

ARTIGO ORIGINAL

PERCEPÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS ACERCA DA FORMA COMO AS INFORMAÇÕES SÃO COMUNICADAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Juliana Piveta de Lima¹, Jamila Geri Tomaschewski Barlem²,
Daiane Porto Gautério Abreu³

Destaques:

- (1) A maioria das pessoas idosas entrevistadas relatou que não possuem dificuldade em compreender as informações transmitidas pelos profissionais da saúde.
- (2) Percebe-se que as orientações prestadas durante os atendimentos são bastante genéricas.
- (3) Os atendimentos prestados possuem foco no controle e monitoramento de doenças.

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado Letramento Funcional em Saúde acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Participaram do estudo 27 pessoas idosas. As coletas de dados foram realizadas nas 7 Unidades de Saúde da Família em um município do sul do Rio Grande do Sul. **Resultados:** a média de Letramento Funcional em Saúde das pessoas idosas participantes do estudo foi 36,21 pontos, o que configura um Letramento Funcional em Saúde inadequado. As dificuldades referidas pelos idosos que comprometem a compreensão foram a não limitação do número de informações a cada encontro e a necessidade de levar um membro da família como acompanhante durante as consultas. **Considerações finais:** conhecer as dificuldades referidas pelas pessoas idosas para compreender as informações em saúde colabora para o estabelecimento de estratégias que visam a melhores resultados em saúde durante os atendimentos desse grupo populacional.

Keywords: comunicação em saúde; letramento em saúde; Atenção Primária à Saúde; idoso; enfermagem.

¹ Universidade Federal do Rio Grande – Furg. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2703-9189>

² Universidade Federal do Rio Grande – Furg. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9125-9103>

³ Universidade Federal do Rio Grande – Furg. Rio Grande/RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1125-4693>

INTRODUÇÃO

O contingente de pessoas com mais de 60 anos tem aumentado significativamente. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira tem mantido a tendência do envelhecimento. Segundo dados divulgados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua do IBGE, em dez anos o número de pessoas com 60 anos ou mais passou de 11,3% para 14,7% da população, revelando modificação importante na estrutura etária brasileira¹.

Embora o envelhecimento não seja sinônimo de adoecimento, observa-se o aumento de doenças crônicas nesse grupo populacional. As doenças crônicas não transmissíveis que incluem diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial provocam consequências funcionais que podem resultar em perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de serem a causa de 71% de mortes em todo o mundo²⁻³.

As pessoas idosas muitas vezes vivem com complexas condições de saúde e possuem grandes dificuldades em compreender e seguir orientações a respeito de suas condições clínicas, tratamentos e instruções sobre medicamentos fornecidos pelos profissionais durante as atividades de educação em saúde. Esses resultados afetam a capacidade de autocuidado e independência, gerando resultados ruins de saúde e insatisfação do usuário com o serviço⁴⁻⁵.

Nesse sentido, para avaliar o nível de compreensão das informações e assim melhorar o desempenho dos indivíduos em situações rotineiras relacionadas à saúde, utiliza-se o Letramento Funcional em Saúde (LFS). O termo LFS é a capacidade de compreender e interpretar o significado das informações de saúde na forma escrita, falada ou digital de modo que dependendo do grau de letramento do idoso, isso irá interferir na sua condição de saúde⁶.

O instrumento TOFHLA (Test Of Functional Health Literacy in Adults) é um dos testes mais utilizados para avaliar o LFS⁷. De acordo com sua pontuação, os idosos são classificados em três níveis de Letramento: inadequado (0-53); limitado (54-66) e adequado (67-100)⁷. Os níveis de LFS costumam ser menores na população idosa quando comparada com a população em geral. Em estudo realizado em Recife-PE com 213 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos com doença renal crônica, cerca de 71,7% da população avaliada apresentou LFS inadequado⁸. E em um estudo realizado com 529 idosos americanos, 48,2% obtiveram LFS limitado ou inadequado⁹.

Tão importante quanto avaliar o nível de conhecimento das informações em saúde é a utilização de técnicas de comunicação que favoreçam essa compreensão. Deste modo, é necessário entender que a comunicação é um elemento essencial do cuidado e é compreendida como alicerce de nossas relações interpessoais, possuindo assim um papel de grande significância. Por isso, a comunicação profissional-paciente requer esforços devido ao seu importante papel em facilitar a participação ativa nos cuidados em saúde, influenciar no seu bem-estar e diminuir os efeitos de uma instrução limitada em saúde¹⁰. Diante do exposto, tem-se como objetivo identificar a percepção das pessoas idosas com limitado ou inadequado LFS acerca da forma como as informações são comunicadas pelos profissionais da saúde da atenção básica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. As coletas de dados foram realizadas nas sete Unidades de Saúde da Família em um município do sul do Rio Grande do Sul. A pesquisa deu-se entre abril e julho de 2022 e é derivada da tese “*Comunicação entre profissionais da saúde e pessoas idosas na atenção básica: estratégias para o Letramento Funcional em Saúde*”.

A escolha para realização desta pesquisa nas Unidades de Saúde da Família desse município deu-se pelo fato de apresentar um baixo índice de alfabetização – cerca de 68% da população não possui instrução ou Ensino Fundamental completo e renda média mensal baixa (2,7 salários mínimos)¹¹, fatores que estão relacionados a um baixo nível de LFS.

Foram convidadas a participar da pesquisa quatro pessoas idosas de cada unidade da ESF do município de São José do Norte-RS. A pesquisa foi realizada em todas as unidades de ESFs do município (Bujuru, Carlos Santos, Cidade Baixa, Veneza, Tamandaré, Hélio Rossano e Estreito). As pessoas idosas participantes do estudo foram selecionadas com base nos seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser adscrito à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família; possuir, pelo menos, 1 ano de escolaridade autorreferida; conseguir ler o Cartão de Jaeger¹² 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)¹² e conseguir pontuação adequada no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)¹². As notas de corte no MEEM são: Analfabetos = 19 pontos; 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos; 4 a 7 anos de escolaridade = 24 pontos; < 7 anos de escolaridade = 28 pontos¹². Esses critérios são solicitados pelo instrumento S-TOFHLA¹³, que avalia o grau de LFS. A pontuação total do instrumento é de 100 pontos. Indivíduos pontuando entre zero e 53 pontos apresentam inadequado LFS; entre 54 e 66 pontos, marginal LFS, e entre 67 e 100 pontos, adequado LFS. Foram incluídas no estudo somente pessoas idosas com LFS marginal ou insuficiente¹³.

Foram entrevistadas 29 pessoas idosas, porém apenas uma obteve LFS adequado e devido aos critérios foi excluída do estudo. Além disso, uma participante foi excluída, pois não frequentava a unidade de saúde. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora principal, enfermeira e mestre em Enfermagem. As entrevistas foram agendadas previamente, por meio de contato telefônico, e foram realizadas nas respectivas residências das pessoas idosas de cada unidade de saúde na qual ela é cadastrada, gravadas e posteriormente transcritas. A amostragem deu-se por conveniência. A coleta dos dados foi interrompida mediante repetição dos dados.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento semiestruturado elaborado para essa pesquisa com base no instrumento criado por Schwartzberg et al.¹⁴ – (American Medical Association Communication Techniques Survey-AMA Survey), que aborda questões de caracterização dos participantes além de perguntas abertas sobre as estratégias de comunicação em saúde. Foi realizado um teste-piloto com uma pessoa idosa no intuito de verificar a adequação das questões. As entrevistas tiveram duração média de 7,27 minutos.

Os dados foram analisados por meio do método de análise textual discursiva. Essa abordagem de análise pode ser concebida como um processo auto-organizado de produção de novas compreensões em relação aos fenômenos que examina¹⁵. A análise proposta organiza argumentos em torno de quatro focos. Os três primeiros compõem um ciclo, no qual se constituem como elementos principais: *desmontagem dos textos*, também chamado de unitarização, em que são examinados os materiais e seus detalhes, e fragmentando-os para atingir unidades de significado referentes ao fenômeno estudado; *estabelecimento de relações ou categorização*, quando se reúnem as unidades de significado semelhantes, podendo gerar vários níveis de categorias de análise; *captando o novo emergente*, em que a intensa impregnação nos materiais da análise desencadeada pelo processo anterior possibilita uma compreensão renovada do todo, fechando o ciclo de análise. Por fim, o último foco, *um processo auto-organizado*, no qual após a fragmentação e desorganização proposta na primeira fase ocorre uma reconstrução com emergência de novas compreensões¹⁵.

Os participantes foram informados acerca dos objetivos mediante leitura e explanação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado pelos participantes em duas vias. Com o intuito de preservar e garantir o anonimato dos participantes, estes foram codificados por meio

da utilização de letra e número arábico em cada depoimento PI1 (Pessoa Idosa 1) e assim por diante. Todos os aspectos éticos previstos na legislação foram mantidos durante a condução do estudo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Furg (CEP-FURG) pelo parecer número 5.248.648. Para reportar os resultados do estudo utilizou-se o *Consolidated criteria for reporting qualitative research (Coreq)*.

DISCUSSÃO

A pontuação de LFS entre os 27 idosos participantes do estudo variou de 6 a 65 pontos, com a média de LFS 36,21 pontos, o que configura um LFS inadequado. A média de idade foi de 69,8 anos, 40,7% (11) moravam na zona rural, 77,7% (21) estudaram até a 5ª série, 62,9% (17) se declararam brancos, 25,9% (7) pardos e 11,1% (3) pretos.

Com relação à escolaridade, também foi evidenciado em outros estudos parcela significativa de idosos com menos de oito anos de estudo com baixo LFS¹⁶. É esperado que menores níveis de instrução irão resultar em um baixo LFS, pois há um comprometimento da capacidade de ler e compreender as informações prestadas pelos profissionais da saúde, circunstância que está diretamente relacionada a um menor conhecimento sobre saúde/doença e uma maior dependência de seus familiares nas tomadas de decisão¹⁷.

Os idosos costumam ter menor LFS¹⁸⁻¹⁹ e sendo assim pessoas com baixo LFS costumam ter dificuldade em assumir o controle de seus próprios cuidados e tratamentos de saúde, ocasionando um maior uso de serviços de saúde, uma pior autogestão de condições crônicas e uma maior taxa de mortalidade. O baixo LFS em idosos é especialmente preocupante, pois esse grupo costuma ter maiores necessidades de informações para o gerenciamento de sua saúde e condições crônicas atreladas ao envelhecimento²⁰.

A partir das unidades de sentido identificadas foi possível estabelecer duas categorias “Compreensão das informações” e “Principais assuntos abordados”, expressas no Quadro 1.

	Unidade de sentido	Categoria
PERCEPÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS COM LIMITADO OU INADEQUADO LFS ACERCA DA FORMA COMO AS INFORMAÇÕES SÃO COMUNICADAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA	Responder	Compreensão das informações
	Perguntar	
	Explicar	
	Entender	
	Papel	
	Escrito	
	Pressão arterial	Principais assuntos abordados
	Renovação de receitas	
	Medicamentos	
	Alimentação	

Quadro 1 – Unidades de sentido do estudo e categorias (n=27). Rio Grande, RS, Brasil, 2023.

Fonte: Autoria própria (2023).

Compreensão das informações

A maioria das pessoas idosas entrevistadas relatou que não possuem dificuldade em compreender as informações transmitidas pelos profissionais da saúde (PI2, PI3, PI4, PI5, PI6, PI7, PI9, PI10, PI11, 12, PI13, PI15, PI6, PI17, PI18, PI19, PI20, PI21, PI22, PI23) e quando questionadas se alguma vez o profissional que realizou atendimento na unidade de saúde percebeu que elas não estavam compreendendo as informações, as respostas foram que essa situação nunca aconteceu (PI2, PI3, PI4, PI5, PI6, PI7, PI8, PI9, PI10, PI11, PI12, PI15, PI16, PI17, PI18, PI19, PI20, PI21, PI22, PI23) e sempre que quando não está entendendo o idoso pergunta e o profissional explica novamente (PI1, PI5, PI13, PI14).

Não tenho dificuldade em compreender, é tudo muito claro (PI17).

Não lembro assim que eu não entendi, mas se eu não entendi eu pergunto, que eu lembre assim eles explicam (PI16).

Eu perguntava para eles me explicarem o que eu tinha que fazer, o que eu não tinha que fazer e eles explicavam (...). Não eram muito de repetir as informações (PI15).

Não tenho dificuldade (...). (Quando não entendo) pergunto de novo e ele responde direitinho. Se eu tiver em dúvida eu pergunto e ele me ajuda. Às vezes tem alguma coisa que ele falou e eu não entendi e eu pergunto e ele responde (PI12).

Não tenho esse problema de entender o médico, embora aquela doutora que estava aí não falava a nossa língua, ela era cubana e não falava o português, mas eu entendia (PI18).

Esse resultado corrobora o que demonstram os estudos, pois a maioria dos pacientes não compreende as informações em saúde e não reconhece essa falta de compreensão²¹. Além disso, pacientes com LFS limitado podem enfrentar desafios adicionais, pois estão em geral menos familiarizados com conceitos médicos e costumam fazer menos perguntas durante as consultas por se sentirem envergonhados por não entenderem as informações, impedindo assim sua participação ativa no processo de tomada de decisão²².

Alguns idosos, porém, relataram dificuldades em compreender as informações (PI1, PI8). Foi referido por um idoso que alguns profissionais não limitavam o número de informações durante os atendimentos, comprometendo assim sua compreensão.

É como eu te disse, agora parece que acalmou, mas antes estava muito agitada a coisa. A gente perguntava uma coisa e eles ficavam explicando um monte de coisas que a tua cabeça parece que não acatava tudo. Eu acho que um profissional para trabalhar na área da saúde a primeira coisa que ele tem que ter é calma (PI1).

Ao limitar o número de informações por encontro, as mais complexas possuem maiores chances de serem entendidas, lembradas e seguidas. Dessa maneira, deve-se simplificar os conhecimentos que necessitam ser transmitidos e dividi-los em etapas (mais de um encontro), aumentando assim a compreensão de pacientes com baixo nível de LFS²³.

Ainda, por não compreender as informações em saúde, um idoso referiu a necessidade de levar um acompanhante/membro da família durante as consultas, pois não consegue compreender as informações prestadas durante o atendimento.

Difícil eu entender, toda a vez que eu vou ao médico eu nunca vou sozinha, muito difícil, a minha gurria que vai comigo. Quem entende mais é ela. Para mim é difícil de entender, não entendo muito o que eles falam. A minha gurria que vai comigo que entende mais, eu tenho muita dificuldade para entender essas coisas (PI8).

Estudos demonstram que possuir uma rede de apoio social como familiares e amigos é essencial, está relacionada a melhores resultados em saúde²⁴⁻²⁵, e pessoas que vivem com um cônjuge ou parceiro possuem um maior nível de adesão às recomendações médicas²⁶. À vista disso, os idosos experimentam maior dependência de sua rede de apoio social como resultado do envelhecimento, e a presença de um familiar durante as consultas representa um fator de estímulo a adoção de práticas de autocuidado e por auxiliar seus familiares no itinerário terapêutico, tornando-se um agente facilitador na adesão a tratamentos de doenças crônicas²⁷. Nem todos os idosos, no entanto, contam com o apoio de familiares, e nesse sentido a figura do ACS é extremamente importante, uma vez que consegue identificar e sinalizar para os demais profissionais da equipe a necessidade de intervenções mais específicas²⁸.

Principais assuntos abordados

É de conhecimento que os assuntos abordados durante os atendimentos contribuem para a prevenção de doenças²⁹, além de conscientizar o público-alvo sobre a importância das adoções de determinados comportamentos. Por meio das falas dos idosos, no entanto, percebe-se que as orientações prestadas durante os atendimentos são bastante genéricas, com os principais assuntos abordados sendo pressão arterial (PI5, PI6, PI7, PI12, PI17, PI18), a renovação de receita médica (PI1, PI4, PI11), medicamentos (PI5, PI10, PI20) e alimentação (PI5, PI18, PI21).

Eu vou mais ali quando o problema da receita, quando termina o prazo da medicação eu tenho que ir para eles me darem uma nova receita (PI4).

Falam sobre pressão alta, sal, gordura, fritura (PI7).

Sobre medicamento, fazer certinho (PI10).

Foi pra ver pressão, tenho pressão alta (PI12).

O que se evidencia é a falta de um acolhimento adequado com uma escuta empática e qualificada. Essa escuta é essencial para que seja estabelecido um vínculo entre paciente e profissional, que entenda o sujeito nos aspectos físico, social, cultural e emocional e se consegue detectar situações que necessitam ser discutidas e trabalhadas³⁰⁻³¹. O projeto terapêutico singular busca a singularidade como elemento central e tem o objetivo de atender às especificidades de cada indivíduo. É necessário que se conheça as particularidades de cada sujeito e não sejam utilizadas indicações terapêuticas preestabelecidas³¹.

Percebemos ainda, pelas falas dos idosos, que os atendimentos prestados possuem foco no controle e monitoramento de doenças. Estudo realizado em João Pessoa, Paraíba, com profissionais de nível superior da ESF revelou que eles ainda dispensam pouco tempo de sua jornada de trabalho para realizar ações de prevenção, promoção e educação em saúde³². Utilizando o método de transmissão de conhecimentos, o maior foco das ações educativas costuma ser nas condições crônicas³³, distanciando-se assim do seu objetivo de transformar comportamentos e caracterizando-se como práticas voltadas para a cura/medicalização.

Quando questionados se alguma vez receberam material impresso com orientações, apenas um idoso referiu que recebe as informações por escrito após os atendimentos na unidade de saúde (PI14). Alguns entrevistados expuseram receber orientações por escrito da nutricionista (PI7, PI18, PI21), contendo sua dieta e cuidados com alimentação. Os demais mencionaram nunca ter recebido orientações por escrito (PI2, PI3, PI4, PI5, PI6, PI8, PI9, PI10, PI11, PI12, PI13, PI15, PI16, PI19, PI20, PI22).

Só a receitinha dos remédios (PI12).

Por escrito? Às vezes quando a gente tem que fazer dieta (PI21).

Uma vez que eu consultei (...) era da nutricionista (PI7).

Eles têm um atendimento que eu acho corretíssimo, principalmente para mim que já tenho dificuldade de guardar algumas informações, geralmente eles passam num papel as informações de como devo proceder (PI14).

Diversos fatores podem interferir na compreensão e na recordação de informações fornecidas pelos profissionais da saúde. Nesse sentido, visando a minimizar os problemas resultantes da não compreensão das informações, é recomendado o uso de material escrito associado às informações prestadas verbalmente. Na área da saúde, esses materiais têm extrema relevância, uma vez que são considerados determinantes para o êxito de qualquer intervenção³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A média de LFS das pessoas idosas participantes do estudo foi 36,21 pontos, o que configura um LFS inadequado. A maioria das pessoas idosas entrevistadas referiu que não possui dificuldades em compreender as informações transmitidas pelos profissionais da saúde. As dificuldades referidas pelos idosos que comprometem a compreensão foram a não limitação do número de informações a cada encontro e a necessidade de levar um membro da família como acompanhante durante as consultas, pois não consegue compreender as informações prestadas pelo profissional da saúde.

Nesse sentido, conhecer as dificuldades referidas pelas pessoas idosas para compreender as informações em saúde colabora para o estabelecimento de estratégias que visam a melhores resultados em saúde durante os atendimentos deste grupo populacional. Como limitação do estudo destaca-se a não inclusão de idosos analfabetos, pois os instrumentos existentes que avaliam o LFS tornam obrigatório pelo menos um ano de estudo, e que o participante saiba ler. Sugere-se a adaptação dos instrumentos que avaliam o LFS para a realidade das pessoas idosas brasileiras.

REFERÊNCIAS

- ¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos moradores 2020-2021; 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf
- ² World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Genebra: WHO; 2018.
- ³ Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AGM, Neri AL, Malta DC, Borim FSA. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(7):2655-2665.
- ⁴ Belim C, Almeida CV. Communication Competences are the Key! A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. *J Health Commun*; 2018.
- ⁵ Kim MY, Oh S. Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 4 set. 2020;17(18):6455.
- ⁶ Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beilby JJ. Health literacy a new concept for general practice? *Aust Fam Physician*. Mar. 2009;38(3):144-147.
- ⁷ Passamai MPB, Sampaio HAC, Lima JWO. Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde. *Fortaleza*. 2013:255.
- ⁸ Lima MF, Vasconcelos EMR, Borba AKOT, Carvalho JC, Santos CR. Letramento funcional em saúde e conhecimento do idoso sobre a doença renal crônica. *Enferm. Foco*. Brasília. 2021;12(2):372-378.
- ⁹ Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, Waite K, Deary IJ, Paasche-Orlow M, Wolf MS. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *J Epidemiol Community Health*. maio 2015;69(5):474-480.
- ¹⁰ Warde F, Papadakos J, Papadakos T, Rodin D, Salhia M, Giuliani M. Plain language communication as a priority competency for medical professionals in a globalized world. *Can Med Educ J*. 31 maio 2018;9(2):e52-e59.

- ¹¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Amostra Educação São José do Norte-RS. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-jose-do-norte/pesquisa/23/22469?detalhes=true>
- ¹² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF; 2006. 192 p.
- ¹³ Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev. saúde pública* [Internet]. 1º ago. 2009 [citado em 30 out. 2023];43(4):631-638.
- ¹⁴ Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS. Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Am J Health Behav.* 31 set./out. 2007;31 Suppl 1:S96-104.
- ¹⁵ Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. Ijuí, RS: Editora Unijuí; 2011.
- ¹⁶ Scortegagna HM, Santos PCS, Santos MIPO, Portella MR. Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*, 2021;25(4):e20200199.
- ¹⁷ Lima AS, Lima BJS, Oliveira AT, Farias MGN, Passos MKA, Sandes MF, et al. Letramento funcional em saúde em pacientes portadores de doenças crônicas. *Research, Society and Development.* 2022;11(9).
- ¹⁸ Mahmoodi R, Hassanzadeh A, Rahimi M. Health literacy and its dimensions in elderly people in Farsan city, Iran. *J Educ Health Promot.* 30 set. 2021;10:362.
- ¹⁹ Wells TS, Rush SR, Nickels LD, Wu L, Bhattarai GR, Yeh CS. Limited Health Literacy and Hearing Loss Among Older Adults. *Health Lit Res Pract.* 4 jun. 2020;4(2):e129-e137.
- ²⁰ Uemura K, Yamada M, Okamoto H. The Effectiveness of an Active Learning Program in Promoting a Healthy Lifestyle among Older Adults with Low Health Literacy: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology.* 2021;67(1):25-35.
- ²¹ Yen PH, Leasure AR. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract.* jun. 2019;36(6):284-289.
- ²² Otte R, Roodbeen R, Boland G, Noordman J, van Dulmen S. Affective communication with patients with limited health literacy in the palliative phase of COPD or lung cancer: Analysis of video-recorded consultations in outpatient care. *PLoS One.* fev. 2022;10:17(2):e0263433.
- ²³ Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician.* 15 jul. 2015;92(2):118-124.
- ²⁴ Knight L, Schatz E. Social Support for Improved ART Adherence and Retention in Care among Older People Living with HIV in Urban South Africa: A Complex Balance between Disclosure and Stigma. *Int J Environ Res Public Health.* 12 set. 2022;19(18):11473.
- ²⁵ Hudani ZK, Rojas-Fernandez CH. A scoping review on medication adherence in older patients with cognitive impairment or dementia. *Res Social Adm Pharm.* 2016;12(16):815-829.
- ²⁶ Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging.* 20 nov. 2018;13:2.425-2.441.
- ²⁷ Barreto MS, Marcon SS. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* jan./mar. 2014;23(1):38-46.
- ²⁸ Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2019;24(4):1369-1380.
- ²⁹ Machado-Becker R, Heidemann ITSB, Kuntz Durand M. Health promotion and primary care for people with chronic non-transmissible diseases. *Rev. Salud Pública.* 2020;22(1):41-47.
- ³⁰ Baptista JA, Camatta MW, Filippon PG, Schneider JF. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180508.
- ³¹ Viana AVDG, Rodrigues CDS, Quadros JD, Santos LF, Soares PHM, Canto RBB et al. Secretaria Estadual da Saúde. Projeto terapêutico singular na atenção primária à saúde. Divisão de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; 2022.
- ³² Brito GEG, Mendes ACG, Neto PMS. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. *Trab. educ. saúde.* 2018;16(3).
- ³³ Azevedo PRA, Sousa MM, Sousa NF, et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Rev Fund Care On-line.* jan./mar. 2018;10(1):260-267.
- ³⁴ Nakamura MY, Almeida K. Desenvolvimento de material educacional para orientação de idosos candidatos ao uso de próteses auditivas. *Audiol Commun Res.* 2018;23:e1938.

Submetido em: 30/10/2023

Aceito em: 1/11/2024

Publicado em: 11/4/2025

Contribuições dos autores

Juliana Piveta de Lima: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Obtenção de Financiamento; Metodologia; Validação de dados e experimentos; *Design* da apresentação de dados; Redação do manuscrito original.

Jamila Geri Tomaszewski Barlem: Administração do Projeto; Supervisão; Redação – revisão e edição.

Daiane Porto Gautério Abreu: Supervisão; Redação – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Autor correspondente

Juliana Piveta de Lima

Universidade Federal do Rio Grande – Furg

Km 8 Avenida Itália Carreiros, Rio Grande/RS, Brasil. CEP 96203-900

julianapivetta@hotmail.com

Editora-chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob
os termos da licença Creative Commons.

