



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO  
DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Kaoana Maria Vieira de Almeida**

**Avaliação do alfabetismo funcional em saúde em  
cuidadores de idosos**

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

**Botucatu  
2017**

Kaoana Maria Vieira de Almeida

Avaliação do alfabetismo funcional em saúde em cuidadores  
de idosos

Trabalho apresentado à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de  
Botucatu, para obtenção do título de Mestre  
em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Botucatu

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Almeida, Kaoana Maria Vieira de.

Avaliação do alfabetismo funcional em saúde em cuidadores de idosos / Kaoana Maria Vieira de Almeida. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto  
Capes: 40101002

1. Idosos. 2. Alfabetização - Avaliação. 3. Cuidadores. 4. Educação em saúde. 5. Escolaridade. 6. Estudos transversais.

Palavras-chave: Alfabetismo em saúde; Cuidadores; Educação em saúde; Escolaridade; Idosos.

**Kaoana Maria Vieira de Almeida**

**Avaliação do alfabetismo funcional em saúde em  
cuidadores de idosos**

Trabalho apresentado à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Comissão examinadora:

Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Profa. Dra. Karina Gramani Say

Universidade Federal de São Carlos

Botucatu, 20 de dezembro de 2017.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me capacitado para esta jornada. Sem Ele não teria forças para chegar até aqui.

Aos meus pais, Celso e Heleni Almeida, que sempre juntos me ensinaram a ser uma pessoa melhor, e a não desistir dos meus sonhos.

À minha irmã, Beatriz Fernanda, por toda a paciência que teve comigo nos momentos de tensão e de ausência.

Ao meu orientador, Alessandro Ferrari Jacinto, por todo aprendizado, paciência e pela confiança em meu trabalho.

À toda equipe da Geriatria, mestres Dr Paulo Villas Boas, Dra Vânia Mayoral e Dr Edison Vidal pelos exemplos de médicos e de seres humanos.

Aos queridos amigos que dividiram comigo inúmeras disciplinas, seminários e discussões, Eleise Saia, Fernanda Nascimento e Marcelo Piovezan e tornaram essa caminhada mais leve. Em especial à Fernandinha, que se tornou minha confidente, amiga de gulodices e parceira nos desabafos.

Aos amigos que ganhei durante esta jornada, Andrea Quiroz, Nágilla Orleanne, Sarah Franco, que sempre me motivaram com palavras doces e não me deixaram desistir.

Ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, que abriu o meu campo de visão e ampliou as minhas possibilidades por meio do programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso.

*“O sucesso nasce do querer, da  
determinação e persistência em se  
chegar a um objetivo. Mesmo não  
atingindo o alvo, quem busca e  
vence obstáculos, no mínimo fará  
coisas admiráveis.”*

*José de Alencar*

## Resumo

ALMEIDA, K.M.V. **Avaliação do alfabetismo funcional em saúde em cuidadores de idosos.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

**Introdução:** Indivíduos com baixos níveis de alfabetismo em saúde têm menor conhecimento das suas próprias condições de saúde, pior manejo de doenças crônicas e aumentam os custos dos serviços. Os cuidadores desenvolvem papel fundamental na vida dos idosos, pois os auxiliam em atividades no dia a dia, como higiene pessoal, uso de medicações e até mesmo na tomada de decisão em saúde. Existem poucos estudos que avaliam os níveis de alfabetismo em saúde em cuidadores de idosos. **Objetivos:** Avaliar o desempenho de cuidadores de idosos no instrumento S-TOFHLA (*Short Test of Functional Health Literacy in Adults*) que é uma ferramenta validada no Brasil para este objetivo. **Métodos:** Estudo transversal em que foram aplicados a 80 cuidadores de idosos atendidos rotineiramente por médicos de duas unidades da rede básica de saúde do município de Botucatu-SP os seguintes instrumentos: S-TOFHLA, questionário sociodemográfico, o Mini Exame do Estado Mental e o “*The Patient Health Questionnaire (PHQ) 2*”. A análise estatística das variáveis categorizadas foi realizada por meio do teste do qui-quadrado e as variáveis contínuas por meio do teste t de student. A análise multivariada utilizou modelo de regressão logística ordinal tendo como variável dependente os escores do teste S-TOFHLA. O nível de significância estatística adotado foi de 0,05. **Resultados:** Os indivíduos apresentaram idade média de 54,6(±11,7) anos sendo 87,5% do sexo feminino; 27% dos cuidadores avaliados apresentaram índices de não adequação em alfabetismo em saúde. Houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) na distribuição dos níveis de escolaridade entre os grupos classificados como “inadequado”, “limítrofe” e “adequado” de acordo com o desempenho no S-TOFHLA, sendo que uma maior proporção de indivíduos com baixa escolaridade apresentou alfabetismo em saúde inadequado e limítrofe. De acordo com o modelo da regressão logística ordinal, para indivíduos da mesma faixa etária, o grupo de cuidadores com 5 a 8 anos de escolaridade teve 18 vezes mais chances do que o grupo de 1 a 4 anos de migrar de um nível menos adequado para um mais adequado (OR:18,0; IC<sub>95%</sub>: 3,0-107,0); O grupo de cuidadores com 9 a 11 anos de escolaridade teve 11 vezes mais chances (OR:11,0; IC<sub>95%</sub>: 2,0-57,0) e o grupo com escolaridade maior ou igual a 12 anos teve 38 vezes mais chances (OR:38,0; IC<sub>95%</sub>: 6,4-228,0). **Conclusão:** No presente

estudo identificamos aproximadamente 1/3 dos indivíduos em níveis marginais e inadequados de alfabetismo em saúde, que se relacionam com baixa escolaridade dos cuidadores, mas não com a idade dos mesmos. Esses resultados mostram as dificuldades dos cuidadores no entendimento de informações em saúde, deixando clara a necessidade de criar estratégias para promover a melhor compreensão destas informações e assim prevenir erros e melhorar os cuidados prestados aos idosos. Sugere-se que estudos prospectivos sejam feitos a fim de avaliar os impactos do analfabetismo dos cuidadores no curso de vida dos idosos.

**Palavras-chave:** escolaridade, educação em saúde, alfabetismo em saúde, idosos, cuidadores.



## Abstract

ALMEIDA, K.M.V. **Evaluation of functional health literacy in elderly's caregivers.** Thesis (Master) – Botucatu Medical School, São Paulo State University (UNESP), Botucatu, 2017.

**Introduction:** Individuals with low health literacy have less knowledge of their own health condition, poor self-management of chronic diseases, delay on diagnosis and increases the costs of the services. Caregivers have a key role in elderly's daily living activities, assisting them on the daily activities such as personal hygiene, use of medication and health decision-making. There are few studies on health literacy among elderly's caregivers. **Aims:** To evaluate the performance of elderly's caregivers on S-TOFHLA (*Short Test of Functional Health Literacy in Adults*), which is a validated tool in Brazil for that purpose. **Methods:** Cross-sectional study. The S-TOFHLA, a sociodemographic instrument, the *Mini Mental State Exam* and the *Patient Health Questionnaire-2* were applied to 80 elderly's caregivers. The elders were routinely followed by doctors from the Primary Health Care Sector of the City of Botucatu, SP. Statistical analysis of categorized variables was performed using the chi-square test and the continuous variables using the t-student test. The multivariate analysis used ordinal logistic regression model with the tests scores as the dependent variable. The level of statistical significance adopted was 0,05. **Results:** The individuals had a mean age of 54,6 ( $\pm 11,7$ ) years and 87,5% were female; 27% of the caregivers evaluated had no adequate levels in health literacy. There was a statistically significant difference ( $p < 0,001$ ) in the distribution of schooling levels among the groups classified as “inadequate”, “marginal” and “adequate” according to S-TOFHLA performance, and a higher proportion of individuals with low schooling presented inadequate and marginal health literacy. According to the ordinal logistic regression model, with the variable age, the group of caregivers with 5 to 8 years of schooling was 18 times more likely than the group of 1 to 4 years to migrate from a less adequate level to one more adequate (OR:18,0; IC<sub>95%</sub>: 3,0-107,0); The group of caregivers with 9 to 11 years of schooling was 11 times more likely (OR:11,0; IC<sub>95%</sub>: 2,0-57,0) and the group with schooling greater than or equal to 12 years had 38 times more chances (OR:38,0; IC<sub>95%</sub>: 6,4-228,0). **Conclusion:** In the present study we identified approximately 1/3 of the individuals at marginal and inadequate levels in health literacy among elderly's caregivers, which are related to the individuals' low level of schooling, but not to their age. These results

evidence the difficulties of caregivers in the understanding of health information emphasizing the need to create strategies to promote better understanding of this information and thus prevent errors and improve the care provided to the elderly. It is suggested that prospective studies need be done to assess the impacts of illiteracy among caregivers on the life of the elders.

**Key-words:** educational status, health education, health literacy, aged, caregivers.

## **Lista de ilustração e figuras**

Figura 1 – Regressão logística ordinal

pg. 18

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de cuidadores de idosos submetidos ao teste S-TOFHLA	14
Tabela 2 – Atividades realizadas pelos cuidadores de idosos submetidos ao teste S-TOFHLA	15
Tabela 3 – Desempenho dos cuidadores de idosos no teste S-TOFHLA	15
Tabela 4 – Associação entre o desempenho de cuidadores de idosos submetidos ao S-TOFHLA e dados clínicos e sociodemográficos.	16

## Lista de Abreviaturas e Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCL – Comprometimento Cognitivo Leve

COHL – *Carolina Oral Health Literacy*

CSE – Centro de Saúde Escola

CSI – Centro de Saúde I

DA – Doença de Alzheimer

FMB – Faculdade de Medicina de Botucatu

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAF – Indicador de Alfabetismo Funcional

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

NVS – *Newest Vital Sign*

PHQ-2 – *Patient Health Questionnaire*

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios

REALD - *Rapid Estimate of Adults Literacy in Destistry*

REALM - *Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine*

SAHLPA - *Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults*

SAHLSA - *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults*

S-TOFHLA – Short Test of Functional Health Literacy in Adults

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults

UNESP – Universidade Estadual Paulista

## Sumário

<b>1. Introdução</b>	1
<b>2. Revisão de literatura</b>	4
2.1. Envelhecimento populacional e o cuidado ao idoso	4
2.2. Alfabetismo em saúde	5
<b>3. Objetivos</b>	8
3.1. Objetivo geral	8
3.2. Objetivos específicos	8
<b>4. Métodos</b>	9
4.1. Tipo de estudo	9
4.2. Local e período da pesquisa	9
4.3. Cálculo amostral	9
4.4. Critérios de inclusão	10
4.5. Coleta de dados	10
4.6. Procedimentos	10
4.6.1. Dados sociodemográficos	10
4.6.2. Teste S-TOFHLA	10
4.6.3. Avaliação cognitiva	11
4.6.4. Avaliação do Humor	11
4.7. Procedimentos éticos	12
<b>5. Análise Estatística</b>	13
<b>6. Resultados</b>	14
<b>7. Discussão</b>	19
<b>8. Conclusão</b>	23
<b>9. Referências</b>	24
Apêndice I – Questionário sociodemográfico	33
Anexo I – S-TOFHLA	34
Anexo II – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	42
Anexo III – <i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-2)	43
Anexo IV – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	44

## 1. Introdução

O analfabetismo é um problema global que, recentemente, tem sido reconhecido e estudado por vários pesquisadores.<sup>1</sup> São considerados analfabetos os indivíduos que não sabem ler nem escrever e no mundo, esse número permanece no patamar de 774 milhões; 72% da população mundial de analfabetos encontra-se em apenas 10 países, sendo que o Brasil é o 8º colocado.<sup>2</sup>

Há um grande esforço em âmbito mundial para que o acesso da população ao conhecimento aumente e como consequências, as taxas de analfabetismo sejam diminuídas. O desafio é aumentar o acesso à educação com qualidade, para que o indivíduo seja capaz de utilizar as habilidades de leitura e escrita para funcionar em sociedade de forma completa.<sup>2</sup>

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de indivíduos que não possui nenhum nível de instrução ou possui nível fundamental incompleto na população brasileira adulta acima de 25 anos chegou a atingir 42,4% no ano de 2015, variando entre regiões e sendo mais prevalente em homens.<sup>3</sup> Esta taxa aumenta gradativamente com a idade.<sup>4</sup>

Quando o indivíduo possui escolaridade, mas é incapaz de usar impressos e informações escritas para trabalhar e conviver em sociedade, para atingir metas e desenvolver o conhecimento e potencial, é classificado como analfabeto funcional.<sup>5</sup> No Brasil, segundo o IBGE, são considerados analfabetos funcionais aqueles que possuem menos de quatro anos de educação formal. As taxas variam por região do país e tem mostrado diminuição de 2001 (27,3%) para 2009 (20,3%).<sup>4</sup>

Em 2016, o INAF – Indicador de Alfabetismo Funcional, criado e implementado pelo Instituto Paulo Montenegro em parceria com a ONG Ação Educativa - divulgou uma pesquisa sobre o Alfabetismo e o Mundo de Trabalho, em que foi utilizada uma escala específica para avaliação da proficiência e o mundo de trabalho. Esta escala classifica os indivíduos em cinco categorias: analfabeto, rudimentar, elementar, intermediário e proficiente, com o objetivo de obter melhor leitura dos resultados do teste, principalmente nos níveis intermediários da escala, que concentra maior parte da população estudada, os que superaram a condição de

analfabetos, mas ainda não atingiram o nível de pleno alfabetismo.<sup>6</sup>

Os resultados divulgados pelo INAF mostraram que 27% da população estudada foi classificada como analfabeta funcional, com 4% correspondente ao nível analfabeto. Ainda segundo a pesquisa, apenas 8% dos brasileiros entre 15 e 64 anos de idade atingiram o nível de proficiente da escala, que corresponde ao domínio das habilidades de elaboração de textos mais complexos interpretação de tabelas e gráficos envolvendo mais de duas variáveis e resolução de situações problemas de diversos contextos.<sup>6</sup> Parte desses resultados podem ser atribuídos à falta de oportunidades de acesso à uma educação de qualidade, à insuficiente aprendizagem dos alunos ao longo da educação básica e à limitações na formação da população adulta, principal força produtiva no país.<sup>2</sup>

O analfabetismo afeta situações no dia a dia dos indivíduos e quando atinge o sistema de saúde, é definido como analfabetismo em saúde e seus altos níveis podem comprometer a capacidade de leitura e execução de atividades básicas necessárias para funcionar no ambiente de saúde, incluindo a leitura e compreensão de frascos de medicamentos, cartões de consulta e outros materiais essenciais relacionados com a saúde.<sup>7</sup>

Quando não há o completo domínio dessas habilidades de leitura e compreensão, a condição de saúde do indivíduo pode ser prejudicada pela falta de entendimento do seu estado de saúde, mau entendimento das instruções médicas frente ao seu quadro de saúde e consequente pior manejo das atividades de autocuidado.<sup>8,9</sup>

Estudos realizados mostram que os níveis de alfabetismo em saúde estão relacionados ao aumento da idade, sendo que quanto maior a idade, menores taxas de alfabetismo em saúde são encontrados.<sup>10</sup> Entre os idosos, estudos mostram que as medidas de alfabetismo funcional em saúde estão significativamente correlacionadas com todos os domínios cognitivos<sup>11</sup> e índices inadequados de alfabetismo funcional podem estar relacionados a maior prevalência de algumas doenças crônicas.<sup>12</sup>

Conforme o avanço da idade crescem os cuidados em saúde que o indivíduo idoso necessita, pois geralmente há o aumento do número de comorbidades, aumento do número de medicações que são utilizadas e ocorre uma diminuição de suas capacidades físicas e



funcionais. Desta forma, muitos idosos tem a necessidade de um cuidador para auxiliá-los nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, sendo estes peças fundamentais no processo de cuidado do idoso.<sup>13</sup>

O alfabetismo funcional em saúde também deve ser avaliado em cuidadores de idosos, pois estes participam diretamente da saúde do idoso. Em um estudo realizado em cuidadores de idosos que eram especificamente contratados para esta função, constatou-se que cerca de 1/3 dos cuidadores tinha níveis inadequados em alfabetismo em saúde<sup>14</sup>, porém, os cuidadores tiveram maior tendência a apresentar níveis de alfabetismo em saúde melhores do que os idosos.<sup>15</sup>

Desta forma, é importante estar apto para reconhecer cuidadores com habilidades de leitura e compreensão limitadas para que estes possam receber instruções especiais sobre o uso de medicações e o manejo de doenças crônicas.<sup>16</sup>

## 2. Revisão da Literatura

### 2.1. Envelhecimento populacional e o cuidado ao idoso

O processo de transição demográfica é um fenômeno que tem sido observado em países em desenvolvimento; teve início na Europa, após a Revolução Industrial, e foi associado à diminuição da fecundidade e melhores condições sociais, de saneamento básico e aumento de renda. Na América Latina, houve um processo de redistribuição demográfica acompanhado de um processo de urbanização sem que houvesse alteração na distribuição de renda.

O Brasil enfrenta atualmente o processo de transição demográfica e consequente envelhecimento populacional que teve início entre os anos de 1940 e 1960, quando houve um declínio significativo da mortalidade; a partir dos anos 60, houve diminuição nas taxas de fecundidade nos grupos mais privilegiados e em regiões mais desenvolvidas.<sup>17, 18</sup> As taxas de fecundidade no Brasil no ano de 2015 chegaram a 1,72 filho por mulher, sendo menor que o nível de reposição populacional e que a total mundial estimada (2,51).<sup>19</sup>

No período de 2005-2015, houve uma diminuição na proporção de crianças e adolescentes de até 14 anos de 26,5% para 21%, e também no grupo de jovens de 27,4% para 23,6%. Por outro lado, ocorreu um aumento na população de pessoas com 60 anos ou mais de 9,8% para 14,3%. Em 2070, a projeção é de que a população idosa no Brasil esteja acima de 35%, superior ao indicador para o conjunto dos países desenvolvidos.<sup>19</sup>

Com a mudança no cenário demográfico brasileiro, o perfil epidemiológico no país também tem se modificado, observando-se maior prevalência de doenças crônico-degenerativas que podem levar a maior número de comorbidades e grau de dependência entre os idosos<sup>17, 18, 20</sup>; 10 a 40% dos idosos tiveram alguma dificuldade para realizar suas atividades de vida diária, de acordo com alguns estudos brasileiros<sup>21</sup> e consequentemente necessitam de um cuidador para auxiliá-los.<sup>22</sup>

Geralmente quem assume o papel de cuidador são familiares, em sua maioria mulheres, que residem ou passam a residir na mesma moradia que o idoso, e cuidam de seus

pais, esposos ou até mesmo filhos, assumindo o papel de grandes cuidadoras.<sup>13, 51</sup> Uma das principais dificuldades relatadas pelos cuidadores é a falta de preparo técnico para o cuidado, pois em sua maioria se tratam de cuidadores informais, e não recebem nenhum treinamento ou possuem formação para exercer tais atividades.<sup>24</sup>

Todo este processo de cuidar em domicílio exige tempo e dedicação do cuidador e pode trazer limitações na sua vida diária, como redução do tempo de lazer, piora do seu estado de saúde, sensação de estar sempre cansado, depressão, e causar assim uma sobrecarga na vida pessoal do cuidador. Além da sobrecarga de cuidado, as dificuldades financeiras também são muito relatadas pelos cuidadores informais familiares, pois muitas das vezes estes deixam de trabalhar para passar a cuidar do idoso e aumentam os gastos com o cuidado.<sup>25</sup>

Com as diversas tarefas que acabam se tornando de responsabilidade do cuidador, desde o auxílio nas atividades de vida diária,<sup>21</sup> até o auxílio com medicações, suporte médico e também na tomada de decisões em relação à saúde do idoso, é extremamente importante que o cuidador esteja apto para identificar quaisquer problemas relacionados à saúde do idoso e saber a quais recursos recorrer.

## **2.2. Alfabetismo em saúde**

Segundo o Instituto de Medicina, o alfabetismo em saúde pode ser definido pela *“capacidade de obter, processar, entender informações básicas de saúde e serviços necessários para fazer decisões apropriadas em saúde.”*<sup>26</sup>

Um dos primeiros testes desenvolvidos para avaliar o alfabetismo funcional em saúde foi o *“Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine”* (REALM)<sup>27</sup> para a identificação de indivíduos com habilidades de leitura limitadas, por meio da leitura e pronúncia de uma lista de 66 palavras com grau de dificuldade ascendente, que permite avaliar os indivíduos através da correlação entre as pronúncias e a compreensão das palavras, podendo ser administrado em apenas dois minutos por profissionais devidamente treinados.

O SAHLSA - *Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults*, um teste semelhante ao REALM, leva em consideração as questões de correspondência fonema-grafema da língua espanhola.<sup>28</sup> No Brasil, Apolinario *et al.* fizeram a adaptação e validação do teste com mínimos ajustes semânticos, obtendo o SAHLPA – *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults*, que é composto de 50 itens de leitura, capaz de identificar alfabetismo inadequado.<sup>29</sup>

Parker *et al.* desenvolveram em 1995 o TOFHLA – *Test of Functional Health Literacy in Adults* - com o objetivo de medir a habilidade de leitura e compreensão de indivíduos em situações comumente encontradas no sistema de saúde, com escores que permitem avaliar a habilidade de leitura, pois mede a compreensão, incluindo a habilidade de ler e entender o texto e informações numéricas.<sup>30</sup> Em 1999, Baker *et al.* desenvolveram uma versão simplificada do teste, o Short-TOFHLA, que contem duas passagens de texto, e quatro passagens numéricas, que possuem confiabilidade e validade similar à sua versão integral, diminuindo o tempo de aplicação do teste de 22 minutos da versão original para 12 minutos na versão simplificada.<sup>16</sup> O teste foi traduzido e validado para utilização no Brasil por Carthery-Goulart.<sup>5</sup>

Weiss *et al.* desenvolveram o “Newest Vital Sign” (NVS), com o objetivo de ser um teste rápido que pode ser aplicado em até 3 minutos, podendo ser utilizado na rotina médica, disponível em inglês e espanhol nas suas versões originais. O teste utiliza uma tabela nutricional e seis questões a seu respeito, que avalia a habilidade de ler e aplicar os conhecimentos absorvidos da tabela nutricional, sendo muito sensível para identificar pessoas com alfabetização limitadas.<sup>31</sup>

Testes para avaliar o alfabetismo em saúde podem ser utilizados em áreas específicas da saúde, como os testes na área odontológica desenvolvidos por Lee *et al.*, REALD-30 – *Rapid Estimate of Adults Literacy in Dentistry*<sup>32</sup> e o projeto COHL – *Carolina Oral Health Literacy*<sup>33</sup> que são amplamente utilizados pois permitem avaliar o conhecimento e entendimento dos indivíduos sobre questões de saúde bucal.

Quando não há o completo domínio das habilidades a serem desenvolvidas, diversas consequências são observadas nos desfechos de saúde dos indivíduos idosos<sup>34</sup> e estudos

correlacionam o analfabetismo em saúde a problemas no uso preventivo de serviços de saúde<sup>35</sup>, atraso no diagnóstico<sup>36</sup>, diminuição do rastreamento de câncer<sup>37, 38</sup>, menor entendimento dos indivíduos em relação à sua condição de saúde<sup>8</sup>, má aderência às instruções médicas<sup>9</sup>, deficiências de entendimento<sup>39</sup> e no auto manejo de doenças crônicas<sup>40</sup>, aumento dos riscos de hospitalização<sup>41</sup>, além de aumentar os custos dos cuidados médicos e serviços de saúde.<sup>42</sup>

Quando estudado entre idosos, o analfabetismo em saúde foi relacionado a maiores incidências de demência<sup>43</sup> e demonstrou estar associado a testes neuropsicológicos em idosos diagnosticados com doença de Alzheimer (DA) e comprometimento cognitivo leve (CCL).<sup>44</sup> Outro estudo associou níveis inadequados de alfabetismo funcional em idosos ao aumento da mortalidade, assim como maior risco de doenças cardiovasculares.<sup>45, 46</sup> Há associação entre alfabetismo em saúde e a adesão a protocolos de mudança de estilo de vida após AVC.<sup>47</sup> Outro estudo demonstra que idosos estão mais suscetíveis a usar o Departamento de Emergência além de aumentar os custos destes serviços.<sup>48</sup>

Em um estudo conduzido por Oliveira *et al.*, foi avaliado o alfabetismo em saúde utilizando o S-TOFHLA em idosos com DA leve e CCL, permitindo concluir que o teste demonstra ser uma medida útil de avaliação do alfabetismo em saúde em indivíduos com CCL mas não em DA.<sup>44</sup>

Estudos também associam os níveis de alfabetismo em saúde com anos de educação formal, sendo que, indivíduos com baixos índices de escolaridade também apresentam taxas inadequadas de alfabetização em saúde.<sup>5</sup> Conforme o avanço da idade, os índices de alfabetismo funcional em saúde tendem a diminuir, se tornando mais significativo.<sup>10</sup>

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo geral**

❖ Avaliar o desempenho de cuidadores de idosos quanto ao alfabetismo funcional em saúde segundo o instrumento S-TOFHLA

#### **3.2. Objetivo específico**

❖ Verificar a associação dos níveis de alfabetismo funcional em saúde com dados sociodemográficos e clínicos dos indivíduos.

## **4. Métodos**

### **4.1. Tipo de estudo**

Estudo observacional transversal.

### **4.2. Local e período da pesquisa**

A pesquisa foi realizada nos Ambulatórios de Geriatria do Centro de Saúde Escola (CSE) – Vila dos Lavradores e Policlínica “Centro de Saúde I” (CSI), no município de Botucatu, São Paulo, Brasil, no período de 01 de março de 2015 a 31 de dezembro de 2016. São ambulatórios vinculados à Disciplina de Geriatria do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

No CSE são atendidos os idosos da área correspondente à unidade por alunos da graduação de Medicina do 5º ano, residentes do programa de Residência Médica em Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e também residentes do programa de Residência em Clínica Médica, além de geriatras contratados e docentes da Disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

No CSI são atendidos os idosos da área correspondente à unidade por residentes do programa de Residência Médica em Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e também residentes do programa de Residência em Clínica Médica, além de geriatras contratados e docentes da Disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

### **4.3. Cálculo amostral**

A determinação do tamanho amostral foi calculada utilizando-se intervalo de 95% de confiança e precisão de 10% para a prevalência esperada de 30% de analfabetismo funcional na população geral.<sup>5, 49</sup> O tamanho amostral determinado foi de 80 indivíduos.

#### 4.4. Critérios de inclusão

Fizeram parte deste estudo cuidadores de idosos que realizavam uma ou mais tarefas (descrita no **APENDICE I**) relacionadas ao cuidado de idosos atendidos nos ambulatórios descritos. Foram incluídos indivíduos com idade  $\geq 18$  anos que tinham condições de compreender os motivos do estudo (baseado em avaliação subjetiva por parte do pesquisador). Os indivíduos com idade  $\geq 60$  anos também não poderiam apresentar rastreio positivo para comprometimento cognitivo que foi realizado por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).<sup>50, 51</sup>

#### 4.5. Coleta de Dados

A abordagem dos cuidadores foi realizada na sala de espera do ambulatório, de forma aleatória. Os dados foram coletados por meio de entrevista pessoal, em consultório, com duração aproximada de 20 minutos (atingindo o tempo máximo de 45 minutos), no momento antes ou depois da consulta médica do idoso.

#### 4.6. Procedimentos

Todos os participantes foram avaliados da seguinte forma:

##### 4.6.1. Dados sociodemográficos

Foi aplicado um questionário (**APENDICE I**) prévio aos testes, no qual o entrevistado informou seus dados sociodemográficos e principais atividades realizadas como cuidador.

##### 4.6.2. Teste S-TOFHLA

Todos os cuidadores foram submetidos à aplicação da versão simplificada do teste de avaliação de alfabetismo funcional em saúde, *S-TOFLHA*, desenvolvida por Baker *et al.*, traduzido e validado no Brasil por Carthery-Goulart<sup>5</sup> (**ANEXO I**) que teve o seu tempo de aplicação reduzido para o máximo de 12 minutos. O S-TOFHLA é composto por uma etapa de compreensão de leitura e outra etapa que compreende itens numéricos. O teste de compreensão de leitura contém duas passagens textuais relacionadas à saúde; a primeira contendo informações relacionadas à um exame



gastrointestinal, e a segunda sendo um termo de direitos e responsabilidades do paciente internado em um hospital recebendo cuidados de saúde. Cada passagem possui palavras que foram ocultadas, e em cada um desses espaços o indivíduo deve escolher a palavra que completa a frase de forma mais adequada entre quatro alternativas, chegando num total de 36 lacunas<sup>16</sup>.

O teste numérico é composto por quatro itens: dois frascos de medicamentos, que contem orientações de como tomar o remédio, sendo que o indivíduo deve entender as informações relacionadas aos horários de administração dos medicamentos e a interferência destes com a alimentação; um cartão que contém informações sobre resultados de exames laboratoriais, devendo o cuidador inferir os seus resultados e um cartão de agendamento de consultas em ambiente hospitalar, devendo interpretar os seus dados<sup>30</sup>

O teste é pontuado em duas etapas, a etapa escrita, onde cada lacuna preenchida corretamente corresponde a 2 pontos, e o teste numérico que vale 7 pontos cada teste. De acordo com o desempenho obtido no teste, o cuidador é classificado em relação à seu nível de alfabetismo em saúde em inadequado (0 a 53 pontos), limítrofe (54 a 66) e adequado (67 a 100)<sup>16</sup>.

#### 4.6.3. Avaliação Cognitiva

Foi avaliado se o cuidador com idade  $\geq 60$  anos apresentava algum tipo de alteração cognitiva por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>50, 51</sup> (ANEXO II). Cuidadores com escores abaixo do esperado para sua escolaridade seriam excluídos do estudo pois o comprometimento cognitivo pode ser fator de confundimento no desempenho do S-TOFHLA.

#### 4.6.4. Avaliação do Humor

O cuidador foi avaliado quanto ao humor por meio do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2).<sup>52, 53</sup> (ANEXO III) pois quando deprimidos podem influenciar o desempenho no teste, principalmente pelo déficit de atenção que pode estar associado.

#### **4.7.Procedimentos éticos**

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, de acordo com o CAEE nº 40554515.7.0000.5411 na plataforma Brasil.

## **5. Análise Estatística**

As variáveis categorizadas foram apresentadas em forma de valor bruto e relativo e as associações destas variáveis entre grupos, utilizando o teste do Qui-Quadrado. Quanto às variáveis contínuas, foram apresentadas em forma de medidas de tendência central: médias e desvios-padrões (se distribuição normal) ou medianas e intervalos interquartílicos (se não apresentaram distribuição normal). A análise multivariada utilizada utilizou o modelo de regressão logística ordinal tendo como variável dependente os escores do S-TOFHLA. As análises foram feitas utilizando os softwares “SPSS v.22” e STATA Data Analysis and Statistical Software. O nível de significância estatística utilizado foi de 0,05.

## 6. Resultados

Noventa e sete indivíduos foram abordados, entre estes, 17 se recusaram a participar da pesquisa. Foram entrevistados 80 cuidadores, com idade média de 54,6( $\pm$ 11,7) anos. A tabela 1 mostra a distribuição dos dados sociodemográficos.

**Tabela 1. Dados sociodemográficos de cuidadores de idosos submetidos ao teste S-TOFHLA.**

<b>Variável</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	10 (12,5)
Feminino	70 (87,5)
<b>Raça</b>	
Branco	65 (81,3)
Pardo	13 (16,3)
Preto	2 (2,5)
<b>Estado civil</b>	
Com Companheiro	52 (65)
Sem Companheiro	28 (35)
<b>Escolaridade</b>	
1 – 4 anos	19 (23,8)
5 – 8 anos	15 (18,8)
9 – 11 anos	17 (21,3)
$\geq$ 12 anos	29 (36,3)

**Tabela 2. Atividades realizadas pelos cuidadores de idosos submetidos ao teste S-TOFHLA.**

<b>Atividades realizadas como cuidador</b>	<b>N (%)</b>
Higiene pessoal	33 (41,3)
Compra de medicamentos	67 (83,8)
Administração de medicamentos	59 (73,8)
Acompanhamento em consultas médicas	80 (100)
Preparo das refeições	55 (68,8)
Limpeza da casa	52 (65)

Noventa e cinco por cento dos indivíduos entrevistados não possuíam curso de cuidadores de idosos, correspondendo a 76 indivíduos e 4 (5%) possuíam curso de formação.

Em relação ao local de coleta dos dados, 9 (11,3%) indivíduos foram entrevistados no ambulatório do CSI e 71(88,8%) foram entrevistados no ambulatório do CSE.

Quanto ao resultado no teste S-TOFHLA, os indivíduos foram classificados em adequado, limítrofe e inadequado, sendo os resultados apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3. Desempenho dos cuidadores de idosos no teste S-TOFHLA.**

<b>S-TOFHLA</b>	<b>N (%)</b>
Adequado	58 (72,5)
Limítrofe	10 (12,5)
Inadequado	12 (15)

Na Tabela 4, serão apresentados os resultados das associações entre os escores do S-TOFHLA com os dados clínicos e sociodemográficos dos cuidadores.

**Tabela 4. Associação entre o desempenho de cuidadores de idosos submetidos ao S-TOFHLA e dados clínicos e sociodemográficos.**

Variável	S-TOFHLA			#p	
	Inadequado	Limítrofe	Adequado		
Sexo	Masculino	2	2	6	0,6
	Feminino	10	8	52	
Raça	Branco	8	8	49	0,4
	Preto ou Pardo	4	2	9	
Estado Civil	Com companheiro	8	6	38	0,9
	Sem companheiro	4	4	20	
Escolaridade	1 – 4 anos	9	6	4	<0,001
	5 – 8 anos	1	1	13	
	9 – 11 anos	2	1	14	
	≥ 12 anos	0	2	27	
Curso	Sim	0	1	3	0,6
Cuidador	Não	12	9	55	
Atividades realizadas como cuidador	Higiene pessoal	5	6	22	0,4
	Compra de medicamentos	10	9	48	0,8
	Administração de medicamentos	7	9	43	0,2
	Preparo das refeições	8	8	39	0,7
	Limpeza da casa	7	7	38	0,8
Ambulatório	CSI*	2	1	6	0,8
	CSE**	10	9	52	
<sup>a</sup> PHQ-2	Rastreio Positivo	4	4	18	0,8
	Rastreio Negativo	8	6	40	

\*CSI, Centro de Saúde I; \*\*CSE, Centro de Saúde Escola; <sup>a</sup>PHQ-2, *Patient Health Questionnaire*; #, Teste do Qui-Quadrado

Houve diferença estatisticamente significativa entre os escores do S-TOFHLA e os níveis de escolaridade, sendo que a proporção de cuidadores com escolaridade mais alta foi maior no grupo com S-TOFHLA adequado e a proporção de cuidadores com menor escolaridade foi mais alta nos grupos com S-TOFHLA inadequado e limítrofe.

Os indivíduos que foram submetidos ao exame do MEEM, apresentaram os escores do teste compatíveis com suas escolaridades, não sendo encontrado rastreamento positivo para comprometimento cognitivo.

No modelo de regressão logística ordinal, entrou somente a variável escolaridade pois na análise bivariada, as outras variáveis não se associam ao S-TOFHLA. A idade foi considerada como variável controle.

De acordo com o modelo da regressão logística ordinal, para indivíduos da mesma faixa etária, o grupo de cuidadores com 5 a 8 anos de escolaridade teve 18 vezes mais chances do que o grupo de 1 a 4 anos de migrar de um nível menos adequado para um mais adequado (OR:18,0; IC<sub>95%</sub>: 3,0-107,0). O grupo de cuidadores com 9 a 11 anos de escolaridade teve 11 vezes mais chances (OR:11,0; IC<sub>95%</sub>: 2,0-57,0) e o grupo com escolaridade maior ou igual a 12 anos teve 38 vezes mais chances (OR:38,0; IC<sub>95%</sub>:6,4-228,0), conforme a Figura 1.

<b>Analysis of Maximum Likelihood Estimates</b>						
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr>ChiSq	
Intercept	1	1	-5.8676	1.6867	12.1010	0.0005
	2	1	-4.6541	1.6106	8.3501	0.0039
Idade		1	0.0225	0.0295	0.5839	0.4448
5_8	0	1	1.4416	0.4557	10.0085	0.0016
9_11	0	1	1.1835	0.4290	7.6108	0.0058
>12	0	1	1.8207	0.4560	15.9442	<.0001

<b>Odds Ratio Estimates and Wald Confidence Interval</b>				
Effect	Unnit	Estimate	95%	Confidence Limits
Idade	1.0000	1.023	0.965	1.084
5_8 vs1	1.0000	17.872	2.995	106.648
9_11 vs1	1.0000	10.665	1.984	57.312
>12 vs1	1.0000	38.142	6,385	227.838

**Figura 1. Regressão logística ordinal**



## 7. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo no Brasil que avaliou o desempenho dos cuidadores de idosos no teste S-TOFHLA, com o intuito de verificar as capacidades de leitura e numéricas da população estudada, seus níveis de escolaridade e demais funções realizadas como cuidador de idoso.

O perfil de cuidadores encontrado foi de predominância feminina (87,5%), brancas (81,3%) e que tinham algum companheiro (65%), o que é compatível com o perfil de cuidadores encontrado na literatura, reforçando o papel social da mulher como cuidadora, pois as tarefas de cuidar de uma família tem sido uma atribuição predominantemente feminina, quer seja esposa, filha ou irmã.<sup>54</sup>

Os níveis de escolaridade encontrados entre cuidadores de idosos não são predominantemente altos, o que segundo Santos e Pavarini, pode afetar direta e indiretamente a prestação de cuidados aos idosos, ocasionando uma queda na qualidade do serviço prestado. Além disso, pode apresentar-se como barreira no processo da educação em saúde, sendo necessária a atenção redobrada dos profissionais de saúde a fim de evitar erros e prevenir possíveis enganos e utilização de recursos mais variados para obter os objetivos desejados.<sup>55</sup>

Entre as atividades realizadas, o auxílio no uso de medicamentos pelos idosos tem participação de cerca de 75% dos cuidadores, seja na compra ou na administração dos mesmos, e muitos dos cuidadores ainda realizam a limpeza da casa, preparo das refeições e acompanhamento dos idosos em consultas médicas. O exercício e acúmulo destas atividades podem causar sobrecarga nos cuidadores, e levar a diminuição da qualidade dos cuidados prestados.

Quando analisamos os resultados da aplicação do Teste de Alfabetismo Funcional, encontramos em nosso estudo uma prevalência de aproximadamente 27% de indivíduos que possuem níveis não adequados de alfabetismo em saúde, de acordo com os resultados obtidos com a aplicação do teste S-TOFHLA.

Esta taxa está de acordo com o banco de dados mais completo sobre alfabetismo em

saúde da população americana, proveniente do NAAL – *National Assessment of Adults Literacy*, realizado em 2003, que utilizou uma escala própria, que mostrou que um terço da população americana era considerada analfabeta funcional em saúde, o que dificulta a leitura, entendimento e aplicação de informações em saúde.<sup>56-58</sup> Quando comparados à população adulta em geral, nosso estudo está de acordo com um estudo brasileiro conduzido na cidade de São Paulo/Brasil com adultos que utilizavam o Sistema Único de Saúde (SUS) onde foi constatado por meio do S-TOFHLA a prevalência de 32% de indivíduos com escores inadequados ou limítrofes em alfabetismo em saúde.<sup>5</sup>

Os resultados do presente trabalho também são compatíveis com os estudos americanos conduzidos por Garcia *et al.* que verificou os níveis de alfabetismo em saúde utilizando o S-TOFHLA em idosos hispânicos, seus cuidadores e suas associações, tendo obtido aproximadamente 31% de taxas de não adequação em alfabetismo em saúde entre os cuidadores.<sup>15</sup> e com o estudo conduzido por Lindquist *et al.* que avaliou taxas de alfabetismo funcional em saúde por meio da versão integral do TOFHLA em cuidadores de idosos contratados para esta função, identificou taxas ainda maiores de analfabetismo em saúde, chegando a 33% de apenas níveis inadequados.<sup>14</sup>

Ao comparar os dados de cuidadores de idosos com cuidadores de crianças, resultados semelhantes foram observados. Um estudo realizado em um hospital pediátrico americano avaliou a associação entre os índices de alfabetismo nos cuidadores de crianças e o uso do Departamento de Emergência, observando que quanto menores os índices de alfabetismo, maior o uso dos serviços não urgentes no Departamento de Emergência.<sup>59</sup>

No presente estudo foi possível identificar uma associação entre os resultados do teste S-TOFHLA e os níveis de escolaridade dos indivíduos estudados, sendo que quanto maior escolaridade, melhor o índice em alfabetismo em saúde. Esta associação foi encontrada anteriormente nos EUA<sup>46, 56, 58</sup> e no Brasil, nos estudos de Carthery *et al.*, Apolinario *et al* e Oliveira *et al.*<sup>5, 29, 44</sup>

O Relatório Global Sobre Envelhecimento propõe que em parte, esses resultados podem ser explicados pela condição social da população com maior escolaridade, pois tendem a ter melhores rendimentos e melhor acesso aos serviços de saúde quando comparados às

peessoas com níveis mais baixos de educação. Muitos estudos atribuem a vantagem econômica a uma combinação de implicações econômicas e influências psicossociais relacionadas a comportamentos saudáveis, estado nutricional e a forma com que o indivíduo busca pelos serviços médicos<sup>46</sup>.

O “*Surgeon General’s Workshop on Health Literacy*” destacou ainda que baixa alfabetização não é um problema individual, mas sim um problema sistemático<sup>60</sup>, sendo necessário realizar ações em diversos âmbitos para que este problema seja amenizado<sup>61</sup>

A baixa alfabetização em cuidadores de idosos pode interferir diretamente de forma negativa nos desfechos dos processos relacionados à saúde do idoso. Quanto ao uso de medicamentos, pode afetar vários aspectos como a leitura e interpretação de receituários médicos, adesão ao tratamento, identificação de reações adversas, falha terapêutica e aumento dos custos com o tratamento.

Um estudo avaliou a relação entre alfabetização e o entendimento de prescrições de rótulos de medicamentos demonstrando que indivíduos com níveis de alfabetização baixo e marginal frequentemente cometiam erros na leitura e interpretação dos rótulos de medicamentos.<sup>62</sup> Outro estudo avaliou a adesão de medicamento associados aos níveis de alfabetismo em saúde, concluindo que estar apto para o entendimento de informações básicas sobre prescrições de medicamentos impacta significativamente na habilidade de aderir ao esquema terapêutico.<sup>63</sup>

Um estudo conduzido por Thurston *et al.* com o objetivo de avaliar o impacto de alfabetização em saúde relacionados aos aspectos de não adesão de medicamentos em adultos com diabetes tipo 2, concluiu que menores níveis de alfabetismo em saúde estão associados ao relato dos indivíduos de dificuldade de se lembrar de tomar medicações.<sup>64</sup> A dificuldade de entendimento das prescrições médicas e a baixa adesão à terapêutica, associadas às baixas taxas em analfabetismo em saúde contribuem com os maiores custos com medicamentos, segundo o estudo de Mantil S e Schulz PJ.<sup>65</sup>

Com as alterações dos perfis epidemiológico e demográfico do país, há o crescente aumento no número de medicações utilizadas pelos idosos. Para tratamentos comuns na

velhice como hipertensão, diabetes, osteoporose e artrite são comuns o uso de mais de três medicamentos para tais comorbidades, levando à polifarmácia. É de extrema importância ter o conhecimento e domínio sobre os diversos processos que estão relacionados ao uso de medicamentos, desde a compra, administração, horário das tomadas, adesão à terapêutica e maiores níveis de alfabetismo em saúde entre os idosos e os cuidadores podem estar relacionado à melhor execução desses processos.

Os instrumentos para detecção do alfabetismo em saúde podem ser utilizados por diversos profissionais de saúde a fim de auxiliar na identificação das dificuldades dos cuidadores e dos idosos possibilitando assim criar estratégias para clarificar o entendimento desses indivíduos quanto às necessidades de saúde.

Algumas limitações do presente estudo devem ser consideradas. Tratou-se de um estudo transversal, não sendo possível estabelecer prováveis relações causais dos índices de alfabetismo funcional. A amostra utilizada foi de conveniência, com os indivíduos selecionados por disponibilidade dos mesmos para a pesquisa sendo que esta foi realizada em centros especializados de atendimento ao idoso. Não foram utilizados instrumentos para avaliar a carga de trabalho do cuidador, nem os níveis de dependência dos idosos cuidados por eles, desta forma não foi possível estabelecer relação se esses fatores influenciariam os níveis de alfabetismo em saúde do cuidador.

Faltam estudos que avaliem o alfabetismo em saúde em cuidadores de idosos, seus desfechos na saúde dos idosos, e os impactos positivos e negativos que o nível de escolaridade dos cuidadores associados ao alfabetismo em saúde tem na vida dos idosos.

## 8. CONCLUSÃO

Desta forma, podemos concluir que nosso estudo vem de encontro com os dados da literatura demonstrando que cerca de 1/3 dos cuidadores de idosos estudados possuíam níveis marginais ou inadequados de alfabetismo em saúde, encontrando associação do alfabetismo em saúde com os níveis de escolaridade, porem não encontramos associação do alfabetismo em saúde e a idade dos indivíduos.

O estudo mostrou a importância de se avaliar, por meio de estudos prospectivos, os possíveis impactos que baixos índices de alfabetismo em saúde entre os cuidadores podem ter na vida dos idosos, como o uso dos serviços de emergência, número de internações e complicações em saúde devido ao mau manejo de instruções em saúde. Além disso, a importância de criar estratégias a fim de aumentar os níveis de alfabetização em saúde como forma de melhorar os cuidados prestados pelos cuidadores e o entendimento das informações em saúde.

## 9. REFERÊNCIAS

- 1 - Moreira, DA. Analfabetismo funcional: o mal nosso de cada dia. Ed. Thomson, São Paulo, 2003.
- 2 - UNESCO. Relatório de Monitoramento Global de Educação para Todos 2013/2014.
- 3 - IBGE 2016 - Pesquisa nacional por amostra de domicílios : síntese de indicadores 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- 4 - IBGE, disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)  
<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?t=taxa-analfabetismo&vcodigo=PD384>.
- 5 - Carthery-Goulart *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional literacy in adults. Rev Saúde Pública. 2009;43(4):631-638.
- 6 - Indicador de Alfabetismo Funcional – INAF – Estudo especial sobre alfabetismo e o mundo de trabalho. São Paulo, 2016.
- 7 - Ad Hoc Committee on Health Literacy. Health Literacy: report of the council on scientific affair. JAMA. 1999;281(6):552-557
- 8 - Gazmararian JA, Williams MV, Peel J and Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient Education and Counseling. 2003;51:267-275.

9 - Kalichman S C, Ramachandran B, Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients with low health literacy. *J Gen Intern Med.* 1999;14:267-273.

10 - Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J and Patterson M. The Association Between Age and Health Literacy Among Elderly Persons. *Journal of Gerontol.* 2000;5(6):S368-S374.

11 - Serper M *et al.* Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health Status among Older Adults. *Health Services Research.* 2014; 49(4):1249-1267.

12 - Wolf MS, Gazmararia JA, Baker DW. Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults, *Arch Intern Med.* 2005;165:1946-1952.

13 - Kinsella K and Taeuber CM. *An Aging World II.* 1992. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

14 - Lindquist LA, Jain N, Tam K, Martin JG and Baker DW. Inadequate Health Literacy Among Paid Caregivers of Seniors. *J Gen Intern Med.* 2011;26(5)474-479.

15 - Garcia CH, Espinoza SE, Lichtenstein and Hazuda HP. Health Literacy Associations Between Hispanic Elderly Patients and Their Caregivers. *Journal of Health Communication.* 2013;18:256-272.

16 - Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA and Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns.* 1999;38(1):33-42.

17 - Nasri, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. 2008;6(Supl1):S4-S6.

18 - Carvalho, JAM, Rodriguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008;24(3):597-605.

19 - IBGE 2016. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

20 - Camarano AM. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada – IPEA. Rio de Janeiro, 2002.

21 - Camarano AM. Cuidados de Longa Duração Para A População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Rio de Janeiro, 2010.

22 - Karsh UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*. 2003. Rio de Janeiro, 19(3):861-866.

23 - Wan He, Goodkind D and Kowal P. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/16-1, *An Aging World: 2015*, U.S. Government Publishing Office, Washington, DC, 2016.

24 - Araujo *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013;16(1):149-158.



25 - Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS e Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006;15(4):570-577.

26 - Institute of Medicine. Promoting health literacy to encourage prevention and wellness: Workshop summary, Washington, DC: National Academies Press. 2011.

27 - Davis *et al.* Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993;25(6):391-395.

28 - Lee SY, Bender DE, Ruiz RE and Cho YI. Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. *Health Serv Res*. 2006;41(4 Pt 1):1392-412. DOI:10.1111/j.1475-6773.2006.00532.x.

29 - Apolinario *et al.* Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):702-711.

30 - Parker RM, Baker DW, Williams MV and Nurss JR. The Test of Functional health Literacy in Adults (TOFHLA): a new instrument for measuring patient's health literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537-541.

31 - Weiss *et al.* Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign *Annals Of Family Medicine* 2005;3(6):514-522.

32 - Lee JY, Rozier RG, Lee SY, Bender D and Ruiz RE. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30—a brief communication. *J Public Health Dent*. 2007; 67:94-98.

33 - Lee JY *et al.* Oral health literacy levels among a low income population (abstract). *J Dent Res.* 2010; 89(A):1206.

34 -Cho YI, Lee SD, Arozullah AM and Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine.* 2008;66:1809-1816.

35 - Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV and Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care.* 2002;40(5):395-404.

36 - Bennett *et al.* Relation Between Literacy, Race and Stage of Presentation Among Low-Income Patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology.* 1998;16(9):3101-3104.

37 - Pagán JA, Brown CJ, Asch DA, Armstrong K, Bastida E and Guerra C. Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. *J Cancer Educ.* 2012;27(1):132-137.

38 - Peterson NB, Dwyer KA, Mulvaney SA, Dietrich MS and Rothman RL. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *J Natl Med Assoc.* 2007;99(10):1105-1112.

39 - Williams MV, Baker DW, Parker RM and Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med.* 1998; 158(2):166-172.

- 40 - Schillinger *et al.* Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. *JAMA*. 2002;288(4):475-482.
- 41 - Baker DW *et al.* Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*. 2002;92(8):1278-1283.
- 42 - Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med* 2005;118:371-377.
- 43 - Kaup *et al.* Older Adults With Limited Literacy Are at Increased Risk for Likely Dementia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2014 69(7):900-906.
- 44 - Oliveira MO, Porto CS and Brucki SMD. S-TOFHLA in mild Alzheimer's disease and Mild Cognitive Impairment patients as a measure of functional literacy: Preliminary study. *Dement Neuropsychol* 2009;3(4):291-298.
- 45 - Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA and Huang J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Arch Intern Med*. 2007;167(14):1503-1509.
- 46 - Kinsella, K and Wan He. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, *An Aging World: 2008*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2009.
- 47 - Sanders *et al.* Assessing the Impact of Health Literacy on Education Retention of Stroke Patients. *Prev Chronic Dis*. 2014;11:130259.
- 48 - Herndon JB, Chaney M and Carden D. Health Literacy and Emergency Department Outcomes: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*. 2011;57(4):334-345.

- 49 - Fisher LD and Belle GV. Biostatistics: a methodology for health science. New York: John Wiley. 1993.991p.
- 50 - Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. J Psych Res 1975;13:189-198.
- 51 - Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF e Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr 2003;61(13-B):777-781.
- 52 - Spitzer R, Kroenke K and Williams J. Validation and utility of a self-reported version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. 1999;282:1737-1744.
- 53 - Kroenke K, Spitzer R L and Williams JB. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Medical Care. 2003;41:1284-1292.
- 54 - Amendola F, Oliveira MAC e Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2008;17(2):266-272.
- 55 - Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev Gaucha Enferm. 2010; 31(1):115-122.
- 56 - Kutner MA. *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics; 2006.

57 - Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ and Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011; 155(2):97-107.

58 - Hersh L, Salzman B and Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *American Family Physician.* 2015;92(2):118-124.

59 - Morrison AK, Schapira MM, Gorelick MH, Hoffmann RG and Brousseau DC. Low Caregiver Health Literacy Is Associated With Higher Pediatric Emergency Department Use and Nonurgent Visits. *Academic Pediatrics.* 2014;14(3):309-314.

60 - Office of the Surgeon General and the Office of Disease Prevention and Health Prevention. *Proceedings of the Surgeon General's Workshop on Improving Health Literacy.* 2006. Bethesda, MD: Office of the Surgeon General. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44257>.

61 - Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N and Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *J Gen Intern Med.* 2005;20(2):185-192.

62 - Davis *et al.* Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. *Annals of Internal Medicine.* 2006;145(12):887-95.

63 - Gazmararian JA, Kripalani S, Miller MJ, Echt KV, Ren J and Rask K. Factors Associated with Medication Refill Adherence in Cardiovascular-related Diseases: A focus on Health Literacy. *J Gen Intern Med.* 2006;21(12): 1215–1221.

64 - Thurston MM, Bourg CA, Philips BB and Huston SA. Impact of health literacy level on aspects of medication nonadherence reported by underserved patients with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther.* 2015;17(3):187-93. doi: 10.1089/dia.2014.0220.

65 - Mantwill S and Schulz PJ. Low health literacy associated with higher medication costs in patients with type 2 diabetes mellitus: Evidence from matched survey and health insurance data *Patient Educ Couns.* 2015; pii: S0738-3991(15)30015-X. doi: 10.1016/j.pec.2015.07.006.

## APÊNDICE I - Avaliação Sociodemográfica

Ficha nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Ambulatório:</b>	
<input type="checkbox"/> CSE – UVL	<input type="checkbox"/> CSE – UVF

Data: / /	Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino
Paciente:			Idade:
Naturalidade:		Nacionalidade:	
Raça:	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Preto	<input type="checkbox"/> Pardo
Nível de Instrução:			
Anos de Educação Formal:			
Alfabetizado: ?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente
Estado Civil:			
<input type="checkbox"/> Casado/ companheiro	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Separado/ divorciado	<input type="checkbox"/> Viúvo
Cuidador:	<input type="checkbox"/> Formal	<input type="checkbox"/> Informal	

Principais atividades realizadas pelo cuidador:	
<input type="checkbox"/>	Higiene pessoal (incluindo banho)
<input type="checkbox"/>	Compra de medicamentos
<input type="checkbox"/>	Administração de medicamentos
<input type="checkbox"/>	Acompanhamento em consultas médicas
<input type="checkbox"/>	Preparo de refeições
<input type="checkbox"/>	Limpeza da casa

**ANEXO I - S-TOFHLA**

**TOFHLA (Compreensão da Leitura)**

Seu médico encaminhou você para tirar um exame de Raio X do

- 
- 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  |

**A VESPERA DO DIA DO RAIOS X:**

No jantar, como somente um pedaço \_\_\_\_\_ de fruta,

- a) Pequeno
- b) Caldo
- c) Ataque
- d) náusea

torradas e geléia, com \_\_\_\_\_ ou chá.

- a) Lentas
- b) Café
- c) Cantar
- 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 RAIOS 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 n 222-2821.

- |             |                   |
|-------------|-------------------|
| a) Resposta | a) O Departamento |
| b) Tarefa   | b) Disque         |
| c) Região   | c) A Farmácia     |
| d) Pergunta | d) O Dental       |

Eu concordo em dar informações corretas para \_\_\_\_\_ receber atendimento adequado neste hospital

- a) Cabelo
- b) Salgar
- c) Poder
- d) Doer

Eu \_\_\_\_\_ que as informações que eu \_\_\_\_\_ ao médico

- |               |               |
|---------------|---------------|
| a) Compreendo | a) Aprovar    |
| 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

- |               |              |
|---------------|--------------|
| a) Investigo  | a) Alteração |
| b) entretenho | b) Hormônio  |
| c) Entendo    | c) Antiácido |
| d) Estabeleço | d) Custo     |

nas 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 estar \_\_\_\_\_,

- |             |                  |
|-------------|------------------|
| a) Lavar    | a) Instruções    |
| b) Precisar | b) Taxas         |
| c) Cobrir   | c) Hipoglicemias |
| d) Medir    | d) datas         |

Você deverá \_\_\_\_\_ uma enfermeira ou funcionária do  
Social

- |             |            |
|-------------|------------|
| a) Relaxar  | a) Tumor   |
| b) Quebrar  | b) Abdome  |
| c) Aspirar  | c) Serviço |
| d) Procurar | d) Adulto  |

para \_\_\_\_\_ todas as suas \_\_\_\_\_.

- |                |                |
|----------------|----------------|
| a) Encobrir    | a) Pélvis      |
| b) Esclarecer  | b) Duvidas     |
| c) Desconhecer | c) Tomografias |
| d) Esperar     | d) consoantes  |

**TOFHLA (Compreensão numérica)**

- **Rótulo 1** – Inserido no frasco de medicamento

<p><b>Data Fabric.: 10/07/04    Data Valid: 10/07/06</b></p> <p><b>Pac.: JOÃO CARLOS SILVA</b></p> <p><b>Dr.: André Marques</b></p> <p><b>Uso oral:</b></p> <p><b>AMPICILINA 250 mg      40 cáps.</b></p> <p><b>Posologia: Tomar uma cápsula a cada 6 horas</b></p>
---

- **Rótulo 2** – Exame de Glicemia

<p><b>Glicemia normal: 70 - 99</b></p> <p><b>Sua glicemia hoje é de 120</b></p>
---

- **Rótulo 3** – Cartão de Consulta

<b>CARTÃO DE CONSULTA</b>		
<b>CLÍNICA:</b> Endocrinologia / Diabetes	<b>LOCAL:</b> 3.º andar	
<b>Dia:</b> Quinta-feira	<b>Data:</b> 2 de abril	<b>HORÁRIO:</b> 10:20 hs.
<b>Marcado por:</b>		
<b>NO DIA DA CONSULTA, TRAGA SUA CARTEIRINHA</b>		

- **Rótulo 4** - Inserido no frasco de medicamento

<b>Data Fabric.:</b> 08/07/04	<b>Valid.:</b> 2 meses
<b>Pac. JOÃO CARLOS SILVA</b>	
<b>Dr. André Marques</b>	
<b>Uso oral:</b>	
<b>DOXICICLINA 100 mg 20 cáps.</b>	
<b>Posologia: Tomar a medicação com o estômago vazio, uma hora antes ou 2 a 3 horas depois da refeição, a menos que tenha recebido outra orientação do seu médico.</b>	

## **S-TOFHLA – Instruções de Aplicação**

### **Teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde (versão breve)**

#### *Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (short version)*

#### **Instruções:**

##### **Compreensão de leitura:**

“Aqui estão algumas instruções médicas que você ou qualquer pessoa pode encontrar aqui no hospital. 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.”

#### **(INTERROMPER APÓS 7 MINUTOS)**

##### **Item Numérico:**

Dar ao paciente um cartão para cada questão.

Ler cada questão e registrar a resposta.

Antes de apresentar o cartão 1: “Estas são instruções que podem ser dadas a você no hospital. Leia bem cada instrução. Farei perguntas sobre elas”.

Antes de apresentar cada cartão, dizer: “Olhe aqui, por favor”.

#### **(INTERROMPER APÓS 10 MINUTOS)**

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

Cartão 2: Se essa fosse sua taxa de glicemia hoje, estaria normal?

Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua 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?

**Escores**

Passagens A e B: 2 pontos para cada lacuna correta (36 lacunas = 72 pontos)

Itens Numéricos: 7 pontos para cada resposta correta ( 4 questões = 28 pontos)

Escore Total: 100 pontos.

**Classificação**

0 – 53: Inadequado

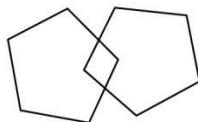
54 – 66: Limítrofe

67 – 100: Adequado

**GABARITO**

- |        |        |
|--------|--------|
| 1 - A  | 31 - B |
| 2 - C  | 32 - A |
| 3 - B  | 33 - D |
| 4 - A  | 34 - C |
| 5 - C  | 35 - B |
| 6 - A  | 36 - B |
| 7 - B  |        |
| 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 |        |

## ANEXO II - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p><b>Orientação Temporal Espacial</b></p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1  Dia do mês? _____ 1  Mês? _____ 1  Ano? _____ 1  Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1  Instituição (casa, rua)? _____ 1  Bairro? _____ 1  Cidade? _____ 1  Estado? _____ 1</p>	<p><b>Linguagem</b></p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <hr/> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: <b>FECHE OS OLHOS.</b> _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). <b>(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)</b> _____ 1</p>
<p><b>Registros</b></p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.  -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	
<p><b>3. Atenção e cálculo</b></p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p><b>4. Lembranças (memória de evocação)</b></p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão</p> <p>2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

<i>AVALIAÇÃO do score obtido</i>	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS _____
<p><b>Pontos de corte – MEEM</b> Brucki et al. (2003)</p> <p>20 pontos para analfabetos</p> <p>25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo</p> <p>26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo</p> <p>28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo</p> <p>29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.</p>	



**ANEXO III - *Patient Health Questionnaire (PHQ-2)***

Perguntar ao indivíduo:

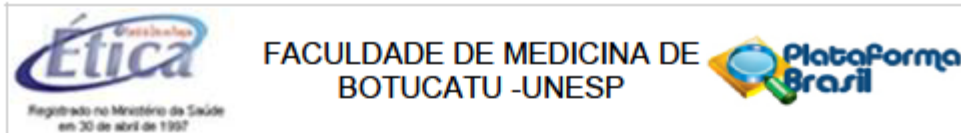
Nas duas ultimas semanas, quase todos os dias, você sentiu menor interesse ou menos prazer em fazer as coisas?

Nas duas ultimas semanas, quase todos os dias, você sentiu deprimido, para baixo ou sem esperança?

**Pontuação:**

Se a resposta de uma das duas perguntas for SIM, considera-se o indivíduos como potencialmente deprimido.

## ANEXO IV – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do analfabetismo funcional em saúde em idosos e cuidadores de idosos

**Pesquisador:** Kaoana Maria Vieira de Almeida

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40554515.7.0000.5411

**Instituição Proponente:** Centro de Saúde Escola

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 943.211

**Data da Relatoria:** 31/01/2015

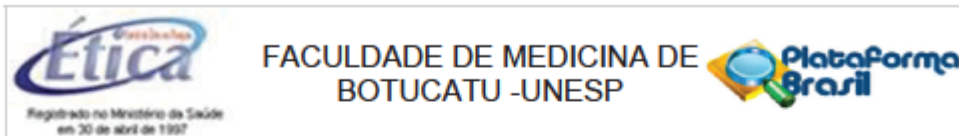
#### Apresentação do Projeto:

Estudo transversal a ser conduzido por Kaoana Maria Vieira de Almeida (sob orientação de Alessandro Ferrari Jacinto) que visa avaliar o grau de analfabetismo funcional dos idosos e seus cuidadores, que frequentam o CSE (Vila dos Lavradores) e CSE (Vila Ferroviária). O analfabetismo funcional pode ser entendido como a incapacidade de usar impressos e informações escritas para trabalhar e conviver em sociedade, para atingir metas e desenvolver o conhecimento. O analfabetismo funcional na área da saúde representa a incapacidade de obter, processar e entender informações básicas/orientações para o bom aproveitamento por parte de seus usuários. Em idosos, as medidas de alfabetismo funcional estão significativamente correlacionadas com todos os domínios cognitivos. Como consequência da idade, muitos idosos têm suas capacidades funcionais reduzidas, necessitando da ajuda de um cuidador. É importante estar apto para reconhecer pessoas com habilidades de leitura e compreensão limitadas para que estas possam receber instruções especiais sobre o uso de medicações e o manejo de doenças crônicas. Serão incluídos 200(duzentos) pacientes divididos em 03 grupos

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o nível de analfabetismo em saúde em idosos e cuidadores de idosos através de entrevista/questionários aplicados previamente às consultas nas respectivas unidades de saúde

Endereço: Chácara Butignoli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capeliup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 943.211

citadas:

- Avaliar os escores obtidos no teste S-TOFHLA
- Comparar os escores obtidos nos testes entre os grupos
- Correlacionar os escores obtidos e níveis de alfabetização formal (anos de estudo).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estudo sem riscos.

Benefícios: Os resultados podem ser utilizados para incrementar/melhorar a abordagem e o atendimento de idosos nas unidades básicas de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo transversal onde vão ser incluídos 200 indivíduos (idosos e seus cuidadores que frequentam a unidade básica de saúde) com o objetivo de avaliar o grau de analfabetismo funcional através de entrevista/questionário com duração de 45 minutos que serão realizados previamente à consulta médica. Serão incluídos idosos > 60 anos sem alteração cognitiva (avaliado por meio da ferramenta MEEM - minixame mental), sem comprometimento auditivo grave. Os cuidadores deverão ter mais que 18 anos de idade e também não apresentarem alteração cognitiva detectada pelo MEEM. Os pesquisadores esperam que os indivíduos com baixo nível educação formal tenham maior dificuldade na compreensão das orientações relacionadas a saúde (assim como cumprimento dessas orientações); e que os cuidadores sejam mais habilidosos e aptos a lidar com as situações supracitadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos documentos encontram-se anexados.

TCLE em forma de convite com identificação dos pesquisadores e com linguagem fácil de se entender.

**Recomendações:**

Aprovação sem envio ao CONEP

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou recomendações

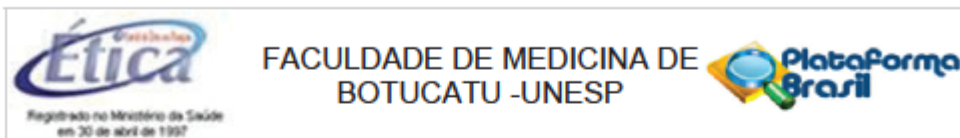
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Chácara Butignoli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capetup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 943.211

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 02 de fevereiro de 2015, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao final do estudo é necessário apresentar ao CEP o "Relatório Final de Atividades".

BOTUCATU, 02 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
 (Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capelup@fmb.unesp.br



unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Itapetininga



## MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA\*

Objetivo Acadêmico: Dissertação de Mestrado

**Título constante no parecer inicial de aprovação:**

Avaliação do analfabetismo funcional em saúde em idosos e cuidadores de idosos

**Título final:**

Avaliação do alfabetismo em saúde em cuidadores de idosos

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 31/01/2015.

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

Alexsander Bruno Pinheiro Carla Maria Almeida

Nome/assinatura original do(a) Orientador(a)

Nome/assinatura original do(a) Orientado(a)

\* Projetos submetidos via Plataforma Brasil: preencher o formulário, digitalizar e postar no sistema Plataforma Brasil (em Projeto Aprovado clicar em Notificação); a seguir protocolar o formulário no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação;

\* Projetos submetidos anteriormente a Plataforma Brasil: preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação.

