



Cogitare Enfermagem

ARTIGO ORIGINAL

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM PESSOAS IDOSAS*

Juliana Piveta de Lima¹, Daiane Porto Gautério Abreu², Eliel de Oliveira Bandeira³, Aline Neutzling Brum⁴, Marlise Capa Verde Almeida de Mello⁵, Victorya dos Santos Varela⁶, Nidia Farias Fernandes Martins⁷

RESUMO

Objetivos: avaliar o grau de Letramento Funcional em Saúde das pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família e identificar a sua associação com idade, sexo, anos de estudo, doenças crônicas, hábitos de saúde e medicamentos utilizados.

Método: estudo quantitativo transversal com abordagem exploratório-descritiva, realizado com 350 idosos. Utilizou-se um instrumento que avaliou o Letramento Funcional em Saúde e outro de caracterização sociodemográfica e de saúde. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2017. Foram utilizados os testes Qui-quadrado e ANOVA.

Resultados: dos 350 idosos, 206 (58,9%) obtiveram letramento inadequado, 58 (16,6%) marginal e 86 (24,6%) adequado. Houve associação entre Letramento Funcional em Saúde e idade e anos de estudo ($p < 0,001$).

Conclusão: Conhecendo o Letramento Funcional em Saúde, os profissionais da saúde podem realizar cuidados de forma a contemplar as particularidades das pessoas idosas, mesmo que as atividades sejam realizadas para o coletivo.

DESCRITORES: Idoso; Alfabetização em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado "Letramento Funcional em Saúde e fatores associados de pessoas idosas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família". Universidade Federal do Rio Grande, 2018.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Lima JP de, Abreu DPG, Bandeira E de O, Brum NA, Mello MCVA de, Varela V dos S, et al. Letramento funcional em saúde e fatores associados em pessoas idosas. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.63964>.





Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).


¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

³Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

⁴Bióloga. Doutora em Ciências. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

⁶Discente de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

⁷Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. 

HEALTH LITERACY AND ASSOCIATED FACTORS IN THE ELDERLY

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the Health Literacy degree of the elderly assisted in the Family Health Strategy and to identify its association with age, gender, years of study, chronic diseases, health habits and medications used.

Method: A quantitative cross-sectional study with exploratory-descriptive approach, conducted with 350 elderly individuals. An instrument was used to evaluate the Health Literacy and another of socio-demographic and health characterization. Data was collected from July to December 2017. The Chi-square and ANOVA tests were used.

Results: Of the 350 elderly individuals, 206 (58.9%) obtained inadequate literacy, 58 (16.6%) marginal and 86 (24.6%) adequate. There was an association between Health Literacy and age and years of schooling ($p < 0.001$).

Conclusion: Knowing Health Literacy, health professionals can perform care in order to address the particularities of the elderly, even if the activities are performed for the collective.

DESCRIPTORS: Aged; Health Literacy; Primary Health Care; Family Health Strategy; Nursing.

ALFABETISMO FUNCIONAL EN SALUD Y FACTORES ASOCIADOS EN ANCIANOS

RESUMEN

Objetivos: evaluar el grado de Alfabetismo Funcional en Salud de los ancianos atendidos en la Estrategia Salud de la Familia e identificar su asociación con la edad, el sexo, los años de estudio, las enfermedades crónicas, los hábitos de salud y los medicamentos utilizados.

Método: estudio cuantitativo y transversal con enfoque exploratorio-descriptivo, realizado con 350 ancianos. Se utilizó un instrumento que evaluó el Alfabetismo Funcional en Salud y otro de caracterización sociodemográfica y de salud. Los datos se recolectaron de julio a diciembre de 2017. Se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado y ANOVA.

Resultados: de los 350 ancianos, 206 (58,9%) obtuvieron un alfabetismo inadecuado, 58 (16,6%) marginal y 86 (24,6%) adecuado. Se registró una asociación entre el Alfabetismo Funcional en Salud y los años de estudio ($p < 0,001$).

Conclusión: al conocer el nivel de Alfabetismo Funcional en Salud, los profesionales del área pueden realizar cuidados de modo de contemplar las particularidades de los ancianos, al igual que las actividades se efectuasen para el colectivo poblacional.

DESCRIPTORES: Anciano; Alfabetización en salud; Atención Primaria de la Salud; Estrategia Salud de la Familia; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional resultante do avanço mundial da transição demográfica e epidemiológica, evidencia-se o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população⁽¹⁾. Em um estudo realizado com pessoas idosas de um município do Rio Grande do Sul, as doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão, hipercolesterolemia ou triglicerídeos elevados e diabetes⁽²⁾.

É esperado que, para manutenção da qualidade de vida e controle das doenças crônicas, as pessoas idosas utilizem múltiplos medicamentos. Porém, é indispensável a administração adequada e cautelosa desses fármacos a fim de evitar ou minimizar os riscos decorrentes de seu uso, garantindo, assim, tratamento efetivo⁽³⁾.

Quanto ao número de medicamentos utilizados pelas pessoas idosas, estudo realizado em município de médio porte do Estado de São Paulo identificou uma média de 5,8 medicamentos por idoso, sendo as classes mais utilizadas as relacionadas ao aparelho cardiovascular e sistema digestivo, e os principais problemas de saúde referidos a hipertensão arterial, o reumatismo/artrose, a dislipidemia e o diabetes⁽⁴⁾.

Os indivíduos que frequentam os serviços de saúde podem ter dificuldades em compreender as informações que recebem neste ambiente, visto que a falta de conhecimentos e habilidades sobre a sua condição de saúde pode ser considerada uma barreira para a adoção de comportamentos saudáveis e para a prevenção ou gerenciamento de doenças agudas e crônicas⁽⁵⁾, além de favorecer o aumento do risco para complicações e hospitalizações.

Dessa forma, torna-se importante a avaliação do Letramento Funcional em Saúde (LFS), que é definido pelo *Institute of Medicine* (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"^(6:32).

Os níveis de LFS em pessoas idosas costumam ser menores do que os da população em geral. Em estudo realizado em São Paulo-SP, numa clínica geriátrica de ambulatório financiada pelo governo, com 129 pessoas idosas com diabetes tipo 2, verificou-se que 45% da amostra obteve LFS inadequado⁽⁷⁾.

A partir da avaliação do LFS, tanto enfermeiros quanto demais profissionais da saúde podem ter subsídios para realizar atividades de educação em saúde, centradas nas necessidades das pessoas idosas, reduzindo impactos negativos nas condições de saúde e favorecendo o envelhecimento ativo, fato que justifica a necessidade e relevância deste estudo.

O envelhecimento ativo pode ser compreendido como "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas"^(8:13). Aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam seu potencial para o bem-estar físico, mental e social, participando da sociedade de acordo com suas vontades, necessidades e capacidades, além de propiciar proteção, segurança e cuidados, se necessário⁽⁸⁾.

Destaca-se também a existência de poucos estudos nacionais e internacionais sobre o grau de LFS e seus fatores associados com pessoas idosas. Assim, tiveram-se como questões de pesquisa: Qual o grau de LFS das pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Rio Grande-RS? Existe associação entre o grau de LFS e idade, sexo, anos de estudo, doenças crônicas, hábitos de saúde e medicamentos utilizados?

Dessa forma, os objetivos deste estudo foram avaliar o grau de Letramento Funcional em Saúde das pessoas idosas atendidas na Estratégia de Saúde da Família e identificar a

sua associação com idade, sexo, anos de estudo, doenças crônicas, hábitos de saúde e medicamentos utilizados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, do tipo transversal, que foi realizado em 10 unidades da ESF, totalizando 17 equipes do município de Rio Grande-RS. Essa pesquisa faz parte do macroprojeto “Relação entre LFS, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família”.

A população selecionada para o estudo constituiu-se dos idosos adscritos nas unidades da ESF que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: fazer uso de, no mínimo, um medicamento por, pelo menos, 15 dias antes da data da entrevista e gerir seu próprio regime terapêutico medicamentoso; possuir, pelo menos, um ano de escolaridade autorreferida; conseguir ler o Cartão de Jaeger em nível 20/40, considerado normal para uma visão periférica, com ou sem lentes corretoras ou óculos; ouvir o sussurro dos lados direito e esquerdo do canal auricular pelo teste do sussurro (Teste de Whisper); e conseguir pontuação adequada no Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

As notas de corte no MEEM são: Analfabetos = 19 pontos; 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos; 4 a 7 anos de escolaridade = 24; > 7 anos de escolaridade = 28⁽⁹⁾. Os instrumentos Cartão de Jaeger, Teste de Whisper e MEEM foram utilizados como recomendam estudos de avaliação do LFS⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Os critérios de exclusão foram: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia, ou ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos 15 dias anteriores à coleta de dados, já que pode haver interferência na adesão ao tratamento de saúde.

A população da cidade Rio Grande-RS é de cerca de 197 mil habitantes, com estimativa de 208 mil no ano de 2017, e com um percentual de idosos de 13,89%⁽¹²⁾. A partir da população das 17 equipes incluídas na pesquisa (68.000), foi calculada a porcentagem de idosos (13,89%), obtendo-se como população do estudo aproximadamente 9.445 pessoas idosas.

Utilizou-se a fórmula de cálculo de amostras para população finita⁽¹³⁾ e obteve-se $n=370$. A partir disso, a amostra foi por conveniência e a seleção dos participantes foi por equipe: dividindo o n pelas 17 equipes participantes ($370/17 = 21,76$), obtiveram-se 22 pessoas idosas por equipe. Como nem todas as equipes possuíam a mesma quantidade de microáreas, o número de pessoas idosas entrevistadas em cada microárea variou para cada equipe.

As pessoas idosas de cada microárea foram selecionadas a partir do cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que forneceram uma lista com nome e endereço de todos os que não eram analfabetos. A partir das listas, foram realizadas visitas domiciliares aos idosos e, conforme era preenchido o número previamente estipulado para aquela microárea as coletas eram finalizadas naquele local. Por isso, a amostra foi por conveniência.

Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2017, por meio de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde, sendo selecionado para esse estudo as variáveis: sexo, idade, anos de estudo e as relacionadas aos hábitos de saúde, uso de medicamentos e doenças crônicas.

Também foi utilizada a versão breve B-TOFLA (*Brief Test of Functional Health Literacy in Adults*)⁽¹⁰⁾, que avalia o LFS. Esse instrumento apresenta um teste de numeramento (que inclui habilidade de cálculo do intervalo entre as doses de um medicamento e tomar medicação em jejum) 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 pontos, adequado LFS⁽¹⁰⁾.

Para a coleta de dados, foi realizada visita domiciliar a 376 pessoas idosas, sendo que, destas, 26 não foram incluídas no estudo: 18 por não atingirem a pontuação adequada no MEEM, seis por reprovação no teste de visão e duas por reprovação no teste do sussurro. Além disso, em função do tempo previsto para coleta no cronograma de pesquisa, houve uma perda amostral de 5,4%, não sendo possível chegar aos 370 indivíduos projetados inicialmente. Assim, a amostra final foi de 350 pessoas idosas.

Para análise dos dados foi elaborado um banco de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. A coleta de dados foi realizada por três mestrandos e três bolsistas de iniciação científica envolvidos no macroprojeto, capacitados pela coordenadora da pesquisa, em junho de 2017.

Foram realizadas: análise estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e frequência relativa para variáveis categóricas, e uso das medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão) para variáveis numéricas; e análise estatística inferencial, através de testes estatísticos para verificar a associação entre as variáveis.

Para verificar a associação entre o LFS (adequado, marginal e inadequado) e demais variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado. A correlação entre a pontuação do LFS e as variáveis idade e anos de estudo foi analisada por meio de Coeficiente de Correlação de Pearson.

Foi utilizado o teste ANOVA para verificar a diferença de média das variáveis numeramento, compreensão e leitura do LFS, para as variáveis categóricas que apresentaram significância no teste Qui-Quadrado. Foi utilizado o nível de significância de $p < 0,05$.

Após a explanação dos objetivos e com o aceite voluntário dos participantes, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitados os preceitos éticos acerca da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/2012.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, com parecer número 93/2017, e pelo Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva da Secretaria de Município de Saúde de Rio Grande-RS, com parecer número 013/2017.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 350 pessoas idosas. Destas, 206 (58,9%) obtiveram LFS inadequado, 58 (16,6%) LFS marginal e 86 (24,6%) LFS adequado. Em relação ao item numeramento, os que tiveram LFS inadequado acertaram 65,3%; os com LFS marginal, 89,6%; e, com LFS adequado 91,4%. Em reação ao item compreensão leitura, os que tiveram LFS inadequado acertaram 25,6%; os com LFS marginal, 46,3%; e, com LFS adequado 81,2%, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Níveis de Letramento Funcional em Saúde. Rio Grande, RS, Brasil, 2017

	n (%)	Numeramento (±DP)	Compreensão Leitura (±DP)	Total (±DP)
LFS inadequado	206 (58,9)	18,3 (7,4)	18,5 (7,7)	36,7 (10)
LFS marginal	58 (16,6)	25,1 (4,7)	33,4 (4,9)	58,3 (4,1)
LFS adequado	86 (24,6)	25,6 (3,5)	58,5 (10,3)	84,3 (10,7)

As pessoas idosas do sexo feminino tiveram maiores percentuais de LFS adequado do que as do sexo masculino. No entanto, não houve associação estatística entre a variável sexo e os graus de LFS. No teste de correlação de Pearson, existiu correlação entre a variável idade e o LFS (Rho= -0,332 e p=0,000), indicando que, conforme aumenta a idade, diminui o LFS. Quanto à variável anos de estudo, também existiu correlação com o LFS (Rho= 0,550 e p=0,000), mostrando que, conforme aumentam os anos de estudo, aumenta o grau de LFS, segundo a Tabela 2.

Tabela 2 – Relação entre Letramento Funcional em Saúde e variáveis sociodemográficas. Rio Grande, RS, Brasil, 2017

Variáveis	LFS adequado	LFS marginal	LFS inadequado	Teste Q quadrado	Valor de p
Sexo	n (%)	n (%)	n (%)		
Feminino	62(26)	43(18)	131(56)	3,421	0,181
Masculino	24(21)	15(13)	75(66)		
	(±DP)	(±DP)	(±DP)	RHO	
Idade	65,6(4,1)	66,9 (5,6)	69,8 (6,4)	-0,332	<0,001*
Anos de estudo	7,4(3,1)	5,8 (2,6)	3,8 (2,1)	0,55	<0,001*

* Valor com significância estatística

As pessoas idosas que relataram realizar algum tipo de atividade física regularmente obtiveram maior percentual de LFS adequado e as que relataram não realizar nenhum tipo de atividade física obtiveram maior percentual de LFS inadequado. As pessoas idosas que relataram seguir alguma dieta específica obtiveram maior percentual de LFS inadequado, conforme Tabela 3. Porém, não houve associação estatística entre os hábitos de saúde e os graus de LFS.

Tabela 3 – Relação entre o Letramento Funcional em Saúde e hábitos de saúde. Rio Grande, RS, Brasil, 2017 (continua)

Variáveis	LFS adequado	LFS marginal	LFS inadequado	Teste chi quadrado	Valor de p
Atividade física				3,401	0,183

Sim	36(29,5)	22(18,0)	64(52,4)		
Não	50(21,9)	36(15,7)	142(62,2)		
Segue Dieta Específica				2,237	0,327
Sim	36(24,8)	19(13,1)	90(62,0)		
Não	50(24,3)	39(19,0)	116(56,5)		

As doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas foram hipertensão (n=264), diabetes (n=117), cardiopatias (n=47) e doenças musculoesqueléticas (n=44). Não houve associação estatística entre as doenças e os graus de LFS, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 – Relação entre o Letramento Funcional em Saúde e doenças crônicas. Rio Grande, RS, Brasil, 2017

Variáveis	LFS adequado	LFS marginal	LFS inadequado	Teste Qui quadrado	Valor de p
Hipertensão				0,852	0,653
Sim	66(25,0)	41(15,5)	157(59,4)		
Não	20(23,2)	17(19,7)	49(56,9)		
Diabetes				2,826	0,243
Sim	24(21,3)	24(21,3)	69(61,0)		
Não	62(26,6)	34(14,5)	137(58,7)		
Cardiopatias				0,56	0,756
Sim	10(21,2)	7(14,8)	30(63,8)		
Não	76(25,0)	51(16,8)	176(58,8)		
Doenças musculoesqueléticas				2,598	0,273
Sim	10(22,7)	11(25)	23(52,2)		
Não	76(24,8)	47(15,3)	183(59,8)		

A média de medicamentos utilizados por pessoa idosa foi de 4,82 (DP±2,7) por dia, sendo os mais utilizados para os sistemas cardiovascular (n=308), digestivo e metabolismo (n=202), e nervoso (n=141). Não houve associação estatística entre os medicamentos e os graus de LFS (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação entre o Letramento Funcional em Saúde e medicamentos utilizados. Rio Grande, RS, Brasil, 2017 (continua)

Variáveis	LFS adequado	LFS marginal	LFS inadequado	Teste chi quadrado	Valor de p
Medicamento sistema cardiovascular				0,015	0,992

Sim	76(24,6)	51(16,5)	181(58,7)
Não	10(23,8)	7(16,6)	25(59,5)
Medicamento sistema digestivo e metabolismo			1,282 0,527
Sim	47(23,2)	31(15,3)	124(61,3)
Não	39(26,3)	27(18,2)	82(55,4)
Medicamento sistema nervoso			0,197 0,906
Sim	36(25,5)	24(17,0)	81(57,4)
Não	50(23,9)	34(16,2)	125(59,8)

DISCUSSÃO

Em outros países, como na Alemanha, um estudo demonstrou que a taxa de LFS inadequado entre as pessoas idosas foi de 4%⁽¹⁴⁾. Já na Dinamarca, em outro estudo realizado com pessoas idosas, evidenciou-se que a taxa de LFS inadequado foi de 20-40%⁽¹⁵⁾. Esses números são bem menores que os encontrados no presente estudo, o que pode estar relacionado ao fato de que aqueles países são mais desenvolvidos, possuem melhor renda e maiores níveis de educação populacional, variáveis que influenciam no LFS.

Semelhante ao resultado encontrado nesta pesquisa, em estudo realizado no município de Juiz de Fora-MG, com pacientes cuja média de idade foi de 52 anos e que apresentavam doenças cardiovasculares, a amostra obteve melhor resultado na seção numeramento. Essa variável avalia, dentre outros aspectos, habilidade de cálculo do intervalo entre as doses de um medicamento e tomar medicação em jejum⁽¹⁶⁾.

Tanto neste estudo quanto em outros⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, a idade também se mostrou associada ao LFS, mas de maneira inversamente proporcional, ou seja, quanto maior a idade, menor o grau de LFS. Além disso, essa variável é considerada como um fator condicionante pessoal do LFS, sendo dinâmico e não-modificável, isto é, pode variar ao longo do tempo, porém, mesmo que haja um agente condicionador, não é possível modificá-la⁽¹⁸⁾.

Baixos níveis de LFS podem resultar em diminuição na capacidade de autogestão para o cuidado, afetando, assim, a saúde e o bem-estar das pessoas idosas⁽¹⁹⁾. Um estudo realizado em Curitiba-PR demonstrou que, independentemente do nível de escolaridade das pessoas idosas, há utilização restrita das práticas relacionadas à linguagem escrita, uma vez que tanto aqueles que possuíam formação superior quanto os que não possuíam tiveram dificuldades em interpretar informações simples de textos. Dessa maneira, fica claro que o grau de escolaridade não garante o processo de letramento⁽²⁰⁾.

A variável anos de estudo influenciou o desempenho no LFS alcançado pelas pessoas idosas, de maneira que, conforme aumentam os anos de estudo, aumenta também o grau de LFS. As pessoas idosas deste estudo foram jovens no século passado, no qual a situação educacional era precária e menos acessível, e a prioridade para a população era o trabalho⁽²¹⁻²²⁾.

Embora não seja uma constante, os homens comumente são associados a um menor grau de LFS⁽¹⁶⁾. Ainda, a variável sexo também é considerada como um fator condicionante pessoal do LFS, ou seja, depende de características intrínsecas de cada indivíduo. No entanto, ao contrário da idade, essa variável é estável e não varia ao longo do tempo⁽¹⁸⁾. Percebe-se que tanto a idade quanto o sexo são preditores de um baixo LFS, portanto é importante que sejam trabalhadas as demais variáveis, que são modificáveis, a fim de melhorar os níveis de LFS.

As pessoas idosas que relataram realizar alguma atividade física obtiveram um maior grau de LFS. Estudo realizado com pessoas idosas chinesas demonstrou que há associação entre o LFS e a adoção de comportamentos relacionados à saúde, como atividade física, consumo de bebida alcoólica e tabagismo, de modo que os participantes com maiores pontuações no LFS eram significativamente menos propensos a ter comportamentos de risco, e mais dispostos a fazer exames regularmente, ter uma boa autoavaliação de saúde e possuir acesso suficiente a informações de saúde de várias fontes⁽²³⁾.

De modo contrário, aquelas pessoas que possuem alguma condição crônica têm piores condições de saúde e, com isso, muitas vezes, necessitam seguir alguma dieta específica. Neste estudo, aquelas pessoas idosas que seguem alguma dieta específica alcançaram menores graus de LFS. A presença de doenças crônicas, tanto em âmbito nacional quanto internacional, está atrelada a um LFS inadequado⁽²⁴⁻²⁵⁾. A falta de conhecimentos e habilidades relacionadas à saúde pode ser considerada, ainda, como barreira para a adoção de comportamentos saudáveis e prevenção ou gerenciamento de doenças agudas e crônicas⁽⁵⁾.

As doenças crônicas mais prevalentes entre as pessoas idosas assistidas pela ESF do município de Teófilo Otoni-MG foram hipertensão e diabetes⁽¹⁾. Além disso, um estudo realizado com 840.319 pessoas idosas alemãs que consultaram com clínico geral demonstrou que a doença crônica mais frequente, em ambos os sexos, foi a hipertensão⁽²⁶⁾, corroborando o que foi encontrado neste estudo.

Não houve associação entre os graus de LFS e as doenças crônicas autorreferidas pelas pessoas idosas. Contudo, estudo realizado nos Estados Unidos com 2923 pessoas idosas, encontrou o diabetes e a insuficiência cardíaca como preditores de um LFS inadequado⁽²⁷⁾.

Embora os medicamentos mais utilizados pela população do estudo não tenham apresentado relação estatística significativa entre os graus de LFS, percebe-se que, de maneira similar, em um estudo realizado com pessoas idosas usuárias de plano de saúde suplementar de um município de médio porte do estado de São Paulo, as classes de medicamentos mais utilizadas foram para o sistema cardiovascular, sistema digestivo e metabolismo, com média de 5,8 medicamentos por pessoa idosa⁽²⁸⁾.

Já um estudo realizado com idosos mexicanos, as classes de medicamentos mais utilizadas foram para o trato alimentar e metabolismo, sistema cardiovascular e sistema nervoso, com média de 8,3 medicamentos por idoso⁽²⁹⁾. Ainda, os medicamentos mais utilizados estão de acordo com as doenças crônicas mais prevalentes na população estudada.

Tendo em vista que, para realizar as atividades de educação em saúde, os profissionais devem levar em consideração variáveis sociodemográficas e de saúde que estejam relacionadas ao LFS da população, uma vez que cada indivíduo busca, compreende e utiliza as informações à sua maneira, o estudo mostra-se fundamental.

Dessa forma, à medida que se consideram esses fatores e a singularidade dos sujeitos, o trabalho da enfermagem e dos demais profissionais da saúde propicia que todos acessem e utilizem essas informações, minimizando, conseqüentemente, condições de agravos e vulnerabilidades em saúde da população.

Como limitações do estudo, destaca-se que as pessoas idosas analfabetas não foram incluídas nesta pesquisa devido aos critérios dos instrumentos utilizados.

CONCLUSÃO

Das pessoas idosas participantes do estudo, 58,6% obtiveram LFS inadequado. Houve associação significativa entre o LFS e as variáveis idade e anos de estudo. As pessoas

idosas que relataram ter pelo menos uma doença crônica, não praticar nenhuma atividade física, seguir uma dieta específica, ou fazer uso de algum medicamento de modo contínuo, obtiveram maiores porcentagens de LFS inadequado. Contudo, não houve significância estatística para essas variáveis.

Os resultados do estudo podem servir de subsídios para atividades de promoção do autocuidado de idosos, na adesão ao tratamento de DCNT na medida em que mostram onde esses profissionais podem atuar para aumentar o grau de LFS e assim contribuir para uma melhor gestão da saúde por parte das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho AC de C. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. *Cad. Saude Colet.* [Internet]. 2015 [acesso em 18 ago 2018]; 20(8) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014>.
2. Focchesatto A, Rockett FC, Perry IDS. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas em população idosa rural do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2015 [acesso em 10 jul 2018]; 18(4):779-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14150>.
3. Manso MEG, Biffi ECA, Gerardi TJ. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jul 2018]; 18(1):151-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14056>.
4. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2017 [acesso em 17 ago 2018]; 20(3): 375-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>.
5. Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jul 2018]; 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2333721416630492>.
6. Institute of Medicine (IOM). Health Literacy: a prescription to end confusion. [Internet] Washington, DC: National Academies Press; 2004 [acesso em 15 jul 2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/10883>.
7. 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* [Internet]. 2014 [acesso em 9 ago 2018]; 4:e004180. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004180>.
8. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
10. 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. Saúde Públ.* [Internet]. 2009 [acesso em 9 ago 2018]; 43(4):631-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000031>.
11. Santos MIP de O, Portella MR. Conditions of functional health literacy of an elderly diabetics group. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 21 ago 2018]; 69(1):156-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690121i>.
12. 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 [acesso em 30 jul 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/panorama>.

13. Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. J. vasc. bras. [Internet]. 2011 [acesso em 10 ago 2018]; 10(4):275-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>.
14. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, Haerting J. Health literacy in an urban elderly East-German population - results from the population-based CARLA study. BMC Public Health. [Internet]. 2015 [acesso em 20 ago 2018]; 15(883). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2210-7>.
15. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. BMC Public Health. [Internet]. 2014 [acesso em 7 ago 2018]; 4(1095). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1095>.
16. 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. Cienc. saude colet. [Internet]. 2017 [acesso em 10 ago 2018]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/letramento-funcional-em-saude-nos-portadores-de-doencas-cardiovasculares-cronicas/16286?id=16286>.
17. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health [Internet]. 2015 [acesso em 15 jul 2018]; 15(678). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2056-z>.
18. Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción. [Internet]. Valencia: ITACA/TSB; 2012 [acesso em 18 jul 2018]. Disponível em: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>.
19. Geboers, B, Winter AF de, Spoorenberg SLW, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. Qual Life Res. [Internet]. 2016 [acesso em 9 ago 2018]; 25(11):2869-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1298-2>.
20. Souza Filho PP, Massi GA de A, Ribas A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2014 [acesso em 15 ago 2018]; 17(3):589-600. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13117>.
21. Domiciano BR, Braga DKAP, Silva PN da, Vasconcelos TB de, Macena RHM. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Neurocienc. [Internet]. 2014 [acesso em 17 jul 2018]; 22(3):330-6. Disponível em: <https://doi.org/10.4181/RNC.2014.22.03.971.7p>.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. [Internet] Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acesso em 15 jul 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.
23. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: a survey of elderly chinese. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2015 [acesso em 20 jul 2018]; 12(8): 9714-25. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph120809714>.
24. Wu JR, Moser DK, DeWalt DA, Rayens MK, Dracup K. Health Literacy Mediates the Relationship Between Age and Health Outcomes in Patients With Heart Failure. Circ Heart Fail. [Internet]. 2016 [acesso em 21 ago 2018]; 9(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002250>.
25. Moraes KL, Brasil VV, Oliveira GF de, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Boaventura RP et al. Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2017 [acesso em 19 ago 2018]; 70(1):155-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0169>.
26. Jacob L, Breuer J, Kostev K. Prevalence of chronic diseases among older patients in german general practices. Ger Med Sci. [Internet]. 2016 [acesso em 15 ago 2018]; 14:Doc03. Disponível em: <https://doi.org/10.3205/000230>.

27. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. Arch Intern Med. [Internet]. 2005 [acesso em 11 nov 2018]; 165(17): 1946-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946>.
28. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2017 [acesso em 15 jul 2018]; 20(3):375-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>.
29. Ramírez-Espejel CJ, Juárez-Cedillo T, Avalos-Mejía AM. Prevalence and risk factors of potential drug-drug interactions in older adults treated in primary health care. Ann Public Health Res. [Internet]. 2017 [acesso em 20 jul 2018]; 4(4):1067. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8eb9/2105cf60c5ffd92e712482c3c2727c606d78.pdf>.

Recebido: 18/12/2018

Finalizado: 15/10/2019

Autor Correspondente:

Juliana Piveta de Lima

Universidade Federal do Rio Grande

R. Visconde de Paranaguá, S/N - 96200-190 - Rio Grande, RS, Brasil

E-mail: julianapivettal@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - JPL, DPGA, ANB

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - JPL, DPGA, EOB, MCVAM, VSV, NFFM

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - DPGA

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - JPL, DPGA