

Efeitos da intervenção Alfa-Saúde na alfabetização em saúde do idoso na atenção primária à saúde

Effects of the Alpha-Health intervention on elderly's health literacy in primary health care

Efectos de la intervención Alfa-Salud en la alfabetización sanitaria de los ancianos en la atención primaria de salud

Andreivna Kharenine Serbim^I

ORCID: 0000-0003-4369-9635

Naiana Oliveira dos Santos^{II}

ORCID: 0000-0002-5439-2607

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin^{III}

ORCID: 0000-0003-1444-4086

^I Universidade Federal de Alagoas. Arapiraca, Alagoas, Brasil.

^{II} Universidade Franciscana. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Serbim AK, Santos NO, Paskulin LMG. Effects of the Alpha-Health intervention on elderly's health literacy in primary health care. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 4):e20200978. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0978>

Autor Correspondente:

Andreivna Kharenine Serbim

E-mail: andreivna.serbim@arapiraca.ufal.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena do Espírito Santo

Submissão: 11-09-2020 **Aprovação:** 08-10-2021

RESUMO

Objetivo: avaliar os efeitos da intervenção Alfa-Saúde na alfabetização em saúde e hábitos de saúde de idosos vinculados à atenção primária, quando comparada ao atendimento de saúde usual. **Métodos:** investigação quase-experimental, com métodos mistos, com 21 idosos em cada grupo. O Alfa-Saúde foi realizado por enfermeira durante cinco meses. Instrumentos utilizados foram o *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese Speaking Adults, Health Literacy* e perguntas sobre hábitos de saúde. Na análise quantitativa, foi utilizado o GEE Model, e na qualitativa, análise temática. **Resultados:** houve efeito de interação nos escores da alfabetização em saúde. Hábitos de saúde, como vacinação, três refeições diárias e consumo de carne, apresentaram efeito de interação com significância estatística. Na etapa qualitativa, observou-se o desenvolvimento nas habilidades de acessar, comunicar e avaliar a informação, e estabilidade na habilidade de compreensão. **Conclusões:** o Alfa-Saúde é um dispositivo importante para o desenvolvimento da alfabetização em saúde de idosos. **Descritores:** Letramento em Saúde; Saúde; Idoso; Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to assess the effects of the Alpha-Health intervention on health literacy and health habits of elderly people linked to primary care, when compared to usual health care. **Methods:** a quasi-experimental investigation, with mixed methods, with 21 elderly individuals in each group. Alpha-Health was performed by a nurse for five months. The Short Assessment of Health Literacy for Portuguese Speaking Adults, Health Literacy and questions about health habits were used. In the quantitative analysis, the GEE Model was used, and in the qualitative, thematic analysis. **Results:** there was an interaction effect on health literacy scores. Health habits such as vaccination, three meals a day and meat consumption had a statistically significant interaction effect. In the qualitative stage, development in skills of accessing, communicating and assessing information was observed as well as stability in the ability to understand. **Conclusions:** Alpha-Health is an important device for developing elderly's health literacy. **Descriptors:** Health Literacy; Health; Elderly; Health Education; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los efectos de la intervención Alfa-Salud sobre la alfabetización sanitaria y los hábitos de salud de los ancianos vinculados a la atención primaria, en comparación con la atención sanitaria habitual. **Métodos:** investigación cuasiexperimental, con métodos mixtos, con 21 ancianos en cada grupo. El Alfa-Salud fue realizado por una enfermera durante cinco meses. Los instrumentos utilizados fueron la *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese Speaking Adults, Health Literacy* y preguntas sobre hábitos de salud. En el análisis cuantitativo se utilizó el Modelo GEE y en el análisis cualitativo temático. **Resultados:** hubo un efecto de interacción en los puntajes de alfabetización en salud. Los hábitos de salud como la vacunación, las tres comidas al día y el consumo de carne mostraron un efecto de interacción estadísticamente significativo. En la etapa cualitativa, hubo un desarrollo en las habilidades para acceder, comunicar y evaluar la información, y estabilidad en la capacidad de comprensión. **Conclusiones:** el Alfa-Salud es un dispositivo importante para el desarrollo de la alfabetización en salud para las personas mayores. **Descriptores:** Alfabetización en Salud; Salud; Anciano; Educación en Salud; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A alfabetização em saúde tem sido considerada uma prioridade para reduzir as desigualdades na área da saúde⁽¹⁾ através do acesso à informação e da capacidade de utilizá-la efetivamente, contribuindo para o empoderamento das pessoas⁽²⁾. A literatura científica apresenta diversas conceituações sobre a mesma⁽²⁻³⁾ e, no presente estudo, é definida como o grau em que as pessoas estão aptas a acessar, entender, comunicar e avaliar informações de saúde, a fim de manter e promover a saúde ao longo da vida dentro de diferentes contextos⁽⁴⁾. O desenvolvimento dessas habilidades de alfabetização em saúde pode ser considerado um resultado positivo das atividades de educação em saúde.

Alguns grupos populacionais podem apresentar baixos níveis de alfabetização em saúde, como os constituídos por pessoas idosas e, principalmente, aqueles com baixa renda e baixa escolaridade⁽⁵⁾. Além disso, têm grande dificuldade em realizar o autocuidado na presença de doenças crônicas, possuem altas taxas de internação hospitalar e de uso dos serviços de emergência, além de mortalidade precoce⁽⁶⁻⁸⁾.

Até o momento, não foram publicados estudos populacionais no Brasil sobre a alfabetização em saúde. Estudos brasileiros ainda são escassos e avaliaram a alfabetização em saúde da população em geral⁽⁹⁾, de adultos com alto grau de escolaridade⁽¹⁰⁾ e de adultos com e sem hipertensão arterial⁽¹¹⁾. Os estudos com idosos foram realizados na comunidade⁽¹²⁾ e no contexto clínico/ambulatorial⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o local ideal para a promoção da saúde e para o desenvolvimento de intervenções que sejam acessíveis à comunidade. Protocolo de estudo recente⁽¹⁵⁾ divulgou intervenção para promover a alfabetização em saúde com idosos de 16 unidades de saúde na atenção primária na Espanha.

Um dos importantes desfechos para avaliação das ações da promoção da saúde é a alfabetização em saúde⁽²⁾. Verifica-se que os estudos que desenvolveram intervenções educativas com idosos tiveram resultados positivos e, na sua maioria, abordaram o contexto digital, e se direcionavam para pessoas com melhores condições socioeconômicas⁽¹⁶⁾.

Observa-se, contudo, uma lacuna no conhecimento quanto aos efeitos que uma intervenção educativa, desenvolvida para idosos vulneráveis do ponto de vista socioeconômico, poderia desenvolver na alfabetização em saúde de idosos em uma comunidade. Nesse contexto, foi desenvolvida a intervenção educativa denominada Alfa-Saúde, originada de uma tese de doutorado e oferecida por enfermeira na atenção primária. O objetivo da atividade era promover a alfabetização em saúde de idosos, avaliando um modelo de intervenção que pudesse ser replicado por enfermeiros na APS. Com base nessas considerações, este estudo busca responder à seguinte questão de pesquisa: quais os efeitos da intervenção Alfa-Saúde na alfabetização em saúde e hábitos de saúde de idosos vulneráveis vinculados à atenção primária, quando comparada ao atendimento de saúde usual de idosos?

OBJETIVO

Avaliar os efeitos da intervenção Alfa-Saúde na alfabetização em saúde e hábitos de saúde de idosos vulneráveis vinculados à

atenção primária, quando comparada ao atendimento de saúde usual de idosos.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética).

Desenho, local e período

Investigação quase-experimental, com abordagem de métodos mistos por triangulação concomitante. A pesquisa seguiu as recomendações do *Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs* (TREND) do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)⁽¹⁷⁾.

O estudo foi realizado em duas unidades de saúde da atenção primária no município de Arapiraca/Alagoas, Região Nordeste do Brasil, com população estimada de 230.417 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0.649⁽¹⁸⁾. A coleta de dados e a intervenção foram realizadas entre os meses de setembro de 2017 e julho de 2018.

Crítérios de seleção

Os critérios de inclusão para a definição das unidades de saúde foram: não possuir grupo de idosos nas dependências da unidade de saúde; ter espaço físico para a realização da intervenção e não ser as unidades de saúde próximas uma da outra. De 40 unidades de saúde no município, dez contemplavam os critérios e duas foram escolhidas intencionalmente, sendo uma designada para a realização da intervenção.

Amostra: critérios de inclusão e exclusão

Os participantes do estudo foram os usuários idosos cadastrados nas duas unidades de saúde escolhidas. Os critérios de inclusão foram: declarar saber ler; ter condições de deslocar-se para a unidade de saúde de referência; e ter disponibilidade para participar da intervenção uma vez por semana pelo período de cinco meses. Os critérios de exclusão foram: declarar-se sem condições de responder à entrevista, por apresentarem problemas de audição ou visão; possuir indicação de déficit cognitivo (pontuação < 6 no 10 *point cognitive screener*)⁽¹⁹⁾; e participar de algum grupo nos serviços de saúde locais.

O cálculo amostral foi baseado no estudo de validação dos instrumentos *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese Speaking Adults* (SALHPA - 50) e da versão breve, o SAHLPA-18⁽²⁰⁾, utilizando o *software Winpepi V.11.44*. Foi considerado o escore médio de 37.7 pontos e um desvio padrão de $\pm 9,0$, com uma amostra de 226 idosos ao utilizar o SAHLPA-50 no estudo de validação. Com um poder de 80% e um nível de significância de 0,05, considerando um desvio padrão unitário e esperando uma diferença de um (01) desvio padrão entre os grupos, a amostra calculada foi de 34 idosos. Adicionando 20% de perdas, a amostra final foi de 42 idosos, com 21 idosos no Grupo Intervenção (GI) e 21 no Grupo de Comparação (GC).

Protocolo do estudo

Foi construída, para cada unidade de saúde, uma lista com o nome dos idosos em ordem alfabética, endereço e telefone para contato obtidos por meio do cadastro individual e-SUS APS. A primeira pesquisadora contactou os idosos por ligação telefônica ou pessoalmente e avaliou os critérios de inclusão e exclusão dos participantes do estudo. Essa abordagem foi realizada até que se completasse a quantidade de participantes necessária para o GI e para o GC. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 60 minutos e foram realizadas nas dependências das unidades de saúde.

Foram coletadas as variáveis sociodemográficas idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, renda e com quem o idoso morava. Para detectar a alfabetização em saúde, quantitativamente, foi utilizado o instrumento adaptado e validado SAHLPA-18, de 18 termos, que avalia a pronúncia e a compreensão de termos da área da saúde⁽¹³⁾. A aplicação prevê a presença de um entrevistador que utilize cartões com um termo impresso em negrito na parte superior e com duas palavras da associação na parte inferior. Os entrevistados eram solicitados a ler em voz alta o termo em negrito. O entrevistador lia as duas palavras da associação e perguntava qual delas estava associada ao termo⁽¹⁴⁾. Cada termo correto (leitura e associação) correspondia a 1 ponto com um escore máximo de 18. Após, os entrevistados foram classificados como possuidores de alfabetização em saúde inadequada (1-14 pontos) ou alfabetização em saúde adequada (15-18 pontos)⁽¹³⁾.

Na etapa qualitativa, foi utilizado o instrumento *Health Literacy*, construído no Canadá e adaptado para uso no Brasil, composto por questões abertas e fechadas^(4,20). A entrevista parte de uma pergunta sobre um interesse ou preocupação em saúde vivenciado e escolhido pelo participante, que responde às demais perguntas com base em uma situação de saúde concreta ("No último mês, o que o(a) Sr(a) pensou sobre sua saúde?"). Na sequência, são perguntadas as dúvidas/questões acerca dessa situação de saúde, as fontes de informação utilizadas relacionadas à situação, a compreensão, o compartilhamento e o impacto da informação acessada na saúde dos indivíduos⁽²⁰⁾. As questões que compõem o instrumento *Health Literacy* são organizadas com base nas habilidades de alfabetização em saúde (acessar, compreender, comunicar e avaliar a informação em saúde).

Também foram utilizados como desfechos algumas variáveis da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa⁽²¹⁾, como hábitos de saúde e calendário de vacinação (influenza, difteria-tétano e hepatite B).

A intervenção Alfa-Saúde⁽²²⁾ teve duração de cinco meses (20 semanas) e foi conduzida por enfermeira em unidade de saúde do GI em um espaço para desenvolver grupos. Cada encontro teve duração de 1 hora e 30 minutos. A intervenção foi estruturada com base nas habilidades de alfabetização em saúde: acessar/buscar a informação de saúde (encontrando a informação em saúde e os serviços de saúde necessários); compreender a informação de saúde (trabalhando na compreensão das diferentes temáticas); comunicar a informação de saúde (desenvolvendo a confiança para compartilhar a informação em saúde com profissionais, família e amigos); e avaliar a informação de saúde (identificando fontes de informação confiáveis no sistema de saúde e na internet). Em todos os encontros, foram trabalhadas essas habilidades, utilizando dispositivos que despertassem o interesse e a reflexão

dos idosos, como vídeos, oficinas, jogos, dinâmicas, exposição e discussão das temáticas, material impresso, figuras e uma visita a uma associação de idosos.

As temáticas abordadas, que tiveram como referência a Política do Envelhecimento Ativo⁽²³⁾, foram: utilização da rede de serviços de saúde; uso e armazenamento de medicamentos; alimentação saudável; hábitos saudáveis; saúde bucal; saúde mental; quedas; atividade física; saúde do homem e da mulher; sexualidade; direitos humanos; direitos da pessoa idosa; trabalho e aposentadoria; maus-tratos e violência; participação popular; e ambientes saudáveis. Ao término da intervenção, os idosos foram entrevistados da mesma maneira em que foram no *baseline*.

Análise dos resultados e estatística

As análises descritivas e inferenciais foram realizadas no SPSS v.25. O *GEE Model* foi usado para comparar os grupos, os tempos e a interação (grupo*tempo)⁽²⁴⁾. Para as variáveis binárias, foi utilizada a distribuição binomial com função de ligação logito. Para as variáveis contínuas, foi usada a distribuição normal com função de ligação identidade. O modelo foi construído usando uma matriz de correlação de trabalho independente e uma matriz de covariância de estimador robusto. O teste post-hoc usado foi de Bonferroni. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Para a organização dos dados qualitativos, utilizou-se o *software Qualitative Solutions Research NVivo (QSR NVivo)*, versão 11.0. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise temática⁽²⁵⁾, utilizando como categorias as questões que compõem o instrumento *Health Literacy*. Essas categorias deram origem aos temas que emergiram e foram utilizados para a comparação no *baseline* e no *follow-up* e para a comparação dos dados entre o GI e o GC.

A triangulação dos dados quantitativos e qualitativos ocorreu durante a interpretação e análise dos resultados, buscando compreender as divergências e similaridades entre os achados⁽²⁶⁾. No presente estudo, a etapa qualitativa teve peso maior que a etapa quantitativa.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos idosos no *baseline* da pesquisa, apresentando os dados dos 21 idosos do GC e do GI. Essa tabela demonstra que os valores de p não tiveram significância estatística e que os grupos eram semelhantes. No GC, ocorreram seis perdas (um participante desistiu; três participantes se mudaram; dois participantes não foram encontrados). No GI, ocorreram oito perdas no decorrer da intervenção educativa (cinco participantes desistiram; dois participantes se mudaram; um participante se acidentou). Por isso, nas entrevistas do *follow-up*, contou-se com 13 idosos no GI e 15 no GC.

Com relação ao efeito da interação na média do escore SAHLPA, ao se comparar o *baseline* e o *follow-up*, verifica-se que os escores da alfabetização em saúde aumentaram em ambos os grupos, de 10,9 para 11,5 no GC, e de 10,7 para 12,7 no GI, porém sem significância estatística. A proporção de idosos categorizados com alfabetização em saúde adequada também aumentou em ambos os grupos, com maior diferença no GI (de 23,8% para 38,5%), sem significância estatística.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos idosos participantes no *baseline*, Arapiraca, Alagoas, Brasil, 2017

	*GC (n=21)	†GI (n=21)	p
Idade			
60-69	81%	71.4%	0,726
70-79	19%	23.8%	
80 ou mais	-	4.8%	
Sexo			
Feminino	76.2%	66.7%	0,734
Estado conjugal			
Sem companheiro	61.9%	47.6%	0,501
Com quem o idoso vive?‡			
Cônjuge	11 (36.7)	8 (22.9)	0,517
Neto	7 (23.3)	9 (25.7)	
Filho	6 (20)	8 (22.9)	
Sozinho	5 (16.7)	5 (14.3)	
Outros	1 (3.3)	5 (14.3)	
Avaliação cognitiva	7 [6; 8]	7 [6; 8]	0,517
Anos de estudo	4 [1; 5]	4 [2; 5]	0,899
Número de salários mínimos§	1 [1; 1]	1 [1; 2]	0,680

Variáveis categóricas foram expressas, como frequência relativa e variáveis contínuas, por mediana, e intervalo interquartil [q1; q3], para aquelas com distribuição assimétrica.

*GC= Grupo de Comparação; †GI= Grupo Intervenção; ‡ Múltipla resposta: GC (30); GI (35); § Salário mínimo vigente = R\$ 937,00, Brasil, 2017.

Com relação à comparação das proporções dos hábitos de saúde entre os grupos e os tempos e o efeito de interação, observaram-se mudanças estatisticamente significativas ($p \leq 0,001$) na realização de três refeições diárias no *baseline* (média=79,5; - IC 95%: [64,1; 89,4]) e no *follow-up* (média=100; - IC 95%: [100; 100]). A interação não pôde ser calculada, no entanto a média dos tempos diferiu independente do grupo, sugerindo que essa diferença é devido ao GI. O consumo de carne apresentou mudanças estatisticamente significativas ($p \leq 0,001$) no *baseline* (média=88,3; IC 95%: [74,5; 95,1]) e no *follow-up* (média=100; - IC 95%: [100; 100]). Independente do grupo, a média apresentou diferença entre os tempos. Fixando o tempo, a média do consumo de carne apresentou diferença entre os grupos.

As taxas de vacinação da influenza, hepatite B e difteria-tétano também apresentaram mudanças estatisticamente significativas ($p \leq 0,001$) nas proporções no *baseline* (média=69,1; IC 95%: [53,7; 81,2]), (média=8,4; - IC 95%: [2,7; 22,8]), (média=23,5; - IC 95%: [13; 38,7]) e no *follow-up*, respectivamente (média=100; - IC 95%:

[100; 100]), (média=32,8; - IC 95%: [12,8; 61,9]), (média=67,6; - IC 95%: [39,3; 87,1]). Com relação à vacina influenza, a interação não pôde ser calculada, no entanto a média dos tempos diferiu independente do grupo, sugerindo que essa diferença é devido ao GI. Nas vacinas contra hepatite B e difteria-tétano, o teste de Bonferroni foi $\leq 0,001$ nas duas comparações: ao fixar o grupo e comparar o tempo, e ao fixar o tempo e comparar o grupo.

Nos demais hábitos de saúde, foram visualizados o aumento da proporção de respostas consideradas positivas no GI, como das atividades de lazer do *baseline* (média=19; - IC 95%: [7,3; 41,2]) para o *follow-up* (média=30,8; - IC 95%: [12; 59,1]), das atividades físicas do *baseline* (média=28,6; - IC 95%: [13,4; 50,8]) para o *follow-up* (média=61,5; - IC 95%: [34,4; 83]), do consumo de frutas e vegetais do *baseline* (média=76,2; - IC 95%: [54; 89,7]) para o *follow-up* (média=84,6; - IC 95%: [54,9; 96,1]), da ingestão de água no *baseline* (média=61,9; - IC 95%: [40,4; 79,7]) para o *follow-up* (média=92,3; - IC 95%: [60,9; 98,9]). No consumo de bolos, sobremesas, óleo, açúcar e sal, foi visualizada a mesma diminuição da proporção das respostas no GI do *baseline* (média=61,9; - IC 95%: [40,2; 79,7]) para o *follow-up* (média=15,4; - IC 95%: [3,9; 45,1]). Esses resultados não apresentaram significância estatística.

Os quadros a seguir apresentam as quatro categorias que compõem a etapa qualitativa do estudo, ou seja, as habilidades de alfabetização em saúde buscar/acessar, compreender, compartilhar e avaliar a informação em saúde. Cada quadro é dividido pela ocorrência dos temas no GC e GI no *baseline* e no *follow-up*, além das falas que exemplificam os temas apresentados.

No Quadro 1, referente à habilidade de buscar/acessar a informação em saúde, observou-se que a principal fonte de informação referida foi o médico e que a maior parte da informação em saúde recebida foi considerada prescritiva.

O Quadro 2 apresenta os resultados da categoria habilidade em compreender a informação em saúde. Observou-se que as ações sobre o que os idosos fizeram quando não compreenderam um termo médico não se modificaram no *baseline* e no *follow-up*, em ambos os grupos.

No Quadro 3, acerca das informações que os participantes compartilhariam com outros idosos, observou-se que as informações tinham um caráter básico e com pouco desenvolvimento do conteúdo.

Quadro 1 - Apresentação dos temas e exemplos de falas dos participantes, referentes à categoria *Habilidade em buscar/acessar a informação em saúde*, no *baseline* e no *follow-up*, Arapiraca, Alagoas, Brasil, 2018

Categoria: Habilidade em buscar/acessar a informação em saúde			
Temas GC* <i>baseline</i>	Temas GC* <i>follow-up</i>	Temas GI† <i>baseline</i>	Temas GI† <i>follow-up</i>
<p>1 - Dúvidas sobre a situação de saúde escolhida: referiram ter dúvidas sobre se a situação de saúde escolhida era séria; sobre o que era a situação de saúde; outros relataram que não tinham dúvidas ou não se preocupavam com a situação de saúde escolhida.</p> <p>2 - Fontes predominantes de informação: médico; unidade de saúde; serviço de emergência; programas de televisão.</p>	<p>1 - Dúvidas sobre a situação de saúde escolhida: semelhantes ao <i>baseline</i></p> <p>2 - Fontes predominantes de informação: semelhantes ao <i>baseline</i>, porém o serviço de emergência e os programas de televisão não foram citados.</p>	<p>1 - Dúvidas sobre a situação de saúde escolhida: semelhantes ao <i>baseline</i> do GC, porém alguns participantes do GI não souberam responder esta pergunta.</p> <p>2 - Fontes predominantes de informação: médico; serviço de emergência; pessoas com o mesmo problema.</p>	<p>1 - Dúvidas sobre a situação de saúde escolhida: referiram ter dúvidas sobre alimentação; sobre o que era a situação de saúde; sobre a complexidade da situação de saúde; outros relataram que não tinham dúvidas ou não se preocupavam com a situação de saúde escolhida; alguns referiram preocupação em resolver a situação de saúde; preocupação em ficar dependente.</p> <p>2 - Fontes predominantes de informação: médico; unidade de saúde; enfermeira Alfa-Saúde; pessoas com o mesmo problema.</p>

Continua

Continuação do Quadro 1

Categoria: Habilidade em buscar/acessar a informação em saúde			
Exemplos de falas dos participantes			
1 - Dúvidas eu não tinha nenhuma que eu nem sabia o que era. (Participante 20, feminino, 60 anos) 2 - Não, a médica não me orienta, ela só passa o remédio. (Participante 15, feminino, 61 anos)	1 - A dúvida que eu tinha era porque eu sentia muitas coisas, mas eu não sabia que era o diabetes. (Participante 4, feminino, 74 anos) 2 - No posto de saúde eles dão informações sobre medicamento e pressão. (Participante 4, feminino, 74 anos)	1 - Eu não conhecia e nem sabia o que era a palavra diabetes. (Participante 19, feminino, 61 anos) 2 - O vizinho fez cirurgia e quase morreu. Eu sempre visitava ele e ele me contava como começou a doença. (Participante 16, masculino, 64 anos)	1 - Pensava que era uma doença mais simples né, que essa dorzinha nas pernas era normal, o doutor disse a senhora pode ter um AVC. (Participante 3, feminino, 68 anos) 2 - Na unidade de saúde, as informações foram claras e isso tem despertado, porque doença não é brincadeira. (Participante 5, feminino, 61 anos)

*GC= Grupo de Comparação; †GI= Grupo Intervenção.

Quadro 2 - Apresentação dos temas e exemplos de falas dos participantes, referentes à categoria *Habilidade em compreender a informação em saúde*, no *baseline* e no *follow-up*, Arapiraca, Alagoas, Brasil, 2018

Categoria: habilidade em compreender a informação em saúde			
Temas GC* baseline	Temas GC* follow-up	Temas GI baseline	Temas GI† follow-up
O que fez quando não entendeu um termo médico: 1 - a maior parte referiu não fazer nada quando não compreendem a informação; 2 - alguns referiram perguntar para familiares e amigos; 3 - os demais referiram perguntar para o médico.	O que fez quando não entendeu um termo médico: semelhantes ao <i>baseline</i> (exceto item 2 que não foi citado)	O que fez quando não entendeu um termo médico: 1 - referiram não fazer nada quando não compreendem a informação; 2 - alguns referiram tentar compreender por conta própria	O que fez quando não entendeu um termo médico: 1 - referiram não fazer nada quando não compreendem a informação; 2 - relacionaram a falta de entendimento aos aspectos do envelhecimento.
Exemplos de falas dos participantes			
1 - Não perguntava, porque eu ficava com vergonha, porque a pessoa ia pensar que eu era burro. (Participante 10, masculino, 73 anos) 2 - Eu perguntava para minha esposa. (Participante 11, masculino, 63 anos) 3 - Eu perguntava de novo. (Participante 14, feminino, 62 anos)	1 - Eu não pergunto nem peço pra pessoa explicar de novo. (Participante 2, masculino, 67 anos) 3 - Uma vez ou outra ele disse palavra que não entendi, perguntei de novo pra tirar a dúvida. (Participante 7, feminino, 61 anos)	1 - Eu fico quieta sem entender, para não incomodar. (Participante 3, feminino, 68 anos) 2 - Tem coisa que eu vou atrás e quero saber. (Participante 8, feminino 61 anos)	1 - Não pergunto de novo, eu fico pensando comigo mesma. (Participante 10, feminino, 63 anos) 2 - Ultimamente, eu já tenho até problema de visões, eu não ouço bem e fico sem entender. (Participante 3, feminino, 68 anos)

*GC= Grupo de Comparação; †GI= Grupo Intervenção.

Quadro 3 - Apresentação dos temas e exemplos de falas dos participantes, referentes à categoria *Habilidade em compartilhar a informação em saúde*, no *baseline* e no *follow-up*, Arapiraca, Alagoas, Brasil, 2018

Categoria: Habilidade em comunicar/compartilhar a informação em saúde			
Temas GC* baseline	Temas GC* follow-up	Temas GI† baseline	Temas GI† follow-up
Informações que compartilharia com outros idosos: 1 - procurar um médico; 2 - ter hábitos saudáveis; 3 - rezar e ter fé; 4 - ter cuidado com a doença; 5 - buscar as práticas complementares.	Informações que compartilharia com outros idosos: semelhantes ao <i>baseline</i> (exceto item 3 que não foi citado)	Informações que compartilharia com outros idosos: 1 - cuidar para não piorar a situação de saúde; 2 - ter hábitos saudáveis; 3 - procurar um médico especialista; 4 - alguns não souberam o que sugerir.	Informações que compartilharia com outros idosos: 1 - buscar a informação em saúde; 2 - procurar um médico; 3 - ter uma alimentação saudável; 4 - seguir o tratamento medicamentoso.
Exemplos de falas dos participantes			
1 - Que procure um médico para se tratar. (Participante 3, masculino, 68 anos) 2 - Não comer muito sal nem comidas gordas. (Participante 4, feminino, 74 anos) 3 - Que espere por Deus, tenha fé. (Participante 9, feminino, 62 anos) 4 - Eu diria que ele se cuidasse, porque tá chegando a idade. (Participante 2, masculino, 67 anos) 5 - Dou conselho e dou as ervas que eu tenho mororó, aroeira, jatobá.... (Participante 10, masculino, 73 anos)	1 - Então, você tente ir no médico primeiro, porque a gente tem que ir, né? (Participante 6, feminino, 61 anos) 2 - Para fazer os regimes e os exercícios que precisa. (Participante 14, feminino, 62 anos) 4 - Eu acho que eles devem se cuidar e medir a pressão. (Participante 5, feminino, 69 anos) 5 - Chá de ervas e remédio natural é muito bom. (Participante 10, masculino, 73 anos)	1 - Tem que se movimentar, fazer alguma atividade física, para não piorar. (Participante 13, feminino, 81 anos) 2 - Se seguir pesado a dieta e tomar os medicamentos controla, mas ninguém consegue se controlar. (Participante 7, masculino, 62 anos) 3 - Ir pra um médico especialista, o que é muito difícil pra quem não tem muito dinheiro. (Participante 6, feminino, 73 anos) 4 - Não sei, pois não recebi informação alguma. (Participante 15, masculino, 78 anos).	1 - Buscar o posto de saúde, pedir informação com as pessoas certas. (Participante 1, feminino 65 anos) 2 - O médico vai dar a solução pra esse tipo de problema. (Participante 20, masculino, 76 anos) 3 - Ter cuidado na alimentação, cuidado no sal. Que é o que eu estou fazendo depois do grupo. (Participante 6, feminino, 73 anos) 4 - Cada organismo funciona diferente e o que serve pra um não serve pra outro. Não pode parar de tomar o medicamento. (Participante 8, feminino, 61 anos)

*GC= Grupo de Comparação; †GI= Grupo Intervenção.

Quadro 4 - Apresentação dos temas e exemplos de falas dos participantes, referentes à habilidade avaliar a informação em saúde, no *baseline* e no *follow-up*, Arapiraca, Alagoas, Brasil, 2018

Categoria: Habilidade em avaliar a informação em saúde			
Temas GC <i>baseline</i>	Temas GC <i>follow-up</i>	Temas GI <i>baseline</i>	Temas GI <i>follow-up</i>
Impacto da informação em saúde na vida dos participantes: 1 - referiram mudanças no cuidado com a doença; 2 - alguns referiram não fazer diferença na vida; 3 - para outros fez a diferença	Impacto da informação em saúde na vida dos participantes: semelhante ao <i>baseline</i>	Impacto da informação em saúde na vida dos participantes: 1 - referiram mudanças no cuidado com a doença; 2 - alguns referiram não fazer diferença na vida; 3 - mudanças na alimentação.	Impacto da informação em saúde na vida dos participantes: 1 - referiram mudanças para hábitos saudáveis; 2 - aumento do conhecimento sobre a situação de saúde escolhida. 3 - mudanças no cuidado com a doença
Exemplos de falas dos participantes			
1 - Porque é um motivo de eu ter mais cuidado com a minha saúde. (Participante 8, feminino, 69 anos) 2 - Eu não melhorei nada, não resolveu meu problema de saúde. (Participante 7, feminino, 61 anos) 3 - Fizem diferença pra melhor, né? (Participante 3, masculino, 68 anos)	1 - Principalmente se cuidar na alimentação, fazer uma caminhada. (Participante 12, feminino, 63 anos) 2 - Muito pouca. Por causa que eu não faço atividade física, né? (Participante 7, feminino, 61 anos) 3 - Aliviou um pouco a preocupação com a doença. (Participante 6 GC, feminino, 61 anos)	1 - As orientações de como fazer o tratamento fizeram a diferença. (Participante 14, feminino, 60 anos) 2 - Não, eu estou acostumada a não receber informações. A vida continua com os problemas. (Participante 3, feminino, 68 anos) 3 - Eu não posso mais comer tudo que eu podia comer. (Participante 19, feminino, 61 anos)	1 - Eu passei a comer diferente, todo dia eu faço salada e exercício físico eu procuro fazer. (Participante 5, feminino, 61 anos) 2 - Antes, eu tinha o problema e não sabia o que era, hoje eu sei lidar com a minha doença. (Participante 10, feminino, 63 anos) 3 - Quando a informação é boa, faz diferença, na medicação, não parei mais. (Participante 8, feminino, 61 anos)

*GC= Grupo de Comparação; †GI= Grupo Intervenção.

O Quadro 4 refere-se à categoria *Habilidade em avaliar a informação em saúde*. A maioria dos participantes de ambos os grupos referiu o impacto da informação em saúde, porém sem conseguir descrever de forma mais profunda as mudanças geradas na saúde.

DISCUSSÃO

Considerando os dados sociodemográficos dos participantes do estudo, a maioria dos idosos era do sexo feminino, residia acompanhada, tinha poucos anos de escolaridade e baixa renda, corroborando estudo que apresentou o perfil de idosos em comunidade do Nordeste do Brasil⁽²⁷⁾.

A interação das médias do escore SAHLPA obteve um discreto aumento nos dois grupos após a intervenção, sem significância estatística. Mesmo após o Alfa-Saúde, a maior parte dos participantes continuou com a alfabetização em saúde inadequada, embora tenha se verificado um aumento na proporção de idosos com a alfabetização em saúde adequada. Foram identificados estudos de intervenção que utilizaram outros instrumentos de avaliação da alfabetização em saúde e que demonstraram o aumento dos escores da alfabetização em saúde, em adultos com alta escolaridade no Japão⁽²⁸⁾ e em adultos com baixa escolaridade na Austrália⁽²⁹⁾.

Quanto ao aumento da proporção de idosos com a alfabetização em saúde adequada, principalmente no GI, o resultado ainda foi inferior à proporção encontrada na categoria *Adequada alfabetização em saúde* (43.4%) em estudo brasileiro com desenho transversal, realizado com idosos diabéticos de um ambulatório em São Paulo⁽¹⁴⁾.

A relação entre a alfabetização em saúde e os hábitos de saúde também foi verificada em estudo anterior⁽³⁰⁾. Outra investigação encontrou associação positiva entre os idosos com maior

alfabetização em saúde e que realizaram a vacina da influenza e/ou pneumococo⁽³¹⁾. Após a intervenção, os participantes desenvolveram habilidades de alfabetização em saúde para acessar e utilizar um serviço de vacinação que estava disponível na unidade de saúde.

Profissionais de saúde são importantes fornecedores de informações sobre saúde e precisam conhecer as estratégias para reduzir as demandas de alfabetização em saúde por meio de comunicação interpessoal eficaz, de materiais de saúde nos formatos escrito e visual e de criação de ambientes que melhorem a prestação de cuidados⁽³²⁾. Salienta-se, entretanto, que o profissional enfermeiro das unidades de saúde não foi citado em nenhum momento como fonte de informação ou como profissional de referência no *baseline*. Essa constatação leva à reflexão sobre o cuidado centrado na figura do médico e sobre como o cuidado de enfermagem desenvolvido está repercutindo na vida dos idosos das comunidades.

Foi observado que os participantes tinham dificuldades em compreender termos do instrumento SAHLPA, como encontrado em estudo⁽²⁹⁾ que entrevistou adultos com inadequada alfabetização em saúde e que tinham dificuldade para ler e compreender o significado de termos da saúde. A ausência de mudanças pode estar relacionada a inúmeros fatores, como a baixa escolaridade ou as mudanças físicas, cognitivas e psicológicas do envelhecimento que podem comprometer a aprendizagem. O desenvolvimento reduzido dessa habilidade pode ter repercussões no manejo de doenças crônicas. Assim, os profissionais de saúde devem ficar atentos às dificuldades dos usuários idosos e direcionar o cuidado de acordo com as especificidades de cada pessoa, utilizando diversas ferramentas para melhorar a comunicação e a compreensão das informações em saúde.

Estudos que avaliam a procura por cuidados de saúde mostram que a inadequada alfabetização em saúde pode ter efeitos

psicológicos negativos, uma vez que os indivíduos podem se sentir intimidados ou ansiosos⁽³³⁾, prejudicando a interação e a comunicação com os prestadores de cuidado⁽³⁴⁾.

Observou-se que os idosos se encontravam no nível funcional da alfabetização em saúde⁽²⁾, com pouca crítica e reflexão acerca de como lidar com a informação em saúde e sem saber o que sugerir para outros idosos. Outros recorreram à religião e a práticas complementares para indicar para outros idosos, indo ao encontro de resultados de estudo brasileiro⁽³⁵⁾, em que os idosos se apoiavam no uso de chás, ervas medicinais e práticas caseiras para o cuidado. É possível que essas práticas façam parte do cotidiano dos mesmos, porém preocupa o fato de os idosos, em alguns casos, apoiarem-se em e compartilharem informações populares e não em informações fornecidas pelos prestadores de cuidado.

Após o Alfa-Saúde, os idosos do GI parecem ter dado maior importância à busca pela informação em saúde e estava claro para eles que a informação útil, para alguns, talvez não tivesse utilidade para outros, o que demonstra a importância do cuidado para cada indivíduo, ratificando o resultado de estudo com adultos e idosos na Irlanda⁽³⁶⁾.

Na triangulação dos dados, a habilidade acessar a informação em saúde pareceu refletir os aprendizados durante o Alfa-Saúde, o que pode estar relacionado com a melhora dos hábitos de saúde. O acesso à Unidade Básica de Saúde e a importância da informação proveniente dela impacta na melhor adesão vacinal, com resultados estatisticamente significativos.

No que diz respeito à habilidade compreensão, embora a SAHLPA avalie apenas a leitura e a associação de termos da área da saúde, não foram observadas, na interação do escore quantitativo nem nos resultados qualitativos, demonstrações de mudanças nessa habilidade nos relatos dos participantes, sendo um resultado que permaneceu sem alterações e convergiu no presente estudo.

Mesmo sem significância estatística, observou-se o aumento dos escores da alfabetização em saúde (SAHLPA-18), que também foi perceptível na etapa qualitativa. Houve uma melhora no desempenho das habilidades de alfabetização em saúde dos idosos, uma vez que eles estavam mais confiantes e empoderados (considerando o ponto de partida) para lidar com a informação e com a situação de saúde, corroborando o estudo⁽²⁸⁾, que também observou o desenvolvimento de habilidades de alfabetização em saúde nos resultados quantitativos e qualitativos.

Limitações do estudo

Este estudo possui limitações, sendo a principal delas o número de perdas (mais do que o esperado), o que pode se justificar pelo longo período de tempo da intervenção, que pode ter prejudicado a participação dos idosos. Considerando que as palavras do escore SAHLPA foram mencionadas durante a intervenção, era esperado esse aumento, que pode estar relacionado com dificuldades anteriores de aprendizado na infância e/ou relativos ao declínio cognitivo do envelhecimento. Ademais, o instrumento para a avaliação da alfabetização em saúde, o SAHLPA, considerado a melhor escolha dentre os instrumentos já validados no Brasil, talvez não tenha sido o mais adequado para a avaliação de uma população vulnerável, com baixa escolaridade, como a

dos participantes. Há ainda a escassez de estudos que realizaram intervenções com idosos e que tivessem como desfecho a alfabetização em saúde, dificultando a comparação dos resultados.

Contribuições para a área da enfermagem

A intervenção Alfa-Saúde se mostrou como um dispositivo importante para o desenvolvimento da alfabetização em saúde de idosos, bem como para a mudança de hábitos dos idosos de uma comunidade. Esses resultados têm implicações na prática, principalmente nas estratégias de cuidado, com ênfase no protagonismo do idoso e nas potencialidades de formulação e estruturação das atividades de educação em saúde na APS.

A implementação de programas de alfabetização em saúde com grupos de idosos poderá estimular o desenvolvimento de habilidades necessárias para a autonomia, o manejo de condições crônicas e o conhecimento dos idosos. Intervenções desse tipo contribuem para o vínculo dos idosos com os enfermeiros, bem como torna-se importante fonte de informação em saúde voltada à qualificação do cuidado do enfermeiro na APS.

CONCLUSÃO

A intervenção Alfa-Saúde melhorou os escores de alfabetização em saúde, embora sem significância estatística. Os hábitos de saúde, tais como realizar vacinação, três refeições diárias e consumir carne, melhoraram de forma estatisticamente significativa. O desenvolvimento das habilidades de alfabetização em saúde pôde ser visualizado na avaliação final dos resultados qualitativos, com idosos relativamente mais confiantes e críticos em relação à busca, comunicação e avaliação da informação em saúde. Na triangulação dos dados, a convergência foi verificada pela melhora dos hábitos de saúde e pelo aumento do conhecimento com relação à saúde e ao autocuidado. A habilidade compreensão da informação em saúde permaneceu semelhante no *baseline* e no *follow-up*, possivelmente relacionada aos aspectos socioeconômicos dos idosos.

Para estudos futuros, sugere-se investigar os idosos brasileiros nos diferentes contextos, aqueles com baixa escolaridade, os analfabetos e, inclusive, os idosos com maior grau de escolaridade. É importante explorar as barreiras e as potencialidades para promover a alfabetização em saúde, a elaboração de intervenções e de novos dispositivos, incluindo metodologias que potencializem as habilidades de alfabetização em saúde e a troca de informações entre idosos e prestadores de cuidados.

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

MATERIAL SUPLEMENTAR

Serbim AK, Paskulin LMG. Efeitos de uma intervenção educativa na alfabetização em saúde de idosos na atenção primária. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/219849>.

REFERÊNCIAS

1. Trezona A, Rowlands G, Nutbeam D. Progress in implementing National policies and strategies for health literacy: what have we learned so far? *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph15071554>
2. 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):259–67. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
3. Sorensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
4. Begoray DL, Kwan B. A Canadian exploratory study to define a measure of health literacy. *Health Promot Int*. 2012;27(1):23–32. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar015>
5. Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
7. Hardie N, Kyanko K, Busch S, Losasso A, Levin R. Health Literacy and Health Care Spending and Utilization in a Consumer-Driven Health Plan. *J Health Commun*. 2011;16(3):308–21. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604703>
8. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2012;344:e1602. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1602>
9. 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. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(4):631–8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000031>
10. Rodrigues R, de Andrade SM, González AD, Birolim MM, Mesas AE. Cross-cultural adaptation and validation of the Newest Vital Sign (NVS) health literacy instrument in general population and highly educated samples of Brazilian adults. *Public Health Nutr*. 2017;20(11):1907–13. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000787>
11. Borges FM, Silva ARV da, Lima LH de O, Almeida PC de, Vieira NFC, Machado ALG. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(3):646–53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366>
12. Martins NFF, Abreu DPG, Silva BT, Bandeira EDO, Lima JP de, Mendes JM. Functional literacy on health of elderly people in a family health unit. *Rev Enferm do Cent Oeste Min*. 2019;9:1–10. <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2937>
13. Apolinario D, Braga R de COP, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. *Revista de Saúde Pública* 2012;46(4):702–11. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>
14. Souza JG, Apolinario D, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Jacob-Filho W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2014;4(2):e004180–e004180. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004180>
15. Coll-Planas L, Blancafort S, Rojano X, Roqué M, Monteserín R. Promoting self-management, health literacy and social capital to reduce health inequalities in older adults living in urban disadvantaged areas: protocol of the randomised controlled trial AEQUALIS. *BMC Public Health*. 2018;18(1):345. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5219-x>
16. Manafo E, Wong S. Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Educ Res*. 2012;27(6):947–60. <https://doi.org/10.1093/her/cys067>
17. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N, Group T. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health*. 2004;94(3):361–6. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.361>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil/Alagoas/Arapiraca. Panorama [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 20]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca/panorama>
19. Apolinario D, Lichtenthaler D, Magaldi R, Soares A, Busse A, Amaral J, et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;31(1):4–12. <https://doi.org/10.1002/gps.4282>
20. Paskulin LMG, Aires M, Valer DB, De Moraes EP, De Almeida Freitas IB. Adaptation of an instrument to measure health literacy of older people. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(2):271–7. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200018>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da pessoa idosa. In: Ministério Da Saúde, organizador. Ministério da Saúde [Internet]. 4a. Brasília - DF; 2017[cited 2019 Dec 20]. 60 p. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/CADERNETA-PESSOA-IDOSA-2017-Capa-miolo.pdf> 40.
22. Serbim AK, Paskulin LMG, Nutbeam D. Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: feasibility study. *Health Promot Int*. 2019;daz121. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz121>
23. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. BRASÍLIA - DF; 2005. 62 p. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
24. Guimarães LSP, Hirakata VN. Use of the generalized estimating equation model in longitudinal data analysis. *Rev HCPA [Internet]*. 2012[cited 2019 Dec 20];32(4):503–11. Available from: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/36971/23993>

25. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
26. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Misue-Matsuda L. Mixed methods in nursing research: application possibilities according to Creswell. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):1-8. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017>
27. Sousa FDJD, Gonçalves LHT, Paskulin LGM, Gamba MA. Sociodemographic profile and social support of elderly persons in primary care. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(4):824. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a22855p824-831-2018>
28. Ishikawa H, Yamaguchi I, Nutbeam D, Kato M, Okuhara T, Okada M, et al. Improving health literacy in a Japanese community population: a pilot study to develop an educational programme. *Health Expect*. 2018;21(4):814–21. <https://doi.org/10.1111/hex.12678>
29. Muscat DM, Morony S, Shepherd HL, Smith SK, Dhillon HM, Trevena L, et al. Development and field testing of a consumer shared decision-making training program for adults with low literacy. *Patient Educ Couns*. 2015;98(10):1180–8. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.023>
30. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(17):1880–8. <https://doi.org/10.1177/2047487317729538>
31. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med*. 2009;7(3):204-11. <https://doi.org/10.1370/afm.940>
32. Rajah R, Ahmad Hassali MA, Jou LC, Murugiah MK. The perspective of healthcare providers and patients on health literacy: a systematic review of the quantitative and qualitative studies. *Perspect Public Health*. 2017;138(2):122-32. <https://doi.org/10.1177/175791391773377547>.
33. Wolf MS, Williams M V, Parker RM, Parikh NS, Nowlan AW, Baker DW. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *J Health Commun*. 2007;12(8):721-32. <https://doi.org/10.1080/10810730701672173>
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*. 2013;13(1):319. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-319>
35. Romero SS, Scortegagna HM, Doring M. Functional health literacy level and behavior in the health of the elderly. *Texto Context Enferm*. 2018;27(4):1-12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005230017>
36. McKenna VB, Sixsmith J, Barry MM. A qualitative study of the development of health literacy capacities of participants attending a community-based cardiovascular health programme. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061157>