



NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

**PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELAÇÃO ENTRE
ADESÃO À MEDICAÇÃO E LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE**

RIO GRANDE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELAÇÃO ENTRE
ADESÃO À MEDICAÇÃO E LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE**

NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde à indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Daiane Porto Gautério Abreu

RIO GRANDE

2018

Ficha catalográfica

M386p Martins, Nidia Farias Fernandes.
Pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família: relação entre adesão à
medicação e letramento funcional em saúde / Nidia Farias Fernandes
Martins. – 2018.
139 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS,
2018.

Orientadora: Dr^a. Daiane Porto Gautério Abreu.

1. Idoso 2. Adesão à medicamento 3. Alfabetização em saúde
4. Estratégia Saúde da Família 5. Enfermagem I. Abreu, Daiane Porto
Gautério II. Título.

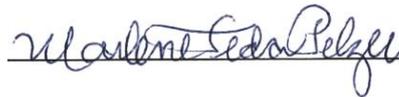
CDU 616-083

Folha de Aprovação

NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

**PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELAÇÃO
ENTRE ADESÃO À MEDICAÇÃO E LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE**

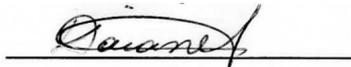
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 29 de janeiro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.



Marlene Teda Pelzer

Coordenadora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - FURG

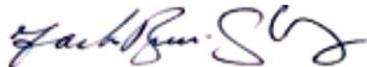
BANCA EXAMINADORA



Dra. Daiane Porto Gautério Abreu – Presidente (FURG)



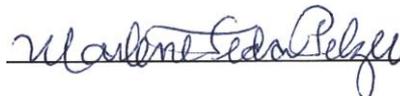
Dra. Bárbara Tarouco da Silva – Co-orientadora (FURG)



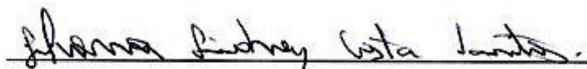
Dra. Marta Regina Cezar-Vaz – Efetivo (FURG)



Dr. Silomar Ilha – Efetivo Externo (UNIFRA)



Dra. Marlene Teda Pelzer – Suplente (FURG)



Dra. Silvana Sidney Costa Santos – Suplente Externo (aposentada)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Deus, por sempre estar me concedendo inúmeras bênçãos e conquistas.

Ao meu esposo, Maikon Martins, por sempre estar ao meu lado, me amar, apoiar e incentivar em todas as situações, aturar as minhas loucuras, meus estresses, meus choros, e mesmo assim me impulsiona a nunca desistir dos meus sonhos e dos meus objetivos. Te amo infinitamente!

À minha família. Meus pais, irmã e avós, primeiramente pelos ensinamentos que me fizeram a pessoa que sou, pelo amor e carinho de sempre e apoio incondicional em todos os momentos, e por entender as ausências muitas vezes necessárias. Amo vocês.

À minha orientadora, Daiane Abreu, por todos os ensinamentos que me foram transmitidos, pela calma, paciência, imensa dedicação e disponibilidade. Agradeço por todo o acompanhamento nessa trajetória, e que venham as próximas etapas!

À todos que de alguma forma, contribuíram para a operacionalização dessa pesquisa, em especial aos profissionais das equipes de saúde da família pesquisadas, aos meus colegas de orientação e aos bolsistas envolvidos, pela parceria e apoio.

Às pessoas idosas, participantes do estudo, sem as quais não seria possível a realização do mesmo, e por proporcionarem excepcional experiência em campo.

Aos colegas da turma de mestrado, ao grupo de pesquisa GEP-GERON e também aos docentes, pelos momentos de troca, apoio e interações, que foram fundamentais nessa caminhada e em minha formação como profissional.

Aos demais amigos, que de alguma forma, estiveram sempre ao meu lado.

À Banca de avaliação, pela dedicação e pelas contribuições.

Nidia Farias Fernandes Martins.

RESUMO

MARTINS, NIDIA FARIAS FERNANDES. **Pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família: relação entre adesão à medicação e letramento funcional em saúde.** 2018. 139p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande.

A adesão à medicação é o comportamento esperado para as pessoas idosas, pois é um dos grupos que mais utilizam medicamentos, e estão entre as que mais têm dificuldade para aderir ao tratamento. Um dos principais fatores que contribuem para a não adesão é o baixo grau de letramento funcional em saúde, capacidade cognitiva para compreender, interpretar e utilizar informações de saúde. Pessoas idosas são mais propensas a ter um baixo grau de letramento funcional em saúde, e conseqüentemente aderir menos. Foram objetivos deste estudo: caracterizar a produção científica nacional e internacional, sobre a relação do letramento funcional em saúde e a adesão à medicação em pessoas idosas; verificar o grau de adesão à medicação de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona oeste do município de Rio Grande; verificar o grau de letramento funcional em saúde de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona oeste do município de Rio Grande; verificar a relação entre letramento funcional em saúde e adesão à medicação em pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona oeste do município de Rio Grande. Para o primeiro objetivo, propôs-se uma revisão integrativa da literatura, realizada em julho de 2016 que seguiu as etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão. Foram selecionados sete artigos, os resultados demonstram que o letramento inadequado influencia para a não adesão à medicação, e que existem diversas estratégias e intervenções que podem ser realizadas na prática para modificar essa relação. Para os demais objetivos, foi realizado um estudo transversal, exploratório-descritivo, quantitativo, em 17 equipes de saúde da família, na zona oeste do município de Rio Grande/RS. A amostra foi de 350 pessoas idosas. A coleta dos dados ocorreu de julho a novembro de 2017, por meio da aplicação de três instrumentos: um de caracterização sociodemográfica e de saúde; uma versão em português da *Morisky Medication Adherence Scale*, que verificou o grau de adesão à medicação; e uma versão traduzida e adaptada para a realidade brasileira do *Short-Test of Functional Health Literacy in Adults*, que verificou o grau de letramento funcional em saúde. Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial dos dados. 224 (64%) participantes foram considerados não aderentes à medicação, e 206 (58,9%) tiveram letramento inadequado. Não houve relação estatisticamente significativa entre essas variáveis ($p=0,435$). Os participantes relataram outras dificuldades no tratamento medicamentoso, entre elas, o esquecimento teve relação significativa com a adesão ($p=0,016$). Os profissionais devem atentar para outras dificuldades que podem surgir para a adesão à medicação, focando o esquecimento, elencando estratégias voltadas à minimização desse episódio, como acompanhamento e monitorização do tratamento medicamentoso. Os resultados dessa pesquisa mostram a necessidade de atentar para o baixo grau de letramento e de adesão evidenciados, verificando os motivos que levam à não adesão e propondo ações direcionadas à essas dificuldades, bem como voltar as práticas de educação em saúde conforme as necessidades que surgirem nas pessoas idosas.

Palavras-chave: Idoso. Adesão à medicação. Alfabetização em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT

MARTINS, NIDIA FARIAS FERNANDES. **Elderly people in Family Health Strategy: relationship between medication adherence and functional health literacy.** 2018. 139p. Dissertation (Master of Nursing) School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande (FURG), Rio Grande.

Medication adherence is expected behavior for the elderly, as it is one of the groups that use the most drugs, and are among the most difficult to adhere to the treatment. One of the main factors contributing to noncompliance is the low degree of functional health literacy, cognitive ability to understand, interpret and use health information. Older people are more likely to have a low degree of functional health literacy, and consequently adhere less. The objectives of this study were: to characterize national and international scientific production on the relation of functional health literacy and medication adherence in the elderly; to verify the degree of medication adherence of elderly people assisted in the Family Health Strategy of the western zone of the municipality of Rio Grande; to verify the degree of functional health literacy of elderly people assisted in the Family Health Strategy of the western zone of the municipality of Rio Grande; to verify the relationship between functional health literacy and medication adherence in elderly people assisted in the Family Health Strategy of the western area of the city of Rio Grande. For the first objective, an integrative review of the literature was proposed, carried out in July 2016, which followed the steps: identification of the theme and selection of the hypothesis or guiding question; establishment of criteria for inclusion and exclusion of studies/sampling or search in the literature; categorization of the studies; evaluation of studies included in the integrative review; interpretation of results; presentation of the review. Seven articles were selected, the results show that inadequate health literacy influences the non medication adherence, and that there are several strategies and interventions that can be carried out in practice to modify this relationship. For the other objectives, a cross- descriptive, quantitative study in 17 Family Health Strategy in the western area of the municipality of Rio Grande/RS. The sample consisted of 350 elderly people. Data collection took place from July to November 2017, through the application of three instruments: one of sociodemographic and health characterization; a Portuguese version of the Morisky Medication Adherence Scale, which verified the degree of medication adherence; and a version translated and adapted to the Brazilian reality of the Short-Test of Functional Health Literacy in Adults, which verified the degree of functional health literacy. A descriptive and inferential statistical analysis was performed. 224 (64%) participants were considered non-adherent to the medication, and 206 (58.9%) had inadequate health literacy. There was no statistically significant relationship between these variables ($p = 0.435$). Participants reported other difficulties in drug treatment, among them, forgetfulness had a significant relation with adherence ($p = 0.016$). Professionals should pay attention to other difficulties that may arise for medication adherence, especially forgetfulness, listing strategies aimed at minimizing medication, such as monitoring medication treatment. The results of this research show the need to take into account the low degree of literacy and adherence evidenced, verifying the reasons that lead to non-adherence and proposing actions directed to these difficulties, as well as to return health education practices according to the needs that to emerge in the elderly people.

Keywords: Aged; Medication adherence; Health literacy; Family Health Strategy; Nursing.

RESUMÉN

MARTINS, NIDIA FARIAS FERNANDES. **Persona anciana em la Estrategia de Salud Familiar: relación entre adhesión a la medicación y alfabetización en salud.** 2018. 139p. Dissertação (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande (FURG), Rio Grande.

La adhesión a la medicación es el comportamiento esperado para las personas mayores, pues es uno de los grupos que más utilizan medicamentos, y están entre las que más tienen dificultad para adherirse al tratamiento. Uno de los principales factores que contribuyen a la no adhesión es el bajo grado de alfabetización en salud, capacidad cognitiva para comprender, interpretar y utilizar información de salud. Las personas mayores son más propensas a tener un bajo grado de alfabetización en salud, y consecuentemente se adhieren menos. Fueron objetivos de este estudio: caracterizar la producción científica nacional e internacional, sobre la relación del alfabetización en salud y la adhesión a la medicación en personas mayores; verificar el grado de adhesión a la medicación de personas ancianas atendidas en la Estrategia de Salud Familiar de la zona oeste del municipio de Rio Grande; verificar el grado de alfabetización en salud de personas ancianas atendidas en la Estrategia de Salud Familiar de la zona oeste del municipio de Rio Grande; verificar la relación entre alfabetización en salud y adhesión a la medicación en personas ancianas atendidas en la Estrategia de Salud Familiar de la zona oeste del municipio de Rio Grande. Para el primer objetivo, se propuso una revisión integrativa de la literatura, realizada en julio de 2016 que siguió las etapas: identificación del tema y selección de la hipótesis o cuestión orientadora; el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de estudios/muestreo o búsqueda en la literatura; categorización de los estudios; evaluación de los estudios incluidos en la revisión integrativa; interpretación de los resultados; presentación de la revisión. Se seleccionaron 7 artículos, los resultados demuestran que la alfabetización em salud inadecuada influye en la no adhesión a la medicación, y que existen diversas estrategias e intervenciones que pueden ser realizadas en la práctica para modificar esa relación. Para los demás objetivos, se realizó un estudio transversal, exploratorio- descriptivo, cuantitativo, en 17 equipos de salud de la familia, en la zona oeste del municipio de Rio Grande/RS. La muestra fue de 350 personas mayores. La recolección de los datos ocurrió de julio a noviembre de 2017, con la aplicación de tres instrumentos: uno de caracterización sociodemográfica y de salud; una versión portuguesa de Morisky adherencia a la medicación Escala encontró que el grado de adherencia a la medicación; y una versión traducida y adaptada para la realidad brasileña de la Short-Test de Functional Health Literacy in Adults, que verificó el grado de alfabetización en salud. Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos. 224 (64%) participantes fueron considerados no adherentes a la medicación, y 206 (58,9%) tuvieron alfabetización inadecuada. No hubo relación estadísticamente significativa entre estas variables ($p=0,435$). Los participantes relataron otras dificultades en el tratamiento medicamentoso, entre ellas, el olvido tuvo una relación significativa con la adhesión ($p=0,016$). Los profesionales deben atender para otras dificultades que pueden surgir para la adhesión a la medicación, enfocando el olvido, planteando estrategias dirigidas a la minimización del mismo, como el seguimiento y monitorización del tratamiento medicamentoso. Los resultados de esta investigación apuntan a la necesidad de atender para el bajo grado de alfabetización em salud y de adhesión evidenciados, verificando los motivos que llevan a la no adhesión y proponiendo acciones dirigidas a esas dificultades, así como volver las prácticas de educación en salud conforme a las necesidades que surgir en las personas mayores.

Palavras-clave: Anciano; Cumplimiento de la medicación; Alfabetización em salud; Estrategia de Salud Familiar; Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Adesão à medicação	15
2.1.1 Conceitos, definições e fatores relacionados	15
2.1.2 Estado da Arte sobre adesão à medicação	19
2.1.3 Instrumentos que medem/avaliam a adesão à medicação	24
2.2 Letramento Funcional em Saúde	28
2.2.1 Conceitos, definições e fatores relacionados	28
2.2.2 Estado da Arte sobre Letramento Funcional em Saúde	33
2.2.3 Instrumentos que medem/avaliam o Letramento Funcional em Saúde.....	36
2.3 A pessoa idosa e as redes de Atenção Primária à Saúde no contexto do Letramento Funcional em Saúde e da adesão à medicação	39
3 METODOLOGIA	46
3.1 Revisão integrativa da literatura	46
3.2 Pesquisa quantitativa	48
3.2.1 Tipo de estudo.....	48
3.2.2 Local do estudo	49
3.2.3 População.....	49
3.2.4 Amostra	50
3.2.5 Instrumentos para coleta de dados	51
3.2.6 Coleta de dados.....	52
3.2.7 Análise dos dados.....	53
3.2.8 Aspectos éticos.....	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1 Artigo 1	56
4.2 Artigo 2	71
5 CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados da Revisão Integrativa	115
APÊNDICE B - Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde	119
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121

ANEXO A - Avaliação da acuidade visual	123
ANEXO B – Avaliação da acuidade auditiva	124
ANEXO C - Avaliação cognitiva	125
ANEXO D - Escala de adesão terapêutica de Morisky de 8 itens, validada para o Português	127
ANEXO E - versão traduzida e adaptada do <i>Short-Test of Functional Health Literacy in Adults</i> (S-TOFHLA)	128
ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)	137
ANEXO G – aprovação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC)	138

1 INTRODUÇÃO

Durante minha vida acadêmica e profissional, a minha área de interesse para pesquisa sempre foi a da saúde da pessoa idosa. Realizei meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com pessoas idosas hospitalizadas, e posteriormente atuei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, onde realizei meu TCC de residência sobre o Letramento Funcional em Saúde (LFS) em idosos na Estratégia Saúde da Família (ESF) (MARTINS, 2016). Durante a pesquisa na Residência, percebi o quanto o LFS pode influenciar nos resultados de saúde das pessoas idosas, e a partir daí considerei a possibilidade de dar continuidade às investigações sobre essa temática no Curso de Mestrado.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos alcançando, até 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos e mais de idade. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais pessoas idosas que pessoas abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2010; IBGE, 2013c).

A população idosa é uma das mais acometidas pelas Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) - estados permanentes, ou de longa permanência, que requerem acompanhamento constante, pois em razão da sua natureza não têm cura. Essas DANTs são a principal causa de internações hospitalares e de óbitos da população idosa, sendo responsáveis por 63% das mortes no mundo (BRASIL, 2011). No Brasil, as DANTs são responsáveis por até 72% das causas de morte, e as principais são as doenças cardiovasculares, o diabetes, as neoplasias e as doenças respiratórias crônicas, que também estão nos primeiros lugares no índice de mortalidade das pessoas idosas (BRASIL, 2010; 2011).

Estes agravos podem afetar a funcionalidade dessa população, o que causa uma dependência na realização das Atividades da Vida Diária¹ (AVD), limitando as pessoas idosas a levar uma vida ativa e independente, afetando sua qualidade de vida. Requerem, portanto, acompanhamento constante (BRASIL, 2007; 2010).

As DANTs são as que mais contribuem para o aumento no número de fármacos a serem utilizados pelas pessoas idosas, pois exigem tratamento prolongado e com vários

¹ As AVD compreendem todas as atividades que um indivíduo pode exercer em seu cotidiano, relacionadas a seu autocuidado, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas. Elas ainda podem subdividir-se em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), que estão relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo levar uma vida independente dentro de uma comunidade. São exemplos a manipulação de medicamentos, o uso de transportes públicos, realização de compras, utilização de telefone, entre outras (BRASIL, 2007).

medicamentos diferentes ao mesmo tempo (SILVA; MACEDO, 2013). Além dos fatores clínicos que fazem com que as pessoas idosas necessitem de farmacoterapia, outros fatores podem estar associados ao uso demasiado de medicamentos, como a ideia impregnada na sociedade de que a única possibilidade de se ter saúde é consumir saúde. Esses fatores implicam no alto consumo de medicamentos e na polifarmácia (SILVA *et al.*, 2012).

A polifarmácia é definida como o uso de muitos medicamentos simultaneamente e, nos idosos, constitui uma situação habitual (PADILHA, *et al.*, 2009). Um estudo realizado com três mil idosos cadastrados no Instituto Nacional do Seguro Social mostrou que a prevalência de uso de medicamentos foi de 83%, e que a polifarmácia ocorreu em 35,3% dos idosos captados, sendo observadas maiores e significativas prevalências de uso de medicamentos na faixa etária de 70 anos ou mais (SILVA *et al.*, 2012). Outro estudo realizado com idosos por meio de dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos mostrou que essa prevalência chega a 93%, e a polifarmácia ocorreu em 18% da amostra (RAMOS *et al.*, 2016). Em estudo com idosos na atenção primária, a frequência de uso de medicamentos foi de 78,1% (CRUZ *et al.*, 2014).

Os idosos utilizam, em média, 3,5 medicamentos por dia (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010; SILVA *et al.*, 2012). Em estudo com idosos em atenção primária a média foi de 2,6 medicamentos por dia (CRUZ *et al.*, 2014). Os medicamentos mais utilizados pelas pessoas idosas têm sido os relacionados aos sistemas cardiovascular, nervoso e do trato alimentar/metabolismo (SILVA, *et al.*, 2012; RAMOS *et al.*, 2016)

A adesão ao tratamento medicamentoso prescrito é o comportamento desejável e esperado para as pessoas que apresentam condições crônicas e estão em tratamento medicamentoso contínuo, principalmente em pessoas idosas. Contudo, tal fato pode se tornar mais difícil devido às alterações fisiológicas, psicológicas e sociais advindas do envelhecimento, o que demanda atenção (OMS, 2015).

A OMS conceitua adesão como a dimensão na qual o comportamento de um indivíduo, quanto ao uso de medicação, seguimento de dieta e/ou execução de mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações de um profissional de saúde (WHO, 2003). A adesão à medicação refere-se especificamente ao seguimento da terapêutica medicamentosa prescrita (MARCUM; GELLAD, 2012).

A adesão à medicação é um fenômeno complexo, que depende de diversos fatores. São exemplos o estado socioeconômico, a renda, a escolaridade, a complexidade e os custos com o tratamento, a relação do paciente com os profissionais e o sistema de saúde, a condição ou gravidade de doenças, presença de comorbidades, os conhecimentos, crenças e atitudes do

paciente, dentre outros (WHO, 2003). Esses fatores são amplamente abordados na literatura (GOMES *et al.*, 2014; HAN *et al.*, 2016; HENRIQUES; COSTA; CABRITA, 2012; KROUSEL-WOOD *et al.*, 2015; LEI *et al.*, 2016; NAIJAR *et al.*, 2015).

As pessoas idosas estão entre as que podem ter mais problemas para aderir à medicação prescrita, por diversos fatores, como por exemplo, o declínio cognitivo, dificuldades de compreensão, entendimento e gestão do tratamento, a presença de multimorbidades, a severidade do seu estado de saúde e o uso de diversos medicamentos (CRESPILLO-GARCÍA *et al.*, 2013; TAVARES *et al.*, 2013). Por isso, entre essa população, os índices de baixa adesão à medicação estão entre 40 a 80%, sendo piores do que o da população geral, que é de aproximadamente 50% (MARKOTIC *et al.*, 2013; SCHMITT JÚNIOR; LINDNER; HELENA, 2013; VIEIRA; CASSIANI, 2014).

A não adesão ao tratamento medicamentoso pode trazer consequências importantes, sendo responsável por falhas de tratamento e agravos de doenças, trazendo maus resultados de saúde, aumento dos custos em saúde e sendo responsável por aumento das internações hospitalares e até das taxas de morbimortalidade para a população (EGEDE *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2016; WHO, 2003). Seu impacto é ainda maior para as pessoas idosas (BILLINGSLEY; CARRUTH, 2015; TAVARES *et al.*, 2013).

Um dos fatores importantes e que tem relação direta com a adesão à medicação é o Letramento Funcional em Saúde (LFS), que é compreendido, de uma maneira geral, como a capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde, de modo que uma pessoa com grau de letramento considerado satisfatório teria melhor condição de saúde do que um indivíduo com nível limitado de letramento (ADAMS, 2009). Quando os indivíduos utilizam os serviços de saúde, geralmente são propensos a terem dificuldades significativas com o tipo de leitura exigido nesse ambiente, como ler prescrições, agendamentos de consulta, instruções de cuidados e materiais educativos (BAKER *et al.*, 1999).

Alguns grupos populacionais, como as pessoas idosas, as com baixa renda e baixa escolaridade podem ser marginalizados em relação ao LFS (LIU *et al.*, 2015; SMITH *et al.*, 2015). As pessoas com baixo grau de LFS têm grande dificuldade em realizar o autocuidado, ainda mais na presença de danos crônicos, resultando em internações hospitalares e mortalidade precoce (HEIJMANS *et al.*, 2015; MERZ, 2016).

O baixo LFS é uma das causas de não adesão à medicação em pessoas idosas. Estudos internacionais recentes têm demonstrado uma associação entre o LFS e a adesão à medicação (O'CONNOR *et al.*, 2015; ZHANG; TERRY; MCHORNEY, 2014). Estudos revelam que os

idosos que possuem baixo LFS são mais propensos ao desconhecimento, dificuldades de interpretação e de compreensão de instruções quanto ao tratamento, levando à não adesão à medicação (JACKSON, 2012; LINDQUIST *et al.*, 2012).

No Brasil, são escassos os estudos que avaliam a associação entre adesão e LFS. Em dois estudos realizados com a população em geral na Atenção Primária à Saúde (APS), mostraram que o baixo LFS influencia diretamente para a não adesão a tratamentos, apesar de não apresentarem associação estatisticamente significativa (MARAGNO, 2009; SILVA, 2014). Não foram encontrados estudos brasileiros que investigassem essa associação em pessoas idosas.

O campo do LFS está evoluindo, incorporando novos fatores que contribuem com a capacidade dos indivíduos em obter, compreender e agir sobre as informações em saúde (MCDUGALL *et al.*, 2012). A pessoa idosa, para manter uma vida independente, saudável e ter um envelhecimento ativo, conforme preconiza a política de saúde no Brasil (BRASIL, 2006), precisam se engajar na resolução dos problemas que envolvam sua saúde, sabendo utilizar e compreender corretamente as instruções dadas pelos profissionais sobre seu regime terapêutico (SERPER *et al.*, 2014).

No contexto da APS, principalmente na ESF, tem-se como prioridade a promoção da saúde, propondo ações interdisciplinares que possam contemplar o cuidado integral e equitativo para a manutenção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2012). Nesse contexto, o enfermeiro, por seu conhecimento e prática de cuidado integral, tem a possibilidade de contato direto com a realidade dos indivíduos, de criação de vínculo e troca de experiências. Por isso, é um profissional essencial para conhecer e avaliar o LFS e a adesão à medicação das pessoas idosas que atende, e contribuir para a melhoria dos mesmos.

Por meio das diversas ações que realiza, como consultas de enfermagem, ações em grupos, visitas domiciliares, entre outros, o enfermeiro utiliza-se da educação em saúde, que é um dos pilares na APS (BRASIL, 2012). Alguns estudos têm destacado a importância da educação em saúde, onde o enfermeiro pode potencializar o LFS, trazendo motivação e empoderamento na busca, compreensão e uso das informações em saúde (MANAFO; WONG, 2012; TAGGART, 2012), e também pode fornecer e compartilhar orientações sobre a terapêutica de saúde e medicamentosa (HO *et al.*, 2014; PRADO; SOARES, 2015).

Diante do exposto, emerge a relevância deste estudo, e justificou-se o seu desenvolvimento, primeiro, pela inexistência de estudos sobre a relação do LFS e a adesão à medicação em pessoas idosas no Brasil. Segundo, pela importância de conhecer essa relação, pois, por meio dela os enfermeiros e toda a equipe multiprofissional em saúde na APS e ESF

poderão subsidiar suas intervenções, potencializando o LFS e favorecendo a realização correta dos tratamentos de saúde e adesão à medicação. Favorece-se, então, o cuidado e a manutenção da saúde, da independência e da autonomia das pessoas idosas residentes na comunidade.

O estudo pode promover a compreensão e discussão dessa temática pelos profissionais na APS e ESF, vislumbrando sensibilizá-los e voltar os olhares para suas ações de educação em saúde, refletindo se realmente estão sendo efetivas e se condizem com as reais necessidades das pessoas idosas que atendem.

O presente estudo teve como questões de pesquisa: como se caracteriza a produção científica nacional e internacional sobre a relação do LFS e a adesão à medicação em pessoas idosas? Qual o grau de adesão à medicação das pessoas idosas atendidas na ESF da zona oeste do município de Rio Grande? Qual o grau de LFS das pessoas idosas atendidas na ESF da zona oeste do município de Rio Grande? Existe associação entre a adesão à medicação e o LFS nessa população?

Assim, são **objetivos** deste estudo:

- caracterizar a produção científica nacional e internacional, sobre a relação do LFS e a adesão à medicação em pessoas idosas;
- verificar o grau de adesão à medicação de pessoas idosas atendidas na ESF da zona oeste do município de Rio Grande;
- verificar o grau de LFS de pessoas idosas atendidas na ESF da zona oeste do município de Rio Grande;
- verificar se há relação entre adesão à medicação e LFS em pessoas idosas atendidas na ESF da zona oeste do município de Rio Grande;

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é subdividido em três subcapítulos: “Adesão à medicação”, “Letramento Funcional em Saúde” e “A pessoa idosa e as redes de Atenção Primária à Saúde no contexto do LFS e da adesão à medicação”. No primeiro subcapítulo, são abordados os principais conceitos e definições de adesão e adesão à medicação, e seus fatores relacionados; o estado da arte sobre adesão à medicação, traçando um panorama do tema no Brasil e no mundo; e os principais métodos e instrumentos mais utilizados e abordados na literatura para medir e avaliar a adesão à medicação.

No segundo subcapítulo, são abordados os principais conceitos, modelos e definições que norteiam a compreensão do letramento e do LFS; e seus fatores relacionados; o estado da arte sobre LFS, traçando um panorama do tema no Brasil e no mundo; e os principais instrumentos mais utilizados e abordados na literatura para medir e avaliar o LFS.

No último subcapítulo, é abordado um panorama do envelhecimento populacional no Brasil e suas consequências para os serviços de saúde, principalmente na APS e ESF; a pessoa idosa inserida no contexto da adesão à medicação e do LFS e a relação existente entre as duas variáveis, destacando a vulnerabilidade das pessoas idosas.

2.1 Adesão à medicação

2.1.1 Conceitos, definições e fatores relacionados

O conceito de adesão varia na literatura, não havendo ainda um consenso sobre o mesmo. Há alguns termos utilizados para definir a adesão, dentre eles, aderência, observância, complacência, fidelidade (GUSMÃO; MION JR, 2006). Na língua inglesa, são utilizados os termos *adherence* e *compliance*, mas que têm significados diferentes. O termo *adherence* é utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas para adotarem ou não alguma recomendação. Já o termo *compliance* pode ser traduzido como obediência, pressupondo um papel passivo do paciente (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000).

A importância da perspectiva motivacional associada ao termo adesão é que a motivação do indivíduo é central para a maioria das teorias utilizadas para estudar o comportamento de saúde para fins de qualquer previsão ou de mudança de comportamento (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000).

A OMS, baseada em definições de dois autores (HAYNES, 1979; RAND, 1993) adotou o conceito de adesão como “a magnitude na qual o comportamento de um indivíduo, quanto ao uso de medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças no

estilo de vida, corresponde às recomendações de um profissional de saúde” (WHO, 2003, p. 3).

O termo “adesão ao regime terapêutico”, conforme a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2010, p. 38), é definido como:

uma ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhada num conjunto de ações ou comportamentos. Trata-se de cumprir o regime de tratamento, tomar os medicamentos como prescrito, mudar o comportamento para melhor, procurar os medicamentos na data indicada, interiorizar o valor de um comportamento de saúde e obedecer às instruções relativas ao tratamento.

De uma maneira geral, a adesão é compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELOS, 2003). Já a adesão à medicação refere-se especificamente ao seguimento da terapêutica medicamentosa prescrita (MARCUM; GELLAD, 2012).

Apesar de muitos autores relacionarem adesão à medicação com adesão ao tratamento, este último se refere a outros numerosos comportamentos relacionados à saúde, que vão além do seguimento de uma prescrição, e envolvem diversos aspectos, que abrangem desde o sistema de saúde até o paciente (GUSMÃO; MION JR, 2006).

A OMS destaca que a adesão envolve, necessariamente, a participação de uma equipe multiprofissional como estabelecadora e mantenedora de acordos com o paciente para realização do tratamento (WHO, 2003). Desse modo, o conceito de adesão pressupõe uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado, e nessa parceria devem ser considerados aspectos como o nível de informação do paciente, os aspectos do tratamento, a noção de saúde-doença do paciente e do cuidador. Essa perspectiva insere o paciente como ponto central de cuidado (MORAES; ROLIM; COSTA JR, 2009).

A adesão é mais do que simplesmente cumprir tarefas ou orientações dos profissionais de saúde. Os pacientes devem ser participativos no seu tratamento, tendo autonomia e habilidade para aceitar, ou não as orientações ou recomendações dos profissionais, bem como o início de um tratamento medicamentoso, tornando-se participantes ativos no processo saúde-doença (MORAES; ROLIM; COSTA JR, 2009). Neste estudo, optou-se por investigar a adesão à medicação, mas serão utilizados os conceitos e pressupostos discutidos acima, que estão de acordo com o conceito de adesão adotado pela OMS.

Quando o paciente não adere ao tratamento medicamentoso, a não adesão pode ser classificada em primária e secundária. A não adesão primária é quando o paciente, após prescrito, nem sequer realiza a compra do item de prescrição. A secundária é quando o

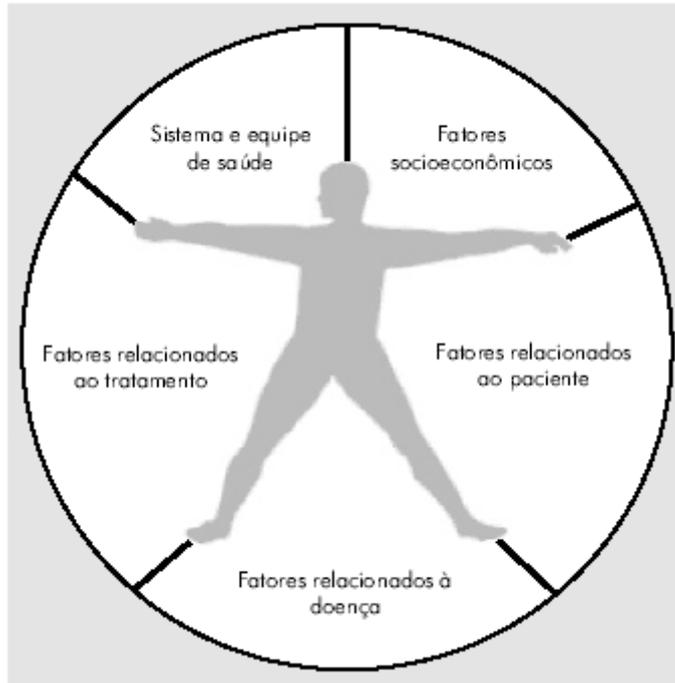
paciente não realiza o tratamento conforme o prescrito, ou não toma as medicações (SOLOMON; MAJUMDAR, 2010).

Essa “não adesão” pode ser ainda intencional, quando o paciente decide ativamente não tomar a medicação ou seguir as recomendações de tratamento, presumivelmente tendo pesado os custos e benefícios do tratamento, sendo motivada pelo conhecimento, motivação ou crenças do paciente sobre a doença ou o tratamento; e não intencional, que é um comportamento não planejado, passivo, devido a fatores além do controle do paciente, como, por exemplo, não ter condições financeiras para comprar medicação, desconhecimento de doses, interpretação inadequada de bulas, entre outros (LEHANE, MCCARTHY, 2007).

Leutwyler, Fox e Wallhagen (2013) formularam uma classificação para adesão e não adesão à medicação, com quatro variações: adesão cega, quando o paciente toma os medicamentos conforme o prescrito, porém sem entender a razão, ou simplesmente por confiança em seu provedor de cuidados; adesão informada, quando o paciente adere e conhece o tratamento, mantendo uma comunicação eficaz com o prestador de cuidado e buscando informações; não adesão por desconfiança, quando o paciente não adere por não confiar no esquema terapêutico a qual está sendo submetido ou no provedor de cuidado; não adesão intencional, quando o paciente sente-se completamente responsável e independente no autocuidado, fazendo assim seu próprio plano de autotratamento.

A adesão à medicação é um fenômeno complexo e multideterminado, que depende de fatores de etiologia diversificada. Esses fatores foram agrupados em cinco dimensões pela OMS: **socioeconômica, sistema de saúde e profissionais de saúde, doença, terapêutica e paciente** (WHO, 2003) (Figura 1).

Figura 1 – Fatores Relacionados à adesão.



Fonte: Adaptado de OMS, 2003.

Dentre os **fatores socioeconômicos** estão o estado socioeconômico, a renda, a escolaridade, o trabalho/emprego, redes de apoio social, condições de vida, distância do centro de tratamento, custo de transporte, custo da medicação, ambiente, cultura e crenças sobre a doença e tratamento. Ainda são relatados a idade, o sexo, a raça e o estado civil (WHO, 2003).

Nos **fatores relacionados ao sistema de saúde e aos profissionais de saúde** estão a relação profissional-paciente, acesso e disponibilidade dos serviços de saúde (incluindo a disponibilidade de medicamentos, consultas e exames), recursos humanos, infraestrutura, tempo e qualidade de consultas, formação dos profissionais, investimentos de gestão (WHO, 2003).

Os **fatores relacionados à doença** são: presença e gravidade de sintomas ou condição de saúde, presença de incapacidades (física, psicológica, social, profissional), taxa de progressão e gravidade da doença, disponibilidade de tratamento eficaz. Comorbidades como algumas DANTs, depressão, HIV, abuso de drogas ou álcool são modificadores importantes no comportamento de adesão (WHO, 2003).

Dentre os **fatores relacionados à terapêutica** está a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento, falhas de tratamento anteriores, frequentes mudanças no tratamento, o imediatismo de efeitos benéficos, efeitos colaterais. Por último, os **fatores relacionados ao paciente** representam os recursos, conhecimentos, atitudes, crenças,

percepções e expectativas do paciente. A motivação, a confiança e a capacidade de se envolver em comportamentos de autogestão são influências importantes (WHO, 2003).

2.1.2 Estado da Arte sobre adesão à medicação

A adesão à medicação é um tema amplamente abordado no Brasil e no mundo, em diversos contextos de uso de medicação, como na hipertensão (YANG *et al.*, 2016), diabetes (PATEL *et al.*, 2016), asma (KRAUSKOPF *et al.*, 2013), HIV (GHIDEI *et al.*, 2013), tuberculose (LEMOS *et al.*, 2016), transtornos mentais (LEUTWYLER; FOX; WALLHAGEN, 2013; SOUZA *et al.*, 2013), entre outros.

Nos países desenvolvidos, estima-se que apenas 50% da população tenha adesão adequada, e esse número pode ser ainda menor em países subdesenvolvidos (WHO, 2003). Estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) demonstram que 20% a 30% das prescrições não são seguidas corretamente pelos pacientes, enquanto que 50% a 60% dos medicamentos para DANTs não são tomados corretamente (NCPIE, 2013).

Índices de baixa adesão à medicação variam em diversos países, em estudos científicos recentes, realizados com população em geral que apresentava DANTs. O menor índice encontrado foi na Itália, de 9,2% (NAPOLITANO; NAPOLITANO; ANGELILLO, 2016). Nos EUA foram encontrados índices de 14% a 40% (KRONISH *et al.*, 2013; KROUSEL-WOOD *et al.*, 2015); na Ásia, em países como a China, Jordânia e Coreia do Sul, índices entre 32% a 46% (BASHETI *et al.*, 2016; HOU *et al.*, 2016; KIM *et al.*, 2016; LEE, G *et al.*, 2013; LEI *et al.*, 2016); no México 44,6% (DE LA RUBIA; CERDA, 2015); Portugal atingindo índice de mais de 50% (COSTA *et al.*, 2015); e Colômbia 62,5% (TORRES *et al.*, 2016).

No Brasil, a temática da adesão à medicação tem sido amplamente investigada em diversos contextos. Os índices de baixa adesão à medicação são mais altos que em países desenvolvidos, e ainda piores em pacientes com HIV, tuberculose e transtornos mentais, chegando a 86% (LEMOS *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2013). Em pacientes com diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas, o índice varia de 15% a 70% (BARRETO *et al.*, 2015; FARIA *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2014; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014; TAVARES *et al.*, 2016). Essa variação pode dar-se pelo fato do uso de diferentes instrumentos de medida, em diferentes contextos, como APS, atendimento ambulatorial e hospitalar. Não foram encontrados estudos de outros países.

Diversos estudos abordam os fatores relacionados à adesão à medicação. Quanto aos fatores demográficos e socioeconômicos, encontra-se na literatura a relação significativa da

adesão à medicação com a idade – pessoas mais novas tendem a aderir menos (JONES *et al.*, 2016; NAIJAR *et al.*, 2015; SGNAOLIN; FIGUEIREDO, 2012; TAVARES *et al.*, 2016), sexo – masculino tende a aderir menos (LEE, V *et al.*, 2013; MAGNABOSCO *et al.*, 2015; JONES *et al.*, 2016), e raça – não branca tende a aderir menos (BARRETO *et al.*, 2015; EGEDE *et al.*, 2013; HUDANI; ROJAS-FERNANDEZ, 2016). A escolaridade ou grau de instrução (NAIJAR *et al.*, 2015; NAPOLITANO; NAPOLITANO; ANGELILLO, 2016), dificuldades financeiras e custos com medicação/tratamento (LEI *et al.*, 2016) também influenciam diretamente na adesão.

A questão econômica e dos custos com medicamentos é encontrada, principalmente em estudos no Brasil, e está diretamente relacionada à renda e ao sistema de saúde. Destaca-se a dificuldade em comprar medicamentos por problemas financeiros, a ausência de planos de saúde, falta de medicamentos nas unidades de saúde, bem como a dificuldade de acesso a gratuidade de medicamentos (GOMES *et al.*, 2014; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014; TAVARES *et al.*, 2013).

Estudos destacam, ainda, que as redes de apoio social, como a família e amigos, são essenciais na adesão ao tratamento medicamentoso, em que relações de carinho e segurança, diálogo, e ajuda na tomada da medicação impulsionam a adesão (HUDANI; ROJAS-FERNANDEZ, 2016; SUMMER; ENGSTROM, 2015). Em contrapartida, a presença de conflitos sociais no cotidiano dos indivíduos influencia negativamente à adesão (WARNER *et al.*, 2013).

Quanto aos fatores relacionados ao sistema e profissionais de saúde, estudos destacam a importância da relação entre o paciente e os profissionais de saúde, bem como da disponibilidade dos mesmos como essencial para a adesão (HENRIQUES; COSTA; CABRITA, 2012). A má comunicação com os profissionais, o medo de negligência ou erros na terapêutica, a falta de continuidade do cuidado, a falta de confiança e até dificuldades de renovação de receita foram destacados como fatores que interferem na adesão à medicação (BASHETI *et al.*, 2016; HUDANI; ROJAS-FERNANDEZ, 2016; JIN; KIM; RHIE, 2016; KRONISH *et al.*, 2013; SUMMER; ENGSTROM, 2015).

Um estudo realizado na Espanha, com grupos focais de profissionais de saúde, pessoas idosas e cuidadores em âmbito hospitalar e atenção primária, que investigou qualitativamente os conhecimentos, percepções e atitudes na adesão ao tratamento de idosos pós-alta hospitalar, mostrou que o tempo curto dedicado pelos profissionais, a linguagem técnica incompreensível, e a falta de informação e comunicação foram aspectos que contribuíram para a não adesão (CRESPILLO-GARCÍA *et al.*, 2013).

No Brasil, a relação profissional-paciente tem sido destacada com influente na adesão. Na APS, o acompanhamento pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) na continuidade da assistência, e em visitas domiciliares tem sido destacado como essencial (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014). É enfatizado também a importância do acolhimento dos usuários e o investimento em orientações, já que este é um fator que contribui para a adesão (GAUTÉRIO-ABREU *et al.*, 2016; GOMES *et al.*, 2014).

O acesso e a disponibilidade dos serviços e sistemas de saúde também são destacados. A disponibilidade de consultas médicas, por exemplo, e a supervisão do tratamento por profissionais de saúde potencializa a adesão (BASHETI *et al.*, 2016; LEI *et al.*, 2016). Em contrapartida, dificuldades de acesso ao sistema de saúde e a cuidados de saúde são relatados como fatores que interferem na adesão (BARRETO *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2014; KRONISH *et al.*, 2013).

Quanto aos fatores relacionados à doença, estudos destacam que a não adesão à medicação é responsável por aumento das condições crônicas e multimorbidades (KROUSEL-WOOD *et al.*, 2015; YANG *et al.*, 2016), sendo responsável por comorbidades e incapacidades (KROUSEL-WOOD *et al.*, 2015; PASCUAL *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2013) e aumentando a hospitalização e a mortalidade entre a população (EGEDE *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2016).

A presença de multimorbidades, comorbidades (JONES *et al.*, 2016; PASCUAL *et al.*, 2016) e comportamentos adversos como obesidade, tabagismo, etilismo e falta de atividade física (ARRUDA *et al.*, 2015; DIAS *et al.*, 2015; FARIA *et al.*, 2015; HAN *et al.*, 2016) e barreiras psicológicas (KRAUSKOPF *et al.*, 2013; SIREY *et al.*, 2013) são fatores que interferem diretamente na adesão à medicação.

No que diz respeito aos fatores relacionados à terapêutica, estudos destacam relações significativas entre a adesão à medicação e a complexidade do regime terapêutico (EGEDE *et al.*, 2013; GHIDEI *et al.*, 2013), a presença de polifarmácia (BARRETO *et al.*, 2015; NAIJAR *et al.*, 2015), frequências de doses (JIN; KIM; RHIE, 2016; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014), dúvidas e dificuldades com o tratamento e as medicações (CRESPILLO-GARCÍA *et al.*, 2013; LEE, V *et al.*, 2013), efeitos colaterais (GHIDEI *et al.*, 2013).

Por último, os fatores relacionados ao paciente, os estudos destacam a influência do autocuidado, das atitudes positivas e da motivação do paciente para a adesão à medicação (BAE *et al.*, 2016; WANG *et al.*, 2014), e que esta está associada a uma boa autopercepção de saúde (HOU *et al.*, 2016; LEUNG *et al.*, 2015; TAVARES *et al.*, 2016).

Estudo realizado em Lisboa, Portugal, que avaliou qualitativamente a adesão e gestão de medicamentos por pessoas idosas, mostrou que para estes, viverem em terapia medicamentosa é um processo dinâmico e complexo, que requer busca de conhecimentos, atitudes, e mudança de hábitos, que implicam alterações no cotidiano de suas vidas (HENRIQUES; COSTA; CABRITA, 2012).

As crenças também são fatores amplamente descritos na literatura atual. Crenças podem ser barreiras que dificultam ou facilitam a adesão, como por exemplo, percepções erradas ou negativas sobre a doença, tratamento ou medicamentos, crenças sobre o potencial/efeitos dos medicamentos, e até negação da doença e do tratamento (CRESPILO-GARCÍA *et al.*, 2013; RAJPURA; NAYAK, 2014; SIREY *et al.*, 2013; SOFIANOU *et al.*, 2013).

A correta adesão à medicação influencia positivamente em diversos aspectos na vida dos indivíduos em tratamento, como os resultados em saúde (DAUW *et al.*, 2016; DE LA RUBIA; CERDA, 2015; RAYMUNDO; PIERIN, 2014), com a diminuição de DANTs (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014), a melhora na capacidade funcional (NAPOLITANO; NAPOLITANO; ANGELILLO, 2016), e na qualidade de vida (LIN *et al.*, 2016; MACIEL; PIMENTA; CALDEIRA, 2016), influenciando também nos custos em saúde (YANG *et al.*, 2016).

As consequências da não adesão ou da baixa adesão são diversas, e são um problema mundial de magnitude marcante. O impacto da baixa adesão é ainda pior e cresce juntamente com a carga das DANTs. Dentre essas consequências, estão os maus resultados de saúde, aumento dos custos de cuidados de saúde (WHO, 2003). A não adesão à medicação é ainda a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico (CARVALHO, *et al.*, 2012).

Essas consequências são descritas na literatura, e estão relacionadas ao aumento do número de consultas médicas, de internações hospitalares (KIM *et al.*, 2016), das taxas de morbidade e de mortalidade (EGEDE *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2016) e também ocasionam aumento dos gastos na saúde pública (YANG *et al.*, 2016). Em pessoas idosas, essas consequências são ainda piores (BILLINGSLEY; CARRUTH, 2015; TAVARES *et al.*, 2013).

Dentre alguns riscos à saúde trazidos pela não adesão está o agravamento das doenças em curso, inclusive resistência a tratamentos mais específicos, como o de HIV e tuberculose; risco de toxicidade, no caso de uso excessivo de medicamentos (principalmente em pessoas

idosas); interações medicamentosas com outras substâncias (álcool, por exemplo), e superdosagens (WHO, 2003).

Investir na adesão à medicação é uma estratégia que pode gerar atenção dos profissionais de saúde, pesquisadores, gestores e decisores de políticas públicas, visto que têm um grande impacto econômico envolvido, além de ser uma estratégia para reduzir as taxas de DANTs e os indicadores epidemiológicos presentes, trazendo melhorias nos resultados de saúde da população. Aumentar a eficácia do cumprimento dos tratamentos poderia ter um impacto muito maior sobre a saúde da população do que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos (WHO, 2003).

Nos EUA, foram identificadas 10 prioridades para melhorar a adesão à medicação pelo Conselho Nacional de Informação ao Paciente e educação (*National Council on Patient Information and Education*) (NCPIE, 2013). São elas: melhorar a adesão em pacientes com problemas críticos de saúde; propor terminologias comuns para adesão; criar parcerias públicas e privadas que promovam campanhas de educação sobre adesão; estabelecer abordagens multidisciplinares para adesão, educação e gestão; investir em formação e educação profissional; conhecer as barreiras à adesão entre os pacientes com baixo LFS; criar meios de compartilhamento de informações sobre práticas em educação e gestão da adesão; desenvolver currículo de adesão à medicação para escolas de formação em saúde e instituições aliadas; procurar mudanças regulatórias e remover obstáculos para programas de assistência à adesão; aumentar os financiamentos e estimular estudos e investigações sobre adesão à medicação (NCPIE, 2013).

Intervenções para melhorar a adesão à medicação de pessoas em terapia medicamentosa têm sido descritas na literatura nacional e internacional. A educação em saúde, com fornecimento e compartilhamento de orientações sobre a terapêutica, reconhecendo as barreiras e dificuldades e demais fatores relacionados à adesão, é uma das principais estratégias realizadas pelos profissionais de saúde, que melhoram significativamente a adesão (HO *et al.*, 2014; LEE, V *et al.*, 2013; LEGUELINEL-BLACHE *et al.*, 2015; PRADO; SOARES, 2015; SANDERS; VAN, 2013).

Outras estratégias realizadas, como entrevista motivacional (EYLER; SHVETS; BLAKELY, 2016), intervenções telefônicas por meio de ligações e mensagens de texto (HO *et al.*, 2014; SOHN *et al.*, 2016), psicoeducação (LIN *et al.*, 2016) e intervenções on-line, pela web (GUPTA *et al.*, 2016) melhoram significativamente a adesão à medicação, e têm sido realizadas principalmente por médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

No Brasil, um estudo longitudinal que avaliou a adesão à medicação de 283 hipertensos seguidos por um programa de gestão de doenças crônicas, em uma instituição particular em São Paulo-SP, demonstrou que intervenções realizadas por enfermeiras durante 17 meses, por meio de orientações por contato telefônico e visitas domiciliares, melhoraram significativamente a adesão à medicação para hipertensão, revelando que antes da intervenção o índice de adesão era de 25,1% e após a intervenção, subiu para 85,5% (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

Em uma revisão de literatura acerca dos limites e estratégias no processo de adesão ao tratamento de pessoas com diabetes, é destacada a importância de diversas intervenções que podem ser realizadas tanto na atenção primária, como em contexto ambulatorial e hospitalar. A educação em saúde, a educação permanente com diálogo em equipe, e ações grupais, são exemplos dessas estratégias, destacando a importância da postura, da comunicação e da responsabilização do cuidado com as pessoas em tratamento (PRADO; SOARES, 2015).

2.1.3 Instrumentos que medem/avaliam a adesão à medicação

Existem inúmeros métodos e instrumentos descritos na literatura para avaliar a adesão à medicação, porém não existe uma padronização para essa medição. Uma vez que a adesão é avaliada para um mesmo problema de saúde com diferentes métodos e definições, torna árdua e talvez inviável a comparação dos dados obtidos (TRAUTHMAN *et al.*, 2014). A adesão é um comportamento de saúde complexo, sendo mais prudente identificar os aspectos específicos a se investigar, para escolha de um método adequado (MARCUM; GELLAD, 2012).

Os métodos para medir a adesão à medicação são classificados como diretos e indiretos. Cada um tem suas vantagens e desvantagens, contudo, os métodos diretos são descritos como mais confiáveis do que os indiretos (OIGMAN, 2006). Os métodos **diretos** procuram confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento. Há duas maneiras distintas de se obter tal comprovação: a análise biológica e a adição de um marcador ou traçador ao medicamento ingerido (OIGMAN, 2006).

A análise biológica consiste na verificação, no sangue ou na urina, do medicamento ingerido ou de um de seus metabólitos. Apesar de ser considerado método padrão ouro, para avaliar adesão, apresenta alguns inconvenientes que tornam sua execução impraticável, como, por exemplo, o alto custo. Além disso, pode sofrer alterações de outros fatores biológicos (OIGMAN, 2006).

A adição de um traçador baseia-se em acrescentar, ao medicamento em uso, outra substância inócua ao organismo que tenha o método de análise mais facilitado que o medicamento em si. Esse método, além dos problemas já referidos anteriormente, apresenta um problema ético não fácil de ser contornado, uma vez que o paciente de alguma forma deveria previamente ser informado da ingestão de ambas as substâncias (OIGMAN, 2006).

Os métodos diretos apresentam como vantagem o fato de serem mais precisos. E, como desvantagem, o fato que requerem mais equipamentos sofisticados, tornando-se dispendiosos e pouco úteis na prática, sendo seu uso não recomendado de rotina (OIGMAN, 2006).

Dentre os métodos **indiretos**, não há confirmação que o paciente tenha realmente tomado a medicação. Embora os métodos indiretos apresentem algumas desvantagens, como uma menor especificidade e sensibilidade em relação aos métodos diretos e tendência a superestimar a adesão, eles são frequentemente mais rápidos para a obtenção de resultados de medidas objetivas e quantitativas de adesão à medicação, flexíveis, fáceis e práticos (MARCUM; GELLAD, 2012; OIGMAN, 2006; TRAUTHMAN *et al.*, 2014). Os principais métodos estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – principais métodos indiretos para medir/avaliar a adesão à medicação.

Método	Descrição
Comparecimento ao serviço de saúde	É analisada a frequência de comparecimento do paciente ao serviço de saúde.
Opinião dos profissionais de saúde	Opinião do profissional sobre o resultado final do tratamento pode ser aplicado em conjunto com outros métodos.
Análise de prontuário	Para verificação de adesão e abandono, no caso, é analisado a presença de registro indicando a adesão ou não adesão.
Diário do paciente	Relato diário feito pelo próprio paciente, com registros de doses, horários, eventos externos, efeitos adversos, entre outros.
Contagem de comprimidos	Retornar todos os frascos ou caixas entregues na visita anterior, para contagem no número de doses consumidas, comparando-a com o que de fato deveria ter sido consumida no período considerado.
Registro de dispensação de medicamentos em farmácia	Verificação por meio das datas de retiradas e do número de medicamentos fornecido para o período observado.
Resposta clínica/laboratorial	Avaliação da adesão considerando parâmetros clínicos. Exemplos: níveis pressóricos, carga viral, CD4, baciloscopia e cultura.
Monitorização eletrônica da medicação	Monitoramento da abertura do frasco e do horário de uso dos medicamentos por dispositivo eletrônico acoplado ao frasco de medicamento.

Aplicação de instrumentos de autorrelato de adesão	Informação obtida do paciente sobre sua autopercepção em ser aderente, podendo em alguns casos obter inclusive informações dos motivos de não adesão. Podem ser utilizados diversos instrumentos.
--	---

Fonte: Adaptado de Oigman (2006) e Trauthman (2014).

Entre os métodos indiretos, os instrumentos de medida de adesão, principalmente autorrelato de adesão, como questionários estruturados são o método mais utilizado, sendo acessíveis, simples, não invasivos e baratos, além de apresentarem boa aplicabilidade em saúde pública (TRAUTHMAN *et al.*, 2014).

O Teste de Morisky-Green (TMG) é o método amplamente utilizado por pesquisadores em diversos países, sendo conhecido mundialmente (TRAUTHMAN *et al.*, 2014). Com o intuito de que ele permitisse ao mesmo tempo uma aplicação extensiva, regular, e que se adaptasse facilmente a qualquer contexto clínico, essa medida de quatro itens avalia a adesão aos tratamentos, com perguntas de fácil compreensão e respostas na forma dicotômica (“sim/não”). A pontuação varia de zero a quatro, com zero representando a não adesão e quatro representando a adesão à medicação. A teoria fundamental desta medida afirma que o uso inadequado de medicamentos ocorre em uma ou em todas as seguintes formas: esquecimento, descuido, interromper o medicamento quando sentir-se melhor ou interromper o medicamento quando sentir-se pior (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986).

A falta de correlação do TMG com os desfechos clínicos motivou Morisky a ampliar esse questionário, agregando mais quatro perguntas às originais. Cada um dos oito itens da *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) mede o comportamento específico de tomar medicamentos. Essa escala mostrou uma maior confiabilidade em relação à escala de quatro itens (MORISKY *et al.*, 2008).

Uma versão em português do MMAS-8 foi validada no Brasil por Oliveira-Filho *et al.* (2012), em 937 pacientes hipertensos. Ela é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – Escala de adesão terapêutica de Morisky de 8 itens, validada para o Português.

1. Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para a pressão?
2. Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para a pressão alta?
3. Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
4. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?
5. Você tomou seus medicamentos para a pressão alta ontem?
6. Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?
7. Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para a pressão?

alta?
8. Com que frequência você tem dificuldade para se lembrar de tomar todos os seus remédios para a pressão?
Nunca/ Quase nunca/ Às vezes/ Frequentemente/ Sempre

Fonte: Oliveira-Filho *et al.* (2012).

Essa escala contém oito perguntas com respostas fechadas de caráter dicotômico sim/não, formuladas para evitar o viés de respostas positivas dos pacientes a perguntas feitas por profissionais de saúde, por meio da inversão das respostas relacionadas ao comportamento aderente do entrevistado. Cada item mensurou um comportamento aderente específico, com sete perguntas que devem ser respondidas negativamente e apenas uma, positivamente, sendo a última questão respondida segundo uma escala de cinco opções: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre. O grau de adesão terapêutica foi determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos) (KROUSEL-WOOD *et al.*, 2009; MORISKY *et al.*, 2008; OLIVEIRA-FILHO *et al.*, 2012). Este será o instrumento utilizado para avaliar a adesão à medicação no presente estudo.

Buscando aprimorar ainda mais a medida desenvolvida por Morisky, Green e Levine (1986), Delgado e Lima (2001) também adaptaram e validaram um instrumento de avaliação da adesão. A Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) é uma versão que utiliza o método da contagem de comprimidos, considerando como adesão a tomada entre 80% a 120% da dose prescrita no âmbito do tratamento, e uma medida psicométrica com 7 itens, que utiliza escala de Likert.

Outro questionário encontrado, que faz uma avaliação mais qualitativa do processo de adesão/não adesão, é o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), um instrumento dividido em três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente, que foi validada em 20 pacientes, e mostrou ser mais sensível e útil na identificação e diagnóstico de problemas com adesão à medicação (SVARSTAD *et al.*, 1999).

O questionário BMQ foi traduzido e validado para o Brasil, com 206 pacientes hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS. O mesmo apresentou bom desempenho e maior sensibilidade e especificidade comparado ao TMG, sendo recomendado para o planejamento e adequação dos esquemas terapêuticos em saúde pública (BEM; NEUMANN; MENGUE, 2012). Apesar de ser um teste sensível, a escala Morisky foi escolhida para aplicação neste estudo, por ser a mais abrangente e utilizada escala, de fácil acesso rápida aplicação.

2.2 Letramento Funcional em Saúde

2.2.1 Conceitos, definições e fatores relacionados

O termo **letramento** é um vocábulo que surgiu da palavra inglesa *literacy*, que significa “condição de ser letrado”. Foi introduzido na língua portuguesa no Brasil por Mary Kato, em 1986. O termo advém do latim *littera* = letra; com o sufixo *cy* = qualidade, condição, estado, fato de ser. Letramento é o resultado da ação de ensinar ou de aprender a ler e a escrever; o estado ou condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de ter-se apropriado da escrita e de suas práticas sociais (SOARES, 2006).

Ao contrário de letramento, o termo alfabetização é bem mais conhecido e utilizado. É considerada alfabetizada a pessoa com aprendizagem e desenvolvimento inicial das habilidades de leitura, escrita e habilidades matemáticas (UNESCO, 2005). As pessoas aprendem a ler e escrever, porém surge a questão que a população embora alfabetizada, não domina as habilidades de leitura e de escrita necessárias a uma participação nas práticas sociais e profissionais que envolvem a língua escrita. Nesse sentido, há uma extensão do conceito de alfabetização em direção ao conceito de letramento: do saber ler e escrever em direção ao ser capaz de fazer uso da leitura e da escrita (SOARES, 2004).

A diferença entre alfabetização e letramento consiste no fato de que a alfabetização diz respeito à aquisição de habilidades de leitura e escrita, enquanto o letramento, vai além disso, englobando a apropriação, o uso e o desenvolvimento dessas habilidades ao longo da vida (NUTBEAM, 2000). O letramento, diferentemente da alfabetização, é um processo pelo qual o sujeito passa a fazer uso efetivo da tecnologia da escrita, o qual implica sua competência de ler e de escrever para atingir diversos objetivos, como interação, ampliação de conhecimentos, informação, entre outros (SOUZA FILHO; MASSI; RIBAS, 2014).

No Brasil, desde 2001, é realizada uma pesquisa nacional, coordenada pelo Instituto Paulo Montenegro e pela Organização Não-Governamental ação educativa, que tem como objetivo oferecer informações qualificadas sobre as habilidades e práticas de leitura, escrita e matemática dos brasileiros entre 15 e 64 anos de idade, o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF). O INAF classifica o alfabetismo em quatro níveis: analfabetismo absoluto (indivíduo não consegue realizar tarefas básicas de leitura e escrita), analfabetismo rudimentar (consegue localizar informações básicas em textos curtos e familiares e realizar operações matemáticas simples), alfabetismo básico (funcionalmente alfabetizadas, já lêem e compreendem textos de média compreensão e realizam operações matemáticas mais complexas, mas ainda com limitações com operações que envolvem maior número de elementos, etapas ou relações) e

alfabetismo pleno (lêem textos mais longos, analisando e relacionando as partes, comparam e avaliam informações, distinguem fato de opinião, realizam inferências e sínteses, resolvendo problemas matemáticos mais complexos) (INAF, 2012).

O INAF mostrou que em 2011/2012, 27% dos brasileiros eram analfabetos funcionais, um número bem menor comparado aos dados de 2001, que eram de 39%. Esses resultados evidenciam que o Brasil já avançou, principalmente nos níveis iniciais do alfabetismo, mas não conseguiu progressos visíveis no alcance do pleno domínio de habilidades que são hoje condição imprescindível para a inserção plena na sociedade letrada (INAF, 2012).

Nesse contexto é essencial a adoção de medidas para ajudar estes indivíduos a compreenderem corretamente as orientações para cuidados de saúde (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009). Habilidades básicas de leitura, escrita e numérica são especialmente importantes nos cenários de saúde, onde a participação do paciente no planejamento e na implementação dos regimes terapêuticos é essencial para alcançar o sucesso nos tratamentos (PARKER *et al.*, 1995).

Desse modo, surge o conceito de LFS. Tal conceito exige muito mais que habilidade de leitura, e outras competências como: o numeramento, a habilidade de fala, a audição, o uso de tecnologia, entre outras. Essas competências incluem entender, interpretar e analisar informações de saúde, aplicar essas informações em uma determinada situação de saúde, dar consentimento, entre outros (KANJ; MITIC, 2009; PASSAMAI *et al.*, 2012;).

Existem várias definições para o termo LFS. A falta de um consenso na definição do que seja o LFS, mostra uma incompletude conceitual e demonstra que este é um fenômeno em constante evolução e que a literatura ainda não consegue abranger a complexidade do termo (PASSAMAI *et al.*, 2012). As definições mais utilizadas são a da Organização Mundial da Saúde, da *American Medical Association* e a do *Institute of Medicine* (IOM).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), LFS representa “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para ter acesso, a entender e usar informações de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998, p. 10). O LFS implica na realização de um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e condições de vida. Assim, o LFS, além de melhorar o acesso das pessoas à informação em saúde e a capacidade delas de usá-las de forma eficaz, é fundamental para o empoderamento (WHO, 1998).

Já o *Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs American*, da *American Medical Association* (AMA, 1999) conceitua o referido constructo como

uma constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar leitura básica e as tarefas necessárias para a função numérica no ambiente de cuidados de saúde. Os pacientes com o letramento adequado em saúde podem ler, entender e agir sobre a informação dos cuidados de saúde (p.553).

O LFS também é descrito pelo IOM, como “o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde” (IOM, 2004, p. 32). O IOM destaca que embora um indivíduo possua as competências para um letramento básico, não é garantia de que este tenha a mesma competência para ler e compreender todos os tipos de textos escritos. Portanto, seria necessário, por exemplo, que se conhecesse as palavras individualmente e se compreendesse os termos e conceitos que estão sendo abordados em um texto específico (IOM, 2004).

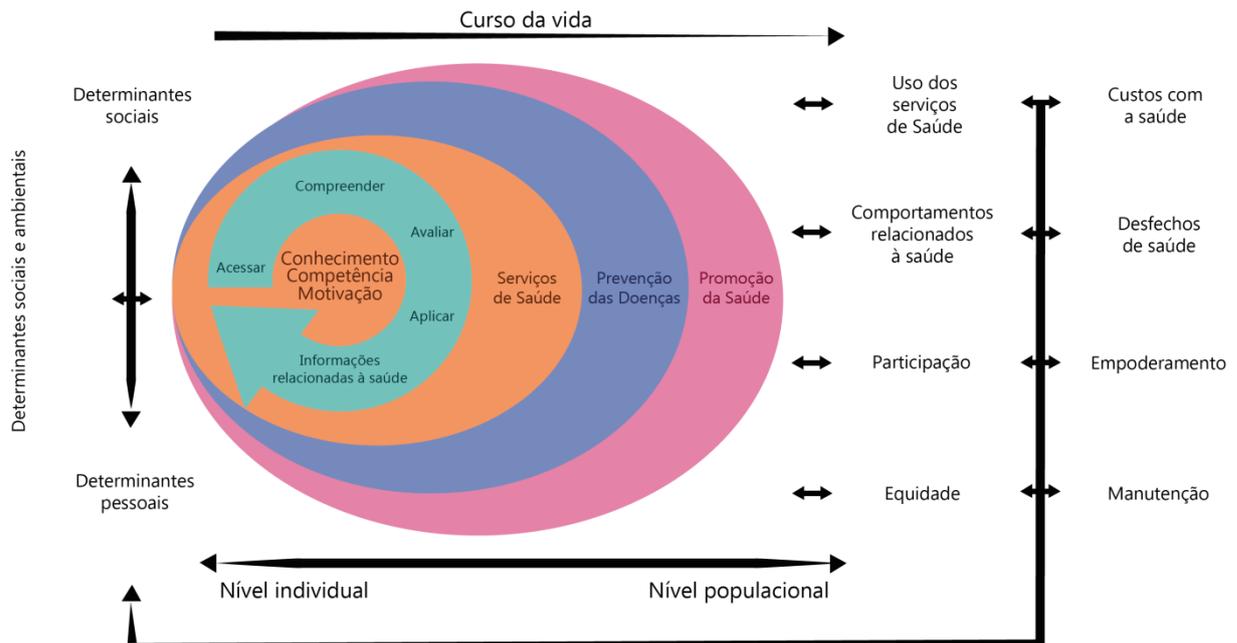
A definição do IOM tem um sentido abrangente, pois essa “capacidade” é mediada por fatores como a educação, a cultura, a linguagem, as crenças, entre outros. Também quando se fala em “tomada de decisões adequadas em saúde”, essa é mediada por fatores como a interação dos sujeitos nos ambientes de saúde, a influência da mídia e da política, do mercado, entre outros, levando em consideração tanto os fatores individuais como sociais (PASSAMAI *et al.*, 2012).

Sorensen *et al.* (2012) analisou diversos conceitos e modelos de LFS para desenvolver uma definição integrada, que possibilita a captura de dimensões mais abrangentes, e que têm sido amplamente utilizada atualmente. Assim, o LFS foi definido como

o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana, em matéria de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida (p. 3).

Essa definição inclui a perspectiva da saúde pública, em que abrange uma abordagem individual, que substitui os três domínios da saúde “cuidados de saúde” “prevenção de doenças” e “promoção da saúde” por “estar doente, estando em risco e manter-se saudável” (SORENSEN *et al.*, 2012). Esse foi o conceito adotado para o presente estudo. Os autores disponibilizaram um modelo teórico que apresenta variáveis que influenciam e são influenciadas pelos níveis de LFS (Figura 2).

Figura 2 – Modelo teórico do LFS disponibilizado por Sorensen *et al.* (2012).



Fonte: adaptado de Sorensen *et al.* (2012).

O modelo proposto por Sorensen *et al.* (2012) exhibe fatores proximais e distais determinantes e/ou determinados pelo LFS expressa pelas seguintes características: conhecimentos prévios referentes ao tema de saúde a ser abordado, competências e motivação para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde. O acesso refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informações de saúde; a compreensão à capacidade de compreender as informações relativas à saúde. A avaliação diz respeito à capacidade de interpretar, filtrar e julgar as informações recebidas; já a aplicação refere-se à capacidade de se comunicar e usar as informações para tomar decisões com o intuito de manter e/ou melhorar a sua condição de saúde (SORENSEN *et al.*, 2012).

Segundo Kanj e Mitic (2009), têm-se identificado seis aspectos para compreender a importância do LFS para a saúde pública: o grande número de pessoas afetadas por limitado letramento e/ou LFS; o pobre estado de saúde; o aumento das taxas de doenças crônicas; o aumento dos custos com cuidados de saúde; as exigências das informações em saúde; e, a equidade.

Nesse contexto, o LFS é um conceito relevante principalmente nos aspectos que envolvem o processo saúde-doença da população, pois essa abordagem exige a melhoria dos recursos que as pessoas necessitam para ter um posicionamento ativo frente às questões da própria saúde, dos seus familiares e da sua comunidade, incluindo nesse processo a capacidade de mudar as condições de saúde vigentes. O baixo LFS tem consequências

diretamente relacionadas com a saúde da população, como no envolvimento das pessoas em práticas de saúde preventiva, na detecção precoce de doenças, no gerenciamento das doenças crônicas e no acesso e utilização dos serviços de saúde (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Existem diversos fatores condicionantes e determinantes do LFS. Esses fatores são geralmente interdependentes e inter-relacionados, pois o LFS é um fenômeno complexo e dinâmico, em que as interações multidimensionais não dependem somente de características, habilidades e capacidades do indivíduo, mas de seu contexto cultural e social (BASAGOITI, 2012).

Os fatores determinantes do LFS podem ser distinguidos em condições pessoais, que dependem das características individuais de cada pessoa, das condições sociais, ambientais, ou situacionais que a pessoa desenvolve em sua vida, e também o seu grau de interação social, crenças, conhecimentos e habilidades adquiridas ou desenvolvidas. Dependendo do fator, esse pode ser condição estável ou dinâmica, modificável ou não ao longo do tempo (BASAGOITI, 2012; SORENSEN, 2012). Os fatores estão descritos no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 – Fatores determinantes do LFS.

	Fator	Estável/ dinâmico	Modificável/não modificável
Fatores determinantes pessoais	Sexo	Estável	Não modificável
	Idade	Dinâmico	Não modificável
	Raça/etnia	Estável	Não modificável
	Renda	Dinâmico	Modificável
	Escolaridade	Dinâmico	Modificável
	Ocupação	Dinâmico	Modificável
	Capacidades físicas	Dinâmico	Modificável
	Capacidades cognitivas	Dinâmico	Modificável
	Crenças, cultura	Dinâmico	Modificável
Fatores determinantes sociais gerais	Nível socioeconômico	Dinâmico	Modificável
	Integração ou exclusão social	Dinâmico	Modificável
Fatores determinantes sociais situacionais	Presença e experiência de doenças	Dinâmico	Modificável
	Comportamentos e desfechos em saúde	Dinâmico	Modificável
	Uso de serviços de saúde	Dinâmico	Modificável
	Influências da mídia	Dinâmico	Modificável
	Intervenções de saúde	Dinâmico	Modificável

Fonte: Adaptado de Basagoiti (2012) e Sorensen (2012).

2.2.2 Estado da Arte sobre Letramento Funcional em Saúde

O LFS é um tema amplamente abordado no cenário internacional. Estudos realizados pela *World Health Communication Associates* revelam que no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Canadá, de 20% a 50% da população têm baixa competência em LFS, o que pode comprometer o estado de saúde individual e coletivo (WHCA, 2010). Estudos realizados na Europa, pela *European Health Literacy Consortium (HLS-EU CONSORTIUM et al., 2012)* mostram um nível de LFS inadequado variando entre 2% a 27% da população em oito países (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Espanha, Irlanda, Países Baixos e Polônia).

Estudos com amostras populacionais realizados em diversos países demonstram diferentes percentuais de LFS inadequado. A Hungria foi um país com o menor percentual, com 8% (PAPP-ZIPERNOVSZKY *et al.*, 2016). Estudos realizados na Flórida e Geórgia (EUA) (HAUN *et al.*, 2015) e no Texas (EUA) (STEWART *et al.*, 2015) mostraram percentuais de 17% e 19%, respectivamente. A Austrália tem percentual de 25% (BARBER *et al.*, 2009), Japão de 29% (FURUYA *et al.*, 2015), Taiwan de 31,2% (DUONG *et al.*, 2015) e Argentina de 30,1% (KONFINO *et al.*, 2009). Não foram encontrados estudos de outros países que evidenciassem o grau de LFS da população.

Quanto aos fatores relacionados ao LFS estes são amplamente identificados na literatura, tanto influenciando para o aumento do LFS como afetando o mesmo. No que se refere aos fatores pessoais, estudos destacam que mulheres tendem a ter LFS menor que os homens (TILLER *et al.*, 2015), e que quanto mais idade, pior o nível de LFS, com diminuição significativa do escore de LFS em pessoas idosas (KOBAYASHI *et al.*, 2015; LIU *et al.*, 2015; MORRIS; MACLEAN; LITTENBERG, 2013). O declínio do LFS é relacionado à raça não branca (KOBAYASHI *et al.*, 2015), menor renda, menor escolaridade e limitações funcionais (HEIJMANS *et al.*, 2015; SMITH *et al.*, 2015). O LFS também é associado a cultura e crenças inadequadas sobre doenças e tratamentos, e estigmas de saúde (FEDERMAN *et al.*, 2013; PATEL; DOWSE, 2015).

Os fatores sociais gerais também são destacados em diversos estudos, que mostram que o LFS adequado estava relacionado a diferentes arranjos e padrões de vida, alto nível de educação, de auto-percepção social e a presença de plano de saúde privado, afetando diretamente o acesso, a compreensão das informações em saúde e o autocuidado (BEAUCHAMP *et al.*, 2015; BO *et al.*, 2014; TILLER *et al.*, 2015).

Alguns estudos também destacam a importância das interações sociais para o LFS, tais como o envolvimento com a comunidade, família e amigos, em que essas redes de apoio social se entrelaçam na prática de LFS, com a busca, compreensão e utilização das

informações em saúde, por meio do apoio e da mediação. Por essas redes, as pessoas se sentem mais ativas na tomada de decisão, na vivência das condições de saúde e na comunicação com os profissionais de saúde (DUONG *et al.*, 2015; EDWARDS *et al.*, 2015).

Quanto aos fatores sociais situacionais, a presença e experiência de doenças é um fator bem descrito na literatura. Um adequado LFS diminui os riscos de doenças crônicas, como o diabetes e o Acidente Vascular Cerebral (TILLER *et al.*, 2015), porém a presença de multimorbidades afeta os comportamentos e resultados de saúde, influenciando no LFS (BEAUCHAMP *et al.*, 2015; HEIJMANS *et al.*, 2015).

Em relação aos comportamentos e desfechos em saúde, estes são descritos em diversos estudos. Indivíduos com LFS adequado têm uma melhor auto-percepção de saúde e melhor autocuidado, com a prevenção da saúde, menos propensão a comportamentos de risco, tais como tabagismo, uso abusivo de álcool/alimentos, e falta de atividade física; além disso, têm maior precisão nas tomadas de decisões, maior resolução de problemas e maior busca por tratamentos (DUONG *et al.*, 2015; FINDLEY, 2015; GEBOERS *et al.*, 2014; GOGGINS *et al.*, 2014; LIU *et al.*, 2015; MERZ, 2016; MULLEN, 2013; RUSSO, 2015;). Esses comportamentos refletem diretamente na saúde e na qualidade de vida das pessoas (HALVERSON *et al.*, 2015)

Em contrapartida, indivíduos com baixo LFS têm pior saúde física, mental, e limitações funcionais, riscos maiores de multimorbidades, admissões hospitalares mais frequentes, e até mortalidade prematura (BOSTOCK; STEPTOE, 2012; HEIJMANS *et al.*, 2015; MERZ, 2016;).

No que diz respeito ao uso de serviços de saúde, o LFS é diretamente associado ao acesso a tratamentos e cuidados de saúde (DUONG *et al.*, 2015). Pessoas com LFS adequado têm maior propensão a realizar consultas em locais apropriados - como, por exemplo, a atenção primária ao invés de emergências hospitalares, e maior realização de exames de rotina (RUSSO, 2015). Além disso, um LFS adequado também reduz os custos em saúde para a sociedade como um todo (HAUN *et al.*, 2015; MERZ, 2016; MULLEN, 2013).

Quanto às influências da mídia, estudos demonstram que o uso de dispositivos eletrônicos e o uso da internet para busca, compreensão e utilização de informações influenciam nos resultados de LFS, e esse uso têm se tornado cada vez mais frequente (LEVY; JANKE, LANGA, 2015; TENNANT *et al.*, 2015).

As intervenções de saúde também são associadas com o LFS. As intervenções baseadas em educação em saúde, podendo ser individuais e grupais com a realização de oficinas, programas educacionais, cursos, capacitações, dentre outras, melhoram o LFS das

peessoas, destacando a importância dessas intervenções na saúde pública. Essas intervenções potencializam o LFS dos indivíduos, trazendo motivação e empoderamento na busca, compreensão e uso das informações em saúde (MANAFO; WONG, 2012; TAGGART, 2012; ULLRICH *et al.*, 2015). Intervenções on-line, com o uso da internet são cada vez mais difundidas e aceitas, principalmente entre as pessoas idosas (WATKINS; XIE, 2014).

Percebe-se como o LFS têm implicações significativas sobre a saúde dos indivíduos, e nos sistemas de saúde, podendo refletir tanto no desenvolvimento de pesquisas, em políticas de saúde e intervenções de saúde em todo o mundo, tendo grande impacto clínico, social e econômico. Para tanto, a temática tem sido cada vez mais explorada em todo o mundo, com estudos sobre o conceito de LFS, instrumentos para medi-lo, e estudos populacionais utilizando diversas variáveis (BASAGOITI, 2012).

No Brasil, não se tem pesquisas de amplitude nacional que evidenciem o grau de LFS e se o fenômeno pode estar afetando o resultado de saúde da população. Apesar disso, alguns autores vêm trabalhando pontualmente com o tema, e pode-se observar que a temática está sendo cada vez mais desenvolvida no Brasil, com estudos mais recentes, que descrevo em seguida.

O estudo de Carthery-Goulart *et al.* (2009), que avaliou o LFS em adultos na cidade de São Paulo - SP, segundo a idade e a escolaridade, evidenciou que 32,4% da amostra tinha inadequado LFS, e que entre as pessoas idosas, esse índice aumentou para 51,6%. Mais recentemente, Apolinario *et al.* (2014) avaliaram o LFS de 322 adultos em atendimento hospitalar, também em São Paulo – SP, demonstrando que 31,7% dos participantes do estudo tinham LFS inadequado.

Também foi publicado um estudo realizado em Fortaleza – CE, que avaliou se o LFS de adultos usuários da APS do SUS pode ser um caminho para aprimorar as ações de saúde e prevenção de DANTs. Os autores abordam amplamente o tema imergindo-o no contexto da APS e, seus achados mostraram que 68,1% da amostra apresentava limitado LFS e que houve diferenças significativas nas variáveis sexo, idade, escolaridade, tipo de escola em que estudou e hábito de ler (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Outros estudos vêm sendo desenvolvidos em contextos mais específicos, como o de Oliveira, Porto & Brucki (2009), que mediu LFS em indivíduos com doença de Alzheimer e comprometimento cognitivo leve, comparados a controle saudáveis; Paskulin *et al.* (2012), que analisou qualitativamente o LFS em pessoas idosas, como essas buscam, compreendem e partilham informações a respeito da saúde;

Mais recentemente, Moraes (2014) analisou o nível de LFS e o conhecimento sobre doença renal crônica dos pacientes em tratamento pré-dialítico em um hospital de ensino do município de Goiânia; Apolinario *et al.* (2015), exploraram a relação entre o LFS e habilidades cognitivas em usuários hospitalizados; Sales *et al.* (2015), que avaliou o LFS de mulheres brasileiras atendidas pelo sistema público de prevenção e tratamento do câncer de mama; Machado *et al.* (2015), que também fizeram análise qualitativa do LFS, e descreveu como pessoas idosas buscam, compreendem e partilham informações que auxiliam no autocuidado de condições crônicas de saúde, e o de Santos e Portella (2016), que avaliou o LFS em idosos diabéticos na APS.

Alguns estudos investigaram o tema em revisões da literatura, como o de Volpato, Martins & Mialhe (2009), que abordou o tema a respeito da elaboração de bulas e seu efeito na compreensão do uso de medicamentos pelos pacientes. Passamai *et al.* (2012), fizeram uma reflexão sobre o LFS e sua interação na comunicação entre usuários, profissionais e sistema de saúde, e suas consequências na saúde pública. Santos *et al.* (2012), escreveram a respeito do LFS e sua relação e importância na área da nefrologia. Machado *et al.* (2014), abordaram a questão dos instrumentos utilizados para avaliar o LFS de idosos hipertensos. Santos *et al.* (2015) abordaram o LFS na perspectiva da produção da enfermagem gerontológica. Por fim, Rocha e Lemos (2016) realizaram uma revisão integrativa sobre a produção científica acerca da avaliação do LFS em associação com a qualidade de vida.

Alguns estudos realizados no Brasil também utilizaram ferramentas para medir/avaliar o LFS, como o de Apolinário *et al.* (2012), que validou um instrumento em português para avaliar o LFS em idosos. Paskulin *et al.* (2011), adaptou um instrumento para o português para avaliar o LFS em pessoas idosas. Santos, Paixão & Osório-de-Castro (2013), descreveram a construção de uma ferramenta para avaliar o LFS de sujeitos de pesquisa.

2.2.3 Instrumentos que medem/avaliam o Letramento Funcional em Saúde

Há muitos obstáculos na avaliação do LFS nos serviços de saúde. Em geral, os profissionais de saúde acreditam que os pacientes têm um nível de LFS maior do que é, pois este muitas vezes pode ser confundido com a escolaridade, o que é um erro. A escolaridade pode ser mais alta que o nível de LFS em muitos casos (DICKENS *et al.*, 2013; SAFEER; KEENAN, 2005).

Existe na literatura diversos instrumentos para medir/avaliar o LFS, principalmente no cenário internacional. Esses instrumentos geralmente são focados em habilidades de leitura, matemática e compreensão de linguagem (BEAUCHAMP *et al.*, 2015). Em função dessa

diversidade, a composição e o conteúdo desses instrumentos variam amplamente. Nenhum parece medir fidedignamente e consistentemente a capacidade de uma pessoa em buscar, compreender e utilizar informações em saúde, tornando difícil comparar e avaliar o LFS a nível individual e populacional (JORDAN; OSBORNE; BUCHBINDER, 2011).

No Brasil são poucos os instrumentos utilizados ou validados. Serão descritos os principais instrumentos utilizados na literatura nacional e internacional, e os que já foram utilizados no Brasil e/ou validados em na língua portuguesa.

O *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) é um teste de legibilidade voltado para o reconhecimento e pronúncia de palavras no campo médico; foi desenvolvido para uso com adultos, fornece uma rápida estimativa do nível de leitura de termos comuns em um ambiente médico e envolve apenas o reconhecimento de palavras e não a compreensão dos indivíduos. O teste consiste em palavras simples organizadas em colunas contendo termos de uma ou duas sílabas e de três sílabas ou mais (DAVIS *et al.*, 1993).

O *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) é formado por dois subtestes: um composto por 17 itens, que mede a habilidade numérica (numeramento), e, outro com 50 itens, que avalia a compreensão de leitura. Foi desenvolvido para avaliar o nível de entendimento dos pacientes em relação à comunicação no setor médico, como receitas médicas, instruções para exames, entre outros. O teste foi conduzido em dois hospitais nos Estados Unidos da América, com uma versão em inglês e outra em espanhol. Foi constatado no estudo que um terço dos pacientes eram incapazes de ler materiais básicos relacionados com a saúde, sendo essa prevalência significativamente maior entre as pessoas idosas (PARKER *et al.*, 1995).

O TOFHLA mostrou-se como um indicador válido e confiável para avaliar a capacidade dos pacientes para entenderem materiais relacionados à saúde, sendo uma ferramenta confiável para se medir o LFS de adultos no setor saúde. A aplicação do mesmo tem uma duração média de 22 minutos (PARKER *et al.*, 1995).

A versão mais breve desse instrumento, o *Short-TOFHLA* (S-TOFHLA), tem o mesmo objetivo do TOFHLA, porém é mais curto e de fácil administração, e com confiabilidade semelhante. O teste possui quatro itens numéricos, duas passagens de texto com 36 itens e o tempo máximo de duração da aplicação é de 12 minutos. É estabelecido um sistema de pontuação e de corte para identificar se o LFS é adequado ou não. O teste também estabelece graus de LFS de acordo com a pontuação: inadequado, marginal e adequado (BAKER *et al.*, 1999).

O S-TOFHLA tem sido bastante utilizado nas pesquisas no Brasil, sendo inclusive avaliado seu desempenho em adultos na cidade de São Paulo-SP, e classificado como adequado para avaliar o LFS da população brasileira (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009). Este será o instrumento utilizado para avaliar o LFS no presente estudo.

O *Newest Vital Sign* (NVS) é um instrumento rápido, para utilização em três minutos, que propõe que o LFS é um sinal vital. Tem a intenção de medir o LFS por meio da leitura de um rótulo de sorvete e aplicação de seis perguntas, sendo que cada questão equivale a um ponto. Os escores obtidos no teste geram resultados classificados em: 0 a 1 alta probabilidade de LFS limitado; 2 a 3 possibilidade de LFS limitado e 4 a 6 LFS adequado (WEISS *et al.*, 2005).

O teste *Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults* (SAHLSA-50) é uma ferramenta de avaliação do LFS validada em espanhol. O teste consiste de 50 itens que avaliam a capacidade do respondente de pronunciar e compreender termos médicos comuns (LEE *et al.*, 2006). Uma versão em português do teste foi validada no Brasil, com uma amostra de 226 idosos brasileiros na cidade de São Paulo-SP, e considerou-se boa validade e consistência, podendo ser utilizado para avaliar o grau de LFS (APOLINARIO *et al.*, 2012).

Outro instrumento, que foi criado no Brasil, trata-se de uma adaptação transcultural e fundamentou-se em um instrumento desenvolvido por pesquisadores canadenses denominado *health literacy* (KWAN, FRANKISH, ROOTMAN, 2006). Este instrumento analisa, com base em uma situação de saúde/doença vivenciada recentemente, como as pessoas idosas buscam, compreendem e partilham as informações em saúde para tomar decisões sobre sua saúde e sua vida (PASKULIN *et al.*, 2011).

O instrumento tem essencialmente caráter qualitativo e é composto por questões abertas e fechadas, e as perguntas partem de um interesse/preocupação em saúde vivenciado e escolhido pelo participante, que responde às questões baseado em uma situação concreta. As questões abordam o significado de envelhecimento saudável às pessoas idosas, a autopercepção de saúde, as fontes de informação utilizadas quanto às questões relacionadas à sua saúde, a satisfação e confiança nas informações obtidas, a utilidade das informações e o entendimento das mesmas pelos idosos, a coerência das informações recebidas, as pessoas que o idoso dividiu, o que aprendeu e o impacto dessas informações em sua vida (PASKULIN *et al.*, 2011).

O *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) é uma medida de 44 itens que capta o conceito de alfabetização em saúde em nove domínios distintos (medidos usando uma escala por domínio). As nove escalas são: 1. sentir-se compreendido e apoiado pelos prestadores de

cuidados de saúde; 2. ter informações suficientes para gerir a minha saúde; 3. gerir ativamente minha saúde; 4. apoio social à saúde; 5. avaliação da informação sobre saúde; 6. capacidade de envolver-se ativamente com os provedores de serviços de saúde; 7. navegar no sistema de saúde; 8. capacidade de encontrar boas informações de saúde; 9. compreender a informação de saúde o suficiente para saber o que fazer (OSBORNE *et al.*, 2013).

Cada uma das nove escalas contém entre 4 e 6 itens que são classificados como uma resposta graduada. Os escores variam entre 1 e 4 para as primeiras 5 escalas, e 1 e 5 para as escalas 6 a 9. Cada uma das nove escalas foi considerada altamente confiável (OSBORNE *et al.*, 2013).

2.3 A pessoa idosa e as redes de Atenção Primária à Saúde no contexto do Letramento Funcional em Saúde e da adesão à medicação

O envelhecimento, a nível biológico, é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos. A idade avançada envolve mudanças que vão além das perdas biológicas. Essas incluem mudanças sociais, psicológicas e ambientais, demonstrando a complexidade do fenômeno (OMS, 2015).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento, causando um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo (OMS, 2005; IBGE, 2013c).

No Brasil, esse fenômeno vem crescendo significativamente. A proporção de pessoas idosas de 60 anos ou mais de idade, que era de 9,7% em 2004, passou para 13,7% em 2014 (IBGE, 2015). Indicadores sociodemográficos mostram a forte tendência de aumento da proporção de pessoas idosas na população: em 2030, será de 18,6% e, em 2060, de 33,7%, o que significa que a cada três pessoas, uma será idosa no Brasil (IBGE, 2013).

Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (MORAES, 2012). Outros fatores responsáveis

pela longevidade são os grandes avanços tecnológicos e progresso científico, que são capazes de prolongar cada vez mais a vida humana (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014).

Em países desenvolvidos, considera-se idosa a pessoa com 65 anos ou mais de idade; já nos países subdesenvolvidos, é considerada idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (MORAES, 2012). No Brasil, de acordo com a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006) são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais.

No Rio Grande do Sul (RS), dados mostram que a população idosa está aumentando significativamente. Em 2010, essa população era de 13,66% do total da população, porém dados mais recentes do PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do ano de 2013, mostram o total da população idosa no RS em 16,60%. O percentual da população idosa da cidade de Rio Grande (RS), segundo o último censo realizado em 2010, fica bem semelhante ao do estado, com um percentual de 13,89%, mais de 27 mil pessoas idosas, se considerada a população geral de mais de 190 mil pessoas (IBGE, 2010a; 2010b; 2013a).

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescimento relativo das condições crônicas, em especial das DANTs, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010). As DANTs constituem o problema de saúde de maior magnitude relevante e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil (IBGE, 2013b). Dentre os principais fatores de risco para desenvolver uma DANT estão o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada e o uso prejudicial do álcool (BRASIL, 2011; DUNCAN *et al.*, 2012).

O aumento crescente das DANTs afeta principalmente as pessoas de menor renda e escolaridade, por serem as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde. Elas podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos, facilitar a polifarmácia e aumento de custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde (MALTA; SILVA JR, 2013; SILVA; MACEDO, 2013).

A adesão à medicação, comportamento esperado para pessoas que apresentam DANTs ou em situação de polifarmácia, principalmente idosos, demanda atenção. Em pessoas idosas, os índices de baixa adesão à medicação são piores do que o da população geral. Em países na Ásia, variam entre 34% a 54% (BAE *et al.*, 2016; HOU *et al.*, 2016; JIN; KIM; RHIE, 2016; PARK *et al.*, 2013); no Canadá, 37% (FARRIS, 2016; UNNI; SHIYANBOLA) e nos EUA entre 41% a 63% (BROOKS *et al.*, 2014; SIREY *et al.*, 2013); na Europa, em países como a Itália e Bósnia-herzegovina, chega a 57% (MARKOTIC *et al.*, 2013; PASINA *et al.*, 2014).

Diversos estudos têm sido realizados no Brasil, com pessoas idosas em diferentes contextos, demonstrando uma grande variação do índice de baixa adesão à medicação. Em pessoas idosas com condições crônicas um centro de saúde em São Luís – MA, o índice foi de apenas 6% (SARDINHA *et al.*, 2016). Em pessoas idosas com diabetes na ESF, o índice foi de 13,3% (SILVA *et al.*, 2016). Em pessoas idosas em atendimento ambulatorial no Rio Grande do Sul, foi de 13,1% (GAUTÉRIO-ABREU *et al.*, 2016), e em Vitória – ES foi de 26,7% (ARRUDA *et al.*, 2015). Índices mais altos foram encontrados em pessoas idosas na APS, em Blumenau – SC, com 35,4% (SCHMITT JÚNIOR; LINDNER; HELENA, 2013) e em Ribeirão Preto – SP, chegando a 81,2% (VIEIRA; CASSIANI, 2014). O índice de baixa adesão é ainda pior em pessoas idosas hospitalizados com condições crônicas, alcançando 83% (BRITTO *et al.*, 2015).

Para esse segmento da população, os principais fatores relacionados à adesão à medicação descritos na literatura, além dos já descritos, são: a incapacidade de auto-gestão do tratamento (MARCUM; GELLAD, 2012), o esquecimento e o comprometimento cognitivo, levando à não adesão (ARRUDA *et al.*, 2015; HUDANI; ROJAS-FERNANDEZ, 2016; LEUNG *et al.*, 2015; PARK *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2016), a polifarmácia (LEE, V *et al.*, 2013; MARKOTIC *et al.*, 2013; PASINA *et al.*, 2014; TAVARES *et al.*, 2013), a presença de multimorbidades e incapacidades (BILLINGSLEY; CARRUTH, 2015; LEE, V *et al.*, 2013), e os efeitos colaterais e eventos adversos (CRESPILLO-GARCÍA *et al.*, 2013; GAUTÉRIO-ABREU *et al.*, 2016).

Dessa forma, a complexidade do envelhecimento populacional no Brasil, envolvendo as questões de adesão à medicação em pessoas idosas, exigem ações que contemplem o processo saúde-doença na velhice e promovam melhorias nessas condições. Por isso, o cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre a equipe de saúde, a pessoa idosa e a família (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada pela Portaria 2.528 de 2006, tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando assim, medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

É na APS que ocorre o contato preferencial e principal porta de entrada dos usuários/idosos com os sistemas de saúde. Ela orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), foi aprovada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A APS é caracterizada “*por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde*” (BRASIL, 2012, p. 19). A APS está fundamentada na prática do trabalho em equipe, e desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, e dirigidas a populações de territórios bem definidos (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para a organização da APS e estruturação do sistema de saúde. Trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adstrita, na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2007).

A ESF deve ser composta de uma equipe multiprofissional com, no mínimo, um médico, um enfermeiro, e um auxiliar/técnico de enfermagem, podendo contar ainda com um cirurgião-dentista e um auxiliar/técnico de saúde bucal, e os ACS, que devem cobrir, no máximo, 750 pessoas por ACS e ser no máximo 12 ACS por equipe. Cada equipe de saúde da família deve cobrir, no máximo, 4.000 pessoas, levando em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias a serem atendidas (BRASIL, 2012).

A atenção à saúde da pessoa idosa na APS e ESF deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde a pessoa idosa vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica e o exame físico. Na APS espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo (BRASIL, 2007).

O trabalho da equipe de APS/ESF deve promover ao máximo a autonomia da pessoa idosa frente às suas necessidades, propiciando boas condições para a melhoria da sua qualidade de vida. Nesse contexto, o enfermeiro realiza ações específicas direcionadas à saúde da pessoa idosa: atenção integral à pessoa idosa, assistência domiciliar, consulta de

enfermagem, supervisão e coordenação do trabalho dos ACS e equipe de enfermagem, atividades de educação permanente e interdisciplinar com os demais membros da equipe, e educação e orientação da pessoa idosa ou familiar/cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos (BRASIL, 2007). A consulta de enfermagem, as atividades em grupo, as visitas domiciliares e o acompanhamento das pessoas idosas com demais membros da equipe são atividades que mais são desenvolvidas por enfermeiros com pessoas idosas na APS (GAUTÉRIO, SANTOS, 2013).

Nesse sentido, as práticas de educação em saúde constituem-se como instrumento importante para trabalhar no processo saúde-doença, e está presente em todas as atividades do enfermeiro com a pessoa idosa na APS (GAUTÉRIO, *et al.*, 2013). A Educação em Saúde é definida como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde (BRASIL, 1993).

Para que essas atividades e ações que são realizadas sejam efetivas, o enfermeiro e demais profissionais de saúde utilizam-se principalmente da educação em saúde como ferramenta para concretizar as orientações e cuidados com as pessoas idosas. Contudo, é preciso saber o quanto essas pessoas estão de fato assimilando (obtendo, processando e entendendo), empoderando-se e utilizando esse conhecimento corretamente em suas vidas. Isso se dará por meio do conhecimento do grau de LFS dessa população específica (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

No âmbito da saúde, a dificuldade dos usuários em seguir o tratamento de forma sistemática e regular por não compreenderem adequadamente as orientações ofertadas pelos profissionais é um dos principais desafios quanto à adesão à medicação na atenção à saúde (SILVA, 2014). Portanto, conhecer o LFS pode ser um caminho para aprimorar o planejamento, execução e avaliação dessas ações, e melhorar a interação usuário-profissional-sistema (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Em pessoas idosas, os fatores relacionados com o LFS são ainda piores e o grau de LFS inadequado pode ser mais alto que o da população em geral (MORRIS; MACLEAN; LITTENBERG, 2013; SMITH *et al.*, 2015). O baixo LFS combinado com as alterações fisiológicas do envelhecimento coloca as pessoas idosas em uma situação de vulnerabilidade (MULLEN, 2013).

Além disso, o LFS é diretamente afetado em pessoas idosas por situações como: presença de doenças crônicas (MORRIS; MACLEAN; LITTENBERG, 2013; TILLER *et al.*,

2015; TOCI *et al.*, 2015), comprometimento cognitivo (HAN *et al.*, 2015; KAPHINGST *et al.*, 2014; KOBAYASHI *et al.*, 2015; NGUYEN *et al.*, 2013), idade acima de 65 anos (MORRIS; MACLEAN; LITTENBERG, 2013), afetando diversos comportamentos em saúde e resultados em saúde, e trazendo riscos como: declínio da função física (SMITH *et al.*, 2015), demência (KAUP *et al.*, 2014), morbidades (KOBAYASHI *et al.*, 2015) e maior mortalidade (BOSTOCK; STEPTOE, 2012).

O baixo LFS implica na dificuldade de realização do autocuidado, ainda mais na presença de DANTs, e em pessoas idosas (JACKSON, 2012). Alguns estudos têm investigado a associação entre o LFS e a adesão à medicação e encontrado associação significativa, mas fraca entre as duas variáveis, que pode se dar devido à diversidade de medidas dessas variáveis (GEBBERS *et al.*, 2015; ZHANG; TERRY; MCHORNEY, 2014). Porém, embora a associação seja fraca, a literatura mostra que o baixo LFS é um fator que leva a não adesão à medicação (JONES; TREIBER; JONES, 2015; O'CONNOR *et al.*, 2015).

Em estudo realizado com pacientes que utilizavam antidepressivos demonstrou que os que tinham baixo LFS aderiam menos ao tratamento (BAUER *et al.*, 2013); em outro estudo que avaliou o efeito do LFS na adesão à medicação em pacientes com doença cardíaca, mostrou que os que tinham LFS adequado aderiam melhor ao tratamento (NOURELDIN *et al.*, 2012). Alguns estudos também destacam que as intervenções para a melhoria do LFS consequentemente melhoram a adesão à medicação (MUIR *et al.*, 2006; NOURELDIN *et al.*, 2012).

Há escassez de estudos nacionais que demonstrem essa associação. Em pesquisa realizada por Silva (2014), que investigou se existe associação entre o LFS e a adesão terapêutica em usuários da ESF de Sobral/CE, encontrou baixos níveis de LFS e de adesão ao tratamento, porém não houve correlação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Em investigação realizada por Maragno (2009), que verificou a associação entre o LFS e a adesão à terapia medicamentosa em indivíduos em unidades de saúde de Bagé/RS, mostrou que aqueles com baixo LFS apresentavam mais do que o dobro de probabilidades de encontrar dificuldades para aderir ao tratamento, quando comparados com aqueles com LFS adequado.

Em pessoas idosas, o baixo LFS é uma importante e mais preocupante causa de não adesão à medicação, pois esse grupo populacional é mais vulnerável nas duas variáveis (WANNASIRIKUL *et al.*, 2016). Uma pessoa idosa com baixo LFS pode, por exemplo, ter dificuldades para interpretar ou não conseguir compreender instruções para tomar medicamentos (JACKSON, 2012). Além disso, as pessoas idosas que tem LFS inadequado

são mais propensas a não adesão involuntária, por essa dificuldade de entendimento e falta de conhecimento quanto ao tratamento (LINDQUIST *et al.*, 2012).

Para tanto, cabe destacar o papel que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, podem desempenhar nesse cenário, pois o enfermeiro, além de ser responsável por administrar e monitorar ação e efeitos colaterais dos medicamentos na pessoa idosa, utiliza-se da educação em saúde para orientar e incentivar as pessoas idosas no tratamento e na adesão à medicação, e pode utilizar o LFS para potencializar essas ações e planejar intervenções (JACKSON, 2012; MARTINS, 2016).

Além disso, no contexto da APS e ESF, é essencial que o enfermeiro utilizando-se do vínculo e do conhecimento da realidade de vida das pessoas idosas, conheça o nível de adesão à medicação e também o nível de LFS dessa população, e a relação existente entre os dois, para ter a possibilidade de focar a sua atuação em prol da melhoria dessas condições, atingindo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012; MARTINS, 2016; VIEIRA; CASSIANI, 2014).

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado por meio de dois métodos distintos com a finalidade de alcançar os objetivos estabelecidos. Para alcance do primeiro objetivo, propôs-se a utilização de uma revisão integrativa da literatura. Para concretização dos demais objetivos, propôs-se a realização de uma pesquisa quantitativa, elaborada a partir de um projeto maior intitulado “Relação entre letramento funcional em saúde, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família”.

3.1 Revisão integrativa da literatura

A Revisão Integrativa (RI) é um método que tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, permitindo buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

É considerado um método mais amplo e vantajoso, pois permite a inclusão de pesquisa experimental e quase-experimental, permitindo também a combinação de dados de literatura teórica e empírica, proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esta RI foi constituída por seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas ou categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na RI; interpretação dos resultados; apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Após a elaboração da questão norteadora “como se caracteriza a produção científica nacional e internacional sobre a relação do LFS e a adesão à medicação em pessoas idosas?”, foram eleitos como critérios de inclusão: artigos na íntegra disponíveis *on-line*, que abordem a temática do estudo; apresentação de resumo para primeira apreciação; procedência brasileira ou estrangeira, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem período de tempo. Como critério de exclusão adotou-se: artigos cuja a idade dos participantes for inferior a 60 anos. Os estudos repetidos em mais de uma base de dados foram computados apenas uma vez.

A busca foi realizada nas bases de dados on-line: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO); *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); e *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), por meio do Portal de Periódicos Capes. Estas foram escolhidas por serem as principais bases de importância para a enfermagem. A

coleta dos dados ocorreu no mês de junho de 2016. Os descritores utilizados na busca estão presentes na lista dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "idoso"; "adesão à medicação"; "alfabetização em saúde"; "aged"; "medication adherence"; "health literacy". Foram utilizadas estratégias de busca específicas de acordo com as características de cada base.

Foi realizada a busca com a aplicação inicial de filtros nas bases de dados, para atender a alguns critérios de inclusão: texto completo, resumo e idioma disponível para primeira apreciação. Na SCIELO e na LILACS, inicialmente a busca foi realizada com os descritores "aged", "health literacy" e "medication adherence" com o operador booleano *and*, e "idoso", "alfabetização em saúde" e "adesão à medicação" com o operador booleano *and*, resultando em nenhum artigo. Por isso, optou-se por utilizar nessas bases somente os descritores "idoso" e "alfabetização em saúde" com o operador booleano *and*, resultando em um e cinco artigos, respectivamente, e "aged" e "health literacy" com o operador booleano *and*, resultando em 14 e nove artigos, respectivamente. Na MEDLINE e na CINAHL, a busca foi realizada com os descritores "idoso", "alfabetização em saúde" e "adesão à medicação", que resultou em nenhum artigo; e com os descritores "aged", "health literacy" e "medication adherence" com o operador booleano *and*, resultando em 98 e 31 artigos, respectivamente.

Para a seleção dos artigos, foi realizada a leitura dos resumos e, sempre que o título e o resumo dos estudos não foram esclarecedores, procedeu-se à leitura do artigo na íntegra, a fim de evitar a exclusão de estudos importantes e verificar se o artigo atendia aos objetivos desta RI. A partir dessa análise, obtiveram-se como amostra final sete artigos (quatro da MEDLINE e três da CINAHL; nenhum artigo da SCIELO e LILACS atendeu aos objetivos da RI). A decisão sobre a pertinência dos documentos selecionados para a análise dependeu, ainda, da clareza e consistência científica com que, no conteúdo de cada texto, foram descritos os dados referentes à metodologia, aos participantes e aos resultados.

Elaborou-se um formulário de coleta de dados que foi preenchido para cada artigo (APÊNDICE A), constando as informações: título; tipo e delineamento do estudo; objetivo(s); periódico, país de origem, ano de publicação, base de dados; área de atuação; participantes/amostra; instrumentos utilizados/aplicados; principais resultados; conclusões. Foi realizada uma análise descritiva a partir desse formulário e da leitura das informações contidas nos artigos.

Para conhecer os diferentes tipos de produção de conhecimento presentes nos artigos selecionados, utilizaram-se sete níveis de evidência: Nível I: Evidência decorrente de

Revisões Sistemáticas ou Meta-análise de Estudos Randomizados Controlados (RCTs) relevantes, ou evidência decorrente de *Guidelines* para a prática clínica baseadas em revisões sistemáticas de RCTs; Nível II: Evidência obtida por meio de pelo menos um RCT; Nível III: Evidência obtida por meio de um estudo controlado, sem randomização; Nível IV: Evidência obtida por meio de estudos de caso-controle ou de coorte; Nível V: Evidência obtida por meio de revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; Nível VI: Evidência obtida por meio de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: Evidência obtida por meio da opinião de autores e/ou relatórios de painéis de peritos. Considerando que essa classificação se baseia no tipo de delineamento do estudo e na sua capacidade de afirmar causa e efeito, os níveis I e II são considerados evidências fortes, III e IV, moderadas e de V a VII, fracas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

As questões éticas e os preceitos de autoria foram respeitados e as obras utilizadas tiveram seus autores citados e referenciados. Em virtude da natureza bibliográfica da pesquisa, não houve necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

3.2 Pesquisa quantitativa

3.2.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo com abordagem quantitativa, exploratório-descritivo, do tipo transversal. A pesquisa quantitativa é um processo sistemático e deliberado. Baseia os achados em evidência empírica, e busca a generalização dos achados para além de um único cenário ou situação. É a coleta e a análise de informação numérica (POLIT, 2004).

A pesquisa se caracterizou por exploratória, pois visa proporcionar maior familiaridade com o problema, de modo que a pesquisa possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão. Ela permite ao pesquisador escolher as técnicas mais adequadas para a sua pesquisa e decidir sobre as questões que mais necessitam de atenção e investigação detalhada, e pode alertá-lo devido a potenciais dificuldades, as sensibilidades e as áreas de resistência (GIL, 2009).

A pesquisa também foi descritiva, visando descrever as características de uma determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis, assumindo em geral a forma de levantamento. Um estudo descritivo é uma descrição detalhada da forma como se apresentam os fatos (GIL, 2009).

Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos sob estudo são investigados durante um período de coleta de dados. Estes estudos são apropriados para descrever a situação do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em

um ponto fixo. Os delineamentos transversais são econômicos e fáceis de controlar (POLIT, 2004).

3.2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em dez Unidades de Saúde da Família (USF), que totalizam 17 equipes de saúde da família, e compõem a Zona Oeste do município de Rio Grande/RS. Esta zona foi selecionada por ter cobertura de 100% da ESF. Rio Grande é uma cidade litorânea, localizada no extremo sul do Rio Grande do Sul, e possui mais de 197 mil habitantes, com população estimada de mais de 208 mil pessoas para 2017, e um percentual de idosos de 13,89% (IBGE, 2010b).

As USFs elencadas para o presente estudo foram: São Miguel I (duas equipes de saúde da família), São Miguel II (duas equipes de saúde da família); São João (uma equipe de saúde da família); Marluz (três equipes de saúde da família); Castelo Branco (duas equipes de saúde da família); PPV (uma equipe de saúde da família); CAIC (uma equipe de saúde da família); Cidade de Águeda (duas equipes de saúde da família); Santa Rosa (uma equipe de saúde da família); e Profilurb (duas equipes de saúde da família).

3.2.3 População

A população elencada para o presente estudo foram pessoas idosas adscritas às USFs citadas. Os participantes do estudo foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da USF; para a avaliação da adesão à medicação, fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias antes do dia da entrevista e gerir seu próprio regime terapêutico medicamentoso; para a avaliação do LFS, possuir pelo menos um ano de escolaridade autorreferida; conseguir ler o Cartão de Jaeger (ANEXO A) em nível 20/40, considerado normal para uma visão periférica com ou sem lentes corretoras ou óculos; ouvir o sussurro dos lados direito e esquerdo do canal auricular pelo teste do sussurro (Teste de Whisper) (ANEXO B); e conseguir pontuação adequada no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO C), considerando que as notas de corte no MEEM são: 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos; 4 a 7 anos de escolaridade = 24; > 7 anos de escolaridade = 28.

Os instrumentos dos anexos A, B e C foram utilizados, como recomendam estudos de avaliação do LFS, como avaliação multidimensional rápida segundo o Caderno de Atenção Básica 19 (BRASIL, 2007); e, foram aplicados com o objetivo de minimizar possíveis vieses que poderiam surgir por alterações nas funções visual, auditiva ou cognitiva e interferir no

resultado final do estudo (BAKER *et al.*, 1999; BRASIL, 2007; CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009; SANTOS; PORTELLA, 2016).

Os critérios de exclusão foram: estar em tratamento com quimioterápicos ou com radioterapia, devido às características específicas desses tratamentos, que podem interferir na adesão medicamentosa; ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados devido a uma possível motivação dos idosos para o uso regular dos medicamentos prescritos com vistas à recuperação do procedimento cirúrgico.

3.2.4 Amostra

Para chegar à amostra, primeiro se calculou a população esperada para a área de abrangência do estudo. Assim, foi utilizado como referência o número máximo de pessoas a ser assistida por equipe de ESF que é de 4.000 pessoas (BRASIL, 2012). Obteve-se um total de 68.000 pessoas (17 equipes x 4.000 pessoas = 68.000).

O cálculo da população de pessoas idosas estimada para a área de abrangência do estudo foi realizado tendo por base o percentual de idosos da cidade de Rio Grande/RS, que de acordo com o último censo demográfico realizado é de 13,89% (IBGE, 2010b). A partir da população das 17 equipes incluídas na pesquisa (68.000), foi calculada a porcentagem de idosos (13,89%), obtendo-se como população do estudo aproximadamente 9.445 pessoas idosas.

Utilizou-se a fórmula de cálculo de amostras para população finita, com a seguinte fórmula (MIOT, 2011):

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

Onde:

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

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

Q – complementar da prevalência (1-P);

N – população total = 9445 pessoas idosas;

E – erro amostral de 5%.

Aplicando-se a fórmula com os parâmetros descritos anteriormente obteve-se **n = 370**.

A amostra foi probabilística, e a seleção dos participantes foi por equipe: dividindo o n pelas 17 equipes participantes (370/17 = 21,76), obtendo 22 pessoas idosas por equipe. Esse número foi ainda dividido pelo número de microáreas de cada equipe.

Foi realizada visita domiciliar para coleta de dados à 376 pessoas idosas, destas 26 não foram incluídas no estudo, 18 por não atingirem a pontuação adequada no MEEM, seis por reprovação no teste de visão (Cartão de Jaeger) e duas por reprovação no teste do sussurro, utilizados como critérios de inclusão, obtendo-se como amostra final 350 pessoas idosas.

3.2.5 Instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde elaborado a partir do projeto maior, com o objetivo de caracterizar os participantes e algumas questões que podem estar relacionadas ao LFS e adesão à medicação (APÊNDICE B). Também foi realizada a aplicação de dois instrumentos, um que avaliou a adesão à medicação, e outro que avaliou o LFS, validados e traduzidos para a realidade brasileira.

O instrumento que verificou o grau de adesão à medicação (ANEXO D) foi uma versão em português (OLIVEIRA-FILHO *et al.*, 2012) da *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8), que mede o comportamento específico de tomar medicamentos (MORISKY *et al.*, 2008). A referida escala é um dos métodos mais amplamente utilizados por pesquisadores em diversos países, sendo conhecida mundialmente (TRAUTHMAN *et al.*, 2014). Tem uma aplicação extensiva, regular, e se adapta facilmente a qualquer contexto clínico, com perguntas de fácil compreensão e respostas na forma dicotômica (“sim/não”) (MORISKY *et al.*, 2008). A pontuação dessa escala varia de zero a oito, e o grau de adesão será mensurado de acordo com a pontuação indicada pelo autor: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos), sendo considerados aderentes somente os que obtiveram a pontuação máxima (8 pontos), e não aderentes os que pontuaram abaixo desse valor (OLIVEIRA-FILHO *et al.*, 2012).

O instrumento utilizado para verificar o grau de LFS foi uma versão traduzida e adaptada para a realidade brasileira (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009) do S-TOFHLA (BAKER *et al.*, 1999) (ANEXO E). Esse teste foi realizado em 312 indivíduos atendidos em hospitais do SUS da cidade de São Paulo/SP.

Esse instrumento apresenta um teste de matemática, que avalia a alfabetização quantitativa necessária no contexto de cuidados de saúde, e compreende dois frascos de medicamentos e dois cartões contendo informações sobre a ingestão de medicamentos, a data das consultas e os resultados de exames laboratoriais. Apresenta também um teste de compreensão de leitura, que é composto por duas passagens relacionadas à saúde com um total de 36 itens (lacunas em branco). O primeiro texto contém informações sobre a

preparação para um raio-X de estômago. O segundo é sobre direitos e responsabilidades dos pacientes que recebem cuidados de saúde em um hospital. Algumas palavras suprimidas ao longo das frases; para cada lacuna em branco, o entrevistado deve selecionar a partir de uma lista de quatro palavras a que melhor completa a frase. O tempo máximo permitido para a conclusão das tarefas (em que o indivíduo não deve saber) é de cinco minutos para os itens de numeramento e sete minutos para os itens de compreensão de leitura, após é solicitado o encerramento do teste (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009; PASSAMAI, 2012).

A pontuação dos textos de compreensão de leitura é de 2 pontos para cada espaço em branco corretamente preenchido, somando 72 pontos no total. Nos itens numéricos, sete pontos são contabilizados para cada resposta correta, que totalizam 28 pontos. A pontuação total do teste é de 100 pontos. Indivíduos pontuando entre zero e 53 pontos são considerados na faixa inadequada; entre 54 e 66 pontos, na faixa marginal e entre 67 e 100, na faixa adequada (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009).

Foram realizados testes pilotos com cinco idosos fora da área de cobertura das unidades selecionadas, aplicando-se todos os instrumentos incluídos nesta pesquisa. O tempo médio de duração da aplicação dos instrumentos foi de 16 minutos, e não houve necessidade de alterações nos instrumentos.

3.2.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de julho a novembro de 2017. Os dados foram coletados pelos mestrandos e bolsistas de iniciação científica envolvidos no projeto maior, por meio dos instrumentos referidos anteriormente.

Os idosos foram recrutados nas USFs nas quais foi realizado contato prévio com os responsáveis pelas mesmas e verificação de disponibilidade para realização da coleta. Os idosos de cada microárea foram selecionados por conveniência, sendo utilizado o cadastro de idosos de cada ACS. As entrevistas foram realizadas por meio de visitas domiciliares junto aos ACS da USF. Destaca-se que as entrevistas não prejudicaram o trabalho dos ACS, sendo necessário somente o auxílio para o direcionamento dos pesquisadores até as residências dos idosos.

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

3.2.7 Análise dos dados

Para a organização dos dados foi elaborada uma planilha no programa Microsoft® Excel, contendo um dicionário (codebook) e uma planilha que foi utilizada para digitação. Essa planilha foi verificada quanto à inconsistência dos dados. Para análise quantitativa foi elaborado um banco de dados por meio da digitalização dos resultados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Foram realizadas: uma análise estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e frequência relativa para variáveis categóricas (adesão, faixa etária, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda, ocupação, presença de condições crônicas, comorbidades, polifarmácia, consultas na USF, participação em grupos, LFS, dificuldades no tratamento, local de assistência à saúde, local de aquisição de medicamentos) e uso das medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão) para variáveis numéricas (grau de adesão, idade, anos de estudo, número de medicamentos, número de consultas ao ano, escore numeramento, escore compreensão e leitura, escore total LFS); uma análise estatística inferencial, por meio de testes estatísticos que verificou a associação entre as variáveis.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificação da normalidade dos dados numéricos. Verificou-se que a distribuição não foi normal portanto foram utilizados testes não paramétricos. Para verificar a associação entre a variável dependente (adesão) e as demais variáveis (faixa etária, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda, ocupação, presença de condições crônicas, comorbidades, polifarmácia, consultas na USF, participação em grupos, LFS, dificuldades no tratamento) foi utilizado o teste Qui-Quadrado, que é um teste não paramétrico utilizado na comparação de duas variáveis nominais e que permite verificar se estas apresentam relação de dependência (DANCEY, REIDY, 2006).

Para verificar a diferença entre as medianas dos escores do instrumento de LFS em relação à adesão foi utilizado o teste de Mann-Whitney, que trata-se de um teste apropriado às comparações entre grupos quando a variável sob análise está em escala ordinal, ou quando as premissas necessárias à aplicação dos testes paramétricos não podem ser atendidas. Ele baseia-se na comparação da soma dos postos (posições) que os valores ocupam em cada um dos dois grupos (BARROS *et al.*, 2012). Em todos os testes foi considerado como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

3.2.8 Aspectos éticos

O projeto maior foi cadastrado no site da Pró-Reitoria de Pesquisa (Propesp), sob o número 607, cadastrado na Plataforma Brasil, e após foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (EEnf) da FURG, pelo qual foi apresentado em reunião do Conselho da EEnf e aprovado sob número de Ata 06/2017. Após esta homologação, o projeto maior foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG, sendo aprovado pelo parecer nº 93/2017 (ANEXO F) e ao do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva (NUMESC) da secretaria de município de saúde de Rio Grande/RS sendo deferido pelo parecer nº 013/2017 (ANEXO G).

A aplicação dos instrumentos de coleta dos dados foi efetivada após o consentimento do CEPAS e do NUMESC, seguindo as orientações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), que diz respeito à pesquisa com seres humanos. Após a explanação dos objetivos e com o aceite voluntário dos participantes, foi realizada a leitura e solicitada a assinatura ou colocação da impressão digital em duas vias do TCLE (APÊNDICE C). Com essa medida, foi assegurada a autonomia dos participantes, entre outras questões. Uma via foi entregue ao participante e outra ficou armazenada na EEnf sob responsabilidade da orientadora do projeto maior.

O material originado da coleta de dados foi armazenado na Escola de Enfermagem, sob responsabilidade da orientadora do projeto maior durante o período de cinco anos, após o qual será descartado de forma apropriada. A orientadora responsabilizar-se-à por todos os procedimentos envolvidos na pesquisa. Destaca-se ainda que os resultados do estudo serão devolvidos aos profissionais das USFs investigadas por meio da disponibilização de material impresso e no formato digital ao NUMESC.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados dois artigos científicos derivados a partir dos dados obtidos na pesquisa. O primeiro artigo intitula-se: “Letramento funcional em saúde e adesão à medicação em idosos: revisão integrativa” (<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0625>), que foi publicado em agosto de 2017 na Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN, periódico classificado Qualis “A2” na classificação de periódicos da CAPES, área da Enfermagem. Este artigo contemplou o primeiro objetivo do estudo.

O segundo artigo intitula-se: “Relação entre adesão à medicação e letramento funcional em saúde em pessoas idosas”, e será encaminhado à Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE), periódico classificado Qualis “A1” na classificação de periódicos da CAPES, área da Enfermagem (normas disponíveis em: <http://rlae.eerp.usp.br/section/6/instrucoes-aos-autores>). Este artigo contemplou os demais objetivos da pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Utilizando-se da RI, pôde-se responder à primeira questão de pesquisa dessa dissertação: “como se caracteriza a produção científica nacional e internacional sobre a relação do LFS e a adesão à medicação em pessoas idosas?”. Nos sete estudos incluídos na RI, prevalência de adesão à medicação variou de 38% a 48%, já a prevalência de LFS inadequado variou de 19% a 44%, percentuais diferentes dos encontrados em estudos no Brasil, onde as características como a renda e escolaridade são diferentes. Na RI, evidenciou-se a escassez de estudos nacionais que demonstrem a associação entre a adesão à medicação e o LFS, emergindo a necessidade de mais pesquisas envolvendo a temática no Brasil.

Foi evidenciado por meio da RI que o LFS inadequado influencia diretamente para a não adesão à medicação, embora alguns estudos não encontrem associação significativa entre as duas variáveis. Além disso, necessita-se pôr em prática, por meio de ações, as estratégias e intervenções demonstradas por estudos, como a utilização de instrumentos de avaliação do LFS e da adesão à medicação, a melhoria da comunicação com a pessoa idosa, focando nas suas necessidades e especificidades, e criando uma relação de vínculo e proximidade com a realidade do cliente, e o trabalho em equipe, o que pode ser possível na prática da ESF como um diferencial.

Para os enfermeiros, emerge a necessidade de se engajar e explorar mais essa temática, seja pela pesquisa ou na prática, propondo por meio do processo de enfermagem a aproximação das reais necessidades das pessoas idosas inseridas no contexto da saúde, e no planejamento de ações que possam contribuir para que essas pessoas tenham correta adesão ao tratamento medicamentoso.

Utilizando-se da pesquisa quantitativa, foi possível responder as demais questões de pesquisa propostas nessa dissertação: “Qual o grau de adesão à medicação das pessoas idosas atendidas na ESF da zona oeste do município de Rio Grande? Qual o grau de LFS das pessoas idosas atendidas na ESF da zona oeste do município de Rio Grande? Existe associação entre a adesão à medicação e o LFS nessa população?”.

Na pesquisa quantitativa, verificou-se que 64% da amostra foi considerada não aderente à medicação, e 58,9% teve LFS inadequado, o que evidenciou baixo grau de adesão à medicação e baixo grau de LFS. Apesar disso, não houve relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, o que evidencia que a incompreensão sobre instruções ou orientações, dificuldades com leitura ou numeramento em aspectos relacionados à saúde e ao tratamento medicamentoso não influenciou na adesão dessa parcela estudada.

Em contrapartida, dificuldades no tratamento medicamentoso, principalmente relacionadas ao esquecimento, tiveram relação com a adesão à medicação, emergindo a necessidade de estratégias relacionadas a este aspecto, com o acompanhamento, verificação e orientação quanto à utilização dos medicamentos. Estas estratégias podem ser realizadas nas equipes de ESF, visto que contam com a prática de trabalho em equipe e o apoio dos ACS, que têm a possibilidade de realizar visitas periódicas à população por meio da supervisão do enfermeiro. Assim, o acompanhamento das pessoas idosas em uso de medicação contínua é facilitado, havendo a possibilidade de trazer os casos para discussão em equipe e tomada de decisões em conjunto, como por exemplo, a adaptação do tratamento de acordo com as necessidades que surgirem, ou a opção de terapias menos complexas.

Apesar de não haver relação da adesão à medicação e LFS, os resultados dessa pesquisa mostram a necessidade de atentar para esses aspectos, visto o grande percentual de baixa adesão e baixo LFS. Portanto, os enfermeiros podem avaliar esses aspectos na prática, verificando os motivos que levam à não adesão e propondo ações direcionadas à essas dificuldades. Além disso, a atenção para o grau de LFS também se torna importante aspecto a ser elucidado, visto que reflete na qualidade da compreensão de informações em saúde que as pessoas idosas irão receber, o quanto irão compreendê-las e utilizá-las para promover seu autocuidado e a sua saúde. Assim, na prática de educação em saúde com as pessoas idosas, os enfermeiros e demais profissionais atuantes nas equipes da ESF podem focalizar nas questões ou dúvidas trazidas pelos indivíduos, motivando-os a saná-las.

Uma das limitações do estudo foi a utilização de um instrumento de autorrelato para a verificação da adesão à medicação, pois além de limitar a comparação com outros estudos devido a diversidade de métodos aplicados, ocasiona certa imprecisão de algumas informações relatadas pelos participantes. Porém, este foi escolhido por ser o mais utilizado, de fácil acesso e pouco custo.

O instrumento de LFS utilizado no presente estudo, que foi adaptado de um estudo internacional, também pode ser considerado uma limitação, pois requer habilidades mais refinadas de interpretação, o que se torna difícil considerando uma população idosa com pouca escolaridade, como a do presente estudo, comparada às populações de países desenvolvidos nos quais o instrumento foi elaborado e é aplicado. Além disso, a pesquisa sobre o LFS no Brasil ainda é recente, não tendo sido elaborado nenhum instrumento adaptado a esta realidade, emergindo assim, a necessidade da criação de instrumentos para avaliar o LFS das pessoas idosas brasileiras.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, R. *et al.* Health Literacy: a new concept for general practice? **Austr Fam Physician**, v. 38, p. 144-147, 2009.
- AIOLFI, C.R. *et al.* Adherence to medicine use among hypertensive elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 397-404, 2015.
- ALMEIDA, H.O. *et al.* Adesão a tratamentos entre idosos. **Comun. ciênc. saúde**, v. 18, n. 1, p. 57-67, 2007.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. **JAMA.**, v. 281, n. 6 ,p. 552-7, 1999.
- APOLINARIO, D. *et al.* Cognitive predictors of limited health literacy in adults with heterogeneous socioeconomic backgrounds. **J Health Psychology**, v. 20, n. 12, p. 1613-1625, 2015.
- APOLINARIO, D. *et al.* Detecting limited health literacy in Brazil: development of a multidimensional screening tool. **Health promot Int**, v. 29, n. 1, p. 5-14, 2014.
- APOLINARIO, D. *et al.* Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, Ago. 2012.
- ARRUDA, D.C.J. *et al.* Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Rev Bras Geriat Gerontol**, v. 18, n. 2, p. 327-37, 2015.
- BAE, S.G. *et al.* Factors related to intentional and unintentional medication nonadherence in elderly patients with hypertension in rural community. **Patient Prefer Adherence**, v. 10, p. 1979, 2016.
- BAKER, D.W. *et al.* Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Educ Couns.**, Bethesda, v. 38, n. 1, p. 33-42, 1999.
- BAKER, D.W. *et al.* Health literacy and mortality among elderly persons. **Archives of internal medicine**, v. 167, n. 14, p. 1503-1509, 2007.
- BARBER, M.N. *et al.* Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. **Health Promot Int**, v. 24, n. 3, p. 252-261, 2009.
- BARRETO, M.S. *et al.* Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 1, p. 60-67, 2015.
- BARROS, M.V.G. *et al.* **Análise de dados em saúde**. 3ed. Londrina: Midiograf, 2012.

BASAGOITI, I. Alfabetización em salud. De la información a la acción. Valencia: ITACA/TSB; 2012. Disponível em: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/> Acesso em: 26 jan. 2017.

BASHETI, I.A. *et al.* Associations between patient factors and medication adherence: a Jordanian experience. **Pharm Pract. (Granada)**, v. 14, n. 1, 2016.

BAUER, A.M. *et al.* Health literacy and antidepressant medication adherence among adults with diabetes: the diabetes study of Northern California (DISTANCE). **Journal of general internal medicine**, v. 28, n. 9, p. 1181-1187, 2013.

BEAUCHAMP, A. *et al.* Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 678, 2015.

BILLINGSLEY, L.; CARRUTH, A. Use of technology to promote effective medication adherence. **J Contin Educ Nurs**, v. 46, n. 8, p. 340-342, 2015.

BO, A. *et al.* National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers-a population-based survey among Danish adults. **BMC public health**, v. 14, n. 1, p. 1095, 2014.

BORBA, A.K.O.T. *et al.* Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, p. 394-404, 2013.

BOSTOCK, S.; STEPTOE, A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. **BMJ**, v. 344, p. e1602, 2012.

_____. Ministério da saúde. **Geras: documento básico**. Brasília: MS, 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_04.pdf Acesso em: 16 Jun. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1994.

_____. **Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006** - Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: <http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf> Acesso em: 01 Dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: MS, 2007. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília-DF: 2010. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. **Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Diário Oficial da União, 13 de julho de 2013.

BRAWLEY, L.R.; CULOS-REED, S.N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, v. 21, n. 5, p. S156-S163, 2000.

BRITTO, A.S. *et al.* Grau de adesão de idosos internados em um hospital ao regime terapêutico para hipertensão e diabetes. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 13, n. 44, p. 27-32, 2015.

BROOKS, T.L. *et al.* Strategies used by older adults with asthma for adherence to inhaled corticosteroids. **J Gen Intern Med**, v. 29, n. 11, p. 1506-1512, 2014.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Menos jovens e mais idosos no mercado de trabalho? In: CAMARANO, A. A. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: IPEA, 2014. P. 377-406.

CAMPBELL, N.L. *et al.* Self-Reported Medication Adherence Barriers Among Ambulatory Older Adults with Mild Cognitive Impairment. **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**, v. 36, n. 2, p. 196-202, 2016.

CARTHERY-GOULART, M.T. *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, P. 631-638, ago. 2009.

CARVALHO, A.L.M. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1885-92, 2012.

CARVALHO, M.H.R. *et al.* Chronic disease-related elderly mortality trends in the city of Marília-SP, Brazil: 1998-2000 and 2005-2007. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 23, n. 2, p. 347-354, 2014.

CINTRA, F.A.; GUARIENTO, M.E.; MIYASAKI, L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.Supl. 3, p. 3507-15, 2010.

COHEN, J.L. *et al.* Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: the Medication Adherence Report Scale for Asthma. **Annals of Allergy, Asthma & Immunology**, v. 103, n. 4, p. 325-331, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009. São Paulo: 2009.

COSTA, F.A. *et al.* Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. **Int J clin Pharm**, v. 37, n. 4, p. 626-635, 2015.

CRESPILLO-GARCÍA, E. *et al.* Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedcados desde una perspectiva cualitativa. **Rev Calid Asist**, v. 28, n. 1, p. 56-62, 2013.

CRUZ, H.L. *et al.* Caracterização do uso de medicamentos entre idosos cadastrados em uma unidade de Atenção Primária à Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2011. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 26, n. 3, p. 157-165, 2014.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows**. 3 ed. Tradução Lori Viali, Porto Alegre: Artmed, 2006.

DAUW, C.A. *et al.* Medication nonadherence and effectiveness of preventive pharmacological therapy for kidney stones. **J Urol**, v. 195, n. 3, p. 648-652, 2016.

DAVIS, T.C. *et al.* Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. **Family medicine**, v. 25, n. 6, p. 391-395, 1993.

DE LA RUBIA, J.M.; CERDA, M.T.A. Predictores psicosociales de adherencia a La medicación en pacientes con diabetes tipo 2. **Rev. iberoam. psicol. salud**, v. 6, n. 1, p. 19-27, 2015.

DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saude & Doenças**, v.2, n.2, p.81-100, 2001.

DIAS, A.M. *et al.* Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. **Millenium**, n. 40, p. 201-219, 2016.

DIAS, E.G. *et al.* Caracterização dos hipertensos e fatores dificultadores na adesão do idoso ao tratamento medicamentoso da Hipertensão. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 39-49, 2015.

DICKENS, C. *et al.* Nurse overestimation of patients' health literacy. **J Health Commun**, v. 18, n. sup1, p. 62-69, 2013.

DUNCAN, B.B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, São Paulo. Vol. 46, supl. 1 (dez. 2012), p. 126-134, 2012.

DUONG, V.T. *et al.* Health literacy in Taiwan: A population-based study. **Asia Pac J Public Health**, v. 27, n. 8, p. 871-880, 2015.

- EDWARDS, M. *et al.* 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. **Health Expect**, v. 18, n. 5, p. 1180-1193, 2015.
- EGEDE, L.E. *et al.* Differential impact of longitudinal medication non-adherence on mortality by race/ethnicity among veterans with diabetes. **J Gen Intern Med**, v. 28, n. 2, p. 208-215, 2013.
- ELSOUS, A. *et al.* Medications adherence and associated factors among patients with type 2 diabetes mellitus in the Gaza Strip, Palestine. **Frontiers in endocrinology**, v. 8, p. 100, 2017.
- EYLER, R.; SHVETS, K.; BLAKELY, M.L. Motivational Interviewing to Increase Postdischarge Antibiotic Adherence in Older Adults with Pneumonia. **Consult Pharm**, v. 31, n. 1, p. 38-43, 2016.
- FARIA, H.T.G. *et al.* Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014.
- FAVA, S.M.C.L. *et al.* Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico-cultural. **Saúde & Transformação Social**, v. 2, n. 1, 2011.
- FEDERMAN, A.D. *et al.* Self-management behaviors in older adults with asthma: Associations with health literacy. **J Am Geriatr Soc**, v. 62, n. 5, p. 872-879, 2014.
- FEDERMAN, A.D. *et al.* The association of health literacy with illness and medication beliefs among older adults with asthma. **Patient education and counseling**, v. 92, n. 2, p. 273-278, 2013.
- FINDLEY, A. Low health literacy and older adults: meanings, problems, and recommendations for social work. **Soc Work in Health Care**, v. 54, n. 1, p. 65-81, 2015.
- FURUYA, Y. *et al.* Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. **Health Promot Int**, v. 30, n. 3, p. 505-513, 2015.
- GALATO, D.; SILVA, E.S.; TIBURCIO, L.S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polifarmácia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p. 2899-905, 2010.
- GAUTÉRIO-ABREU, D.P. *et al.* Prevalence of medication therapy adherence in the elderly and related factors. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 2, p. 335-342, 2016.
- GAUTÉRIO, D.P. *et al.* Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: Estratégia Saúde da Família. **Rev Enferm UERJ**, v. 21, n. esp 2, p. 824-828, Rio de Janeiro, 2013.
- GAUTÉRIO, D.P.; SANTOS, S.S.C. Ações desenvolvidas pelos enfermeiros com idosos atendidos na Atenção Básica: revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. spe., p. 4875-83, jul. 2013.
- GEBOERS, B. *et al.* The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 903, 2015.

- GEBOERS, B. *et al.* The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. **J Health Commun**, v. 19, n. sup2, p. 61-76, 2014.
- GHIDEI, L. *et al.* Aging, antiretrovirals, and adherence: a meta analysis of adherence among older HIV-infected individuals. **Drugs Aging**, v. 30, n. 10, p. 809-819, 2013.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GOGGINS, K.M. *et al.* Health literacy, numeracy, and other characteristics associated with hospitalized patients' preferences for involvement in decision making. **J Health Commun**, v. 19, n. sup2, p. 29-43, 2014.
- GOMES, A.M. *et al.* Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, p. 266-272, 2014.
- GUPTA, V. *et al.* Impact of a web-based intervention on the awareness of medication adherence. **Res Social Adm Pharm**, v. 12, n. 6, p. 926-936, 2016.
- GUSMÃO, J.L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento—conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.
- HALVERSON, J.L. *et al.* Health literacy and health-related quality of life among a population-based sample of cancer patients. **J Health Commun**, v. 20, n. 11, p. 1320-1329, 2015.
- HAN, S. D. *et al.* Poorer financial and health literacy among community-dwelling older adults with mild cognitive impairment. **J Aging Health**, v. 27, n. 6, p. 1105-1117, 2015.
- HAN, E. *et al.* Health Behaviors and Medication Adherence in Elderly Patients. **Am J Health Promot**, 2016.
- HAUN, J.N. *et al.* Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. **BMC Health Serv Res**, v. 15, n. 1, p. 249, 2015.
- HAYNES, R.B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L. **Compliance in healthcare**. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 1979. p.49-62.
- HEIJMANS, M. *et al.* Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. **Patient Educ Couns**, v. 98, n. 1, p. 41-48, 2015.
- HENRIQUES, M.A.; COSTA, M.A.; CABRITA, J. Adherence and medication management by the elderly. **J clin Nurs**, v. 21, n. 21-22, p. 3096-3105, 2012.
- HLS-EU CONSORTIUM *et al.* Comparative report of health literacy in eight EU member states. **The European health literacy survey HLS-EU**, 2012.

HO, P.M. *et al.* Multifaceted intervention to improve medication adherence and secondary prevention measures after acute coronary syndrome hospital discharge: a randomized clinical trial. **JAMA internal medicine**, v. 174, n. 2, p. 186-193, 2014.

HOU, Y. *et al.* The association between self-perceptions of aging and antihypertensive medication adherence in older Chinese adults. **Aging Clin Exp Res**, v. 28, n. 6, p. 1113-1120, 2016.

HUDANI, Z.K.; ROJAS-FERNANDEZ, C.H. A scoping review on medication adherence in older patients with cognitive impairment or dementia. **Res Social Adm Pharm**, v. 12, n. 6, p. 815-829, 2016.

INDICADOR DE ANALFABETISMO FUNCIONAL (INAF). **INAF BRASIL 2011**: Indicador de Alfabetismo Funcional Principais resultados. 2012. Disponível em: http://acaoeducativa.org.br/antigo/images/stories/pdfs/informe%20de%20resultados_inaf2011.pdf Acesso em: 01 Dez. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 33 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados. Estados@. RS. **Censo Demográfico 2010**: Características da população e dos domicílios: resultados do universo. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs> Acesso em: 01 Dez. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados do Brasil. Municípios. Rio Grande RS. Pesquisas. Censo demográfico 2010: amostra - características da população; 2010b. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/rio-grande/pesquisa/23/25888?detalhes=true>

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados. Estados@. RS. **PNAD 2013** – População e domicílios – síntese de indicadores. 2013a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=pnad_2013 Acesso em: 01 Dez. 2015.

_____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 32. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE, Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf> Acesso em: 16 Jan. 2016.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2013c.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). CIPE versão 2.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Trad. H. Castro. Geneva: ICN, 2010.

JACKSON, D. A myriad of multiples: many problematic factors contribute to medication non-adherence in elders. **Generations**, v. 35, n. 4, p. 31-6, 2012.

JIN, H.; KIM, Y.; RHIE, S.J. Factors affecting medication adherence in elderly people. **Patient Prefer Adherence**, v. 10, p. 2117, 2016.

JONES, J.H.; TREIBER, L.A.; JONES, M.C. Intervening at the intersection of medication adherence and health literacy. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 10, n. 8, p. 527-534, 2014.

JONES, J.P. *et al.* Characterization of glaucoma medication adherence in Kaiser Permanente Southern California. **J Glaucoma**, v. 25, n. 1, p. 22-26, 2016.

JORDAN, J.E.; OSBORNE, R.H.; BUCHBINDER, R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. **J Clin Epidemiol**, v. 64, n. 4, p. 366-379, 2011.

KANJ, M.; MITIC, W. Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Em: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **VII Conferência Global de Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Fechando o Gap Implementação** Nairobi, Quênia, outubro 2009. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf Acesso em: 01 Dez. 2015.

KAPHINGST, K.A. *et al.* Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. **Patient Educ Couns**, v. 95, n. 2, p. 218-225, 2014.

KAUP, A.R. *et al.* Older adults with limited literacy are at increased risk for likely dementia. **J Gerontol A Bio Sci Med Sci**, v. 69, n. 7, p. 900-906, 2014.

KIM, S. *et al.* Medication Adherence and the Risk of Cardiovascular Mortality and Hospitalization Among Patients With Newly Prescribed Antihypertensive Medications: Novelty and Significance. **Hypertension**, v. 67, n. 3, p. 506-512, 2016.

KOBAYASHI, L.C. *et al.* Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. **J Gen Intern Med**, v. 30, n. 7, p. 958-964, 2015.

KONFINO, J. *et al.* Alfabetización em salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. **Medicina (B. Aires)**, v. 69, n. 6, p. 631-634, 2009.

KRAUSKOPF, K.A. *et al.* Depressive symptoms, low adherence, and poor asthma outcomes in the elderly. **J Asthma**, v. 50, n. 3, p. 260-266, 2013.

KRONISH, I.M. *et al.* Key barriers to medication adherence in survivors of strokes and transient ischemic attacks. **J Gen Intern Med**, v. 28, n. 5, p. 675-682, 2013.

KROUSEL-WOOD, M. *et al.* Differences in cardiovascular disease risk when antihypertensive medication adherence is assessed by pharmacy fill versus self-report: the Cohort Study of Medication Adherence among Older Adults (CoSMO). **J Hypertens**, v. 33, n. 2, p. 412, 2015.

KROUSEL-WOOD, M. *et al.* New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. **The American journal of managed care**, v. 15, n. 1, p. 59, 2009.

KWAN, B. FRANKISH, J. ROOTMAN I., **The development and validation of measures of health literacy in different populations**. Columbia: University of British Columbia, Institute of Health Promotion Research, 2006.

LEE, G.K.Y. *et al.* Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. **PloS one**, v. 8, n. 4, p. e62775, 2013.

LEE, S.D. *et al.* Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. **Health Serv Res**, Bethesda, v. 41, n. 4 Pt 1, p. 1392-412, 2006.

LEE, V.W.Y. *et al.* Medication adherence: Is it a hidden drug-related problem in hidden elderly?. **Geriatr Gerontol Int**, v. 13, n. 4, p. 978-985, 2013.

LEGUELINEL-BLACHE, G. *et al.* Improving patient's primary medication adherence: the value of pharmaceutical counseling. **Medicine (Baltimore)**, v. 94, n. 41, p. e1805, 2015.

LEHANE, E.; MCCARTHY, G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. **Int J Nurs Stud**, v. 44, n. 8, p. 1468-1477, 2007.

LEI, X. *et al.* Are tuberculosis patients adherent to prescribed treatments in China? Results of a prospective cohort study. **Infect Dis Poverty**, v. 5, n. 1, p. 38, 2016.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc Saúde Colet**, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.

LEMOS, L.A. *et al.* Adherence to antiretrovirals in people coinfecting with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n. e2691, 2016.

LEUNG, D.Y.P. *et al.* Prevalence of medication adherence and its associated factors among community-dwelling Chinese older adults in Hong Kong. **Geriatr Gerontol Int**, v. 15, n. 6, p. 789-796, 2015.

LEUTWYLER, H.C.; FOX, P.J.; WALLHAGEN, M. Medication adherence among older adults with schizophrenia. **J Gerontol Nurs**, v. 39, n. 2, p. 26-34, 2013.

LEVY, H.; JANKE, A.T.; LANGA, K.M. Health literacy and the digital divide among older Americans. **J gen intern med**, v. 30, n. 3, p. 284-289, 2015.

- LIN, C.Y. *et al.* Can a Multifaceted Intervention Including Motivational Interviewing Improve Medication Adherence, Quality of Life, and Mortality Rates in Older Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery? A Multicenter, Randomized Controlled Trial with 18-Month Follow-Up. **Drugs Aging**, p. 1-14, 2016.
- LINDQUIST, L.A. *et al.* Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. **Journal of general internal medicine**, v. 27, n. 2, p. 173-178, 2012.
- LIU, Y.B. *et al.* Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. **Int J Environ Res Public Health**, v. 12, n. 8, p. 9714-9725, 2015.
- LUZ, T.C.B.; LOYOLA FILHO, A.I.; LIMA-COSTA, M.F. Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly. **Cadernos de saude publica**, v. 27, p. 269-276, 2011.
- MACIEL, A.P.F.; PIMENTA, H.B.; CALDEIRA, A.P. Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas. **Acta Paul Enferm**, v. 29, n. 5, p. 542-548, 2016.
- MACHADO, A. *et al.* Letramento em Saúde e Envelhecimento: Foco em condições crônicas de saúde. **CIAIQ2014**, v. 2, 2015.
- MACHADO, A.L.G. *et al.* Instrumentos de letramento em saúde utilizados nas pesquisas de enfermagem com idosos hipertensos. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 4, Dez. 2014.
- MACLAUGHLIN, E.J. *et al.* Assessing medication adherence in the elderly. **Drugs & aging**, v. 22, n. 3, p. 231-255, 2005.
- MAGNABOSCO, P. *et al.* Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 23, n. 1, p. 20-27, 2015.
- MALTA, D.C.; SILVA JR, J.B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.
- MANAFO, E.; WONG, S. Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. **Health Educ Res**, v. 27, n. 6, p. 947, 2012.
- MARAGNO, C.O.D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso**. Dissertação (mestrado). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 96p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18582/000727707.pdf?sequence=1> Acesso em: 01 Dez. 2015.
- MARCUM, Z.A.; GELLAD, W.F. Medication adherence to multidrug regimens. **Clin Geriatr Med**, v.28, p.287-300, 2012.

MARKOTIC, F. *et al.* Adherence to pharmacological treatment of chronic nonmalignant pain in individuals aged 65 and older. **Pain Med**, v. 14, n. 2, p. 247-256, 2013.

MARTINS, N.F.F. **Letramento Funcional em Saúde de pessoas idosas em uma Unidade Básica de Saúde da Família**. Monografia - Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde da Família - RMSF). Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2016.

MCDOUGALL, G. J. *et al.* Memory Performance, Health Literacy, and Instrumental Activities of Daily Living of Community Residing Older Adult. **Journal Nursing research**, v. 61, n. 1, p. 70- 75, 2012.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2011, p. 3-24.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERZ, R. Strengthening the health competence of patients. **MMW Fortschr Med**, v. 158, n.12, p. 36, 2016.

MIOT, H.A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J Vasc Bras**. v.10, n.4, p.275-278, 2011.

MONTERROSO, L.E.P.; JOAQUIM, N.; SÁ, L.O. Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de Cuidados Continuados. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 5, p. 9, 2015.

MORAES, A.B.A.; ROLIM, G.S.; COSTA JR, A.L. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 11, n. 2, p. 329-345, 2009.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. OPAS, 2012.

MORAES, K.L. **Conhecimento e Letramento Funcional em Saúde de pacientes em tratamento pré-dialítico de um hospital de ensino**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2014. Disponível em: https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4507?locale=pt_BR Acesso em: 20 jan. 2016.

MORISKY, D.E. *et al.* Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **J Clin Hypertens**, v. 10, n. 5, p. 348-354, 2008.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, p. 67-74, 1986.

MORRIS, N.S.; MACLEAN, C.D.; LITTENBERG, B. Change in health literacy over 2 years in older adults with diabetes. **Diabetes Educ**, v. 39, n. 5, p. 638-646, 2013.

MORROW, D.G. *et al.* Patients' health literacy and experience with instructions: influence preferences for heart failure medication instructions. **Journal of Aging and Health**, v. 19, n. 4, p. 575-593, 2007.

MUIR, K.W. *et al.* Health literacy and adherence to glaucoma therapy. **American journal of ophthalmology**, v. 142, n. 2, p. 223-226. e2, 2006.

MULLEN, E. Health Literacy Challenges in the Aging Population. In: **Nurs Forum**, v. 48, n. 4, p. 248-255, 2013.

MURRAY, M.D. *et al.* Factors contributing to medication noncompliance in elderly public housing tenants. **Drug intelligence & clinical pharmacy**, v. 20, n. 2, p. 146-152, 1986.

NAJJAR, A. *et al.* Knowledge and Adherence to Medications among Palestinian Geriatrics Living with Chronic Diseases in the West Bank and East Jerusalem. **PloS one**, v. 10, n. 6, p. e0129240, 2015.

NAPOLITANO, F.; NAPOLITANO, P.; ANGELILLO, I.F. Medication adherence among patients with chronic conditions in Italy. **Eur J Public Health**, v. 26, n. 1, p. 48-52, 2016.

NATIONAL COUNCIL ON PATIENT INFORMATION AND EDUCATION (NCPIE). **Accelerating Progress in Prescription Medication Adherence: the Adherence Action Agenda. A National Action Plan to Address America's "Other Drug Problem."**. Rockville, MD: NCPIE; 2013.

NGUYEN, H.T. *et al.* Cognitive function is a risk for health literacy in older adults with diabetes. **Diabetes Res Clin Pract**, v. 101, n. 2, p. 141-147, 2013.

NOURELDIN, M. *et al.* Effect of health literacy on drug adherence in patients with heart failure. **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**, v. 32, n. 9, p. 819-826, 2012.

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**, v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000.

O'CONNOR, R. *et al.* Health literacy, cognitive function, proper use, and adherence to inhaled asthma controller medications among older adults with asthma. **CHEST Journal**, v. 147, n. 5, p. 1307-1315, 2015.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.

OLIVEIRA-FILHO, A.D. *et al.* Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012.

OLIVEIRA, M.O.; PORTO, C.S.; BRUCKI, S.M.D. S-TOFHLA in mild alzheimer's disease and mild cognitive impairment patients as a measure of functional literacy. **Dement Neuropsychol.**, v.3, n.4, p.291-8, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / Organização Mundial da Saúde; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

OSBORNE, R.H. *et al.* The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC public health**, v. 13, n. 1, p. 658, 2013.

PADILHA, K. L. *et al.* Polifarmácia no idoso: um estudo piloto em pacientes do serviço de geriatria do HSE. **Boletim Epidemiológico HSE**, n. 38, 2009.

PAPP-ZIPERNOVSZKY, O. *et al.* So that each patient may comprehend: measuring health literacy in hungary. **OrvHetil**, v. 157, n. 23, p. 905-15, 2016.

PARKER, R. M. *et al.* The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J. Gen. Intern. Med.**, v.10, n.10, p.537-41, 1995.

PARK, Y.H. *et al.* Predictors of adherence to medication in older Korean patients with hypertension. **Eur J Cardiovasc Nurs**, v. 12, n. 1, p. 17-24, 2013.

PASCUAL, C.M. *et al.* Evaluación de la adherencia al tratamiento com calcio y vitamina D em ancianos de una zona básica de salud. **Rev Calid Asist**, v. 31, n. 1, p. 10-17, 2016.

PASINA, L. *et al.* Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. **Drugs Aging**, v. 31, n. 4, p. 283-289, 2014.

PASKULIN, L.M.G. *et al.* Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 2, 2011.

_____. *et al.* Health literacy of older people in primary care. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe1, 2012.

PASSAMAI, M.P.B. **Letramento Funcional em Saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.** Tese (doutorado). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza (CE): 2012.

PASSAMAI, M.P.B. *et al.* Letramento Funcional em Saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.301-14, abr./jun. 2012.

PASSAMAI, M.P.B.; SAMPAIO, H.A.C.; LIMA, J.W.O. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde.** Fortaleza: EdUECE, 2013.

- PATEL, I. *et al.* Predictors of medication adherence and persistence in Medicaid enrollees with developmental disabilities and type 2 diabetes. **Res Social Adm Pharm**, v. 12, n. 4, p. 592-603, 2016.
- PATEL, S.; DOWSE, R. Understanding the medicines information-seeking behaviour and information needs of South African long-term patients with limited literacy skills. **Health Expect**, v. 18, n. 5, p. 1494-1507, 2015.
- POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ed., Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.
- PRADO, M.D.; SOARES, D.A. Limites e estratégias de profissionais de saúde na adesão ao tratamento do diabetes: revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 4, p. 3110-3124, 2015.
- RAJPURA, J.R.; NAYAK, R. Role of illness perceptions and medication beliefs on medication compliance of elderly hypertensive cohorts. **J Pharm Pract**, v. 27, n. 1, p. 19-24, 2014.
- RAMOS, L.R. *et al.* Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, 2016.
- RAND, C.S. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. **Am J Cardiology**, v. 72, n. 10, p. D68-D74, 1993.
- RAYMUNDO, A.C.N.; PIERIN, A.M.G. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 811-819, 2014.
- REMONDI, F.A.; CABRERA, M.A.; SOUZA, R.K. Non-adherence to continuous treatment and associated factors: prevalence and determinants. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 1, p. 126-36, 2014.
- ROCHA, P.C.; LEMOS, S.M.A. Aspectos conceituais e fatores associados ao Letramento Funcional em Saúde: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 214-225, 2016.
- RODGERS, J.E. *et al.* Predictors of Medication Adherence in the Elderly: The Role of Mental Health. **Medical Care Research and Review**, p. 1077558717696992, 2017.
- ROTH, M.T.; IVEY, J.L. Self-reported medication use in community-residing older adults: a pilot study. **Am J Geriatr Pharmacother**, v. 3, n. 3, p. 196-204, 2005.
- ROY, N.T.; SAJITH, M.; BANSODE, M.P. Assessment of Factors Associated with Low Adherence to Pharmacotherapy in Elderly Patients. **Journal of Young Pharmacists**, v. 9, n. 2, p. 272, 2017.
- RUSSO, M. Estudio exploratório del impacto del alfabetismo funcional sobre conductas sanitarias deficientes a nível poblacional. **Rev Med Chil**, v. 143, n. 7, p. 856-863, 2015.

- SAFEER, R.S.; KEENAN, J. Health literacy: the gap between physicians and patients. **Am Fam Physician**, v. 72, n. 3, p. 463-468, 2005.
- SALES, N.B. *et al.* Health Literacy of Patients from a Screening Service for Breast Cancer of Brazilian Public Health System. **International journal of Nursing Didactics**, v. 5, n. 02, p. 16-20, 2015.
- SANDERS, M.J.; VAN, O.T. Using daily routines to promote medication adherence in older adults. **Am J Occup Ther**, v. 67, n. 1, p. 91-99, 2013.
- SANTOS, L.T.M. *et al.* Letramento em saúde: importância da avaliação em nefrologia. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 34, n. 3, Set. 2012.
- SANTOS, M.I.P.O. *et al.* Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 651-664, Set 2015.
- SANTOS, M.I.P.O.; PORTELLA, M.R. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p. 156-164, 2016.
- SANTOS M.L.; PAIXAO, R.L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. Avaliação da alfabetização em saúde do sujeito de pesquisa. **Revista Redbioetica/UNESCO**, v.1, n.7, p. 84-95, 2013.
- SARDINHA, A.H.L. *et al.* Adesão dos idosos com doenças crônicas ao tratamento medicamentoso/adherence of the elderly with chronic diseases to medical treatment. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 3, 2016.
- SCHMITT JÚNIOR, A.A.; LINDNER, S.; HELENA, E.T.S. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. **Rev. Assoc. Med. Bras.(1992)**, v. 59, n. 6, p. 614-621, 2013.
- SERPER, M. *et al.* Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health Status among Older Adults. **Health Services Research**, v. 49, n. 4, p. 1249 – 1267, 2014.
- SGNAOLIN, V.; FIGUEIREDO, A.E.P.L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol**, v. 34, n. 2, p. 109-116, 2012.
- SILVA, A.B. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 3, p. 308-316, 2016.
- SILVA, A.L. *et al.* Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad Saude Publica**, p. 1033-1045, 2012.
- SILVA, E.A.; MACEDO, L.C. Polifarmácia em Idosos. **Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 3, 2013.
- SILVA, I.F. **Análise da correlação entre o letramento em saúde e a adesão farmacoterapêutica em usuários na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE.** Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014.

SILVA, R.; SCHMIDT, O.F.; SILVA, S. Polifarmácia em geriatria. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n. 2, p. 164-174, 2012.

SILVA, S.P.C.; MENANDRO, M.C.S. Social representations of health and care for elderly men and women. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 626-640, 2014.

SIREY, J.A. *et al.* Medication beliefs and self-reported adherence among community-dwelling older adults. **Clin Ther**, v. 35, n. 2, p. 153-160, 2013.

SMITH, S.G. *et al.* Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. **J Epidemiol Community Health**, v. 69, n. 5, p. 474-480, 2015.

SOARES, M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 25, Abr. 2004.

_____. **Letramento: um tema em três gêneros**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SOFIANOU, A. *et al.* Asthma beliefs are associated with medication adherence in older asthmatics. **J Gen Intern Med**, v. 28, n. 1, p. 67-73, 2013.

SOHN, H.S. *et al.* Patient response to insurer-led intervention for medication adherence-a pilot study based on claims data in Korea. **Int J Clin Pharmacol Ther**, v. 54, n. 1, p. 28-35, 2016.

SOLOMON, M.D.; MAJUMDAR, S.R. Primary non-adherence of medications: lifting the veil on prescription-filling behaviors. **J Gen Intern Med**, v. 25, n. 4, p. 280-1, 2010.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80> Acesso em: 10 Dez. 2015.

SOUZA, C. *et al.* Transtorno bipolar e medicamentos: adesão, conhecimento dos pacientes e monitorização sérica do carbonato de lítio. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 21, n. 2, p. 624-631, 2013.

SOUZA FILHO, P.P.; MASSI, G.A.A.; RIBAS, A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, p. 589-600, 2014.

SOUZA, J.G. *et al.* Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. **BMJ open**, v. 4, n. 2, p. e004180, 2014.

STEWART, D.W. *et al.* Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. **J Health Commun**, v. 20, n. sup2, p. 24-33, 2015.

SUMMER M.M.; ENGSTROM, G. Experience of self-management of medications among older people with multimorbidity. **J ClinNurs**, v. 24, n. 19-20, p. 2757-2764, 2015.

SVARSTAD, B.L. *et al.* The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Pat Educ Couns**, v. 37, p. 113-124, 1999.

TAGGART, J. *et al.* A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. **MC Fam Pract.**, v. 13, n. 49, 2012.

TAVARES, N.U.L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. supl2, p. 10s, 2016.

TAVARES, N.U.L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

TAVARES, N.U.L. *et al.* Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 315-323, jun. 2015.

TENNANT, B. *et al.* eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. **J med Internet research**, v. 17, n. 3, p. e70, 2015.

TILLER, D. *et al.* Health literacy in an urban elderly East-German population—results from the population-based CARLA study. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 883, 2015.

TOCI, E. *et al.* Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. **Health Promot Int**, v. 30, n. 3, p. 667-674, 2015.

TORRES, N.M.C. *et al.* Validação da escala Morisky 8 itens em pacientes com doença renal crônica. **Med Journal**, v. 24, n. 2 de 2016.

TRAUTHMAN, S.C. *et al.* Métodos de avaliação da adesão farmacoterapêutica adotados no Brasil. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 26, n. 1, p. 11-26, 2014.

ULLRICH, A. *et al.* “Aktiv in der Reha”: Entwicklung und formative Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch Kranken. **Die Rehabilitation**, v. 54, n. 02, p. 109-115, 2015.

UNESCO. **Aspects of Literacy Assessment**: topics and issues from the UNESCO expert meeting. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001401/140125eo.pdf> Acesso em: 01 Dez. 2015.

UNNI, E.J.; SHIYANBOLA, O.O.; FARRIS, K.B. Change in Medication Adherence and Beliefs in Medicines Over Time in Older Adults. **Glob J Health Sci**, v. 8, n. 5, p. 39, 2016.

VANCINI-CAMPANHARO, C.R. *et al.* Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. **Rev latino-am enferm**, v. 23, n. 6, p. 1149-1156, 2015.

VIEIRA, L.B.; CASSIANI, SH.B. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 3, p. 195-202, 2014.

VOLPATO, L.F.; MARTINS, L.C.; MIALHE, F.L. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? **Rev. Cienc. Farm. Basica Apl.**, v.30, n.3, p.309-14, 2009.

YANG, Z. *et al.* Association of Antihypertensive Medication Adherence With Healthcare Use and Medicaid Expenditures for Acute Cardiovascular Events. **Med Care**, v. 54, n. 5, p. 504-511, 2016.

WANG, W. *et al.* Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension. **Heart Lung**, v. 43, n. 4, p. 278-283, 2014.

WANNASIRIKUL, P. *et al.* Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. **Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**, v. 47, n. 1, p. 109, 2016.

WARNER, L.M. *et al.* Interactive effects of social support and social conflict on medication adherence in multimorbid older adults. **Soc Sci Med**, v. 87, p. 23-30, 2013.

WATKINS, I.; XIE, B. eHealth literacy interventions for older adults: a systematic review of the literature. **J Med Internet Res**, v. 16, n. 11, p. e225, 2014.

WEISS, B.D. *et al.* Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. **Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 6, p. 514-22, 2005.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES (WHCA). **Health literacy: part 2 evidence and case studies**, 2010. Disponível em: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf> Acesso em: 10 Dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long term therapies, time for action**. Geneva: World Health Organization, 2003. 221 p.

_____. **Health promotion glossary**. Geneva, WHO, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> Acesso em: 10 Dez. 2015.

ZHANG, N.J.; TERRY, A.; MCHORNEY, C.A. Impact of health literacy on medication adherence a systematic review and meta-analysis. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 48, n. 6, p. 741-751, 2014.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados da Revisão Integrativa

Nº	Título	Tipo de estudo	Objetivo (s)	Periódico/ País de origem/ Ano de Publicação/ Base de dados	Área de Atuação	Participantes/ Amostra	Instrumentos utilizados/ aplicados	Principais resultados	Conclusões
1	Assessing medication adherence in the elderly. (MACLAUGHLIN <i>et al.</i> , 2005)	Revisão de literatura	Descrever os métodos para avaliar a adesão à medicação em idosos.	Drugs Aging. Texas/EU A. 2005. CINAHL	Farmácia, medicina	Não tem	Não foram aplicados.	descreve e discute os fatores e motivos que predispõem a não-adesão (incluindo o LFS), as consequências da não-adesão, os métodos de avaliação da adesão; descreve fatores de doenças e medicamentos que predispõem a não adesão; descreve dispositivos tecnológicos para avaliar a adesão.	A avaliação de rotina de adesão à medicação em idosos raramente é realizada na prática clínica diária. Os métodos tradicionais para avaliar a adesão à medicação não são confiáveis. A melhor abordagem para a adesão à medicação seria o monitoramento e a evolução clínica. Futuras pesquisas são necessárias para identificar métodos mais precisos.
2	Self-reported medication use in community-residing older adults: a pilot study. (ROTH; IVEY, 2005)	Exploratório o descritivo	Avaliar e reportar o uso de medicamentos e potenciais problemas decorrentes desse uso em idosos que receberam assistência programa <i>Eldercare</i> na Carolina do Norte.	The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy. Chapel Hill, Carolina do Norte/EUA . 2005. <i>Eldercare</i> na MEDLINE	Farmácia	100 idosos inscritos em um programa <i>Eldercare</i> .	S-TOFHLA para avaliação do LFS, Teste Morisky-Green de 4 itens para avaliação da adesão à medicação.	31% dos participantes observaram alguma barreira que interferiu na capacidade de usar os medicamentos, sendo as mais citadas o custo (41%), memória (27%), número de medicamentos (27%). o LFS foi adequado em apenas 35% dos indivíduos, sendo 21% com LFS marginal e 44% com LFS inadequado. a não adesão foi de 53%. 34% dos indivíduos usavam um ou mais medicamentos potencialmente inapropriados.	O LFS inadequado, baixa adesão, e, potencialmente, utilização de medicação inadequada foram prevalentes na amostra. Futuros estudos são necessários para explorar os múltiplos problemas de terapia de drogas que podem ocorrer simultaneamente em idosos, e possíveis estratégias para melhorar a qualidade do uso de medicamentos nessa população.
3	Patients health	Randomizado	Investigar se pacientes com	Journal of aging and	Farmácia,	236 idosos residentes na	S-TOFHLA para avaliação do LFS, etiqueta de teste de leitura	19% do total dos pacientes foi considerado com LFS	Os idosos com baixos níveis de LFS e habilidades cognitivas eram mais

	literacy and experience with instructions influence preferences for heart failure medication instructions. (MORROW <i>et al.</i> , 2007)	controlado	ICC preferiam instruções padrão de um farmacêutico, ou instruções formuladas centradas no paciente, e se essas preferências variaram com os objetivos do paciente para usar as instruções, bem como as diferenças relacionadas a dados demográficos, experiência com instruções, LFS e habilidades cognitivas gerais.	health. Indianápolis, Indiana/EUA. 2007. CINAHL	medicina	comunidade diagnosticados com insuficiência cardíaca crônica: distribuídos aleatoriamente para a intervenção (n = 83) ou grupo de controle de cuidados habituais (n = 153).	de prescrição para avaliação da adesão à medicação. Após a intervenção nos dois grupos, aplicou-se um questionário com 7 perguntas para verificar a preferência das instruções.	inadequado. Os pacientes preferiram as instruções centradas no paciente para aprender sobre informações de adesão; e instruções padrão para aprender sobre interações medicamentosas. A preferência pelas instruções centradas foi maior para o grupo de intervenção do que para o grupo de controle e para os participantes com menor LFS. A preferência para as instruções padrão dependia se o paciente tinha familiaridade com a mesma.	propensos a preferir as instruções centradas no paciente, sugerindo que estas instruções ajudam os pacientes que mais necessitam de informações claras e precisas sobre o autocuidado. Ao mesmo tempo, os idosos com maior capacidade eram mais propensos a preferir aprender sobre interações medicamentosas com as instruções padrão, que continham mais informações sobre este tópico. Os autores sugerem a importância de adaptar instruções para diferentes pacientes. Uma estratégia é fornecer diferentes versões de instrução (variando na quantidade de informação) a pacientes de diferentes capacidades. Isso exige que se identifiquem os diferentes níveis de habilidades entre os idosos. Deve-se considerar as preferências dos pacientes para elaboração de intervenções e de instruções.
4	Intervening at the intersection of medication adherence and health literacy. (JONES, TREIBER; JONES, 2014)	Estudo teórico	Identificar/descrever intervenções para melhoria de adesão à medicação, relacionadas ao LFS para a população idosa dos EUA.	The Journal for Nurse Practitioners. Geórgia/EUA. 2014. CINAHL	Enfermagem, sociologia, medicina	Não tem	Não foram aplicados.	Os autores descrevem oito intervenções centradas na: comunicação, educação do paciente, simplificar a experiência educacional, colaboração interdisciplinar e trabalho em equipe, cuidados centrados no paciente e na família, compromisso com a adesão, e avaliação. Esses aspectos são considerados cruciais para melhoria da adesão. Os autores relatam a importância da avaliação do paciente quanto	A descrição dessas intervenções possibilita a melhoria da capacidade dos idosos de melhorar o autocuidado, reduzir maus resultados de saúde devido a não adesão à medicação, e evitar consequências econômicas advindas dessa. Traz a enfermagem como crucial na execução dessas intervenções. Evidencia também a importância de ações à domicílio.

								às possíveis barreiras para aderir; descrevem materiais para profissionais de saúde e para pacientes sobre LFS e adesão à medicação, descrevem diferentes abordagens de avaliação do LFS. É trazida a importância da abordagem multidisciplinar holística (enfs monitorando a adesão e investigando a não-adesão) na educação e orientação para a adesão; uso de linguagem adequada e simplificação de materiais de leitura; sessões de educação em saúde curtas; simplificação do regime de medicação; uso de ferramentas adequadas às necessidades individuais do paciente (para os que sabem ler, os que não sabem ler, adequar - cartões, caixas adaptadas, despertadores); avaliar aprendizagem e entendimento (questionar, ouvir - vínculo, profissionalismo e respeito); cuidados de acompanhamento regular; adaptar os cuidados ao estilo de vida e recursos do paciente.	
5	The association of health literacy with illness and medication beliefs among older adults with asthma. (FEDERMAN <i>et al.</i> , 2013	Prospectivo de coorte	Testar a hipótese de que o baixo LFS está associado a crenças imprecisas sobre medicação e asma.	Patient Education and Counseling . Nova Iorque e Chicago/EUA. 2013. MEDLINE	Medicina	420 idosos com asma.	S-TOFHLA para avaliação do LFS; modelo de senso comum de auto-regulação para a avaliação da percepção e crenças da asma; questionário de crenças sobre medicamentos (BMQ) para avaliar a adesão e crenças de medicação;	79% utilizavam medicação para controle da asma. 36% dos pacientes foram considerados com marginal ou inadequado LFS, destes houve relações significativas: mais velhos, não-brancos, de baixa renda, menor escolaridade, e tem uma história prévia de entubação. 54% acreditam que eles só têm asma quando os sintomas estão presentes, 29% acreditavam que	Os autores descobriram que o baixo LFS está associado com crenças relacionadas com a asma que foram mostrados para prever baixa adesão à medicação da asma. Destaca-se a necessidade de intervenções para promover a auto-gestão da asma, reconhecendo as especificidades das pessoas idosas. Estratégias de educação e de apoio, com enfoque nessas crenças, procurando desmistificá-las. A educação deve

								eles nem sempre têm asma e 20% acreditavam que o seu médico pode curar a asma. LFS foi associada com as crenças de não ter asma todo o tempo e que a asma pode ser curada. Indivíduos com baixo LFS relataram crenças mais fortes sobre a necessidade de medicações de controle da asma.	basear-se nas perspectivas culturais da população atendida.
6	Self Management Behaviors in Older Adults with Asthma: Associations with Health Literacy. (FEDERMAN <i>et al.</i> , 2014)	Prospectivo de coorte	Analisar os comportamentos de auto-gestão, incluindo a adesão à medicação e técnica de inalação, em idosos com asma e sua associação com o LFS.	J Am Geriatr Soc. Nova Iorque e Chicago/EA. 2014. MEDLINE	Medicina	433 idosos com asma persistente, moderada ou grave.	S-TOFHLA para avaliação do LFS; Medication Adherence Reporting Scale (MARS) para avaliação da adesão à medicação de controle da asma; lista padronizada de etapas para verificar o uso adequado de um inalador; outras medidas de cuidados também foram avaliadas.	36% dos participantes tinham LFS marginal ou inadequado. A adesão à medicação foi baixa (38%) em geral e pior em indivíduos com LFS inadequado (22%) do que naqueles com LFS adequado (47%, $P < 0,001$). apenas 38% e 54% tinham boa técnica de cuidados inalatórios; a técnica foi pior em pessoas com baixo LFS.	A adesão à medicação e técnica de inalação são pobres em idosos com asma e pior em pessoas com baixo LFS. deve-se avaliar o controle de adesão à medicação e técnica de inalação e utilizar estratégias de educação e comunicação adequadas para apoiar a auto-gestão em idosos com asma. A melhoria dos resultados de asma em idosos vão exigir abordagens multifatoriais, respeito, forte relação médico-paciente com excelente comunicação.
7	Health literacy, cognitive function, proper use, and adherence to inhaled asthma controller medications among older adults with asthma. (O'CONNOR <i>et al.</i> , 2015)	Prospectivo de coorte	Investigar o grau de habilidades cognitivas, associar com LFS e uso de medicamentos relacionados com asma em idosos.	Chest. Nova Iorque e Chicago/EA. 2015. MEDLINE	Medicina	425 idosos com asma.	S-TOFHLA para avaliação do LFS; Medication Adherence Reporting Scale (MARS) para avaliação da adesão à medicação de controle da asma; lista padronizada de etapas para verificar o uso adequado de um inalador; testes cognitivos.	Cerca de um terço (36,1%) tiveram as competências de LFS limitado. Mais de um terço (38%) eram aderentes à sua medicação de controle, 53% demonstraram técnica de inalação de pó seco adequada, e 38% demonstraram técnica de inalação de dose medida correta. Na análise multivariada, o LFS limitado foi associada a uma fraca adesão à medicação de controle, e técnicas de inalação inadequadas.	Entre os pacientes idosos com asma, as intervenções para promover o uso de medicação adequada devem simplificar as tarefas e funções do paciente para superar a carga cognitiva e desempenho inferior no autocuidado.

APÊNDICE B - Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde

Número entrevista: _____ Unidade: _____ Equipe: _____

- 1) Idade (em anos completos): _____
- 2) Sexo: () feminino () masculino
- 3) Estado civil: () casado(a) () solteiro (a) () viúvo (a)
() Separado(a)/divorciado(a) () União estável () não sabe/não informou
- 4) Filhos: () sim () não quantos? _____
- 5) Escolaridade: () não alfabetizado () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto () ensino superior completo () não sabe/não informou
- 6) Anos de estudo: _____
- 7) Renda familiar: () até 1 salário mínimo () mais de 1 até 3 salários mínimos () mais de 3 salários mínimos () não sabe/não informou _____
- 8) Número de pessoas que moram com a pessoa idosa: _____
- 9) Ocupação: _____
- 10) Cor/raça: () Branco () Pardo () Negro () Indígena () Amarelo
- 11) Como o(a) Sr(a) percebe sua saúde? () ótima () boa () regular () ruim () péssima
- 12) Presença de doenças crônicas? () Sim () Não
Quais? _____
- 13) Possui complicações relacionadas? _____
- 14) Onde busca assistência à saúde? () SUS () plano de saúde () particular () não sabe/não informou
- 15) Consulta na USF? () Sim () Não
- 16) nº consultas nos últimos 12 meses: _____
- 17) Em relação a seu tratamento, algum profissional de saúde fornece informações e orientações?
() Médico () Enfermeiro () ACS () Técnico de Enfermagem () Farmacêutico
() outro _____ () nenhum () não sabe/não informou
- 18) Como você se sente em relação ao atendimento, informações e orientações que recebe?
() satisfeito () indiferente () insatisfeito () não sabe/não informou
- 19) Como você caracteriza sua relação com os profissionais que lhe atendem?
() ótima () boa () Regular () ruim () não sabe/não informou
- 20) Participa de grupos na USF? () Sim Frequência: _____ () Não

21) Religião: Católica Evangélica Espírita Outra:

22) Medicamentos que utiliza:

Prescritos			Não prescritos		
Nome	Dose	Frequência	Nome	dose	frequência

23) Número de medicamentos que utiliza diariamente: _____

24) Onde adquire as medicações? SUS Compra na farmácia consegue gratuitamente na farmácia popular doação outro _____ não sabe/não informou

25) Possui alguma dificuldade no tratamento medicamentoso? sim não
Quais? _____

26) Recebe ajuda ou apoio no tratamento medicamentoso/de saúde? Sim Não
De quem? _____

27) Recebe ajuda para realização das atividades do dia-a-dia? sim não
De quem? _____

28) Teve alguma internação hospitalar nos últimos 12 meses? Sim Não Quantas?

29) Realizou alguma cirurgia? Sim Não Quantas? _____

30) Faz uso de alguma(s) dessas substâncias?

Cigarro Álcool Drogas

31) Realiza atividade física? Sim Não Quais e quantas vezes por semana? _____

32) Realiza alguma dieta (restrição, prescrita por profissional): Sim Não

33) Qual meio de comunicação mais utiliza para informações de saúde?

rádio televisão Internet telefone Vizinhos/ amigos/ parentes outro:

Resultados dos demais testes:

Cartão de Jaeger: _____

Teste de sussurro: _____

MEEM: _____

34) Escala de adesão: alta adesão média adesão baixa adesão

35) Pontuação S-TOFHLA: _____ LFS inadequado LFS marginal LFS adequado

36) Índice de Katz: independente dependência moderada muito dependente

37) Escala de Lawton e Brody: independente dependência moderada muito dependente

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**RELAÇÃO ENTRE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE,
ADESÃO À MEDICAÇÃO E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS
IDOSAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

(escrito em letra tamanho 14 para facilitar a leitura do idoso/cuidador)

Pelo presente consentimento livre e esclarecido declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos do estudo, intitulado “**RELAÇÃO ENTRE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE, ADESÃO À MEDICAÇÃO E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”. O estudo tem como **objetivos**:

- verificar o grau de LFS de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar o grau de adesão à medicação de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar o grau de funcionalidade de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar a associação entre LFS e variáveis sociodemográficas em pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar a associação entre LFS e adesão à medicação em pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande;
- verificar a associação entre LFS e funcionalidade em pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família da zona leste do município de Rio Grande.

Fui esclarecido quanto às minhas dúvidas. Fui informado que a principal investigadora é a professora Daiane Porto Gautério Abreu, e que a coleta dos dados será realizada por mestrandos envolvidos no presente estudo.

Fui informado de que a coleta de dados ocorrerá por meio de uma entrevista na qual serão aplicados os seguintes instrumentos e questionários: um para caracterização da pessoa idosa; um instrumento que mede o comportamento específico de tomar medicamentos; um instrumento que avalia o letramento funcional em saúde (compreensão de informações de saúde); dois instrumentos de avaliação das atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária; um instrumento que avalia a capacidade de cognição da pessoa idosa. Também serão realizados dois testes: um de acuidade visual e outro de acuidade auditiva.

Quanto aos riscos da pesquisa, fui informado que estes são mínimos, podendo acarretar um certo desconforto causados por possível dificuldade em responder algumas questões dos instrumentos de coleta, ou constrangimento por algumas das questões incluídas no roteiro. No caso dessas ocorrências, fui informado que será fornecido suporte psicológico através do pagamento de consulta com profissional psicólogo. Quanto aos benefícios, fui informado que não há benefício imediato, estes poderão ser a longo prazo para o participante, visto que a pesquisa poderá contribuir para a produção de conhecimento e para aprimorar o atendimento e as práticas de enfermagem com as pessoas idosas na ESF do município de Rio Grande/RS e nas unidades incluídas no estudo.

Fui informado de que as informações obtidas neste estudo serão analisadas em conjunto com as de outros idosos, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante do estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do idoso

ou

Impressão digital:



Data: __/__/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste idoso ou do representante legal para a participação neste estudo.

Daiane Porto Gautério Abreu
Endereço: Rua Visconde de Paranaguá, sn
Telefone: 32330301
E-mail: daianeporto@furg.br
Responsável pela pesquisa

Data: __/__/____.

ANEXO A - Avaliação da acuidade visual

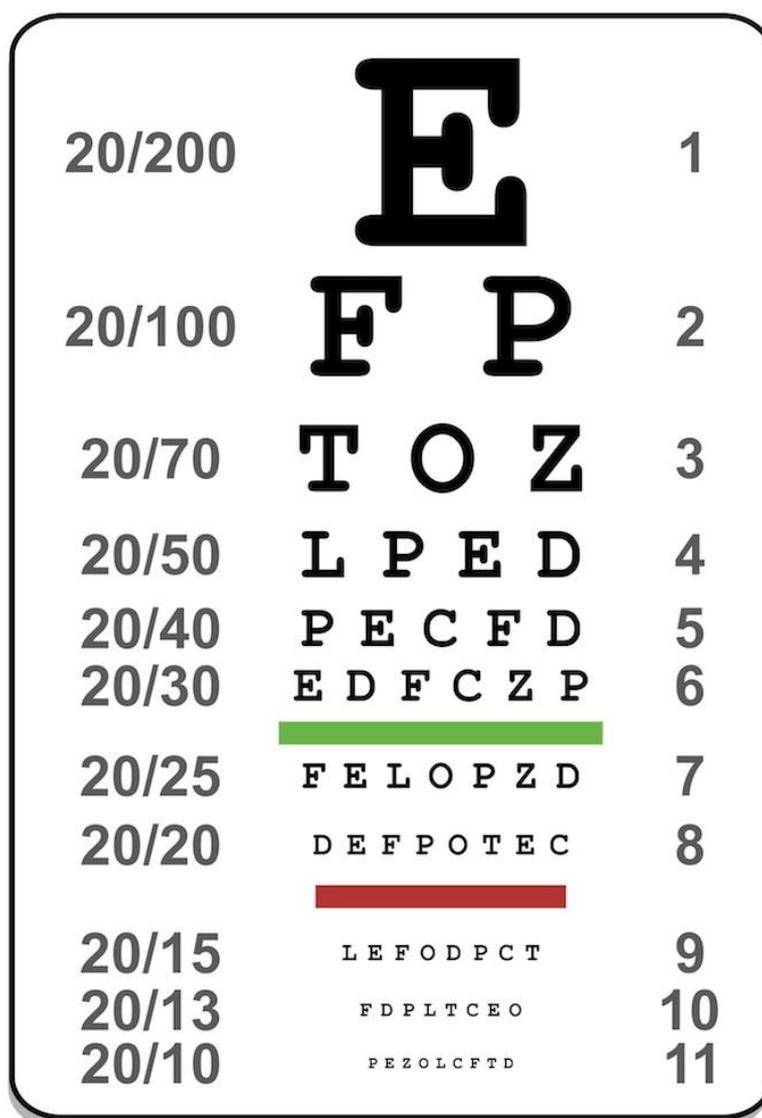
Adaptado de Brasil (2007).

Cartão de Jaeger

O cartão é colocado a uma distância de 35 cm da pessoa idosa, que se possuir lentes corretivas deve mantê-las durante o exame. A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto. Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha.

Objetivo: Identificar possível disfunção visual.

Avaliações dos resultados: as pessoas que lerem até o nível 20/40 serão consideradas sem disfunção.



ANEXO B – Avaliação da acuidade auditiva

Adaptado de Brasil (2007).

A audição pode ser avaliada por meio do uso de algumas questões simples listadas a seguir ou ainda pela utilização do Teste do Sussurro (whisper) já validade em relação à audiometria.

Questões:

- Compreende a fala em situações sociais?
- Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão?
- Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado?
- Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça?
- Fala alto demais?
- Evita conversar? Prefere ficar só?

TESTE DO SUSSURRO:

O examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33 cm e “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “qual o seu nome?”

Objetivo: avaliação da acuidade auditiva.

Avaliações dos resultados: se a pessoa idosa não responder, deve-se examinar seu conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume ser a causa da diminuição da acuidade auditiva.

ANEXO C - Avaliação cognitiva

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) adaptado de Brasil (2007):

Número entrevista: _____ Unidade: _____ Equipe: _____

Orientação Temporal – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero).

Ano	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Semestre	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Mês	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Dia	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Dia da semana	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Orientação Espacial - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero).

Local	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Rua	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Bairro	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Cidade	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Estado	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Registro – Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (repita até no máximo 5 vezes).

Nomeie três objetos: Caneca, tijolo e tapete.

Posteriormente pergunte os três nomes, em até três tentativas...

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou=1 Não lembrou=0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O(a) Sr(a) tem alguma dúvida?

Caneca	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Tijolo	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
Tapete	<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu

Número de repetições: _____

Atenção e cálculo – O(a) Sr(a) faz cálculos? Sim (vá para os cálculos) Não (vá para soletrar)

Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

$100 - 7 = 93$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$93 - 7 = 86$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$86 - 7 = 79$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$79 - 7 = 72$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
$72 - 7 = 65$	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Soletre a palavra MUNDO de trás para frente

O	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
D	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
N	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
U	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
M	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Memória de evolução das palavras – Marcar um ponto para cada cálculo, em qualquer ordem

Há alguns minutos, li uma série de três palavras e o Sr(a) as repetiu. Diga-me agora de quais lembra.

Caneca	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Tijolo	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Tapete	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Linguagem - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los... (permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Relógio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

Repita a frase que vou lhe dizer – (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale um ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

<input type="checkbox"/> conseguiu	<input type="checkbox"/> não conseguiu
------------------------------------	--

Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHE OS OLHOS, diga-lhe:

Peça a ele(a) que leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10seg.).

Fechou os olhos <input type="checkbox"/> (1 ponto)	Não fechou <input type="checkbox"/> (zero)
--	--

Diga ao idoso(a):

Vou lhe dar um papel e, quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero) em cada item.

Pegue o papel com a mão direita	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Dobre esse papel ao meio	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe
Ponha-o no chão	<input type="checkbox"/> acertou	<input type="checkbox"/> errou	<input type="checkbox"/> não sabe

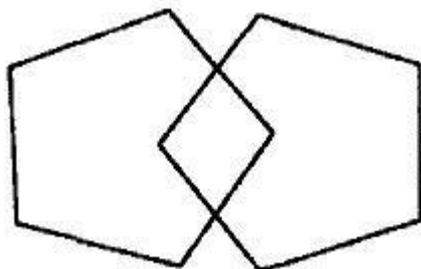
Diga ao idoso(a):

O(a) Sr(a) poderia escrever ou ditar uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)?

Contar 1 ponto se a frase tem sujeito e verbo, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe; se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “Isto é uma frase?” e permita-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg.)

Diga ao idoso(a):

Por favor, copie este desenho:



Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver duas figuras com interseção (1 ponto).

Escore:

Avaliações dos resultados:

Pontuação total = 30 pontos.

As notas de corte são: 1 a 3 anos de escolaridade = 23.

4 a 7 anos de escolaridade = 24.

> 7 anos de escolaridade = 28.

Pontuação: _____

ANEXO D - Escala de adesão terapêutica de Morisky de 8 itens, validada para o Português.

9. Você às vezes esquece de tomar os seus remédios?	() ⁰ Sim () ¹ Não
10. Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios?	() ⁰ Sim () ¹ Não
11. Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	() ⁰ Sim () ¹ Não
12. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?	() ⁰ Sim () ¹ Não
13. Você tomou seus medicamentos ontem?	() ¹ Sim () ⁰ Não
14. Quando sente que sua doença está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	() ⁰ Sim () ¹ Não
15. Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento?	() ⁰ Sim () ¹ Não
16. Com que frequência você tem dificuldade para se lembrar de tomar todos os seus remédios?	() ¹ Nunca () ¹ Quase nunca () ⁰ às vezes () ⁰ Frequentemente () ⁰ Sempre

Fonte: adaptado de Oliveira-Filho et al. (2012).

Interpretação dos resultados:

Alta adesão= oito pontos.

Média adesão= 6 a < 8 pontos.

Baixa adesão= < 6 pontos.

ANEXO E - versão traduzida e adaptada do *Short-Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)*

Adaptado de Passamai (2012) e Carthery Goulart *et al.* (2009).

ITENS DE NUMERAMENTO:

Serão utilizados cartões com dados de:

- uma receita de antibiótico penicilina, 250 mg (cartão 1);
- um exame laboratorial de glicemia (cartão 2);
- uma ficha de marcação de consulta (cartão 3);
- uma receita do medicamento doxiciclina, 100 mg (cartão 4).

Os cartões estarão impressos na fonte 14. Em seguida serão feitas perguntas orais, as respostas serão anotadas e os pontos somados de acordo com o discriminado abaixo. O tempo para administração do teste é de 5 minutos.

Comece a administração do teste com a seguinte orientação:

- a. “Estas são orientações que você ou outra pessoa pode receber no hospital (ou posto). Por favor, leia cada orientação para você mesmo (a)”.
- b. Entregue o cartão referente a cada questão nas mãos do respondente.
- c. Continue, dizendo ao respondente: “Então eu vou fazer algumas perguntas para você sobre as informações que você leu”.
- d. Somente recolha o cartão das mãos do entrevistado quando for concluída a respectiva questão; então entregue o cartão da questão seguinte. Antes de apresentar cada cartão, dizer: “Olhe aqui, por favor”.
- e. Interromper após os 5 minutos.
- f. O respondente não deve ser avisado antecipadamente que o teste é cronometrado.
- g. Ao findar o tempo o entrevistador, delicadamente agradece a cooperação e informa ao entrevistado que ele já tem atendido ao que se busca na pesquisa, recolhendo em seguida o instrumento.
- h. Como é habitual em qualquer avaliação, você pode finalizar cada questão com “Excelente!”, “Obrigada!”.
- i. Perguntas sobre o desempenho colocado pelo respondente devem ser respondidas com: "Você está indo muito bem".

Orientações:

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7:00 horas da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima?

Cartão 2: Se essa fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal? Alguns pacientes irão dar seu próprio nível de açúcar no sangue. A única coisa que o entrevistador pode fazer é repetir a pergunta. O respondente deve descobrir independentemente se os dados fornecem a base para a resposta.

Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta? Alguns respondentes darão a data incorretamente para a próxima consulta.

Cartão 4: Se você fosse almoçar às 12 horas, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la?

Pontuação:

Pergunta do cartão 1: É aceitável um intervalo de tempo ≥ 3 horas ou ≤ 6 horas

Pergunta do cartão 2: “não” é a única resposta correta para esse item. Alguns não terão a competência para separar a condição própria da situação da questão. Outros reclamarão que não são capazes para ler resultados de exames médicos ou que não tem conhecimento sobre o nível de açúcar no sangue. É importante não conduzir o entrevistado nesta questão.

Pergunta do cartão 3: A única resposta correta é 25 de novembro.

Pergunta do cartão 4: Somente 11 horas é a resposta correta.

Escores

A cada item de numeramento é atribuído um peso 7 (dando um total de 28 pontos para esta seção). Coloque 7 pontos para cada resposta correta, ou seja, 4 questões = 28 pontos.

Antes de registrar a pontuação na folha “Escores do TOFHLA” anote o número do questionário no espaço destinado para esse fim. **LEMBRE-SE: ESSA FOLHA VEM DESTACADA DO TESTE E SÓ DEVERÁ SER ANEXADA AO MESMO APÓS O TÉRMINO E REGISTRO DO TESTE DE COMPREENSÃO DE LEITURA.**

Essa pontuação será somada aos escores de Compreensão de Leitura para completar a pontuação total de 100 escores.

ITENS DE COMPREENSÃO DE LEITURA

Entregar ao respondente as passagens da Compreensão de Leitura para serem completadas.

Iniciar a aplicação do instrumento de Compreensão de Leitura com o prefácio abaixo:

“Aqui estão algumas instruções médicas que você ou qualquer pessoa pode encontrar. Em cada frase faltam algumas palavras. Onde falta a palavra, há um espaço em branco e há 4 palavras para escolher. Quero que você escolha qual destas 4 palavras é a palavra que falta na frase, a que faz mais sentido na frase. Quando você decidir qual é a palavra correta para aquele espaço, circule a letra correspondente a ela e passe para a próxima frase. Quando você terminar a página, vire-a e continue na página seguinte até terminar”.

O tempo determinado para este subteste é de 7 minutos.

O respondente não deve ser avisado antecipadamente que o teste é cronometrado.

Ao findar o tempo o entrevistador, delicadamente agradece a cooperação e informa ao entrevistado que ele já tem atendido ao que se busca na pesquisa, recolhendo em seguida o instrumento.

Orientações para a Pontuação

Para a pontuação de cada item de Compreensão de Leitura é atribuído um peso 2, dando um total de 72 pontos para esta seção, isto é, para as Passagens A e B coloque 2 pontos para cada lacuna correta; são 36 lacunas = 72 pontos.

Interpretação dos Escores - Classificação do Letramento Funcional em Saúde

O total de escores para o S-TOFHLA é de 100 pontos, ficando os níveis de letramento como:

- Inadequado Letramento Funcional em Saúde (0-53 escores);
- Marginal Letramento Funcional em Saúde (54-66 escores);
- Adequado Letramento Funcional em Saúde (67-100 escores).

GABARITO (Compreensão de Leitura)

LACUNA	ITEM
1	A
2	C
3	B
4	A
5	C
6	A
7	C
8	B
9	D
10	B
11	C
12	C
13	B
14	C
15	D
16	A
17	C
18	A
19	D
20	B
21	D
22	C
23	A
24	D
25	B
26	C
27	D
28	D
29	A
30	C
31	B
32	A
33	D
34	C
35	B
36	B

PASSAGEM A

Seu médico encaminhou você para fazer um raio-X de _____.

- a) estômago
- b) diabetes
- c) pontos
- d) germes

Quando vier para o _____, você deve estar com o estômago_____.

- | | |
|-----------|------------|
| a) livro | a) asma |
| b) fiel | b) vazio |
| c) raio X | c) incesto |
| d) dormir | d) anemia |

O exame de raio-X vai _____ de 1 a 3 _____.

- | | |
|----------|------------|
| a) durar | a) camas |
| b) ver | b) cabeças |
| c) falar | c) horas |
| d) olhar | d) dietas |

NA VÉSPERA DO DIA DO RAI-O-X:

Coma somente um pedaço _____ de fruta.

- a) pequeno
- b) caldo
- c) ataque
- d) náusea

torradas e geleia, com _____ ou chá.

- a) lentes
- b) cantar
- c) café
- d) pensamento

Após _____, você não deve _____ nem beber _____

- | | | |
|-----------------|-------------|----------|
| a) o minuto | a) conhecer | a) tudo |
| b) a meia noite | b) vir | b) nada |
| c) durante | c) pedir | c) cada |
| d) antes | d) comer | d) algum |

até _____ o raio-X.

- a) ter
- b) ser
- c) fazer
- d) estar

NO DIA DO RAIIO-X:

Não tome _____.

- a) consulta
- b) caminho
- c) café da manhã
- d) clínica

Não _____ nem mesmo _____.

- | | |
|-----------|---------------|
| a) dirija | a) coração |
| b) beba | b) respiração |
| c) vista | c) água |
| d) dose | d) câncer |

Se você tiver alguma _____, ligue para _____ de raio-x no número 3470-4792.

- | | |
|-------------|-------------------|
| a) resposta | a) o departamento |
| b) tarefa | b) disque |
| c) região | c) a farmácia |
| d) pergunta | d) o dental |

PASSAGEM B

Eu concordo em dar informações corretas para _____ receber

- a) cabelo
- b) salgar
- c) poder
- d) doer

atendimento adequado nesse hospital.

Eu _____ que as informações que eu _____ ao médico

- | | |
|---------------|---------------|
| a) compreendo | a) provar |
| b) sondo | b) arriscar |
| c) envio | c) cumprir |
| d) ganho | d) transmitir |

serão muito _____ para permitir o correto _____.

- | | |
|-----------------|----------------|
| a) proteínas | a) agudo |
| b) importantes | b) hospital |
| c) superficiais | c) mioma |
| d) numéricas | d) diagnóstico |

Eu _____ que devo relatar para o médico qualquer _____ nas

- | | |
|---------------|--------------|
| a) investigo | a) alteração |
| b) entretenho | b) hormônio |
| c) entendo | c) antiácido |
| d) estabeleço | d) custo |

minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento

- a) três
- b) um
- c) cinco
- d) dez

em que me tornar _____ da alteração.

- a) honrado
- b) ciente
- c) longe
- d) devedor

Eu entendo _____ se eu não me _____ ao tratamento,

- | | |
|-----------|--------------|
| a) assim | a) alimentar |
| b) isto | b) ocupar |
| c) que | c) dispensar |
| d) do que | d) adaptar |

tenho _____ de _____ uma nova consulta _____ para o hospital.

- | | | |
|-------------|--------------|----------------|
| a) brilho | a) solicitar | a) contando |
| b) esquerdo | b) reciclar | b) lendo |
| c) errado | c) falhar | c) telefonando |
| d) direito | d) reparar | d) observando |

Se você _____ de ajuda para entender estas _____,

- | | |
|-------------|------------------|
| a) lavar | a) instruções |
| b) precisar | b) taxas |
| c) cobrir | c) hipoglicemias |
| d) medir | d) datas |

you deverá _____ uma enfermeira ou funcionária do _____ Social

- | | |
|-------------|------------|
| a) relaxar | a) Tumor |
| b) quebrar | b) Abdômen |
| c) aspirar | c) Serviço |
| d) procurar | d) Adulto |

para _____ todas as suas _____.

- | | |
|----------------|----------------|
| a) encobrir | a) pélvis |
| b) esclarecer | b) dúvidas |
| c) desconhecer | c) tomografias |
| d) esperar | consoantes |

ITENS DE NUMERAMENTO – Cartões para perguntas

Cartão 1:

Paciente: João da Silva

Médico: Carlos Schmidt

Data: 16/08/2017

USO ORAL:

Penicilina 250 mg _____ 28 cápsulas

Tomar uma cápsula a cada 6 horas.

Cartão 2:

Valor normal da glicemia: de **70 a 99** mg/dl.

Sua glicemia hoje é **110** mg/dl.

Cartão 3:

PRÓXIMA CONSULTA:

Local: Ambulatório de doenças crônicas

Sala: 205

Dia: quinta-feira

Data: 23 de novembro de 2017

Horário: 10:00 horas

*Trazer documento de identidade e Cartão SUS.

Cartão 4:

Paciente: João da Silva

Médico: Fernando Libério

Data: 16/08/2017

USO ORAL:

Doxiciclina 100 mg _____ 20 cápsulas

Tomar a medicação com o estômago vazio **uma hora** antes ou **duas a três** horas após a refeição.

ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS)

CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 93/2017

CEPAS 28/2017

Processo: 23116.003914/2017- 87

CAAE: 68441317.2.0000.5324

Título da Pesquisa: Relação entre letramento funcional em saúde, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família

Pesquisador Responsável: Daiane Porto Gautério Abreu

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de APROVADO para a o projeto **“Relação entre letramento funcional em saúde, adesão à medicação e funcionalidade em pessoas idosas na estratégia saúde da família”**.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 03 de julho de 2017.

Prof.ª Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

**ANEXO G – aprovação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde
Coletiva (NUMESC)**

Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC

Parecer 013/2017
2017.

Rio Grande, 14 de junho de

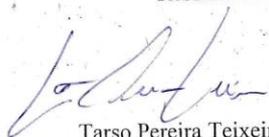
Projeto: RELAÇÃO ENTRE LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE, ADESÃO A MEDICAÇÃO
E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor: DAIANE PORTO GAUTÉRIO ABREU

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde -
NUMESC, decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto de pesquisa apresentado.

Ressalta-se que após a conclusão do projeto, os resultados sejam enviados para o NUMESC.



Tarso Pereira Teixeira
CRM 26330
Coordenador do NUMESC

Doar órgãos, doar sangue: Salve vidas!