

Letramento funcional em saúde de idosos com hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família

Functional health literacy in older adults with hypertension in the Family Health Strategy
La alfabetización funcional de adultos mayores con hipertensión en la Estrategia de Salud Familiar

Juliana Piveta de Lima¹

ORCID: 0000-0002-2703-9189

Daiane Porto Gautério Abreu¹

ORCID: 0000-0002-1125-4693

Eliel de Oliveira Bandeira¹

ORCID: 0000-0003-1038-1612

Aline Neutzling Brum¹

ORCID: 0000-0002-9686-9602

Bruno Bisognin Garlet¹

ORCID: 0000-0001-9261-9211

Nidia Farias Fernandes Martins¹

ORCID: 0000-0001-5652-1110

¹ Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande,
Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Lima JP, Abreu DPG, Bandeira EO, Brum AN, Garlet BB, Martins NFF. Functional health literacy in older adults with hypertension in the family health strategy. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 3):e20190848. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0848>

Autor Correspondente:

Juliana Piveta de Lima
E-mail: julianapivetta@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 20-02-2019 **Aprovação:** 26-04-2020

RESUMO

Objetivo: Avaliar o Letramento Funcional em Saúde e os fatores sociodemográficos, de saúde, fontes de informação e meios de comunicação em saúde associados em pessoas idosas com hipertensão arterial atendidas na Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** Estudo quantitativo transversal com abordagem exploratória-descritivo, realizado com 264 pessoas idosas. Utilizou-se para a coleta de dados um instrumento de caracterização sociodemográfica e de saúde, e outro que avaliou o Letramento Funcional em Saúde. Para análise, foi realizada estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** A maioria dos participantes do estudo obteve letramento inadequado (59,5% - 157), sendo as variáveis escolaridade, renda, internação hospitalar e internet como fonte de informação relacionadas com as médias de Letramento Funcional em Saúde. **Conclusão:** Conhecer o Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas com hipertensão arterial e seus fatores associados pode trazer subsídios para o planejamento de estratégias de educação em saúde que atendam, de fato, as suas necessidades em saúde. **Descritores:** Idoso; Alfabetização em Saúde; Hipertensão; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To assess Functional Health Literacy and the associated sociodemographic, health, information sources and health media factors in older adults with hypertension assisted at the Family Health Strategy. **Methods:** A quantitative cross-sectional study with an exploratory-descriptive approach, carried out with a total of 264 older adults. A sociodemographic and health characterization instrument was used for the data collection, and another one that evaluated the Functional Health Literacy. For the analysis, a descriptive and inferential statistics were performed. **Results:** Most of the participants in the study had inadequate literacy (59.5% - 157), and the variables education, income, hospital stay and internet as a source of information are related to the averages of Functional Health Literacy. **Conclusion:** Knowing the Functional Health Literacy of older adults with hypertension and its associated factors can provide subsidies for the planning of health education strategies that, in fact, meet their health needs. **Descriptors:** Aged; Health Literacy; Hypertension; Family Health Strategy; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el Alfabetismo Funcional en Salud y los factores sociodemográficos, sanitarios, fuentes de información y medios de comunicación sobre salud, asociados a los adultos mayores con hipertensión, que se atienden conforme la Estrategia de Salud Familiar. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo transversal con enfoque exploratorio-descritivo, realizado entre 264 personas de edad avanzada. Para la reunión de datos se utilizó un instrumento de caracterización sociodemográfica y sanitaria, y otro que evaluaba la Alfabetización Funcional en Salud. El análisis se realizó con las estadísticas descriptiva e inferencial. **Resultados:** La mayoría de los participantes del estudio poseía una alfabetización funcional inadecuada (59,5% - 157), teniendo como fuente de información las variables: escolaridad, ingresos, estancia en el hospital e Internet. **Conclusión:** Conocer la Alfabetización Funcional en salud de adultos mayores con hipertensión y sus factores asociados facilitará la captación de recursos para la planificación de estrategias de educación sanitaria que realmente satisfagan sus necesidades de salud. **Descritores:** Adulto Mayor; Alfabetización en Salud; Hipertensión; Estrategia de Salud Familiar; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Associado ao aumento da população idosa está o crescimento relativo das condições crônicas, em especial das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)⁽¹⁾. As DCNT são responsáveis por 38 milhões de mortes anuais, sendo que 75% desse total ocorrem em países de média e baixa renda, como o Brasil. Nesse grupo de países, o acesso à saúde preventiva e aos tratamentos dessas patologias é limitado, o que resulta em um maior número de óbitos antes dos 70 anos, contribuindo, assim, para uma menor expectativa de vida⁽²⁾.

A Hipertensão Arterial (HA) é a doença crônica que mais acomete a população idosa, estando presente em mais de 60% desse grupo. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maiores que 140 e/ou 90mmHg, estando frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Além disso, pode ser agravada pela presença de outros fatores de risco, como idade, sexo, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, dislipidemia, diabetes mellitus e intolerância à glicose⁽³⁾.

Por ser uma doença de curso silencioso e estar atrelada a múltiplos fatores de risco, o diagnóstico precoce da HA, bem como o conhecimento dos fatores envolvidos, é de extrema importância para garantir a melhor opção de tratamento e um maior controle da doença, a fim de diminuir hospitalizações e complicações decorrentes dessa patologia⁽⁴⁾.

Nesse sentido, pessoas idosas com condições crônicas, como HA, necessitam de cuidados permanentes, como o acompanhamento de um profissional de saúde, e de contribuição para a compreensão das orientações e prescrições farmacológicas e não farmacológicas. Além disso, necessitam também de uma abordagem mais adequada e efetiva, que tenha como foco as características e particularidades de cada indivíduo, para que, assim, as orientações em saúde diminuam ou excluam possíveis complicações que possam comprometer o envelhecimento ativo. Dessa forma, faz-se necessária a avaliação do Letramento Funcional em Saúde (LFS), já que a compreensão das informações de saúde poderá interferir nos desfechos clínicos⁽⁵⁾.

O LFS é definido como a capacidade de compreender, interpretar e aplicar as informações em saúde na forma escrita, falada ou digital⁽⁶⁾. Diferentemente da alfabetização, cujo conceito diz respeito à aquisição de habilidades de leitura e escrita, o letramento vai além, englobando a apropriação, o uso e o desenvolvimento dessas habilidades ao longo da vida⁽⁷⁾. Nesse sentido, optou-se por utilizar o conceito de LFS ao invés do de alfabetização em saúde, por entender que o letramento vai além da alfabetização.

Indivíduos com LFS considerado satisfatório tendem a apresentar melhores condições de saúde, pois teriam uma melhor compreensão da importância de adotar medidas preventivas ou uma maior facilidade em entender instruções sobre medicações^(6,8). Nesse contexto, em estudo realizado em Picos-PI, que avaliou o LFS de adultos com e sem HA, observou-se que o LFS inadequado ou marginal obteve maior porcentagem entre os adultos com HA nas três Unidades Básicas de Saúde do estudo (71,5%; 77,8%; 85,2%)⁽⁹⁾. Já um estudo realizado no Irã, com pessoas com média de idade de 60,58 anos, demonstrou que existe relação entre

o LFS e o conhecimento entre pacientes com HA⁽¹⁰⁾. Por outro lado, não foram encontrados estudos que relacionassem a HA e o LFS, especificamente, com pessoas idosas no Brasil ou no contexto internacional.

Além disso, a atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção, caracterizando-se por um conjunto de ações desenvolvidas individual e coletivamente, que abrangem promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, bem como a prevenção de agravos, seu diagnóstico e seu tratamento⁽¹¹⁾. Nesse âmbito, a atuação do enfermeiro corresponde ao novo modelo assistencial, não sendo centrado na clínica e na cura, mas, sobretudo, construído por meio de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito. Esse novo modelo tem como foco a participação do usuário no seu tratamento adequado, na tomada de decisões e no autocuidado, para que a prevenção, o diagnóstico, a monitorização e o controle de doenças crônicas como a HA sejam alcançados^(9,12).

Portanto, torna-se importante a avaliação do LFS das pessoas idosas com HA, principalmente na atenção primária, para que enfermeiros e demais profissionais da área, que são multiplicadores de conhecimento, possam realizar suas atividades de educação em saúde a partir do que essa população sabe sobre HA. Acredita-se que, assim, elas terão como foco as reais necessidades dessa população, permitindo-lhe um melhor manejo dos cuidados contínuos necessários pela sua condição crônica. Para tanto, tem-se como questão de pesquisa: quais são o grau de Letramento Funcional em Saúde e os fatores sociodemográficos, de saúde, fontes de informação e meios de comunicação em saúde associados em pessoas idosas com hipertensão arterial atendidas na Estratégia de Saúde da Família?

OBJETIVO

Avaliar o Letramento Funcional em Saúde e os fatores sociodemográficos, de saúde e fontes de informação e meios de comunicação em saúde associados em pessoas idosas com hipertensão arterial atendidas na Estratégia de Saúde da Família.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Foram respeitados os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 510/2016. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo observacional norteado pela ferramenta STROBE⁽¹³⁾. Esta pesquisa faz parte do macroprojeto "Relação entre Letramento Funcional em Saúde, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família", realizado em 10 unidades, totalizando 17 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que formam a zona oeste do município de Rio Grande-RS. Essa zona foi escolhida por ter 100% de cobertura da ESF, cujo foco de atendimento é a promoção da

saúde e a prevenção de doenças, justificando, assim, a extrema importância em conhecer o LFS.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população selecionada para o estudo foi formada por pessoas idosas adscritas nas 17 equipes da ESF. Foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão dos participantes: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família; referir diagnóstico médico de HAS; possuir pelo menos um ano de escolaridade autorreferida, como recomenda estudos de avaliação do LFS⁽¹³⁻¹⁷⁾.

Os critérios de exclusão do foram: não conseguir ler o Cartão de Jaeger em nível 20/40, considerado o normal para uma visão periférica com ou sem lentes corretoras ou óculos; não ouvir o sussurro dos lados direito e esquerdo do canal auricular pelo teste do sussurro (Teste de Whisper); e pontuação inferior ao ponto de corte no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). As notas de corte no MEEM foram as seguintes: 1 a 3 anos de escolaridade \geq 23 pontos; 4 a 7 anos de escolaridade \geq 24 pontos; $<$ 7 anos de escolaridade \geq 28 pontos⁽¹⁵⁾. Os instrumentos Cartão de Jaeger, Teste de Whisper e Mini-Exame do Estado Mental foram utilizados como recomendam estudos de avaliação do LFS⁽¹³⁻¹⁷⁾.

A estimativa da população do município, no ano de 2017, foi de 208 mil habitantes⁽¹⁸⁾. O cálculo da população de idosos estimada para a área de abrangência do estudo foi realizado tendo por base o percentual desse segmento populacional na cidade de Rio Grande/RS, que, de acordo com o último censo demográfico realizado, é de 13,89%⁽¹⁸⁾. A partir da população das 17 equipes incluídas na pesquisa (68.000), foi calculada a porcentagem de idosos (13,89%), obtendo-se aproximadamente 9.445 pessoas idosas. Destas, calculou-se o percentual de pessoas idosas hipertensas com base em dados do VIGITEL 2017, referentes a 2016, que indicou que 60,9% dos adultos com 65 anos ou mais referiram o diagnóstico de HA em pesquisa telefônica. Assim, chegou-se à estimativa de população do estudo de 5.752 pessoas idosas com HA⁽¹⁹⁾.

Utilizou-se a fórmula de cálculo de amostras para população finita, com a seguinte fórmula⁽²⁰⁾:

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

Onde:

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

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

Q – complementar da prevalência (1-P);

N – população total = pessoas idosas estimadas na área de abrangência das 17 equipes da ESF;

E – erro amostral = 6%.

Aplicando a fórmula com os parâmetros descritos anteriormente, obteve-se $n = 254$.

A seleção dos participantes foi por equipe: dividiu-se o n pelas 17 equipes participantes ($254/17 = 14,9$), obtendo-se 15 pessoas idosas por equipe. Esse quantitativo foi ainda dividido

pelo número de microáreas de cada equipe. As pessoas idosas alfabetizadas de cada microárea foram selecionadas a partir do cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que forneceram uma lista com seus nomes e endereços. A partir das listas, foram realizadas visitas domiciliares aos n de idosos estipulado para cada microárea. Conforme era preenchido o número previamente estipulado para aquela microárea, as coletas eram finalizadas naquele local. Foi realizada visita domiciliar para coleta de dados a 264 pessoas idosas pois em alguns domicílios residiam mais de uma pessoa idosa.

Protocolo do estudo

Utilizaram-se para a coleta de dados um instrumento de caracterização sociodemográfica e de saúde, e outro que avaliou o LFS. O instrumento utilizado para verificar o grau de LFS foi uma versão traduzida e adaptada para a realidade brasileira⁽¹⁶⁾ do B-TOFHLA (*Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*). Esse instrumento apresenta um teste de numeramento, que compreende quatro cartões, e um teste de compreensão de leitura, composto por duas passagens relacionadas à saúde, com um total de 36 itens (lacunas em branco). A pontuação dos textos de compreensão de leitura é de dois pontos para cada espaço em branco corretamente preenchido, somando 72 pontos no total. Nos itens numéricos, sete pontos são contabilizados para cada resposta correta, que totalizam 28 pontos. A pontuação total do teste é de 100 pontos. Indivíduos pontuando entre zero e 53 pontos apresentam inadequado LFS; entre 54 e 66 pontos, marginal LFS; e entre 67 e 100, adequado LFS^(15,17).

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

A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2017, pelos mestrandos e bolsistas de iniciação científica envolvidos no macroprojeto que foram capacitados em junho de 2017.

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

As pessoas idosas foram identificadas nas equipes da ESF a partir dos cadastros dos ACS, que indicaram os participantes de cada microárea que eram alfabetizados e conduziram a equipe de coleta até às suas residências. Seguindo-se a lista dos ACS, se a pessoa idosa não estava na residência, ou não tinha interesse em participar da pesquisa, realizava-se a visita ao próximo constante na lista. As listas eram organizadas por endereços.

Análise dos resultados e estatística

Para análise quantitativa, foi elaborado um banco de dados por meio da digitalização dos resultados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foram realizadas as seguintes análises: estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e da frequência relativa para variáveis categóricas, e uso das medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para variáveis numéricas; uma análise estatística

inferencial, em que foi utilizado o teste ANOVA para verificar a diferença de média da variável LFS para as variáveis categóricas. Foi utilizado o nível de significância de $p < 0,05$.

As variáveis utilizadas no estudo foram selecionadas a partir do que a literatura nacional e internacional^(5-9,16) apresentam como fatores possivelmente associados ao LFS: características sociodemográficas (sexo, estado marital, escolaridade, exercício de atividade remunerada, cor e renda), características e hábitos de saúde (internação hospitalar, ajuda medicação, ajuda atividades básicas de vida diária, atividade física, dieta específica para HA e participação em grupos), fontes de informação utilizadas para obter informação em saúde (rádio, televisão, telefone, internet e unidade de saúde) e profissionais que forneciam orientações em saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e nenhum).

RESULTADOS

Participaram do estudo 264 pessoas idosas. Dentre estas, 25% (66) apresentaram letramento funcional em saúde adequado, 15,5% (41) marginal e 59,5% (157) inadequado.

A maior parte dos participantes do estudo era do sexo feminino, residia com companheiro, possuía mais de quatro anos de estudo, não exercia atividade remunerada, era de cor branca, com renda maior que um salário mínimo. Houve uma diferença estatisticamente significativa nas médias do LFS para escolaridade e renda, de maneira que pessoas idosas com 1 a 4 anos de estudo obtiveram menores médias nas pontuações do LFS do que pessoas idosas com mais de 4 anos de estudo ($p < 0,001$), e pessoas idosas com renda menor que 1 salário mínimo obtiveram menores médias nas pontuações do LFS do que as com renda maior que 1 salário mínimo ($p = 0,004$).

Pessoas idosas que relataram não realizar nenhuma internação hospitalar no último ano obtiveram maiores pontuações no LFS (Tabela 2) do que as que realizaram, sendo esse resultado estatisticamente significativo ($p = 0,036$).

Tabela 1 - Distribuição das pessoas idosas com hipertensão arterial segundo características sociodemográficas e média de Letramento Funcional em Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	n(%)	Média do Letramento Funcional em Saúde e desvio padrão ($\bar{X} \pm DP$)	Valor F/t	Valor de p^*
Sexo			0,061	0,805
Feminino	188(71)	53,6 \pm 21,5		
Masculino	76(29)	48,7 \pm 21,0		
Estado marital			0,672	0,413
Sem companheiro	123(47)	51,5 \pm 21,9		
Com companheiro	141(53)	52,8 \pm 21,1		
Escolaridade			37,970	<0,001**
1 a 4 anos de estudo	125(47)	43,2 \pm 14,9		
Mais de 4 anos de estudo	139(53)	60,3 \pm 23,2		
Atividade			0,488	0,485
Exerce atividade remunerada	64(24)	57,1 \pm 22,3		
Não exerce atividade remunerada	200(76)	50,6 \pm 21,0		
Cor			1,706	0,193
Branco	172(65)	53,3 \pm 21,8		
Não branco	92(35)	50,1 \pm 20,7		
Renda ***			8,601	0,004**
≥ 1 salário	96(36)	49,4 \pm 18,8		
<1 salário	167(63)	53,7 \pm 22,8		
Não respondeu	1(1)			

Nota: *Teste ANOVA. **Valor com significância estatística. ***Salário mínimo: R\$ 937,00.

Tabela 2 - Distribuição das pessoas idosas com hipertensão arterial segundo características e hábitos de saúde e média de Letramento Funcional em Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	n(%)	Média do Letramento Funcional em Saúde e desvio padrão ($\bar{X} \pm DP$)	Valor F/t	Valor de p^*
Internação hospitalar			4,434	0,036**
Sim	32(12)	43,2 \pm 18,1		
Não	232(88)	53,4 \pm 21,6		
Ajuda medicação			0,103	0,748
Sim	38(14)	46,1 \pm 20,7		
Não	226(86)	53,2 \pm 21,5		
Ajuda Atividades de Vida Diária			1,137	0,287
Sim	54(20)	48,6 \pm 20,8		
Não	210(80)	53,1 \pm 21,6		
Atividade física			0,321	0,571
Sim	95(36)	54,6 \pm 21,8		
Não	169(64)	50,8 \pm 21,2		
Dieta específica para Hipertensão Arterial			0,616	0,433
Sim	117(44)	50,9 \pm 22,5		
Não	147(56)	53,3 \pm 20,6		
Participação grupos			1,664	0,198
Sim	74(28)	54,3 \pm 22,7		
Não	190(72)	51,4 \pm 20,9		

Nota: * Teste ANOVA. **Valor com significância estatística.

Tabela 3 - Distribuição das pessoas idosas com hipertensão arterial segundo fontes de informação utilizadas para obter informação em saúde e média de Letramento Funcional em Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	n(%)	Média do Letramento Funcional em Saúde e desvio padrão ($\bar{X} \pm DP$)	Valor F/t	Valor de p^*
Rádio			0,965	0,327
Sim	24(9)	48,1 \pm 20,3		
Não	240(91)	52,6 \pm 21,6		
Televisão			0,554	0,457
Sim	108(41)	49,7 \pm 21,0		
Não	156(59)	53,9 \pm 21,6		
Internet			3,981	0,047**
Sim	47(18)	68,6 \pm 23,4		
Não	217(82)	48,6 \pm 19,3		
Telefone			0,853	0,357
Sim	24(9)	47,5 \pm 19,6		
Não	240(91)	52,7 \pm 21,6		
Unidade de saúde			0,037	0,848
Sim	22(8)	55,3 \pm 22,7		
Não	242(92)	51,9 \pm 21,4		

Nota: * Teste ANOVA. **Valor com significância estatística.

Tabela 4 - Distribuição das pessoas idosas com hipertensão arterial segundo profissionais que forneciam orientações em saúde e média de Letramento Funcional em Saúde, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	n(%)	Média do Letramento Funcional em Saúde e desvio padrão ($\bar{X} \pm DP$)	Valor F/t	Valor de p*
Médico				
Sim	187(71)	54,0±22,0	3,460	0,064
Não	77(29)	47,8±19,5		
Enfermeiro			0,268	0,605
Sim	57(22)	53,3±20,3		
Não	207(78)	51,9±21,8		
Técnico de enfermagem			0,000	0,985
Sim	26(10)	59,1±21,8		
Não	238(90)	51,4±21,3		
Agente comunitário de saúde			0,150	0,699
Sim	97(37)	54,8±20,6		
Não	167(63)	50,7±21,9		
Nenhum			2,208	0,139
Sim	27(10)	43,7±19,2		
Não	237(90)	53,2±21,5		

Nota: * Teste ANOVA.

Entre os meios de comunicação utilizados para obter informação em saúde, a internet ($p=0,047$) teve associação estatisticamente significativa com o LFS, sendo a média maior naqueles indivíduos que a utilizavam. Além disso, receber informações na unidade de saúde pode favorecer a um maior LFS (tabela 3). Contudo, não houve associação estatisticamente significativa.

Aquelas pessoas idosas que recebiam algum tipo de orientação em saúde, seja de profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou ACS, obtiveram maiores pontuações no LFS. Já quem relatou não receber nenhum tipo de orientação obteve menor pontuação no LFS (tabela 4). Desse modo, percebe-se que receber orientações, de uma maneira geral, aumenta o LFS, embora não tenha ocorrido associação estatisticamente significativa nos testes.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas encontradas neste estudo, como a predominância do sexo feminino, residir com companheiro, possuir mais de quatro anos de estudo, não exercer atividade remunerada, ser de cor branca e ter renda maior que um salário mínimo, foram semelhantes às de outras pesquisas que avaliaram o LFS^(9,21). Além disso, corroborando os achados da pesquisa, estudos que avaliaram o LFS de pessoas com HA também encontraram LFS inadequado ou marginal na maioria dos participantes investigados, como em pesquisa realizada em âmbito nacional, no município de Picos-PI, e em âmbito internacional, na província de Isfahan, Irã⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A escolaridade se mostrou vinculada ao LFS, de modo que aquelas pessoas idosas com até 4 anos de estudo obtiveram menores médias na pontuação do LFS do que as que estudaram mais de 4 anos. Essa associação pode ser justificada, uma vez que o LFS está intimamente relacionado às competências que são trabalhadas em ambiente escolar, como leitura, interpretação e cálculos⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, quando há um déficit nessas competências, a pessoa idosa com HA pode apresentar dificuldade em compreender a própria patologia, a terapêutica medicamentosa e os cuidados que são necessários para minimizar ou evitar agravos decorrentes dessa condição. Além disso, quando a variável está associada a indivíduos que possuem DCNT, tem-se como resultado uma maior prevalência de não-realização de suas atividades por

motivo de saúde e um maior número de internações hospitalares⁽²²⁾.

Pessoas idosas com renda de até um salário alcançaram menores médias na pontuação do LFS do que as com renda maior que um salário. Esse dado se justifica pela condição socioeconômica, que pode influenciar no acesso aos serviços e às informações de saúde, de maneira que indivíduos com uma melhor condição podem ter maior facilidade em obter cuidados de saúde do que indivíduos mais pobres⁽²³⁾. Ademais, questões socioeconômicas também podem refletir na adesão à terapêutica medicamentosa de pessoas idosas com HA, uma vez que a baixa renda familiar pode tornar difícil o acesso ao tratamento e a compra de

medicamentos⁽²⁴⁾. Nesse segmento, a pobreza e as desigualdades sociais favorecem, ainda, o consumo de uma dieta monótona, pobre em carboidratos complexos e rica em açúcares simples e gorduras, que, quando associada à presença de HA, pode comprometer a qualidade de vida e, consequentemente, favorecer um maior risco de morbimortalidade, causado principalmente por doenças cardiovasculares⁽²⁵⁾.

Ademais, pessoas idosas que tiveram internação hospitalar nos últimos 12 meses apresentaram menor média de LFS do que as que não tiveram internação. As dificuldades na compreensão das informações em saúde para o controle da HA podem repercutir na baixa adesão ao tratamento e na adoção de um estilo de vida impróprio para a condição de saúde, resultando, portanto, em recorrentes internações hospitalares⁽²⁶⁾. Por isso, é de extrema importância que os profissionais de saúde da atenção primária, a partir da avaliação do LFS, formulem estratégias de autocuidado que tenham como foco as características e particularidades de cada pessoa idosa, para que, assim, minimizem ou excluam possíveis agravos que comprometam o envelhecimento ativo e participativo.

Aquelas pessoas idosas que necessitavam de ajuda para medicação e para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), não praticavam atividade física e que seguiam alguma dieta obtiveram menores médias na pontuação do LFS. Esse resultado pode estar relacionado à complexidade da terapêutica para a HA e à diminuição das capacidades cognitivas e funcionais, resultantes do processo de envelhecimento, sendo também consideradas importantes fatores de risco para a baixa adesão aos tratamentos de saúde⁽²⁷⁾. Nesse contexto, estudo realizado com americanos de idade média de 63 anos demonstrou que ter um LFS limitado e marginal torna-os mais propensos a ter uma pior condição física e, consequentemente, experimentar os efeitos do envelhecimento mais rapidamente⁽²⁸⁾. As mudanças fisiológicas, próprias do processo de envelhecimento, e as DCNT têm sido retratadas como as principais causas das incapacidades funcionais nos idosos⁽²⁹⁻³⁰⁾.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa, considerando a condição de funcionalidade como importante indicador de saúde dessa população⁽³¹⁾. A atenção primária, vista como porta de entrada preferencial para os serviços de saúde,

deve estar preparada para prestar assistência a essa população, levando em consideração diferentes perfis de funcionalidade⁽³²⁾. Nesse sentido, para a organização e o planejamento da atenção à saúde da pessoa idosa, o conhecimento do LFS é fundamental, pois poderá nortear o desenvolvimento de ações com vistas à melhoria ou à manutenção da funcionalidade desses indivíduos.

Assim, outro dado relacionado com o LFS é o consultar na unidade, de maneira que indivíduos que possuem um maior número de consultas atingem menores médias no LFS do que os que não consultam. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que quem mais procura os serviços podem ser aquelas pessoas que possuem maiores complicações resultantes de sua condição de saúde, devido à dificuldade em compreender as orientações e informações realizadas pelos profissionais, refletindo, assim, no manejo dos seus problemas de saúde. Nesse sentido, um estudo que analisou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, detectou que indivíduos com DCNT, em sua maioria pessoas idosas, utilizam mais o serviço de saúde, sendo considerados os seguintes fatores motivadores para essa procura: a necessidade sentida pelo próprio usuário, que tem conhecimento prévio de sua doença e condição de saúde; as consultas de rotina indispensáveis para avaliação e manutenção dos resultados positivos decorrentes do tratamento; e o maior número de comorbidades presentes⁽²²⁾.

Pessoas idosas que participavam de grupos desenvolvidos na unidade de saúde obtiveram maiores médias na pontuação do LFS do que as que não participavam. Os grupos realizados na atenção primária são importantes fontes de informação sobre saúde, uma vez que, através de uma prática coletiva, permite problematizar e discutir, juntamente com profissionais capacitados, questões de saúde, cuidados e doenças⁽³³⁾. Além disso, o trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar de consulta individual, troca de informações, oferecimento de orientações e educação em saúde⁽¹⁵⁾.

Pessoas idosas que utilizavam a internet como fonte de informação em saúde apresentaram maiores médias no LFS do que as que não utilizavam. Essa ferramenta tornou-se bastante importante para difusão de conhecimentos na área da saúde, sendo o Brasil o quinto país na busca de orientações, como automedicação e diagnóstico, na internet⁽³⁴⁾. De maneira instantânea e simples, permite trocar informações entre indivíduos acometidos pela mesma patologia, aumentando, assim, a confiança e a compreensão acerca dos cuidados de saúde⁽³⁵⁾. Nesse sentido, é importante promover a inclusão digital das pessoas idosas que ainda não sabem ou não conseguem acessar a internet, para que possam se valer dos benefícios do uso dessa tecnologia para a busca de informações em saúde.

A unidade de saúde também é importante fonte de informação, sendo que aqueles idosos que a utilizavam apresentaram maiores médias no LFS do que os que não utilizavam. Esse resultado justifica-se, pois é nesse ambiente que os profissionais realizam diferentes estratégias de educação em saúde, por meio de consultas, grupos e salas de espera, que visam identificar situações de saúde e doença, contribuindo, assim, para a promoção e recuperação da saúde da população⁽³⁶⁾. Com relação às pessoas idosas, as atividades educativas e orientações devem estimular

a busca por autonomia e independência dentro do seu contexto social, para que possam se manter funcionalmente ativos, mesmo com uma DCNT, como a HA⁽³⁶⁾.

Percebe-se, ainda, indiferentemente do profissional citado como fonte de orientações sobre saúde, que aquelas pessoas idosas que relataram receber algum tipo de orientação alcançaram maiores pontuações no LFS do que as que não receberam, demonstrando a importância de fornecer orientações. Dessa forma, mesmo que os profissionais possam utilizar métodos distintos, é necessário que não se limitem apenas à transmissão de conhecimentos, mas que promovam também a participação ativa da comunidade, a inclusão social e as constantes remodelagens conceituais no que diz respeito a hábitos que comprometam a saúde e a qualidade de vida da população⁽³⁷⁾.

Estudo realizado em Picos-PI encontrou que as pessoas com HAS que apresentavam LFS marginal/inadequado tiveram maiores médias de idade do que aquelas com LFS adequado⁽⁹⁾. Em se tratando da população idosa, é importante que os profissionais tenham conhecimento sobre as peculiaridades do processo de envelhecimento, seu impacto na velhice, além de conseguir orientar pessoas idosas e seus familiares no cuidado, visando à manutenção da saúde e à melhoria do bem-estar dessa parcela populacional.

Limitações do estudo

A utilização de uma amostra por conveniência constitui-se em uma limitação e não permite a generalização dos resultados, tendo em vista que não foi feito um sorteio, embora as visitas domiciliares tenham sido feitas seguindo-se a lista de endereços dos ACS. Contudo, não houve uma seleção intencional de participantes.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O conhecimento do LFS de pessoas idosas com HA e seus fatores associados contribui para a área da enfermagem/saúde, na medida em que traz subsídios para o planejamento de estratégias de educação em saúde que atendam, de fato, as suas necessidades em saúde. Nesse sentido, o estudo buscou avaliar a associação de variáveis sociodemográficas e de saúde, além de fontes e meios de comunicação utilizados para obter informação em saúde ao LFS. A pesquisa ainda pode contribuir para a saúde pública de uma forma geral, já que a HA é uma das doenças que mais afetam a população idosa. Dessa forma, a avaliação dos níveis de LFS e seus fatores associados pode auxiliar no desenvolvimento de ações que visem o cuidado e envolvam as pessoas idosas, suas famílias e cuidadores, profissionais e sistema de saúde. Assim, os resultados do presente estudo podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias que aumentam o LFS e ajudam as pessoas idosas na adesão ao tratamento e na prevenção de complicações.

CONCLUSÃO

Das pessoas idosas com hipertensão arterial participantes do estudo, 25% (66) apresentaram letramento adequado, 15,5% (41) letramento marginal e 59,5% (157) letramento inadequado. As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa

com as médias de LFS foram escolaridade, renda, internação hospitalar e utilização de internet como fonte de informação.

Pessoas idosas que necessitavam de ajuda para utilizar a medicação e realizar as atividades de vida diária, não praticavam atividade física ou que necessitavam seguir uma dieta específica para HA tiveram menores médias no LFS. Embora esses resultados não tenham apresentado associação estatística significativa, são importantes clinicamente na população idosa.

Pessoas idosas que participavam de grupos na Unidade de Saúde da Família e que receberam orientações em saúde de

algum profissional obtiveram maiores médias no LFS, o que remete à importância da realização de orientações e atividades educativas, mesmo que essas variáveis não tenham apresentado associação estatística significativa.

FOMENTO

A realização da pesquisa contou com o auxílio da bolsa de mestrado concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no período de 2017 a 2018.

REFERÊNCIAS

1. Moreira RM, Santos CES, Couto ES, Teixeira JRB, Souza RMMM. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 20];16(1):27-38. Available from: http://www.fufs.edu.br/admin/anexos/10-02-2015_20_43_08_.pdf
2. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases prematurely take 16 millions lives annually, WHO urges more action; Geneva 2015.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 08];107(3):1-83. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
4. Andrade AO, Aguiar MIF, Almeida PC, Chaves ES, Araújo NVSS, Freitas Neto JB. Prevalence of arterial hypertension and associated factors in the elderly. *Rev Bras Prom Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 27]; 27(3):303-11. Available from: http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2729/pdf_1
5. Chehuen-Neto JA, Pinto FAR, Bignoto TC, Costa LA, Vieira CIR, Estevanin GM, et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 16]. Available from: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/letramento-funcional-em-saude-nos-portadores-de-doencas-cardiovasculares-cronicas/16286>
6. Adams R, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbush I, et al. Health Literacy: a new concept for general practice? *Aust Fam Phys* [Internet]. 2009 [cited 2018 Jul 30]; 38(3):144-147. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19283256>
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
8. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LI. Functional Health Literacy: Reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. *Interface - Comunic., Saude, Educ* [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug 20]; 16(41):301-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/en_aop2812.pdf
9. Borges FM, Silva ARV, Lima LHO, Almeida PC, Vieira NFC, Machado ALG. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 09];72(3):679-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366>
10. Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electron Phys* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 09];10(3): 6470-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.19082/6470>
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. 2011 [cited 2019 Dec 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
12. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl 1):704-9. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0471
13. The PLOS Medicine Editors (2014) Observational Studies: Getting Clear about Transparency. *PLoS Med*. 2014;11(8): e1001711. doi: 10.1371/journal.pmed.1001711
14. Santos MIPO, Portella MR. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2016 [cited 2018 Aug 21];69(1):144-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0156.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 192p.
16. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 [cited 2018 Sep 29];43(4):631-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/124.pdf>
17. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1999 [cited 2018 Jun 29];38(1):33-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569>

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados do Brasil. Municípios. Rio Grande RS. Pesquisas. Censo demográfico 2010: amostra - características da população [Internet]. 2010[cited 2018 Jun 29]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/riogrande/pesquisa/23/25888?detalhes=true>
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIGITEL Brazil 2017: surveillance of risk and protective factors for chronic diseases by telephone survey: estimates of frequency and sociodemographic distribution of risk and protective factors for chronic diseases in the capitals of the 26 Brazilian states and the Federal District in 2017 - Brasília; 2018.
20. Miott HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras* [Internet] 2011 [cited 2018 Jul 15];10(4):275-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01>
21. 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*. 2017;70(1):147-53. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0169
22. Malta DC, Bernal BTI, Lima MG, Araújo SSC, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 20];51(Supl 1):4s. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf>
23. Almeida APS, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev Saude Publica* [Internet] 2017 [cited 2018 Sep 16];51(50):1-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006661.pdf>
24. Cesarino EJ, Sigoli PBO, Lourenço VC, Cesarino FT, Andrade RCG. Fatores influentes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes hipertensos. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 15];24(1):110-5. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/497>
25. Vasconcelos SML, Torres MCP, Silva PMC, Santos TMP, Silva JVL, Omena CMB, et al. Insegurança alimentar em domicílios de indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes. *Int J CardiovascSci* [Internet]. 2015 [cited 2018 Set 19]; 28(2):114-121. Available from: <http://www.onlineijcs.org/sumario/28/pdf/v28n2a06.pdf>
26. Teston EF, Silva JP, Garanhani ML, Marcon SS. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 20];17(3):330-7. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/3448/2684>
27. Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, Morelato RL, Oliveira ERA. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet] 2015 [cited 2018 Aug 21];18(2):327-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00327.pdf>
28. Smith SG, Conor RO, Curtis LM, Waite k, Deary IJ, Orlow MP, et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Commun Health* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 03];(69):474-80. Available from: <https://jech.bmj.com/content/jech/early/2015/01/08/jech-2014-204915.full.pdf>
29. Fialho CB, Costa MFL, Giacomini KC, Filho AIL. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 21];30(3):599-610. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0599.pdf>
30. Santos VR, Freitas J, Agostinete RR, Santos LL, Gomes IC. Associação entre fatores de risco cardiovascular e capacidade funcional de idosos longevos. *Med*[Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 19];46(1):10-16. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/62326>
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
32. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
33. Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 23];24(1):124-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>
34. Oliveira FO, Goloni-Bertollo EM, Pavarino EC. A internet como fonte de informação em saúde. *J Health Inform* [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 19];5(3):98-102. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/267>
35. Mazza VA, Lima VF, Carvalho AKS, Weissheimer G, Soares LG. Online information as support to the families of children and adolescents with chronic disease. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 19];38(1):1-9. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/63475/40891>
36. Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas do cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 20];22(5):637-42. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>
37. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate* [Internet] 2015 [cited 2018 Sep 22];39(105):480-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf>