

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018005230017>

## NÍVEL DE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E COMPORTAMENTO EM SAÚDE DE IDOSOS<sup>1</sup>

*Samuel Salvi Romero<sup>2</sup>, Helenice de Moura Scortegagna<sup>3</sup>, Marlene Doring<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação - Letramento funcional em saúde de idosos, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF), em 2016, com auxílio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

<sup>2</sup> Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Professora do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: samuel@uricer.edu.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: helenice@upf.br

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Pública. Professora do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: doring@upf.br

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar o nível de letramento funcional em saúde de idosos e discutir sua influência no comportamento de saúde destes idosos.

**Método:** estudo transversal, exploratório-descritivo, caracterizado como desenho misto de pesquisa, modelo de convergência. A coleta de dados, realizada entre agosto e novembro de 2016, aconteceu nos domicílios de 175 residentes na zona urbana de município do interior do Estado do Rio Grande do Sul (Brasil), idosos por meio da aplicação do instrumento S-TOFHILA, destes, dez responderam a entrevista aberta sobre comportamento em saúde. Para análise dos dados foram utilizados, os testes qui quadrado de Pearson; exato de Fisher  $\alpha=5\%$  e  $p\leq 0,05$ ; e análise temática de conteúdo.

**Resultados:** o nível de letramento funcional em saúde demonstrou-se inadequado em 39,4% dos idosos. Houve associação entre o letramento funcional em saúde e as variáveis sexo; faixa etária; escolaridade e número de filhos ( $p\leq 0,005$ ). A categoria Comportamento em saúde subdividiu-se nas subcategorias: Papel do profissional de saúde, Suporte familiar e de amigos, Costume e subjetividade, com transversalidade do letramento funcional em saúde.

**Conclusão:** este estudo reiterou a importância da avaliação do nível de letramento funcional em saúde na assistência global do idoso como iniciativa relevante para adequação do planejamento de ações e comportamentos em saúde, visando melhores resultados na produção do cuidado.

**DESCRIPTORIOS:** Envelhecimento. Alfabetização em saúde. Comportamento de saúde. Promoção da saúde. Enfermagem em saúde comunitária.

---

## FUNCTIONAL HEALTH LITERACY LEVEL AND BEHAVIOR IN THE HEALTH OF THE ELDERLY

### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the level of functional health literacy in elderly people and to discuss its influence on the health behaviour of these people.

**Method:** a cross-sectional, exploratory-descriptive study, characterized as mixed research design, convergence model. Data collection was carried out between August and November 2016 and occurred in the homes of 175 residents in the inner cities of the State of Rio Grande do Sul (Brazil), classified as elderly by the application of the S-TOFHILA instrument, of which ten answered the open interview on health behaviour. The Pearson's chi-square test; Fisher's exact  $\alpha=5\%$  and  $p\leq 0,05$ ; and thematic content analysis were used for data analysis.

**Results:** the functional health literacy level was inadequate in 39.4% of the elderly study participants. There was an association between functional health literacy and gender variables; age group; schooling and number of children ( $p\leq 0.005$ ). The Health Behaviour category was subdivided into the subcategories: Role of the health professional, Family and friends support, Custom and subjectivity, with transversality of functional health literacy.

**Conclusion:** this study reiterated the importance of evaluating the level of functional health literacy in the overall care of the elderly person as a relevant initiative to adequately plan health actions with the aim to improve results in the production of care.

**DESCRIPTORS:** Aging. Literacy in health. Health behaviour. Health promotion. Community health nursing.

## NIVEL DE ALFABETIZACIÓN FUNCIONAL EN SALUD: Y COMPORTAMIENTO EN SALUD DE IDOSOS

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el nivel de alfabetización funcional en salud de ancianos y discutir su influencia en el comportamiento de salud de estos ancianos.

**Método:** estudio transversal, exploratorio-descriptivo, caracterizado como diseño mixto de investigación, modelo de convergencia. La recolección de datos, realizada en agosto y noviembre de 2016, ocurrió en los domicilios de 175 residentes en la zona urbana de municipio del interior del Estado de Rio Grande do Sul (Brasil), ancianos por medio de la aplicación del instrumento S-TOFHLA, de éstos, diez respondieron la entrevista abierta sobre comportamiento en salud. Para el análisis de los datos se utilizaron, las pruebas qui cuadrado de Pearson; exacto de Fisher  $\alpha=5\%$  y  $p\leq 0,05$ ; y el análisis temático de contenido.

**Resultados:** el nivel de alfabetización funcional en salud se demostró inadecuado en el 39,4% de los ancianos. Se observó asociación entre el fonograma funcional en salud y las variables sexo; grupo de edad; escolaridad y número de hijos ( $p\leq 0,005$ ). La categoría Comportamiento en salud se subdividió en las subcategorías: Papel del profesional de salud, Apoyo familiar y de amigos, Costumbre y subjetividad, con transversalidad de Alfabetización funcional en salud.

**Conclusión:** este estudio reiteró la importancia de la evaluación del nivel de Alfabetización funcional en salud en la asistencia global del anciano como iniciativa relevante para adecuación de la planificación de acciones y comportamientos en salud, buscando mejores resultados en la producción del cuidado.

**DESCRIPTORES:** Envejecimiento. Alfabetización en salud. Comportamiento de la salud. Promoción de la salud. Enfermería en salud comunitaria.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento das populações, enquanto realidade mundial, que se estende para a brasileira, está acelerado e decorre, principalmente, por uma combinação entre quedas acentuadas nas taxas de fecundidade e natalidade, e aumento da expectativa de vida.<sup>1</sup> Este processo se caracteriza por mudanças universais que podem trazer desafios quanto à dinâmica saúde-doença no viver cotidiano, o que potencializa a ideia da necessidade de maior e melhor avaliação acerca das suas especificidades e de entendimentos do processo do envelhecimento no contexto da contemporaneidade.<sup>1-2</sup> Doravante a visão de modelos positivos em relação ao envelhecimento, um dos desafios para se estabelecer uma resposta ampla ao processo do envelhecimento é vislumbrar a contrariedade ao propósito de muitas das abordagens relacionadas às pessoas mais velhas, então, baseadas em estereótipos ultrapassados. Tem-se que buscar outra face, já que notadamente o envelhecimento remete historicamente a processos de desigualdades sociais.<sup>3</sup>

É pertinente entender que para equalizar as dicotomias presentes nas relações humanas, frente ao envelhecimento e relacionadas à oferta de saúde e cuidados às pessoas idosas, não é necessário fazer mais do que já está sendo feito, mas poder garantir acesso aos serviços integrais, centrados em suas reais necessidades, reconhecendo, inclusive, as falhas na comunicação profissional-usuários.<sup>1</sup> Nesse sentido, as avaliações e intervenções realizadas pelos mais distintos núcleos profissionais necessitam ampliar a visão assistencial e de saúde para as mais variadas formas de manifestações de potencialida-

des e/ou vulnerabilidades.<sup>4</sup> Neste contexto, surge o letramento funcional em saúde (LFS).

O LFS é caracterizado pelo processo em que o indivíduo é visto em atividade, desenvolvendo suas habilidades de escrita e leitura com perfeição, ou, ao menos, com bastante facilidade no sentido de se tornar e/ou permanecer saudável; prevenir e/ou gerenciar a doença.<sup>5-6</sup> Encontra-se no ser letrado em saúde a capacidade de entendimento de diversos conteúdos ligados a conceitos e demais assuntos da vida diária, o que revela o estado e a condição que este indivíduo (ou grupo social) adquire após ter se apropriado da escrita e de suas práticas sociais.<sup>7</sup>

“O letramento em saúde não diz respeito à atividade mecânica (embora importante) de decifrar códigos, signos e palavras, mas ao engajamento com práticas de leituras e escrita em nossos contextos sociais”.<sup>8:65</sup> Espera-se que o indivíduo em processo contínuo de letramento seja capaz de ler e compreender gêneros textuais de diversas temáticas, incluindo as ciências da saúde.<sup>6</sup> Assim, considera-se importante a avaliação do LFS na população idosa, tendo em vista que o mesmo foi identificado pela Organização Mundial da Saúde, através da *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH), como um dos determinantes sociais da saúde, denotando sua importância no que tange a obtenção, compreensão e apreensão de informações em saúde e sua aplicação na tomada de decisões para melhora ou manutenção do status do processo saúde/doença individual e coletivo.<sup>9</sup>

Considerando essa premissa, o LFS pode ser um indicador para reformulação de intervenções, políticas e práticas de diversos serviços voltados

para a saúde, contudo sua mensuração deve ser bem aplicada e baseada em instrumentos de validação fidedigna, cujos resultados ofereçam subsídios e ferramentas adequadas para diminuir as disparidades em saúde atribuídas ao baixo letramento em saúde.<sup>10-11</sup>

A partir do cenário exposto, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de avaliar o nível de LFS de idosos residentes e discutir sua influência no comportamento de saúde destes idosos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, caracterizado como desenho misto de pesquisa, no qual a combinação dos dados quantitativos e qualitativos segue o modelo de convergência, que prevê a integração dos dados na fase final de análise e discussão.<sup>12</sup>

O estudo foi realizado com idosos residentes em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, no período de agosto a novembro de 2016, atendendo aos critérios de inclusão estabelecidos: ter 60 anos ou mais, ser residente do perímetro urbano do município e ser alfabetizado. A seleção dos participantes foi efetuada por meio de visita domiciliar a todas as pessoas com 60 anos ou mais, residentes no perímetro urbano do município. Por ocasião da visita, os testes de escolha para a seleção foram: Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste do Desenho do Relógio (TDR) para avaliação do desempenho cognitivo do idoso; teste do sussurro (Teste de Whisper) e Cartão Jaeger para avaliação auditiva e optométrica, respectivamente.<sup>13</sup>

Foram excluídos os idosos que não tinham habilidade de leitura ou escrita (analfabetos) e que apresentaram algum déficit cognitivo, visual ou auditivo, por serem considerados potentes confundidores de resultados do estudo. Foi selecionada uma amostra de idosos (n=175), obtida da população de referência (N=250) de idosos residentes na área urbana. O aceite foi confirmado mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a avaliação do LFS optou-se pela aplicação da versão curta do *Test of Functional Health Literacy in Adults - Short-TOFHLA*, traduzida e aplicada no Brasil.<sup>14-15</sup> A aplicação do S-TOFHLA foi realizada pelos pesquisadores e por duas agentes comunitárias de saúde devidamente treinadas para o designado no domicílio do idoso, em data e horário previamente agendado. Para a caracterização dos participantes aplicou-se um questionário composto por condicionantes sociais e demográficos (sexo,

idade, escolaridade (anos de estudo), ocupação, renda, procedência, situação conjugal; número de filhos e com quem reside), saúde (diabetes, hipertensão, doenças osteoarticulares (osteoporose, osteoartrite, artrite reumatoide), depressão, comorbidades e hábitos de vida (uso de álcool e tabaco), uso de medicamentos e tipos).

Dos 175 idosos que responderam ao S-TOFHLA foram selecionados aleatoriamente dez para participar em entrevista individual, com questões abertas a respeito do comportamento de saúde dos participantes, prevendo compreender a influência do LFS na vida dos idosos em foco. O número de dez participantes seguiu a técnica metodológica de inclusão gradual, denominada de amostragem teórica gradual, que prevê o número aproximado de participantes no sentido de que, se houver saturação teórica a população se constituirá com menos pessoas, bem como, se não houver saturação teórica a população será maior.<sup>16</sup> Foi utilizado um gravador para apreensão das falas, e o idoso não foi limitado a tempo para suas respostas.

Na análise dos dados, o **nível de letramento funcional foi estratificado de acordo com os acertos descritos na classificação dos escores.**<sup>14-15</sup> Para verificar a associação entre o LFS e as variáveis sociodemográficas e clínicas, foram utilizados os testes qui quadrado de Pearson e exato de Fisher ao nível  $\alpha=5\%$  e  $p\leq 0,05$ . A análise dos dados foi realizada no *software* SPSS (versão 20.0). As características sociodemográficas e clínicas estão apresentadas por meio de estatística descritiva; as variáveis contínuas, apresentadas por meio de média e desvio padrão, mediana, percentis, valor máximo e valor mínimo. O que emergiu das entrevistas e compõe os dados qualitativos foi interpretado seguindo a proposta de análise de conteúdo.<sup>17</sup> Dessa forma, considerando a categoria comportamento em saúde, do expresso pelos idosos nas entrevistas, foram abstraídas unidades de significância, posteriormente agrupadas em temas, compondo subcategorias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (parecer nº 467.889; CAAE 22094513.4.0000.5342). Atendendo a resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde CNS, a citação das falas dos idosos tem como referência a letra I (idoso) seguida por número arábico expressando a ordem das mesmas.

## RESULTADOS

Na avaliação do nível de LFS, constatou-se que 39,4% (n=69) dos 175 idosos deste estudo apresentaram nível de LFS inadequado e 37,7% apresentaram nível de LFS limítrofe. A média de acertos no escore global do LFS ficou em 57,31% ( $\pm 17,549$ ), conforme tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição do letramento funcional em saúde dos idosos nas classificações inadequado, limítrofe e adequado. Severiano de Almeida, RS, Brasil, 2016. (n=175)**

Letramento funcional em saúde	f	%
Inadequado	69	39,4
Limítrofe	66	37,7
Adequado	40	22,9
Total	175	100

Nota: a média de acertos no escore global do letramento funcional em saúde (textual e numérica) =57,31% ( $\pm 17,549$ )

De acordo com as variáveis analisadas sobre os condicionantes sociais e demográficos estratificadas pelo resultado do teste do LFS, observou-se que a maioria dos idosos participantes era do sexo feminino, correspondendo a 63,4% (n=111) da amostra. A maior parte situava-se na faixa etária entre 60 e 69 anos, correspondendo a 54,9% (n=96), com uma média de idade de 70,7 anos ( $\pm 7,64$ ), sendo que 58,3% (n=102) referiram viver sozinhos. A maioria dos idosos possui a renda mensal, perfazendo um total de 97,7% (n=171), destes, 66,9% (n=117) tem sua faixa de renda mensal apoiada em até um salário mínimo. Dentre os idosos pesquisados, 50,9% (n=89) declararam possuir entre um e quatro anos de escolaridade; 66,3% (n=116) possuem até três filhos; 70,3% (n=123) são casados; 97,1% (n=170) são aposentados, e destes, quatro possuem outra ocupação, distribuída entre serviços gerais, agricultura e trabalho assalariado, conforme tabela 2.

As variáveis sociodemográficas e clínicas que mostraram associação com o LFS foram faixa etária; sexo; procedência; escolaridade e número de filhos com p valor ( $\leq 0,05$ ), conforme os resultados descritos na tabela 2.

**Tabela 2 - Características sociodemográficas dos idosos que participaram do estudo. Severiano de Almeida, RS, Brasil, 2016. (n=175)**

Características	Letramento Funcional em Saúde				Valor de p*
	Total (N = 175)	Inadequado (n = 69)	Limítrofe (n = 66)	Adequado (n = 40)	
	n	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade - Média (DP)	70,73 ( $\pm 7,64$ )				
Faixa etária (em anos)					0,018
60-69	96	27 (28,72%)	39 (41,49%)	28 (29,79%)	
70-79	52	26 (48,15%)	18 (33,33%)	10 (18,52%)	
80-89	27	16 (59,26%)	09 (33,33%)	02 (07,41%)	
Sexo					0,046
Masculino	64	29 (45,31%)	27 (42,19%)	08 (12,5%)	
Femino	111	40 (36,04%)	39 (35,13%)	32 (28,83%)	
Reside com alguém					0,369
Sim	73	25 (34,25%)	28 (36,36%)	20 (27,39%)	
Não	102	44 (43,14%)	38 (37,25%)	20 (19,61%)	
Procedência					0,011
Local	89	24 (26,97%)	42 (47,19%)	23 (25,84%)	
Outra localidade	86	17 (19,77%)	27 (31,39%)	42 (48,84%)	
Renda mensal					0,239
Sim	171	66 (38,60%)	66 (38,60%)	39 (22,80%)	
Não	04	03 (75%)	00 (00,00%)	01 (25%)	
Faixa de renda					0,163

Até um salário mínimo	117	47 (40,17%)	44 (37,61%)	26 (22,22%)	
Até dois salários mínimos	42	17 (40,48%)	18 (42,86%)	7 (16,66%)	
> 2 salários mínimos	12	02 (16,66%)	04 (33,33%)	06 (50%)	
Escolaridade (anos)					0,003
1 a 4 anos	89	46 (51,68%)	30 (33,71%)	13 (14,61%)	
5 a 8 anos	66	29 (43,94%)	19 (28,79%)	18 (27,27%)	
Mais de 8 anos de estudo	20	04 (20%)	07 (35%)	09 (45%)	
Número de filhos					0,034
Até 3 filhos	116	37 (31,90%)	50 (43,10%)	29 (25%)	
Até 5 filhos	33	14 (42,43%)	11 (33,33%)	08 (24,24%)	
Mais de 5 filhos	22	15 (68,18%)	05 (22,73%)	02 (9%)	
Situação conjugal					0,480
Solteiro	05	04 (80,00%)	00 (00,00%)	01 (20,00%)	
Casado	123	47 (38,21%)	46 (37,40%)	30 (24,39%)	
Viúvo	36	16 (44,44%)	14 (38,89%)	06 (16,67%)	
Separado	11	02 (18,18%)	06 (54,55%)	03 (27,27%)	
Aposentadoria					0,153
Sim	170	65 (38,23%)	65 (38,23%)	40 (23,52%)	
Não	05	04 (80,00%)	01 (20,00%)	00 (00,00%)	

Testes qui quadrado de Pearson e exato de Fisher ao nível 5%.

No que se refere aos condicionantes de saúde dos idosos pesquisados, 52,6% (n=92) referem apresentar hipertensão arterial, dentre outras morbidades. O diabetes teve limite na associação com o LFS. Um percentual de 6,3% (n=11) refere o hábito do fumo, sendo que em três deles o hábito pelo tempo

de cinquenta anos; 1,7% (n=3) apontam o consumo da bebida como prática diária; 78,9% (n=138) fazem uso de medicamentos alopáticos, destes, 30,4% (n=42) fazem uso de dois tipos de medicamentos e a média ficou em 3,2 ( $\pm 2,096$ ) medicamentos, conforme tabela 3.

**Tabela 3 - Condições de saúde dos idosos participantes do estudo. Severiano de Almeida, RS, Brasil, 2016. (n=175)**

Condições de Saúde	Letramento Funcional em Saúde				Valor de P*
	Total (N=175)	Inadequado (n=69)	Limítrofe (n=66)	Adequado (n=40)	
	n ( $\pm$ )	n (%)	n (%)	n (%)	
Diabetes					0,066
Sim	27	15 (55,55%)	10 (37,04%)	02 (7,41%)	
Não	148	54 (36,49%)	56 (37,84%)	38 (25,67%)	
Hipertensão					0,774
Sim	92	35 (38,04%)	34 (36,96%)	23 (25%)	
Não	83	34 (40,96%)	32 (38,56%)	17 (20,48%)	
Osteoporose					0,729
Sim	41	14 (34,15%)	17 (41,46%)	10 (24,39%)	
Não	134	55 (41,04%)	49 (36,57%)	30 (22,39%)	

Artrite reumatóide					0,525
Sim	3	02 (66,67%)	01 (33,33%)	00 (00,00%)	
Não	172	67 (38,95%)	65 (37,79%)	40 (23,26%)	
Depressão					0,632
Sim	17	05 (29,41%)	08 (47,06%)	04 (23,53%)	
Não	158	64 (40,51%)	58 (36,71%)	36 (22,78%)	
Fuma					0,390
Sim	11	04 (36,36%)	06 (54,55%)	01 (9,09%)	
Não	164	65 (39,64%)	60 (36,58%)	39 (23,78%)	
Média de tempo (anos)	42 ( $\pm$ 11,225)				
Consumo de álcool					0,495
Sim	3	01 (33,33%)	02 (66,67%)	00 (00,00%)	
Não	172	68 (39,53%)	64 (37,21%)	40 (23,26%)	
Média de tempo (anos)	37,5 ( $\pm$ 11,225)				
Uso de medicamento					0,191
Sim	138	55 (39,86%)	48 (34,78%)	35 (25,36%)	
Não	37	14 (37,84%)	24 (64,86%)	05 (13,51%)	
Média de uso (diário)	3,20 ( $\pm$ 2,096)				

Testes qui quadrado de Pearson e exato de Fisher ao nível 5%,  $\pm$  desvio padrão

Da análise de conteúdo emergiu a categoria Comportamento em saúde, e subcategorias foram impressas para exprimir as condições a que estão expostos os idosos do estudo: Papel do profissional da saúde; Suporte familiar e de amigos; Costume e subjetividade, apresentadas na figura 1.



Figura 1- Representação da categoria comportamento em saúde e das subcategorias extraídas das entrevistas com os idosos participantes do estudo. Severiano de Almeida, RS, Brasil, 2016. (n=10);

**Figura 1- Representação da categoria comportamento em saúde e das subcategorias extraídas das entrevistas com os idosos participantes do estudo. Severiano de Almeida, RS, Brasil, 2016. (n=10)**

O LFS é identificado como um determinante que possibilita manter o *status* de saúde; obter a me-

lhora deste ou problematizar condutas assumidas, compreendido, portanto, como categoria transversal à categoria comportamento em saúde e às subcategorias que emergiram a partir da interpretação das informações obtidas dos participantes.

No presente estudo percebe-se a limitação neste determinante por um percentual significativo da população idosa, com LFS inadequado (39,4%) e com LFS limítrofe (37,7%), e esta deficiência apoia-se nas discussões proporcionadas pelas entrevistas.

### Papel do profissional de saúde

Nesta construção pôde-se perceber a presença do profissional de saúde como fundamento norteador de instruções e prescrições, bem como, ferramenta para indução de práticas e/ou comportamentos, conforme excertos: [...] *eu sempre observo e acompanho o que os profissionais me indicam, porque eles estão preparado para isso e sabem o que é melhor (I1); [...] eu sempre sigo o melhor que é a orientação do profissional, porque ali está tudo que eu preciso para pode melhorar minha doença ou as dores que estou sentindo (I6).*

Para os idosos participantes deste estudo, a forma de comunicação exercida pelo profissional pode conduzir a propostas em saúde assertivas ou não, e é amplamente difundida pelos idosos em seus posicionamentos. No entanto, a comunicação

para os idosos foi relatada como sendo por vezes difícil, em virtude das palavras utilizadas pelos profissionais de saúde, que extrapolam sua compreensão, além da escrita que é ilegível, o que sugere desconstrução do sentido da equidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A relevância deste posicionamento encontra-se no campo da premência de uma comunicação clara entre o profissional e o usuário, reverberando na capacidade de entendimento dos idosos e potencializando a aceitação das condutas orientadas e manifestas na construção do cuidado. Nesse sentido, os idosos assim posicionam-se: [...] *vem as coisas escritas e eu não entendo a letra, nem na farmácia conseguem entender. Se não tem alguém que me explica eu tenho medo de fazer errado* (I2); [...] *é, às vezes, a própria letra do médico, mas as farmacêuticas já escrevem certo, daí a gente segue, fica melhor* (I4); [...] *realmente, o que for por escrito não tem como ler; são uma meia dúzia de riscos* (I10); [...] *é explicado rápido as coisas, daí sim eu fico que não sei aonde vou. É difícil entender, né* (I3); [...] *tem a dificuldade do linguajar, as vezes a gente não entende o palavreado deles, né* (I8).

Importante considerar que a associação entre escolaridade e LFS foi significativa ( $p=0,003$ ) para este estudo, fortalecendo a importância da percepção do profissional para as formas de comunicação, contidas nos elementos verbais e escritos utilizados nas prescrições e orientações em saúde, bem como, normas e técnicas atribuídas às expressões, exercendo fator positivo na construção do cuidado ao idoso, acima de tudo, com respeito às suas individualidades.

### Suporte familiar e de amigos

A partir do expresso pelos idosos, denota-se a importância do suporte familiar e de amigos no compartilhamento de experiências, no que diz respeito à adoção de práticas e tomada de decisões na escolha de alternativas para manutenção e/ou melhora do *status* de saúde dos idosos, conforme as falas que seguem: *eles (filhos) que me falam o que tem que fazer e como eu procurar as coisas. Como que é pra fazer* (I6); [...] *olha amigos até as vezes orientam né, algo melhor, que possa ser favorável né* (I8).

Muitos dos idosos que participaram deste estudo assumem a postura do cuidado de forma independente, já outros inscrevem ações baseadas em orientações, opiniões e, por vezes, até “ordens” provenientes de familiares cuidadores. Assim, pode-se perceber nas expressões dos idosos entrevis-

tados: *eu moro sozinha, então eu tenho que me ajudar. Mas sempre tem alguém da família para apoiar a gente e ver o que é melhor* (I 2); [...] *minha filha ajuda bastante, nossa! Ela me orienta bastante e me xinga também* (risos) (I 4); [...] *olha, geralmente eu mesma tomo a decisão, eu pessoalmente. Mas claro, sempre os familiares, os amigos e também, na nossa cidade nós temos ajuda assim se necessário for* (I 7).

Conforme expresso pelos idosos, nem sempre o que é sugerido pelos familiares e amigos acompanha a prescrição do profissional de saúde, como o excerto que segue: [...] *é, às vezes, eu tenho que pedir ajuda. Quase sempre eu peço [...] as vezes eu sigo alguma coisa diferente, mas porque eu acho que seria melhor né, mas eu vou tomando os remédios e mais o que eu penso junto* [risos] (I5).

Importante ressaltar que, no contexto familiar atribuído a este estudo, a maioria, dos idosos, mora sozinha, dado que não se mostrou associado ao LFS, no entanto, a análise da procedência, mostrou-se associada ao LFS ( $p=0,011$ ), permitindo uma inferência no que diz respeito à participação da comunidade nas formas de cuidado e gestão deste, e o compartilhamento de informações que podem estar associadas a esta condição de naturalidade nas comunidades de pequeno porte, dados importantes para o planejamento da assistência domiciliar (visitas domiciliares); trabalhos em equipe e reconhecimento da população assistida.

### Costume

Os costumes emergiram na fala dos idosos deste estudo como expressões dos aprendizados, da convivência familiar, da cultura adquirida no decorrer da vida, considerando a interlocução de saberes vivenciada por todos. Estes costumes envolvem alternativas de autocuidado (uso de chás, ervas medicinais, práticas caseiras, experiências de família), reunião de amigos e trabalhos voluntários, compreendidos como formas de sentir-se bem e ser saudável. Na expressão dos idosos: [...] *eu procuro sair, tomar chá, uso minhas ervas medicinais bastante* (I 6); *Eu tomo o meu chá, que a gente aprendeu a fazer no grupo das hortas e ele me faz melhor que o remédio* (I 2); [...] *eu participo na caritas [...] daí participo no canto da igreja que também é coisa boa [...] a gente se distrai bastante e aprende também, tem o grupo do coral italiano também. São todas as coisas que a gente gosta de fazer* (I 3); [...] *eu acho o trabalho voluntário muito gratificante, até para a saúde da gente [...] a satisfação interna, pessoal que você sente ela é muito boa para a saúde, você se sente bem* (I 7).

Os idosos, ao demonstrarem aproximação com algumas práticas, corroboram com a compreensão de que o desenvolvimento da apreensão, compreensão e obtenção de significados em saúde podem estar associados às oportunidades durante o decorrer da vida. Mais do que aderir a terapêuticas que se encontram no campo das orientações dos profissionais, estes idosos complementam suas práticas com escolhas próprias, oriundas das vivências em família e do aprendizado coletivo. Estas escolhas, muitas vezes, podem diferir do que é preconizado, mas são mantidas pelos idosos, sugerindo fazer parte de uma identidade cultural, independentemente das vinculações punitivas que podem exercer no decorrer do tempo.

Nesse sentido, observa-se que algumas das práticas adotadas como costume pelos idosos deste estudo podem ser consideradas como arsenais potenciais na busca por equilíbrio biopsicossocial, enquanto outras podem se constituir como risco para saúde, que merecem atenção, pois remetem a possibilidade de complicações. Assim, as expressões ressoam: *ah sim, tomo decisões minhas. Às vezes, até uma automedicação pequena [risos], remédios caseiros, eu sou praticante (I7); [...] eu comparo as composições sempre, e sendo este quase igual ao outro não precisa tomar os dois né. Elimino um na hora (I9); sempre a gente utiliza alguma indicação antiga né, que seriam medicamentos caseiros [...], não é só lá na farmácia, tudo que é erva tem a sua serventia, finalidade. Diversos tipos de ervas que a gente tem realmente sabe que ajuda também (I10).*

## Subjetividade

As percepções dos idosos em relação a si mesmos revelam posicionamentos que podem influenciar no autocuidado e na promoção da saúde. Seus pronunciamentos denotam as características da velhice aliadas à subjetividade, revelando limitações a que são expostos com o decorrer do tempo, das quais destacam o esquecimento, a fragilidade física e as doenças crônicas não transmissíveis, bem como inscrevem as alternativas de cuidados que compreendem ser benéficas para manter ou melhorar a qualidade de vida. Assim, as expressões acompanham o limiar da subjetividade: *[...] eu tenho um pouco de esquecimento também, isso atrapalha bastante. Às vezes é difícil. Eu tô me esquecendo muito das coisas [...] (I2); [...] pra caminhar eu não tenho muita disposição, sou hipertensa, daí eu não tenho muita disposição para correr e caminhar (I4); procuro fazer exercícios físicos, pilates; gosto de palavras cruzadas, gosto de assistir um bom filme. Levanto cedo, tomo chimarrão, gosto de bater um papo com a esposa, tratar de assuntos do dia [...] (I10).*

Na subjetividade do idoso deste estudo pôde-se identificar a presença, dentre as doenças crônicas não transmissíveis, da hipertensão, referida pela maioria deles. As doenças crônicas relatadas pelos idosos não apresentaram associação com o desfecho LFS, no entanto, subsidiam considerações quanto as relações que as equipes de atenção à saúde podem estabelecer com os indivíduos em processo “envelhecente”.

Ainda, o uso de medicamentos foi apontado por mais de 78% dos idosos participantes do estudo. Alguns referem seu uso em quantidade importante, potencializando a ideia de que os cuidados com as prescrições, bulas e informações repassadas devem assumir prioridade nas aproximações terapêuticas assumidas pelas equipes de saúde e o público idoso.

A composição das expressões, falas e formas de vivências dos idosos contribuem para o entendimento de como o LFS se comporta no contexto idoso. A avaliação do LFS, além da sua associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, conflui para o entendimento da influência do LFS na vida dos idosos e promove a representação autopercebida pelos mesmos em suas experiências e relações sociais. Os resultados expõem a importância do “fazer” cuidado com bases criteriosas, avaliações fidedignas e instrumentos eficazes. Esta natureza gestora (caminho do cuidado) pode influenciar nos resultados em saúde dos idosos nas comunidades, aproximando relações profissionais e promovendo saúde em sua integralidade.

## DISCUSSÃO

Na construção dos dados desta pesquisa pôde-se apurar o nível de LFS inadequado em parcela significativa da população idosa estudada. No entanto, há que se considerar, também, a proporção significativa de idosos com nível de LFS limítrofe que, somada ao percentual de idosos com nível inadequado, se aproxima de 78% da população estudada. Este alerta prevê a reflexão profissional acerca da avaliação global e regular planejamento, tendo em vista a tendência ambígua do posicionamento limítrofe neste contexto.

O resultado LFS inadequado apresenta-se em consonância com estudos que obtiveram um inadequado nível de LFS dos idosos na proporção de 45%; 73,7% e 55%, respectivamente, embora a população alvo fosse idosos com diagnóstico de diabetes.<sup>18-20</sup> Importante destacar que a literatura aponta para um decréscimo no escore do LFS com o avançar da idade, revelando a associação entre o LFS e a idade, mencionada como variável associada



com o LFS desta pesquisa.<sup>18-21</sup> A associação da escolaridade com o LFS, encontra-se em consonância com o resultado de estudos nos quais os idosos participantes, em sua maioria, referiram entre um e quatro anos de estudo.<sup>18,20</sup>

A população feminina foi prevalente na amostra estudada, o que apresenta consonância com outros estudos.<sup>15,18-19</sup> A feminização aqui representada pode estar associada a um fator de risco social, atribuído à exclusão, processos de intenso preconceito e/ou desengajamento. No entanto, pode também representar uma reestruturação do espaço social relacional, constituindo-se como um importante elo para rede de apoio familiar, reverberando a premissa da sensibilidade, do zelo, do apego e cultivo às tradições familiares e costumes.<sup>22</sup> Estas características podem servir de base para a construção de projetos terapêuticos relevantes e asseverativos no contexto da alfabetização em saúde, tendo em vista que a variável sexo se mostrou associada ao LFS, neste estudo, assim como o demonstrado na literatura.<sup>20-21</sup>

Identificou-se, também, que a maioria dos idosos deste estudo reside sozinha, no entanto, a contribuição dos familiares mostrou-se fator positivo no contexto da alfabetização em saúde. O número de filhos, por exemplo, apresentou associação com o LFS, como descrito na tabela 2, evidenciando a notabilidade do conteúdo familiar na vida que se estende para viabilização de propostas de cunho terapêutico e a manutenção da integridade física e psicológica do idoso.<sup>23</sup>

O suporte familiar e de amigos revela a aproximação que os idosos entrevistados mantêm com suas redes de apoio social. Muitos idosos conseguem realizar as associações necessárias para manter ou melhorar sua condição de saúde assumindo-se independentes para a tomada de decisões e condutas. Esta inferência subscreve a máxima da compreensão das informações por parte dos idosos e imprime um status positivo para o seu autocuidado, revelando apego por condutas e gostos pessoais. Assim, há o reforço para que o LFS de pessoas idosas seja considerado um elemento preditivo para sensibilização do cuidado e do autocuidado e eficácia na prescrição e adesão ao tratamento.<sup>24-25</sup>

Quanto aos costumes identificados neste estudo, o uso de alternativas complementares para manter ou melhorar o cuidado em saúde mostrou-se comum entre os idosos, destacando-se o uso de plantas medicinais. Corroborando este achado, estudos observaram esta prática em mais de 70% da população idosa entrevistada, que mencionaram o

uso entre 23 e 40 espécies de plantas medicinais.<sup>26-27</sup> Neste cenário, dentre as limitações referidas pelos idosos participantes deste estudo, as condições crônicas se fazem presentes, com predomínio da hipertensão arterial, condizendo com os dados de pesquisa em que 55,3% das idosas entrevistadas referiam o diagnóstico de hipertensão arterial, dentre outros problemas de saúde relatados.<sup>22</sup>

A complexidade que se pode evidenciar no processo de viver e envelhecer são resultados das vivências e da singularidade na vida dos indivíduos. Nesse sentido, das premissas apresentadas, pode-se esperar um acolhimento mais humanizado e equitativo para a população idosa. A valorização de um acolhimento baseado na equidade, que considere a subjetividade neste contexto, supera a visão fragmentadora da saúde e vai ao encontro das diversas necessidades a que estão expostos os idosos diariamente.<sup>28</sup> O reconhecimento do baixo LFS, observado nesta pesquisa e em alguns estudos mencionados, sugere uma responsabilização profissional maior, tendo em vista as dificuldades, muitas vezes associadas a este determinante, pelas populações. A presença do profissional de saúde torna-se imprescindível neste contexto de trocas de informações e comunicação.<sup>4,25,29</sup> Abordar o LFS no âmbito comunitário, ocupando os espaços das demandas das famílias e comunidades, proporciona um grande potencial para melhorar o conhecimento, as competências e os comportamentos de saúde, prevendo melhores resultados de saúde.<sup>25,28,30</sup> A avaliação do LFS da população no contexto em que vivem, é essencial para captar dinâmicas e sinergias dentro das comunidades, no sentido de, esta, refletir as influências sociais sobre o conhecimento dos usuários, crenças, culturas e comportamentos em saúde, assim, como a interação entre usuários e profissionais inseridos no contexto do cuidado, favorecendo a eficácia das terapêuticas adotadas e sugeridas.<sup>25</sup>

No que se refere à atuação dos profissionais de enfermagem na assistência, estudo avalia que estes profissionais de saúde subestimam o nível de LFS dos usuários, não identificando prioritariamente aqueles que possuem nível inadequado ou mesmo limítrofe.<sup>30</sup> Esta denúncia propõe, a partir dos resultados do estudo realizado com 65 usuários e 30 enfermeiros, que a deficiência na avaliação contribui para problemas generalizados em saúde, incluindo as altas taxas de internação hospitalar, além de índices precários de resultados em saúde, destacando, também, a promoção de readmissões hospitalares recorrentes de usuários das comunidades.<sup>30</sup> Na atenção à saúde do idoso, é importante

o enfermeiro conhecer a vida do idoso, o ambiente de vivências, as singularidades e particularidades e, assim, realizar o planejamento de estratégias que possam contribuir com as demandas dos idosos em foco, comprometidas com a identificação prévia de dissonâncias entre usuários e profissionais de saúde.<sup>4,31</sup> Para tanto, faz-se imperativo a “construção de formas inovadoras e interativas de gestão e cuidado em enfermagem”.<sup>32,8</sup>

Nesta perspectiva, o estudo identifica a insuficiência de compreensão de idosos frente às prescrições terapêuticas, sendo que, de 227 idosos entrevistados, 51,1% apresentaram insuficiente compreensão em relação à medicação, ao que os autores concluíram ser de extrema necessidade o planejamento de estratégias para aumentar a qualidade das orientações repassadas aos idosos no sentido de assegurar a adesão e, conseqüentemente, o cumprimento das mesmas.<sup>33</sup> Pertinente destacar estudo no qual os participantes apontaram diversas dificuldades nas consultas que impactaram negativamente nas suas experiências em saúde e nas condições para adotarem condutas saudáveis como: dificuldades de comunicação, diálogo e troca de informações.<sup>34</sup>

O LFS desempenha um papel importante na promoção da saúde das populações, e está intrinsecamente associado às informações em saúde e ao comportamento em saúde dos usuários. Esse cenário remete a importância de entender a necessidade de acompanhamento contínuo a este público em questão para que os resultados em saúde se encontrem satisfatórios.<sup>35-36</sup> Assim, no intuito de aumentar os efeitos da promoção da saúde, os profissionais da saúde podem visar o aumento dos níveis de letramento em saúde das suas populações-alvo, obtendo, desta forma, melhores resultados e uma distribuição mais equitativa dos índices em saúde, preconizados pelos trabalhadores em saúde.

Considerando que a promoção da saúde, aliada a um nível adequado de LFS, tem como resultado principal a apropriação dos significados em saúde em suas raízes genuínas, com saber diferenciado e com uma condição favorável dos índices preconizados em saúde, sugere-se o desenvolvimento de estudos com amostras maiores, sendo esta uma limitação considerada.

## CONCLUSÃO

A avaliação do LFS entre idosos neste estudo apresentou maior prevalência do nível inadequado, com aproximação do nível limítrofe, apontando

para a necessidade de cuidado preventivo nas redes de atenção à saúde em relação à alfabetização em saúde. Houve associação entre o LFS e as variáveis faixa etária; sexo; procedência; escolaridade e número de filhos. Estes achados sugerem uma relação entre o nível de LFS e o comportamento em saúde dos idosos, assinalando para a necessidade de interações entre profissionais e usuários que respeitem tal singularidade, além de formas de comunicação adequadas, quando utilizadas na condução das práticas terapêuticas. Ainda, reflete nas relações a que os usuários idosos estão expostos considerando atitudes e costumes familiares e comunitários, bem como, as formas de planejamento familiar e comportamento entre indivíduos da mesma comunidade, em virtude à gestão do cuidado e autocuidado. Com isso, as formas de vivências e convivências entre idosos e suas redes sociais alertam para as propostas terapêuticas que podem ser assumidas. Esta consideração exprime o respeito às subjetividades dos idosos, norteando ações de cunho gestor, educativo e preventivo na rede de atenção primária à saúde.

Infere-se, contudo, que a insuficiência de estudos no contexto do LFS do idoso pode levar a iniquidades relacionadas ao tema, excluindo a avaliação deste determinante em saúde da agenda dos serviços e subestimando sua importância no contexto das comunidades. Há que se considerar que o LFS é um determinante que aponta para características sociais e clínicas importantes, se bem avaliado e com o devido planejamento por parte dos profissionais de saúde. O reconhecimento desta ferramenta em saúde pode nortear cardápios e fluxogramas dos serviços, prevendo a sua adequação às necessidades das populações assistidas.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
2. Mendonça JMB. O seguro-cuidado como uma alternativa de atenção às pessoas idosas dependentes. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 15]; 9(4):162-6. Available from: [https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1450709733\\_GG\\_v9n4.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1450709733_GG_v9n4.pdf)
3. Nóbrega PRC. Reflexões teóricas sobre o cotidiano e a geografia no envelhecimento humano. *Estud Interdiscipl Envelhec* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 26]; 20(3):865-81. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/49487/36692>
4. Willis CD, Saul JE, Bitz J, Pompu K, Best A, Jackson B. Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review. *Public Health*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 23]; 128(6):515-

24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.01.014>
5. 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 [cited 2017 Feb 13]; 70(1):147-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0169>
6. Faria LC, Silveira VL. Letramento funcional em saúde: análise de material educativo em saúde bucal. E-escrita. *Rev Curso de Letras da Uniabeu Nilópolis* [Internet]. 2015 [cited 2016 Out 23]; 6(1):50-61. Available from: [http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RE/article/view/1715/pdf\\_332](http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RE/article/view/1715/pdf_332)
7. Passamai MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 23]; 16(41):301-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2812.pdf>
8. Barcelos AMF. Letramento emocional no ensino de línguas. In: Toldo C, Sturm L, organizadores. *Letramento: práticas de leitura e escrita*. Campinas (SP): Pontes Editores; 2015.
9. Commission on Social Determinants of Health - CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva (CH): WHO; 2008.
10. Collins SA, Currie LM, Bakken S, Vawdrey DK, Stone PW. Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. *J Biomed Informatics* [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 22]; 45(3):598-607. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2012.04.001>
11. Institute of Medicine. *Health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary*. Washington (DC): The National Academies Press; 2013.
12. Creswell JW, Clark VLP. *Pesquisa de Métodos Mistos*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
14. 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 2016 Oct 23]; 38(1):33-42. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00116-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00116-5)
15. 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 Pública* [Internet]. 2009 Aug [cited 2017 Sep 01]; 43(4):631-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400009&lng=en)
16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2016 Out 22]; 27(2):389-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo (SP): Edições 70 - Brasil; 2011.
18. 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 [cited 2016 Oct 22]; 4(2):e004180. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004180>
19. Santos MIPO, Portella MR. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Feb [cited 2017 Feb 13]; 69(1):156-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690121i>
20. Federman AD, Wolf M, Sofianou A, Wilson EA, Martynenko M, Halm EA, et al. The association of health literacy with illness and medication beliefs among older adults with asthma. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2013 Aug [cited 2016 Aug 15]; 92(2):273-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.013>
21. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging english adults. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 22]; 30(7):958-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-015-3206-9>
22. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos* (Porto Alegre) [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 26]; 14(1):115-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>
23. Reis LA, Trad LAB. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Rev Psicol: Teor Prática* [Internet]. 2015 [cited 2016 Out 23]; 17(3):28-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n3p28-41>
24. Ramos PMG. Alfabetização e letramento: um estudo em contraponto. *Grau Zero Rev Crítica Cultural* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 22]; 3(2):29-58. Available from: <http://revistas.uneb.br/index.php/grauzero/article/view/3307>
25. Guzys D, Kenny A, Dickson-Swift V, Threlkeld G. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [cited

- 2016 Aug 15]; 15(1):215. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1551-6>
26. Silva AB, Araújo CRF, Mariz SR, Meneses AB, Coutinho MS, Alves RBS. O uso de plantas medicinais por idosos usuários de uma unidade básica de saúde da família. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2015 [cited 2016 Oct 22]; 9(Suppl. 3):7636-43. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6358/pdf\\_7680](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6358/pdf_7680)
27. Ângelo T, Ribeiro CC. Utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos por idosos. *C&D Rev Eletr FAINOR [Internet]*. 2014 [cited 2016 Aug 15]; 7(1):18-31. Available from: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/246/188>
28. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde Debate [Internet]*. 2015 Mar [cited 2017 Feb 13]; 39(104):114-23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=en)
29. Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, Waite K, Deary IJ, Paasche-Orlow M, et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Community Health [Internet]*. 2015 May [cited 2016 Aug 03]; 69(5):474-80. Available from: <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204915>
30. Dickens C, Lambert BL, Cromwell T, Piano MR. Nurse overestimation of patients' health literacy. *J Health Commun [Internet]*. 2013 [cited 2016 Oct 23]; 18(Suppl 1):62-9. Available from: <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825670>
31. Mendes A, Ponte K, Farias M. Cuidados de enfermagem para adesão, por idosos, de hábitos saudáveis de vida, com base na Teoria da Promoção da Saúde. *Rev Kairós: Gerontol [Internet]*. 2015 [cited 2016 Oct 22]; 18(4):269-87. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/29408>
32. Silva SS, Assis MMA, Santos AM. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família: diferentes olhares analísadores. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2017 [cited 2017 Oct 29]; 26(3):e1090016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>
33. Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Lima MG, Ceccato MGB. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2016 [cited 2016 Oct 23]; 21(11):3469-81. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19812015>
34. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2013 [cited 2016 Aug 15]; 13(1):319. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/319>
35. Geboers B, Brainard JS, Loke YK, Jansen CJM, Salter C, Reijneveld SA et al. The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC Public Health [Internet]*. 2015 [cited 2016 Aug 15]; 15(1):903. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2251-y>
36. Santos MIPO, Portella MR, Scortegagna HM, Santos PCS. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]*. 2015 Sep [cited 2017 Sep 02]; 18(3):651-64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000300651&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300651&lng=en)

Correspondência: Helenice de Moura Scortegagna  
Rua Carlos Gomes 462, apt 402  
99070-060 - Rodrigues, Passo Fundo, RS, Brasil  
E-mail: [helenice@upf.br](mailto:helenice@upf.br)

Recebido: 11 de outubro de 2017  
Aprovado: 08 de março de 2018

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY).