	101 (61,0)	
	Não adesão	26 (11,4)	38 (23,2)	
Depressão - n (%)	23 (10,0)	44 (27,0)	<0,001 <sup>1*</sup>	
Vulnerável em saúde (VES-13) - n (%)	77 (36,6)	95 (58,3)	<0,001 <sup>1*</sup>	
Não adesão aos medicamentos (MAT) - n (%)	56 (24,5)	89 (54,6)	<0,001 <sup>1*</sup>	
Conhecimento insuficiente sobre HAS - n (%)	16 (7,0)	24 (14,7)	0,013 <sup>1*</sup>	
Obter medicamentos - n (%)	Fácil	175 (76,4)	102 (62,6)	0,008 <sup>1*</sup>
	Difícil	51 (22,3)	55 (33,7)	
	Muito difícil	3 (1,31)	6 (3,7)	

Nota: PA (pressão arterial); n (número absoluto); % (número em porcentagem); DP (Desvio Padrão); VES-13 (Vulnerable Elders Survey); MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos); HAS (hipertensão arterial sistêmica); <sup>1</sup>(Teste Qui-Quadrado); <sup>2</sup>(Teste de Wilcoxon Rank-Sum); \* (Dados com significância estatística - *p* < 0,05).

**Tabela 2** – Análise de regressão logística em estratégia hierárquica da amostra de pessoas idosas hipertensas com o controle inadequado da pressão arterial como variável dependente, e alfabetismo funcional em saúde inadequado como variável independente primária, Gama, Distrito Federal, Brasil, 2017 (N=392)

Variáveis	Razão de Chances (IC 95%)		
	Modelo 1 R <sup>2</sup> =0,05	Modelo 2 R <sup>2</sup> =0,08	Modelo 3 R <sup>2</sup> =0,21
Alfabetismo funcional em saúde inadequado	2,86 (1,88-4,37)***	2,85 (1,79-4,55)***	2,07 (1,20-3,58)**
Idade em anos		1,01 (0,97-1,06)	0,99 (0,94-1,04)
Sexo Masculino		1,29 (0,81-2,04)	1,04 (0,60-1,79)
Cor parda ou negra		2,24 (1,38-3,62)**	2,05 (1,16-3,62)*
Escolaridade em anos		1,06 (0,96-1,17)	1,11 (0,99-1,25)
Classe econômica	A/B	1 (referência)	1 (referência)
	C	1,08 (0,67-1,73)	0,75 (0,43-1,33)
	D/E	1,02 (0,23-4,42)	1,25 (0,12-13,3)
Sem cônjuge ou companheiro(a)		1,28 (0,80-2,05)	0,97 (0,57-1,64)
Tempo de diagnóstico da HAS em anos			1,04 (1,01-1,08)*
Consultas médicas em número por ano			1,08 (0,86-1,36)
Sobrepeso ou obesidade			1,97 (1,16-3,33)*
Exercício e Dieta	Adesão total		1 (referência)
	Adesão parcial		2,32 (1,23-4,38)*
	Não adesão		3,47 (1,51-7,99)**
Depressão			0,70 (0,35-1,42)
Vulnerável em saúde (VES-13)			1,70 (0,94-3,08)
Não adesão a medicamentos (MAT)			2,66 (1,50-4,72)**
Conhecimento insuficiente sobre HAS			0,58 (0,25-1,35)
Obter medicamentos	Fácil		1 (referência)
	Difícil		0,98 (0,55-1,77)
	Muito difícil		2,87 (0,40-20,6)

Nota: \*(p<0,05); \*\*(p<0,01); \*\*\*(p<0,001); HAS (hipertensão arterial sistêmica); VES-13 (VulnerableEldersSurvey); MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos).

Ainda na Tabela 1, o grupo controle inadequado da pressão arterial apresentou as seguintes características com significância estatística.

O sobrepeso-obesidade foi mais prevalente (73,0%). Quanto à não adesão, ou adesão parcial, a exercício e dieta, tiveram prevalência maior (84,2%). A depressão também foi mais detectada (27,0%), e apresentavam mais vulnerabilidade em saúde (58,3%). Além disso, mais indivíduos (54,6%) foram classificados como não adesão a medicamentos. Já o conhecimento sobre hipertensão foi mais frequentemente classificado como insuficiente (14,7%). Finalmente, a dificuldade de obter medicamentos foi maior, e presente em 37,4%.

Na Tabela 2, o Modelo 3 representa o modelo final da análise estatística multivariada. Neste Modelo 3, as variáveis independentemente associadas com controle inadequado da pressão arterial nos indivíduos idosos hipertensos foram as que seguem.

Alfabetismo funcional em saúde inadequado teve razão de chance (RC) de 2,07. Já a cor parda-negra apresentou RC de 2,05; e o tempo de diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica, RC de 1,04. Quanto ao sobrepeso-obesidade, este teve RC de 1,97. A adesão parcial ou não adesão a exercício e dieta também foi associada com controle inadequado da pressão arterial (RC de 2,32 e 3,47, respectivamente). Por fim, a não adesão a medicamentos apresentou RC de 2,66. Assim, ao RC do alfabetismo funcional em saúde inadequado teve maior valor do que a RC de variáveis classicamente relacionadas ao controle inadequado da pressão arterial, como sobrepeso-obesidade e cor parda-negra.

## DISCUSSÃO

Até onde se conhece, este estudo foi o primeiro no Brasil a mostrar que alfabetismo funcional em saúde inadequado está associado ao controle inadequado da pressão arterial em pessoas idosas hipertensas tratadas na atenção primária à saúde. Além disso, existem poucos estudos sobre esse tema específico na literatura internacional, justificando-se a realização de mais estudos<sup>(13-14)</sup>. Com os dados apresentados neste artigo, pode-se sugerir uma maior atenção pelas equipes de saúde da atenção primária ao cuidar de pessoas idosas hipertensas com alfabetismo funcional em saúde inadequado, pois tais indivíduos têm mais chances de ter controle inadequado da pressão arterial.

Em relação aos estudos prévios de alfabetismo funcional em saúde em pessoas idosas hipertensas, podem-se destacar alguns pontos<sup>(13-14)</sup>.

No estudo de Wannasirikul P et al na Tailândia, os idosos apresentavam o mesmo nível de alfabetismo funcional em saúde inadequado em relação ao presente estudo<sup>(13)</sup>. Além disso, no estudo de Wannasirikul P et al, o maior efeito no nível da pressão arterial foi o alfabetismo funcional em saúde<sup>(13)</sup>. Já no estudo de McNaughton et al, realizado nos Estados Unidos da América, o inadequado alfabetismo funcional em saúde estava presente em 23% dos indivíduos, e o nível elevado de pressão arterial foi mais prevalente naqueles com alfabetismo funcional em saúde

inadequado em relação aos com alfabetismo adequado (40,0% versus 35,5%; *adjusted Odds Ratio* 1,06 (IC95%:1,01-1,12)<sup>(14)</sup>. Assim, em cenários com diferentes prevalências de alfabetismo funcional em saúde inadequado e em países com diferentes perfis socioeconômicos e culturais, o alfabetismo funcional em saúde mostrou associação com controle da pressão arterial, corroborando os achados do presente estudo.

Vale lembrar que o alfabetismo funcional em saúde inadequado está associado a cuidados de saúde de pior qualidade e de maior custo. Mesmo assim, grande parte dos profissionais de saúde não consegue identificar este problema e não tem preparo para lidar com o paciente com alfabetismo funcional em saúde inadequado<sup>(36)</sup>. Além disso, o alfabetismo funcional em saúde inadequado é um problema de saúde pública mesmo em países com excelente nível educacional e socioeconômico, como o Canadá<sup>(37)</sup>.

De maneira inesperada, a escolaridade, medida em anos, não teve associação, na análise multivariada, com o controle da pressão arterial no presente estudo. Porém, isso reforça que o mais importante é avaliar o alfabetismo funcional em saúde, e não apenas a escolaridade, pois é aquele que se relaciona com a obtenção, compreensão e utilização das informações em prol de promover sua própria saúde<sup>(4)</sup>. Além disso, outro problema no Brasil é o de que, embora tenham algum grau de escolaridade, medida em anos, muitos indivíduos não conseguem ler, escrever ou fazer contas matemáticas de modo a resolver suas demandas do cotidiano<sup>(38)</sup>.

Neste estudo, o fato de ter cor parda ou negra esteve associado ao controle inadequado da pressão arterial. Isso é amplamente sabido e discutido na literatura, pois a hipertensão arterial sistêmica é mais grave entre pessoas da cor parda ou negra, além de fatores socioeconômicos e ambientais envolvidos que agravam este quadro<sup>(39)</sup>. Além disso, não fazer dieta ou exercício, ou ter sobrepeso-obesidade, associaram-se, independentemente, com controle inadequado da pressão arterial no presente estudo, estando de acordo com a literatura<sup>(39)</sup>. Porém, é fundamental lembrar aos profissionais de saúde que o controle da hipertensão arterial sistêmica não se restringe a prescrever anti-hipertensivos, e que é fundamental atuar nos aspectos comportamentais-estilo de vida, relacionados a tal condição clínica<sup>(39)</sup>.

Em relação a não adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada pelo MAT, também se associou com o controle inadequado da pressão arterial no presente estudo. Vale frisar que 37% (145/392) dos pacientes apresentaram não adesão ao tratamento medicamentoso, sendo um importante espaço para atuação das equipes da APS. Em outro estudo realizado com pessoas idosas hipertensas na cidade de Uberaba, uma porcentagem importante dos entrevistados não aderiu ao tratamento de forma correta<sup>(40)</sup>. Além disso, a não adesão terapêutica não prejudica apenas o controle adequado da pressão arterial, mas também favorece o desenvolvimento de insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, insuficiência renal e acidente vascular cerebral<sup>(41)</sup>.

Outro ponto importante é ver se os resultados do presente estudo replicam-se em outros cenários da APS em diferentes cidades brasileiras-questão de validação externa. Assim, são necessários mais estudos no Brasil com essa temática, tendo em vista que esta pesquisa é a primeira, até onde os autores conhecem. Entretanto, acredita-se que estes resultados, aqui apresentados, serão replicados, pois a amostra de pessoas idosas hipertensas do presente estudo é similar à de outros estudos, especialmente, como predomínio de sexo feminino,

maioria com escolaridade em torno de 4 a 7 anos, e média de tempo de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica maior que 10 anos<sup>(40)</sup>.

### Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, o caráter de estudo transversal traz limitações intrínsecas, especialmente relacionadas a não permitir estabelecer relação de causalidade, mas sim de associação entre alfabetismo funcional em saúde e controle da pressão arterial. Porém, o estudo transversal é muito usado na literatura para estudos de associação, incluindo os estudos de alfabetismo funcional em saúde<sup>(13,42-43)</sup>. Em segundo, o instrumento de mensuração de alfabetismo funcional em saúde, usado neste estudo, embora validado para uso na população brasileira, não inclui tarefas envolvendo habilidades numéricas, interativas e críticas, que são muito importantes para alfabetismo funcional em saúde. Porém, esta limitação está presente em outros estudos desta área de alfabetismo funcional em saúde<sup>(42,44)</sup>. Assim, as limitações citadas não invalidam os resultados encontrados neste estudo, especialmente relacionadas à importância do tema abordado, reforçando a necessidade de valorizar o alfabetismo funcional em saúde nas pessoas idosas hipertensas assistidas na APS.

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Conhecer que o alfabetismo funcional em saúde tem associação com controle da pressão arterial em pessoas idosas hipertensas tratadas na APS contribuirá para uma prática profissional mais adequada, beneficiando especialmente os pacientes com mais dificuldade de entender as prescrições medicamentosas e não medicamentosas, e os resultados de exames.

### CONCLUSÃO

Os achados indicaram alta prevalência de alfabetismo funcional em saúde inadequado, e de controle inadequado da pressão arterial entre as pessoas idosas hipertensas, tratadas na APS.

Além disso, ter alfabetismo funcional em saúde inadequado, cor parda-negra, maior tempo de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, sobrepeso-obesidade, não adesão, ou adesão parcial a exercício e dieta, e não adesão a medicamentos apresentaram associação com significância estatística e com controle inadequado da pressão arterial.

Por fim, parece relevante sugerir implantação de estratégias que melhorem o alfabetismo funcional em saúde em pessoas idosas hipertensas. Adicionalmente, parece adequado instruir e conscientizar os profissionais de saúde a usarem o alfabetismo funcional em saúde para personalizar o cuidado, atendendo as necessidades destas pessoas idosas. E ainda, é importante a realização de outros estudos abordando esta temática para aprofundar o conhecimento sobre esta situação clínica, que é de grande importância para a saúde pública.

### FOMENTO

A presente pesquisa recebeu financiamento através da bolsa de iniciação científica CNPq-FEPECS-ESCS 2017-2018, sendo parte da tese de mestrado do autor Victor Roberto Santos Costa.

## REFERÊNCIAS

1. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int.* 1998;13(4):349-64. doi: 10.1093/heapro/13.4.349
2. Santos MIPO, Portella MR, Scortegagna HM, Santos PCS. Functional health literacy from the perspective of gerontological nursing: an integrative literature review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(3):651-64. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14080
3. Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Arch Public Health.* 2014;72:10. doi: 10.1186/2049-3258-72-10
4. Apolinário D, Braga RCOP, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(4):702-11. doi: 10.1590/S0034-89102012005000047
5. Quemelo PRV, Milani D, Bento VF, Vieira ER, Zaia JE. Literacia em saúde: tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(2):e00179715. doi: 10.1590/0102-311x00179715
6. Maragno CAD, Mengue SS, Moraes CG, Rebelo MVD, Guimarães AMM, Dal Pizzol TDS. Test of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190025. doi: 10.1590/1980-549720190025
7. Lin SC, Chen IJ, Yu WR, Lee SD, Tsai TI. Effect of a community-based participatory health literacy program on health behaviors and health empowerment among community-dwelling older adults: a quasi-experimental study. *Geriatr Nurs.* 2019;pii:S0197-4572(18)30397-5. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.03.013
8. Liu YB, Xue LL, Xue HP, Hou P. Health Literacy, Physical and mental health, and activities of daily living among older Chinese adults in nursing homes. *Asia Pac J Public Health.* 2018;30(6):592-9. doi: 10.1177/1010539518800368
9. Fawns-Ritchie C, Starr JM, Deary IJ. Role of cognitive ability in the association between functional health literacy and mortality in the Lothian Birth Cohort 1936: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2018;8(9):e022502. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022502
10. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ.* 2012;344:e1602. doi: 10.1136/bmj.e1602
11. Lor M, Koleck TA, Bakken S, Yoon S, Dunn Navarra AM. Association between health literacy and medication adherence among Hispanics with hypertension. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2019;6(3):517-24. doi: 10.1007/s40615-018-00550-z
12. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R, et al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. *Intern Emerg Med.* 2017;12(6):765-76. doi: 10.1007/s11739-017-1651-7
13. Wannasirikul P, Termsirikulchai L, Sujirarat D, Benjakul S, Tanasugarn C. Health Literacy, Medication Adherence, and Blood Pressure Level among Hypertensive Older Adults Treated at Primary Health Care Centers. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 15];47(1):109-20. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/28f7/48b009a7cbc21c15dfd29e71865b3f17f138.pdf>
14. McNaughton CD, Kripalani S, Cawthon C, Mion LC, Wallston KA, Roumie CL. Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Med Care.* 2014;52(4):346-53. doi: 10.1097/MLR.000000000000101
15. Santos JEM, Brasil VV, Moraes KL, Cordeiro JABL, Oliveira GF, Bernardes CP, et al. Comprehension of the education handout and health literacy of pacemaker users. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(3):633-9. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0336
16. Cunha GH, Galvão MT, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Health literacy for people living with HIV/Aids: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(1):169-77. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0052
17. Moraes KL, Brasil VV, Oliveira GF, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Boaventura RP, et al. Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(1):147-53. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0169
18. Santos MIPO, Portella MR. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(1):144-52. doi: 10.1590/0034-7167.2016690121i
19. Santos LTM, Bastos MG. Developing educational material on chronic kidney disease using best practices in health literacy. *J Bras Nefrol.* 2017;39(1):55-8. doi: 10.5935/0101-2800.20170009
20. Rocha MR, Santos SD, Moura KR, Carvalho LS, Moura IH, Silva ARV. Health literacy and adherence to drug treatment of type 2 diabetes mellitus. *Esc. Anna Nery.* 2019;23(2):e20180325. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2018-0325
21. Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, et al. Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(3):1121-32. doi: 10.1590/1413-81232018243.02212017
22. Paskulin LMG, Bierhals CCBK, Valer DB, Aires M, Guimarães NV, Bocker AR, et al. Health literacy of older people in primary care. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(spe1):129-35. doi: 10.1590/S0103-21002012000800020
23. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(3):390-7. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004912
24. Bezerra ASM, Lopes JLL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(4):550-5. doi: 10.1590/0034-7167.2014670408
25. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Estudo Sabe, Saúde Bem-Estar e Envelhecimento, Condições de vida e saúde dos Idosos do Município de São Paulo [Internet]. 2015[cited 2015 Dec 21]. Available from: <http://www.hygeia.fsp.usp.br/sabe>

26. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):127-41. doi: 10.1590/S1415-790X2005000200005
27. Suemoto CK, Ueda P, Beltrán-Sánchez H, Lebrão ML, Duarte YA, Wong R, et al. Development and Validation of a 10-Year Mortality Prediction Model: Meta-Analysis of Individual Participant Data From Five Cohorts of Older Adults in Developed and Developing Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2017;72(3):410-6. doi: 10.1093/gerona/glw166
28. Apolinario D, Lichtenthaler DG, Magaldi RM, Soares AT, Busse AL, Amaral JRG, et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31(1):4-12. doi: 10.1002/gps.4282
29. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol [Internet].* 2016 [cited 2018 Jun 08];107(3Supl.3):1-83. Available from: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)
30. Akpolat T, Erdem E, Aydogdu T. Validation of the Omron M3 Intellisense (HEM-7051-E) upper arm blood pressure monitor, for self-measurement, according to the European Society of Hypertension International Protocol revision 2010 in a stage 3-5 chronic kidney disease population. *Kidney Blood Press Res.* 2012;35(2):82-8. doi: 10.1159/000330719
31. Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, Humphrey LL, Frost J, Forciea MA. Pharmacologic treatment of hypertension in adults aged 60 years or older to higher versus lower blood pressure targets: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med.* 2017;166(6):430-7. doi: 10.7326/M16-1785
32. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol. Saúde Doenças [Internet].* 2001 [cited 2019 Apr 15];2(2):81-100. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862001000200006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006)
33. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion D Jr. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(4):349-54. doi: 10.1590/S0066-782X2003001200002
34. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(12):1691-9. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49281.x
35. Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Cross-cultural adaptation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): helping in the identification of vulnerable older people. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(esp):116-22. doi: 10.1590/S0080-62342012000700017
36. Brooks C, Ballinger C, Nutbeam D, Mander C, Adams J. Nursing and allied health professionals' views about using health literacy screening tools and a universal precautions approach to communication with older adults: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2019;22:1-7. doi: 10.1080/09638288.2018.1538392
37. Oliffe JL, McCreary DR, Black N, Flannigan R, Goldenberg SL. Canadian Men's Health Literacy: A Nationally Representative Study. *Health Promot Pract.* 2019;1524839919837625. doi: 10.1177/1524839919837625
38. Costa CM, Correa JGC. Os efeitos do alfabetismo funcional sobre a empregabilidade dos trabalhadores brasileiros. *Rev Bras Estud Popul.* 2014;31(1):7-27. doi: 10.1590/S0102-30982014000100002
39. Langan R, Jones K. Common questions about the initial management of hypertension. *Am Fam Physician [Internet].* 2015 [cited 2019 Apr 15];91(3):172-7. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2015/0201/p172.html>
40. Tavares DMS, Guimaraes MO, Ferreira PCS, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2016;69(1):122-9. doi: 10.1590/0034-7167.2016690118i
41. Kim J, Bushnell CD, Lee HS, Han SW. Effect of Adherence to Antihypertensive Medication on the Long-Term Outcome After Hemorrhagic Stroke in Korea. *Hypertension.* 2018;72(2):391-8. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11139
42. Souza JG, Apolinario D, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Jacob-Filho W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *BMJ Open.* 2014;4(2):e004180. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004180
43. Silva SM, Santana ANC, Silva NNBD, Novaes MRCG. VES-13 and WHOQOL-bref cutoff points to detect quality of life in older adults in primary health care. *Rev Saúde Pública.* 2019;53:26. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053000802
44. Marques SRL, Lemos SMA. Health literacy and associated factors in adults primary care users. *Trab Educ Saúde.* 2018;16(2):535-59. doi: 10.1590/1981-7746-sol00109