

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

ALFABETISMO FUNCIONAL EM SAÚDE E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM IDOSOS

Victor Roberto Santos Costa

BRASÍLIA - DF

2018

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

ALFABETISMO FUNCIONAL EM SAÚDE E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM IDOSOS

Autor: Victor Roberto Santos Costa
Orientador: Prof. Dr. Alfredo Nicodemos da Cruz
Santana

BRASÍLIA - DF

2018

ALFABETISMO FUNCIONAL EM SAÚDE E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Idoso.

Autor: Victor Roberto Santos Costa

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Nicodemos da Cruz Santana

BRASÍLIA

2018

SV644a Santos Costa, Victor Roberto
Alfabetismo Funcional em Saúde e Controle da
Hipertensão Arterial em Idosos / Victor Roberto
Santos Costa; orientador Alfredo Nicodemos da Cruz
Santana. -- Brasília, 2018.
58 p.

Dissertação (Mestrado - Profissional em Ciências
da Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação e Extensão,
Escola Superior de Ciências da Saúde, 2018.

1. Alfabetização em Saúde. 2. Idoso. 3.
Hipertensão. 4. Atenção Primária à Saúde. I.
Nicodemos da Cruz Santana, Alfredo, orient. II.
Título.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
 ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
 COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Victor Roberto Santos Costa

“Alfabetismo Funcional em Saúde e Controle da Hipertensão Arterial em Idosos.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 23/07/2018*.

Alfredo

Prof.(a). Dr.(a). Alfredo Nicodemos da Cruz Santana
 Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Orientador (a)

Vinicius Z. Maldaner

Prof.(a). Dr.(a). Vinicius Zacarias Maldaner da Silva
 Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Examinador (a) Interno

Emília

Prof.(a) Dr.(a). Emília Vitória da Silva
 UNB

Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Levy Aniceto Santana

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Suplente

Brasília, 23/07/2018*

Dedico esse trabalho à minha família e amigos
pelo apoio, força e compreensão.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida e oportunidade de mais um momento de grande aprendizado e vitória.

À minha esposa Bruna e meu filho Bernardo pela paciência, carinho, amor e cuidado durante todos momentos dedicados a esse trabalho.

Aos meus pais Josué e Sandra, por serem meu porto seguro.

À minha irmã Jacqueline pelas suas palavras de carinho e amizade.

Ao meu orientador Prof. Dr. Alfredo Nicodemos da Cruz Santana pela presença, apoio, cuidado, paciência e atenção em cada momento.

Aos companheiros de mestrado que estiveram sempre juntos em todos os momentos.

Aos membros da banca examinadora Profa. Dra. Emília Vitoria da Silva, Prof. Dr. Vinicius Zacarias Maldaner da Silva e o Prof. Dr. Levy Aniceto de Santana por aceitarem meu convite. Aos professores colaboradores Daniel Apolinário e Eduardo Nakano pela disponibilidade e atenção na realização do artigo.

Aos meus amigos pela amizade e companheirismo.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para meu aprendizado durante todo o processo desse trabalho.

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”

Mahatma Gandhi

Resumo

Introdução: O Alfabetismo Funcional em Saúde (AFS) associa-se com a capacidade de acessar, entender e utilizar adequadamente as informações relacionadas a área da saúde. Nesta dissertação, temos 2 **produtos**, cujos objetivos são: 1- avaliar se o alfabetismo funcional em saúde (AFS) apresenta associação com controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em pessoas idosas que são assistidas na atenção primária de saúde (APS) (em forma de artigo); 2- desenvolver uma cartilha sobre AFS direcionado aos profissionais de saúde da APS. **Método:** para o primeiro objetivo, realizamos estudo do tipo transversal, em todas as unidades de APS da cidade do Gama (Distrito Federal, Brasil). Coletamos os dados em 2017 e calculamos a amostra como 392 (hipótese alternativa bilateral, erro alfa de 5%, poder de 80%, Cohen $d = 0,3$, adicionado 10% para possíveis perdas). Coletamos dados sociodemográficos e clínicos, aferimos a pressão arterial (PA) conforme preconizado pela sociedade brasileira de cardiologia e, para definir o AFS, usamos o instrumento de Avaliação de Alfabetismo em Saúde para Adultos de Língua Portuguesa (18-item *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults*; SAHLPA-18). Usamos Modelo de regressão logística em estratégia hierárquica, a variável dependente foi o controle inadequado da PA, já a variável independente primária foi o AFS inadequado (SAHLPA-18 ≤ 14 pontos), e as variáveis sociodemográficas e clínicas foram usadas como covariáveis. Já para o desenvolvimento da cartilha sobre AFS para profissionais de saúde, seguimos as recomendações da literatura nacional e internacional. **Resultados:** incluímos no estudo 392 indivíduos idosos hipertensos (IIH). O controle da PA foi inadequado em 41.6% da amostra estudada, e o AFS foi inadequado em 54.6%. No modelo de regressão, AFS inadequado foi independentemente associado com controle inadequado da PA. Sobre a cartilha de AFS para profissionais de saúde, conseguimos desenvolvê-la de forma satisfatória e será disponibilizada nas unidades de APS do GAMA para os profissionais de saúde. **Conclusão:** AFS inadequado está associado com controle inadequado da PA em IIH. Com isso, os profissionais de saúde da APS precisam atentar-se para o AFS para o controle da HAS em pessoas idosas. Acreditamos que a cartilha irá esclarecer os profissionais de saúde sobre a importância do AFS, facilitando a incorporação deste elemento na sua prática diária de assistência à saúde.

Descritores portugueses: Alfabetização em Saúde; Idoso; Hipertensão; Atenção Primária à saúde;

Abstract

Introduction: Functional Health Literacy (FHL) is related to the ability to access, understand and appropriately use health-related information. In this dissertation, we have 2 products with aims: 1- to assess whether FHL has a role in blood pressure (BP) control in hypertensive older adults (HOA), 2 - develop a primer on AFS directed to PHC health professionals. **Method:** This study had a cross-sectional design, and collected data in all primary health care (PHC) units in the city of Gama (Federal District, Brazil) during 2017. We calculated the sample as 392 (bilateral alternative hypothesis, α error of 5%, 80% power, Cohen $d = 0.3$; plus 10% due to possible losses). We collected sociodemographic and clinical data, measured BP, and assessed FHL (18-item Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults (SAHLPA-18) tool). We used a hierarchical logistic regression model, the dependent variable was inadequate BP control, the primary independent variable was inadequate FHL (SAHLPA-18 ≤ 14 points), and the sociodemographic and clinical data were finally used as covariables. Already for the development of the booklet on AFS for health professionals, we follow the recommendations of the national and international literature. **Results:** we included 392 HOA in this study. BP presented Inadequate control in 41.6% of the sample, and FHL were inadequate in 54.6%. The regression model showed that inadequate FHL was independently associated with inadequate BP control. About the AFS booklet for health professionals, we have been able to develop it satisfactorily and will be made available in the PHC units of the GAMA for health professionals. **Conclusion:** inadequate FHL is independently associated with inadequate BP control in HOA treated in PHC. Thus, PHC health professionals should include FHL in the treatment of HOA. We believe that the booklet will clarify the health professionals about the importance of AFS, facilitating the incorporation of this element in their daily practice of health care.

Descriptors in English: Health Literacy; Aged; Hypertension; Primary Health Care;

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AFS	Alfabetismo Funcional em Saúde
APS	Atenção primária de Saúde
CCEB	Critério de Classificação Econômica do Brasil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
FEPCS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIH	Indivíduos Idosos Hipertensos
MAT	Medida de Adesão Terapêutica
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
SAHLPA	Short Assessment of Health Literacy for Portuguese Speaking Adults
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO AO TEMA	12
2	INTRODUÇÃO	13
3	OBJETIVOS	16
	3.1 Objetivo Geral	16
	3.2 Objetivo Específico	16
4	PRODUTO	17
5	REFERÊNCIAS	18
6	ARTIGO	21
	6.1. Introdução	22
	6.2. Metodologia	23
	6.3. Resultados	26
	6.4. Discussão	27
	6.5. Conclusão	29
	6.6. Referências	29
	6.7. Tabelas	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
8	APÊNDICES	36
9	ANEXOS	39

1 APROXIMAÇÃO AO TEMA

Sou enfermeiro graduado e licenciado há setes anos pela Universidade Federal de Uberlândia, especialista em Gestão em saúde Pública e Educação em Saúde, há seis anos trabalhando no Hospital Regional do Gama (HRG), sendo quatro anos no setor de internação (enfermaria) da cardiologia.

No convívio diário com pacientes hipertensos, pude observar que a maior parte dos pacientes internados apresentavam dificuldade no controle adequado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em especial aqueles que já conviviam com a doença há muitos anos e os idosos. A falta de entendimento da importância terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, também me parecia ser um fator importante para o aparecimento de agravos cardiovasculares nesses pacientes em questão.

Em conversa com meu orientador, expressei minha vontade de realizar um trabalho que pudesse avaliar o conhecimento dos idosos hipertensos sobre o tratamento bem como aferir sua adesão ao tratamento na atenção primária de saúde. Ele me apresentou um termo novo na literatura que é o Alfabetismo Funcional em Saúde no qual me interessei de imediato. Assim, desenvolvemos uma pesquisa com foco de avaliar o possível papel do Alfabetismo Funcional em Saúde no controle adequado da HAS em pessoas idosas hipertensas tratadas na atenção primária de saúde. Vale mencionar que escolhemos a atenção primária como local de pesquisa, pois se os hipertensos forem controlados na atenção primária, várias internações na enfermaria de cardiologia poderiam ser evitadas.

Por fim, durante o levantamento bibliográfico, coleta de dados, qualificação do projeto, apresentação do tema a turma e em conversa entre amigos, foi nítido que o Alfabetismo Funcional em Saúde se tratava de um tema novo e de grande importância entre os profissionais de saúde. Essa falta de informação entre os profissionais motivaram a confecção de um folder informativo ao profissional de saúde sobre a importância do Alfabetismo Funcional em Saúde na tomada de decisão do paciente em relação ao seu autocuidado.

2 INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”¹

O envelhecimento populacional teve início no final do século XIX e se estende de forma acelerada até os dias atuais. As inovações tecnológicas aplicadas à saúde e as mudanças comportamentais instituídas nesse período foram fundamentais para a inversão da pirâmide etária, com a redução das taxas de natalidade e de mortalidade, bem como o aumento da expectativa de vida².

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1991, a população brasileira com idade acima de 60 anos correspondia a 7,3% da população total. No último censo, essa proporção subiu para aproximadamente 11%. A expectativa de vida observada também cresceu significativamente³.

Essa transição e suas consequências para os sistemas de saúde, de seguridade e também para as cidades têm sido estudadas nos mais diversos países⁴. Nesse contexto, são aspectos fundamentais: a vigilância, o desenvolvimento de políticas e a garantia de cuidados⁵. O envelhecimento populacional modifica profundamente o escopo de atuação dessa política, pois as demandas de saúde da população envelhecida refletem a mudança do perfil de morbimortalidade, com o aumento de situações que necessitam de cuidados crônicos⁶. Para o contingente idoso, a dimensão funcional da saúde assume função primordial, enquanto a incapacidade serve como indicador e balizador de ações e de políticas desse grupo etário⁷.

Os desafios que o envelhecimento populacional impõe demandam uma mudança na lógica assistencial do sistema de saúde. Tal sistema, atualmente, prioriza o tratamento dos problemas de saúde existentes de maneira mais intensa em detrimento das ações de prevenção⁸. Nessa mesma direção, os países em estágios avançados da transição demográfica têm se preocupado em identificar os principais desafios colocados para que, daqui a 10 anos, sejam superadas as dificuldades da sustentabilidade de um sistema de saúde onde o corpo profissional e os recursos financeiros poderão ser insuficientes, caso não haja prevenção de doenças crônicas,

e nem medidas que afetem diretamente as condições de vida, emprego e outros determinantes sociais da saúde⁹.

No Brasil, esse processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo em alta velocidade. Dessa forma, nem as cidades, nem o Sistema de Saúde conseguiram ainda adaptar-se de forma a gerar qualidade de vida ou atender a população idosa, grupo populacional mais vulnerável e que mais utiliza o sistema de saúde¹⁰. Se, por um lado, as alterações sociais, econômicas e culturais, bem como os avanços médico-sanitários, determinaram a queda da mortalidade em geral e o aumento da expectativa de vida da população, por outro, uma proporção cada vez maior dessa população alcança idade mais avançada, sofrendo de doenças crônicas, podendo deixar sequelas e gerando limitações às funções do indivíduo, bem como acarretando utilizações recorrentes dos serviços de saúde¹¹.

Estima-se que a HAS cause 7,5 milhões de óbitos, ou seja, 12,8% de todas as mortes¹². Esse é um importante fator de risco para doenças do aparelho circulatório¹³. Dados representativos para adultos do conjunto das capitais brasileiras obtidos no ano de 2010 estimam que cerca de metade dos homens e mais da metade das mulheres com idade ≥ 55 anos relataram diagnóstico prévio de hipertensão. Vale ressaltar que a prevalência auto relatada de HAS tem aumentado aproximadamente 0,5% ao ano¹⁴.

A literatura científica tem destacado que a HAS é a morbidade mais prevalente entre idosos, superior a 50%, sendo uma das principais causas de óbito¹⁵. O diagnóstico correto e a persistência no acompanhamento adequado são fatores relevantes para atingir a meta no tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular. Nesse contexto, ressalta-se que a não adesão ao tratamento tem sido identificada como a causa principal da HAS não controlada¹⁶.

Diversos fatores têm sido associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Estudo de revisão evidenciou que cinco grupos de fatores interferem na adesão ao tratamento entre idosos hipertensos, sendo: regime terapêutico; aspectos socioeconômicos e demográficos; relação com os serviços e profissionais de saúde; aspectos psicossociais e culturais; e apoio familiar e social¹⁷.

A capacidade de compreensão das informações médicas é muito importante para a manutenção do estado de saúde. Assim, as pessoas podem receber instruções que efetivamente colocarão em prática para o seu próprio benefício¹⁸. Nos últimos anos, passou-se a discutir que tal compreensão das informações médicas vai além da mera escolarização formal e perpassa pelo Alfabetismo Funcional de Saúde (AFS) do

indivíduo. Nessa perspectiva, a pessoa pode ter um bom nível de instrução formal, mas ainda assim não conseguir compreender as orientações sobre sua doença¹⁹.

O AFS é um descritor originado na língua inglesa *health literacy* e estuda a influência da alfabetização no contexto da saúde. Em meados dos anos 1980 foi traduzido para a língua portuguesa como alfabetização em saúde²⁰. O AFS implica na capacidade de obter e compreender informações relacionadas a área de saúde e que são necessárias para que ele tome decisões adequadas sobre sua saúde e sobre seus cuidados médicos²¹.

Entre os principais testes utilizados para a mensuração do AFS, estão: Test of Functional Health Literacy (TOFHLLA); o teste Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM); teste Newest Vital Sign (NVS) e SALPHA²². No Brasil, um estudo realizado com 226 idosos no período de 2009 e 2011 na cidade de São Paulo possibilitou a validação do SAHLPA para a nossa população, bem como a validação de sua forma curta denominada 18-item *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults* (SAHLPA-18)²³.

Estudos utilizando o S-THOFLA em pessoas com HAS encontraram uma prevalência de AFS inadequado de 30,3%. Além disso, menos anos de escolaridade, idade mais avançada e maior tempo de diagnóstico de HAS associaram-se com habilidades inadequadas para o AFS²⁴. Pessoas idosas com baixo AFS podem apresentar dificuldades para compreender instruções sobre o uso de medicamentos anti-hipertensivos e alguns estudos mostram ainda associação entre AFS inadequado e problemas relacionados à saúde²³.

Vale ainda mencionar que a população idosa apresenta peculiaridades relacionadas ao envelhecimento que podem comprometer a habilidade da pessoa para a melhor tomada de decisão acerca de seu tratamento. Tal característica justifica estudos que identifiquem se o AFS influencia o controle da HAS em pessoas idosas assistidas na APS em nosso meio, pois desconhecemos estudos desse tipo no Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se níveis de AFS abaixo do desejável estão associados com controle inadequado da pressão arterial em idosos hipertensos na atenção primária de saúde (APS).

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Desenvolver uma cartilha de orientação a profissionais de saúde da atenção primária de saúde sobre o AFS.

4 PRODUTO

Decidimos por fazer uma cartilha sobre AFS destinados aos profissionais de saúde da APS (APENDICE A). Essa ideia se baseou no fato de a avaliação dos níveis de AFS é uma proposição relativamente nova no campo da promoção da saúde. Sendo assim, devemos empoderar os profissionais sobre este importante tema, e uma alternativa interessante seria uma cartilha. Dessa forma, devemos investir em ensino em saúde de uma forma mais ampla, desde transmissão-aquisição de informação, até a capacitação das pessoas para acessar, avaliar criticamente e aplicar ou não tais conhecimentos em sua vida e no cuidar da saúde²⁵.

O material educativo de qualidade traz informações que são importantes, e de maneira clara e objetiva. Tal material deve ser atrativo, acessível, contextualizado à realidade do leitor e ainda apresentar linguagem coerente com a mensagem e com o público-alvo. Portanto, este material deve ir além de transmitir informações, deve instigar a reflexão para operacionalização do cuidar de forma mais adequada e ampla²⁶.

No processo de construção da cartilha, foi realizado levantamento bibliográfico e sua construção seguiu as recomendações para concepção e eficácia de materiais educativos. Assim, foram levados em consideração características como conteúdo, linguagem, organização, layout, ilustração, aprendizagem e motivação²⁷.

A cartilha busca a divulgação do AFS entre os profissionais de saúde nos serviços de APS através da apresentação do conceito de AFS, a demonstração da importância da sua aferição, o tamanho do seu impacto social na saúde e divulgação de um dos instrumentos de avaliação do AFS.

5 REFERENCIAS

- 1- Organización Pan americana De La Salud- OPAS. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington: 2003
- 2- IBGE. Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios. Inst Bras Geogr e Estatística. 2010;48.
- 3- Mendes A da CG, Sá DA de, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Cad Saude Publica [Internet]. 2012;28(5):955–64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014>.
- 4- Van De Graaf P. Trust me, im a patient. Lancet [Internet]. 2015;386(9994):643. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61491-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61491-X)
- 5- Lollar DJ, Crews JE. Redefining the Role of Public Health in Disability. Annu Rev Public Health [Internet]. 2003;24(1):195–208. DOI: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.24.100901.140844>
- 6- Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). Rev Saude Publica. 2012;46(SUPPL.1):100–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000059>
- 7- Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Diário Oficial da União 2006; 20 out.
- 8- Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. Cad Saude Publica [Internet]. 2012;28(10):1834–40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000003>.
- 9- CSDH. Closing the gap in a generation. Closing gap a Gener Heal Equity Through Action Soc Determ Heal Final Rep Comm Soc Determ Heal [Internet]. 2008;246. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409>
- 10- Braga LS, Macinko J, Proietti F a, Cesar CC, Lima-Costa MF. Intra-urban differences in vulnerability among the elderly population. [Portuguese]rDiferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da populacao idosa. Cad Saude Publica [Internet]. 2010;26(12):2307–15.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200009>
- 11- Mariath AB, Grillo LP, Silva RO da, Schmitz P, Campos IC de, Medina JRP, et al. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. Cad Saude Publica [Internet]. 2007;23(4):897–905. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400017>

12- WHO. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Bull World Health Organ [Internet]. 2009;87:646–646. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.

13- World Health Organization International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens [Internet]. 2003;21(11):1983–92. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension_guidelines.pdf?ua=1

14- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2010: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Vigitel [Internet]. 2011;152. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf

15- Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83 DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160153>

16- Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Treatment adherence and blood pressure control in older individuals with hypertension. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2012;99(1):636–41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000054>

17-Bezerra AS de M, Lopes J de L, Barros ALBL de. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014;67(4):550–5. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670408>

18- Diamond JJ. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. Nutr J. 2007;6:5. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-2891-6-5>

19- Safer RS, Cooke CE, Keenan J. The impact of health literacy on cardiovascular disease. Vasc Health Risk Manag [Internet]. 2006;2(4):457–64. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179196>

20- Carthery-Goulart MT, Mialhe FL. Letramento em saúde e promoção de saúde. In: Pelicione MCF, Mialhe FL, organizadores. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012, p. 133-80.

21- Weiss BD, Mays MZ, MartzW, Castro KM, DeWalt DE, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA. Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. Ann Fam Med. 2005;3(6):514–22. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.405>

22- Rocha Poliana Cristina, Lemos Stela Maris Aguiar. Aspectos conceituais e fatores associados ao Letramento Funcional em Saúde: revisão de literatura. Rev. CEFAC [Internet]. 2016 Fev [citado 2018 Jun. 25] ; 18(1): 214-225. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620161819615>.

- 23- Apolinario D, Braga Rde C, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):702–11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>
- 24- Pandit AU, Tang JW, Bailey SC, Davis TC, Bocchini MV, Persell SD, Federman AD, Wolf MS. Patient Educ Couns. 2009 Jun;75(3):381-5. DOI: 10.1016/j.pec.2009.04.006. Epub 2009 May 12.
- 25- De Castro ANP, Lima Júnior EM. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras*. 2014;13(2):103–13.
- 26- Moreira Maria de Fátima, Nóbrega Maria Miriam Lima da, Silva Maria Iracema Tabosa da. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2003 Apr [cited 2018 June 11]; 56(2): 184-188. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>.
- 27- Hoffmann T, Warrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disabil Rehabil*. 2004;26(9):1166-73. <https://doi.org/10.1080/09638280410001724816>

6 ARTIGO

ALFABETISMO FUNCIONAL EM SAÚDE E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS

FUNCTIONAL HEALTH LITERACY AND ARTERIAL HYPERTENSION CONTROL IN THE ELDERLY

Resumo

Introdução: avaliar se o alfabetismo funcional em saúde (AFS) inadequado está associado com controle inadequado da pressão arterial (PA) em indivíduos idosos hipertensos (IIH) tratados na atenção primária de saúde (APS). **Método:** estudo do tipo transversal, que envolveu todas as unidades APS da cidade do Gama (Distrito Federal, Brasil). Foi desenvolvido no período de junho a dezembro de 2017. A amostra calculada foi de 392, considerando hipótese alternativa bilateral e erro alfa de 0,05, poder de 80%, para detectar diferenças com magnitude de efeito de 0,3 (Cohen $d = 0,3$), e adicionando 10% por conta de possíveis perdas. Coletamos dados sociodemográficos e clínicos, medimos a PA e para o AFS utilizamos o instrumento de Avaliação de Alfabetismo em Saúde para Adultos de Língua Portuguesa (18-item *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults*; SAHLPA-18). Modelo de regressão logística em estratégia hierárquica foi realizada, com o controle inadequado da PA como variável dependente, AFS inadequado (SAHLPA-18 ≤ 14 pontos) como variável independente primária e características sociodemográficas e clínicas como covariáveis de ajuste. **Resultados:** controle inadequado da PA e AFS inadequado estiveram presentes em 41.6% e 54.6% dos 392 IIH, respectivamente. No modelo (final) de regressão, AFS inadequado, cor parda-negra, tempo de diagnóstico de HAS, sobrepeso-obesidade, não adesão a exercício e dieta, e não adesão a tratamento medicamentoso foram independentemente associados com controle inadequado da PA nestes IIH. Inesperadamente, educação não se associou com controle da PA, corroborando a importância de valorizar AFS, pois é esta que se associa com capacidade de resolver problemas relacionados a saúde. **Conclusão:** IIH (tratados na APS) com AFS inadequado apresentam maior 'odds' de controle inadequado de PA. Assim, neste contexto clínico, os profissionais de saúde da APS devem valorizar o AFS como um possível componente no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em IIH.

Descritores português: Alfabetização em Saúde; Idoso; Hipertensão; Atenção Primária à saúde;

Abstract

Introduction: This study aimed to assess whether inadequate functional health literacy (FHL) is associated with inadequate blood pressure (BP) control in hypertensive elderly (HE) treated in primary health care (PHC). **Method:** This was a cross-sectional study involving all PHC units in the city of Gama (Federal District, Brazil), developed from June to December 2017. The calculated sample was 392, considering a bilateral alternative hypothesis and an α error of 0.05, and 80% power to detect differences with a magnitude of effect of 0.3 (Cohen $d = 0.3$), plus 10% due to possible losses. Sociodemographic and clinical data were collected, BP was measured, and FHL was assessed using the 18-item Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults (SAHLPA-18) tool. A hierarchical logistic regression model was used, with inadequate BP control being considered the dependent variable, inadequate FHL (SAHLPA-18 ≤ 14 points) as the primary independent variable and sociodemographic and clinical characteristics as adjustment covariables. **Results:** Inadequate BP control and inadequate FHL were observed in 41.6% and 54.6% of 392 HE, respectively. In the (final) regression model, inadequate FHL, black and brown ethnicity, time to hypertension diagnosis, overweight-obesity, no adherence to exercise and diet, and non-adherence to drug treatment were independently associated with inadequate BP control in these HE. Unexpectedly, level of schooling was not associated with BP control, corroborating the importance of valuing FHL, since this is associated with the capacity to solve health-related problems. **Conclusion:** HE (treated in PHC) with inadequate FHL showed greater odds of inadequate BP control. Thus, in this clinical context, PHC health professionals should value FHL as a possible component of Systemic Arterial Hypertension control in HE.

Descriptors in English: Health Literacy; Aged; Hypertension; Primary Health Care;

6.1 Introdução

A capacidade de compreender as informações necessárias para implementar medidas de autocuidado e navegar de forma adequada no sistema de saúde é fundamental para o controle das doenças crônicas¹. Evidências acumuladas ao longo dos últimos anos revelam que as habilidades necessárias para controle das doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), não são adequadamente preditas pela escolarização formal isoladamente e requerem a incorporação de um construto mais amplo denominado alfabetismo em saúde².

O alfabetismo em saúde é definido como um conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade de um indivíduo para obter, compreender e utilizar informações na promoção da própria saúde³. O alfabetismo em saúde é um tema de natureza complexa, multidimensional e de caráter interdisciplinar³. Envolve não apenas determinantes individuais, mas também sistêmicos, como habilidades de comunicação dos profissionais de saúde, aspectos socioculturais do ambiente, complexidade do sistema de saúde, assim como as demandas impostas pela condição clínica³.

Embora o alfabetismo em saúde seja entendido como um construto amplo, multidimensional e sistêmico, entende-se que há habilidades básicas que o indivíduo deve dominar, sem as quais a capacidade de aderir ao tratamento pode ficar comprometida. Assim, o Alfabetismo Funcional em Saúde (AFS), tem sido proposto de forma prática como a capacidade de interpretar textos simples e informações numéricas como as que costumam figurar em folhetos de orientação, resultados de exames e prescrições⁴. O conceito mais pragmático de AFS resultou no desenvolvimento de alguns testes que avaliam a compreensão de materiais simples frequentemente encontrados nos ambientes de atenção à saúde, permitindo a classificação do nível de alfabetismo como adequado ou inadequado⁵⁻⁹.

Mesmo sendo o AFS um tema importante para o entendimento dos fatores que influenciam o controle das doenças crônicas, há poucos estudos avaliando o papel do AFS no controle da HAS em populações de idosos com baixa escolaridade^{10,11}. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar se níveis de AFS abaixo do desejável estariam associados com controle inadequado da pressão arterial em idosos hipertensos na atenção primária de saúde (APS).

6.2 Metodologia

Trata-se um estudo transversal, observacional e analítico. A coleta de dados foi feita com questionário de forma estruturada nas unidades de APS do Gama, cidade localizada na Região Sul do Distrito Federal, no período de junho a dezembro de 2017. Já a amostra, esta foi calculada com hipótese alternativa bilateral e erro alfa de 0,05; com poder de 80%; para detectar diferenças com magnitude de efeito de 0,3 (Cohen $d = 0,3$) e adição de 10% por conta de possíveis perdas. Assim, chegou-se ao número de 392 indivíduos. O número de pacientes incluídos no estudo em cada unidade da APS foi calculada assim: $392 \times (\text{população idosa da unidade de APS} / \text{população idosa da cidade do Gama})$; como descrito previamente em outro estudo envolvendo unidades de APS¹².

Participaram do estudo pacientes idosos (com 60 anos ou mais) acompanhados por HAS nas APS do Gama, em uso de pelo menos uma medicação diária para a HAS há pelo menos 12 meses¹³. Foram excluídos pacientes que declararam que sempre ou quase sempre necessitam de ajuda para organizar e para lembrar de tomar as medicações, que não conseguiram responder adequadamente aos questionários (como por problema de surdez grave não corrigida, de visão, de motricidade ou linguagem), comprometimento cognitivo pelo teste cognitivo 10-CD (score ≤ 5 ; corrigido para escolaridade), diagnóstico de demência, delirium, transtornos mentais psicóticos ou relacionados a substâncias de acordo com os critérios do DSM-5 e estrangeiros sem domínio adequado da língua portuguesa.

Pacientes foram abordados nas unidades de APS do Gama por 2 entrevistadores treinados, de forma similar a previamente descrito¹². Foi usado um questionário padronizado para acessar dados sociodemográficos, comorbidades, fatores relacionados a HAS e ao envelhecimento, bem como outros descritos nos parágrafos seguintes. Tais dados acessados estão em consonância com importantes estudos relacionados a pessoa idosa, como o realizado na Universidade de São Paulo, "SABE: Saúde Bem-Estar e Envelhecimento" (<http://www.fsp.usp.br/sabe>).

Como os quadros de comprometimento cognitivo são amplamente subdiagnosticados na prática clínica, aplicamos o teste de avaliação cognitiva de 10 pontos - 10-CS. Este instrumento foi validado no Brasil e avalia orientação temporal, fluência verbal e memória episódica¹⁴. O 10-CS apresenta características que o tornam particularmente vantajoso para uso na prática clínica, como rápida aplicação,

não requerimento de materiais específicos para sua aplicação, adequado para populações idosas ou de baixa escolaridade. Idosos com escore ≤ 5 no 10-CS (corrigido para escolaridade) indicando comprometimento cognitivo provável, foram excluídos do estudo¹⁴.

Os dados sociodemográficos tiveram informações relativas a idade em anos, sexo, cor da pele, grau de instrução (escolaridade em anos), classe econômica (medida pelo critério de classificação econômica Brasil (CCEB) – versão 2015) e estado marital. Já os dados clínicos contaram com informações sobre tempo de diagnóstico de HAS, número de consultas por ano, sobrepeso-obesidade, hábitos de vida (como prática de atividade física e dieta), depressão, vulnerabilidade em saúde, adesão a terapêutica medicamentosa, conhecimento sobre HAS, facilidade/dificuldade de obter medicamentos.

Para aferição da pressão arterial, seguiram-se todas as instruções da sociedade brasileira de cardiologia.¹⁵ Foi utilizado aparelho de medição da marca, Omron Healthcare modelo HEM-7113 (equivalente HEM-7051 E) validado pela Sociedade Europeia de Hipertensão, e recomendado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão¹⁶. A Academia Americana de Médicos de Família (AAFP) e o Colégio Americano de Medicina (ACP) estabeleceram em sua última diretriz que, após a medição da pressão arterial, os pacientes idosos deveriam ser divididos em dois grupos: pacientes com controle inadequado (pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 150 mmHg **ou** pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg) e pacientes com controle adequado (PAS < 150 mmHg **e** PAD < 90 mmHg)¹⁷.

Para avaliação da AFS, foi utilizado o instrumento de Avaliação de Alfabetismo em Saúde para Adultos de Língua Portuguesa (18-item *Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults*; SAHLPA-18). Ele testa a pronúncia e a compreensão de termos médicos comumente usados nos ambientes de atenção à saúde. O instrumento foi previamente validado em uma amostra de idosos brasileiros⁹.

Para aplicação do SAHLPA-18 são utilizados cartões contendo o termo médico chave em negrito na parte superior do cartão (e.g., osteoporose) e duas palavras na parte inferior do cartão: uma de associação correta (e.g., osso) e outra que serve como distrator (e.g., músculo). Inicialmente, o paciente lê a palavra chave em voz alta e, em seguida, o entrevistador lê as outras duas palavras. O paciente deve dizer então qual delas está associada à palavra chave. O item só é considerado correto quando o paciente acerta a pronúncia e a associação. Cada item correto recebe um ponto e o

escore total é obtido pela soma simples, variando de 0 a 18. Escore total de 0 a 14 seria classificado com AFS inadequado⁹.

Para avaliar o relato de adesão terapêutica da HAS pelos pacientes, foi utilizada a escala validade Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)¹⁸. Este instrumento já foi utilizado previamente no Brasil para avaliar a aderência ao tratamento medicamentoso em indivíduos com HAS ou com Diabetes^{13,19}. O questionário contém 7 perguntas cujas possibilidades de respostas são sempre (1 ponto); quase sempre (2 pontos); com frequência (3 pontos); às vezes (4 pontos); raramente (5 pontos); nunca (6 pontos). Após a obtenção das respostas de cada item da MAT, somam-se os pontos e faz-se a divisão pelo número total de questões. Os pacientes são divididos de forma dicotômica em aderentes e não aderentes, sendo aderentes os com pontuações 6 ou 5, e sendo não aderentes os com pontuações de 1 a 4^{13,18}.

O conhecimento em relação à HAS foi avaliado por meio de questionário previamente validado que usa 10 questões com respostas sim ou não, sendo atribuído um ponto a cada resposta verdadeira²⁰. Para ser considerado como conhecimento satisfatório da doença, o paciente deveria acertar pelos menos 7 das 10 questões aplicadas²⁰.

Para caracterizar o nível de vulnerabilidade na nossa amostra de idosos utilizamos o *Vulnerable Elders Survey* (VES-13). É instrumento constituído por 13 itens que contemplam idade, saúde auto referida, capacidade funcional e condição física²¹. Após obtenção das respostas os pacientes são classificados em: não vulneráveis pontuação < 3 e vulneráveis ≥ 3 ²¹.

Os dados foram analisados com o *Stata versão 8 SE*. A normalidade das variáveis intervalares (idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, número de consulta) foi avaliada com o teste de Shapiro-Wilk. Como nenhuma das variáveis citadas apresentou distribuição normal, testes não paramétricos foram utilizados. Para comparação das variáveis intervalares entre os dois grupos (controle adequado vs inadequado de PA) o teste de Wilcoxon Rank-Sum foi utilizado (também conhecido como Mann-Whitney). Já para comparação das variáveis categóricas entre os dois grupos (controle adequado vs inadequado de PA) o teste de qui-quadrado foi utilizado. Por fim, foi usado Modelo de regressão logística em estratégia hierárquica com o controle inadequado da pressão arterial como variável dependente, alfabetismo em saúde inadequado ($\text{SAHLPA-18} \leq 14$) como variável independente primária e características sociodemográficas e clínicas como covariáveis de ajuste. O pseudo

coeficiente de determinação (R^2) indica a proporção da variância que pode ser explicada pelo modelo. A significância estatística foi considerada presente quando p ao nível de ≤ 0.05 .

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal sob nº de parecer 2.382.397. Esta pesquisa seguiu as recomendações da resolução CNS/MS 466/2012. Após anuência do idoso e assinatura do Termo de Consentimento Livre esclarecido, conduziu-se a entrevista para coleta dos dados que foram apresentados e detalhados acima.

6.3 Resultados

Foram abordados 596 pacientes para possível inclusão no estudo. Entretanto, 71 não aceitaram participar da pesquisa, 46 foram excluídos por apresentarem comprometimento cognitivo detectado pelo 10-CS, e 87 por referirem que sempre ou quase sempre necessitam de ajuda para organizar e lembrar de tomar as medicações. Dessa forma, 392 pacientes foram incluídos no estudo (como previsto no cálculo amostral).

As principais características clínicas e sociodemográficas de todos os indivíduos idosos hipertensos ($N=392$) incluídos no estudo são apresentadas a seguir. PA não estava controlada em 41.6% dos indivíduos, AFS inadequado em 54.6%, média de idade em anos de 68.83 (± 5.81), sexo masculino em 36.7%, cor parda-negra em 48.2%, média de escolaridade em anos de 5.78 (± 2.96), classe econômica C-D-E em 47.7%, sem cônjuge ou companheiro em 39.5%, média de tempo de diagnóstico de HAS em anos de 11.91 (± 8.87), não faziam dieta e nem exercício em 16.3%, difícil/muito difícil aquisição de medicação em 29.3%, média de número de consultas por ano de 2.12 (± 1.17), depressão em 17.1%, sobrepeso-obesidade em 58.7%, não adesão ao tratamento (MAT) em 37.0%, vulnerabilidade em saúde (VES-13) em 43.9%.

Já na Tabela 1, são comparados os dados entre os idosos hipertensos com controle adequado da PA (grupo controle adequado da PA – $N=229$) e os com controle inadequado da PA (grupo controle inadequado da PA - $N=163$). No grupo controle inadequado da PA, observamos mais: AFS inadequado, sexo masculino, pardos/negros, escolaridade baixa, tempo maior de diagnóstico de HAS, mais

consultas por ano, sobrepeso-obesidade, não adesão (ou adesão parcial) a exercício e dieta, depressão, vulnerabilidade em saúde, não adesão a medicações, conhecimento insuficiente sobre HAS, dificuldade de obter medicações.

A tabela 2 (modelo 3) mostra as variáveis independentemente associadas com controle inadequado da PA (em nossos idosos hipertensos): AFS inadequado, cor parda-negra, tempo de diagnóstico, sobrepeso-obesidade, adesão parcial ou não adesão a exercício e dieta, e não adesão a medicações.

6.4 Discussão

Até onde conhecemos, o nosso estudo foi o primeiro no Brasil a mostrar a que AFS inadequado está associado com controle inadequado da pressão arterial em idosos hipertensos na APS. Além disso, existem poucos estudos sobre esse tema na literatura internacional em idosos hipertensos, justificando-se mais estudos^{10,11}. Com esses dados, pode-se sugerir uma maior atenção pelas equipes de saúde da APS para os idosos hipertensos com AFS inadequado, pois estes têm mais chance de ter controle inadequado da pressão arterial.

Em relação aos estudos prévios de AFS em idoso hipertenso^{10,11}, podemos destacar alguns pontos. No estudo de Wannasirikul P et al na Tailândia, os idosos apresentavam o mesmo nível de AFS inadequado em relação ao nosso estudo.¹⁰ Além disso, no estudo de Wannasirikul P et al, o maior efeito no nível da pressão arterial foi AFS.¹⁰ Já no estudo de McNaughton et al realizado nos Estados Unidos da América, baixo AFS estava presente em 23%, e nível elevado de pressão arterial foi mais prevalente naqueles com AFS baixo em relação aos com AFS adequado (40.0% versus 35.5%; adjusted Odds Ratio 1.06 (95%CI:1.01-1.12)¹¹. Assim, em cenários com diferentes prevalências de AFS baixo/inadequado e em países com diferentes perfis socioeconômicos e culturais, o AFS mostrou associação com controle da pressão arterial, corroborando os achados em nosso estudo de que o AFS está associado com controle da PA.

Vale lembrar que o AFS inadequado está associado a cuidados de saúde de pior qualidade e maior custo. Mesmo assim, grande parte dos profissionais de saúde não conseguem identificar o problema e não têm preparo para lidar com o paciente que apresenta AFS inadequado²². Além disso, o AFS inadequado é um problema de

saúde pública mesmo em países com excelente nível educacional e socioeconômico, como o Canadá ²³.

De maneira inesperada, a escolaridade (medida em anos) não teve associação (na análise multivariada) com o controle da PA em nosso estudo. Porém, isso reforça que o mais importante é avaliar o AFS e não apenas a escolaridade, pois é o AFS que avalia a capacidade do sujeito de obter, compreender e utilizar informações na promoção da sua própria saúde^{3,9}. Além disso, outro problema no Brasil é que, embora tenha algum grau de escolaridade (medida em anos), muitos indivíduos não conseguem ler, escrever ou fazer contas matemáticas de modo a resolver suas demandas do cotidiano²⁴.

Em nosso estudo, também o fato de ter cor parda-negra esteve associado com controle inadequado da PA. Isso é amplamente sabido e discutido na literatura²⁵. Além disso, não fazer dieta ou exercício, ou ter sobrepeso-obesidade, associaram-se independentemente com controle inadequado da PA em nosso estudo. Tais fatos são esperados e classicamente corroborados na literatura^{26,27}. Porém, é fundamental lembrar aos profissionais de saúde que o controle da HAS não se restringe a prescrever anti-hipertensivos, e que é fundamental atuar nos aspectos comportamentais (estilo de vida) relacionados a HAS ²⁷.

Já em relação a não adesão ao tratamento medicamentoso (avaliado pelo MAT), está se associou com controle inadequado da PA em nossos idosos hipertensos. Vale frisar que 37% (145/392) dos nossos pacientes apresentaram não adesão, sendo um importante espaço para atuação da equipe da APS. Em estudo realizado com idosos hipertensos na cidade Uberaba, também demonstrou que uma percentagem importante dos entrevistados não aderiu ao tratamento de forma correta ²⁸. Além disso, a não adesão terapêutica não prejudica apenas o controle adequado da PA, mas também favorece o desenvolvimento de insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, insuficiência renal e acidente vascular cerebral²⁹.

Outro ponto importante é ver se os nossos resultados se replicam em outros cenários de APS em diferentes cidades brasileiras (questão de validação externa). Assim, são necessários mais estudos no Brasil com essa temática, tendo em vista que o nosso é o primeiro. Entretanto, acreditamos que nossos resultados serão replicados, pois nossa população de idosos hipertensos é similar à de outros estudos, especialmente como não predomínio de sexo masculino e de sem cônjuge-

companheiro, maioria com escolaridade em torno de 4 a 7 anos, e media de tempo de diagnóstico de HAS maior que 10 anos²⁸.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, o caráter de estudo transversal traz limitações intrínsecas, especialmente relacionadas a causalidade. Porém, o estudo transversal é muito usado na literatura, inclusive em estudos de AFS^{10,30}. Segundo, instrumento de mensuração de AFS usado neste estudo (embora validado para uso na população brasileira) não inclui tarefas envolvendo habilidades numéricas, interativas e críticas, que são muito importantes para AFS. Mas esta limitação está presente em outros estudos desta área de AFS³⁰.

6.5 Conclusão

AFS inadequado está independentemente associado a um controle inadequado da PA em idosos hipertensos atendidos na APS. Assim, sugerimos que as equipes da APS passem a valorizar o AFS como um possível componente no controle da HAS.

6.6 REFERENCIAS

- 1- Diamond JJ. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. *Nutr J.* 2007;6:5. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-2891-6-5>
- 2- Safeer RS, Cooke CE, Keenan J. The impact of health literacy on cardiovascular disease. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. 2006;2(4):457–64. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179196>
- 3- Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int.* 1998;13(4):349–64. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- 4 -Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* [Internet]. 2000;15(3):259–67. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- 5- Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Arch Public Health* [Internet]. 2014;72(1):10. DOI: <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10>
- 6- Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1999;38(1):33–42. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00116-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00116-5)

- 7- Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *J Gen Intern Med.* 1995;10(10):537–41. **(não tem DOI)**
- 8- Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DE, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA. Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med.* 2005;3(6):514–22. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.405>
- 9- Apolinario D, Braga Rde C, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(4):702–11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>
- 10- Wannasirikul P, Termsirikulchai L, Sujirarat D, Benjakul S, Tanasugarn C. Health Literacy, Medication Adherence, and Blood Pressure Level among Hypertensive Older Adults Treated at Primary Health Care Centers. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2016;47(1):109–20. **(não tem DOI)**
- 11- McNaughton CD, Kripalani S, Cawthon C, Mion LC, Wallston KA, Roumie CL. Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Med Care.* 2014;52(4):346-53. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000101>
- 12 - Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saude Publica.* 2014;48(3):390–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004912>
- 13- Bezerra AS, Lopes Jde L, de Barros AL. [Adherence of hypertensive patients to drug treatment]. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2014;67(4):550–5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670408>
- 14- Apolinario D, Lichtenthaler DG, Magaldi RM, Soares AT, Busse AL, Amaral JR, Jacob-Filho W, Brucki SM. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31(1):4-12. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4282>
- 15- Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83 DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160153>
- 16- Akpolat T, Erdem E, Aydogdu T. Validation of the Omron M3 Intellisense (HEM-7051-E) upper arm blood pressure monitor, for self-measurement, according to the European Society of Hypertension International Protocol revision 2010 in a stage 3-5

chronic kidney disease population. *Kidney Blood Press Res.* 2012;35(2):82–8. DOI: <https://doi.org/10.1159/000330719>

17- Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, Humphrey LL, Frost J, Forciea MA. Pharmacologic treatment of hypertension in adults aged 60 years or older to higher versus lower blood pressure targets: A clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med.* 2017;166(6):430–7 DOI: <https://doi.org/10.7326/M16-1785>

18- Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psic., Saúde & Doenças [Internet].* 2001;2(2): 81-100.

19- Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(1):46-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100008>

20 - Strelec MA, Pierin AM, Mion D Jr. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol [Internet].* 2003;81(4):349–54.

21- Maia Fde O, Duarte YA, Secoli SR, Santos JL, Lebrão ML. [Cross-cultural adaptation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): helping in the identification of vulnerable older people]. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(Spec No):116-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017>

22- Santos LT, Mansur HN, Paiva TF, Colugnati FA, Bastos MG. [Health literacy: importance of assessment in nephrology]. *J Bras Nefrol.* 2012;34(3):293–302. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101>

23- Associate world health communication. Health Literacy “the basics” revised edition. 2011. Disponível em: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/HL-FINAL-14.7.2011-2.pdf>

24- Costa CM, Correa JG. Os efeitos do alfabetismo funcional sobre a empregabilidade dos trabalhadores brasileiros. *Rev Bras Estud Popul [Internet].* 2014;31(1):7–27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982014000100002>.

25 - Flack JM, Sica DA, Bakris G, Brown AL, Ferdinand KC, Grimm RH, et al. Management of high blood pressure in blacks: An update of the International Society on Hypertension in Blacks consensus statement. *Hypertension.* 2010;56(5):780–800. DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.152892>

- 26- Martins NP, Tavares DM. Health behaviors and anthropometric variables among older adults with and without hypertension. *Texto & Context - Enferm* [Internet]. 2015;24(1):47–54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000470014>
- 27 - Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Kostis JB, et al. Sodium Reduction and Weight Loss in the Treatment of Hypertension in Older Persons A Randomized Controlled Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). *JAMA*. 1998;279(11):839–46 DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.279.11.839>
- 28- Tavares DM, Guimaraes Mde O, Ferreira PC, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Quality of life and accession to the pharmacological treatment among elderly hypertensive. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):122–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690118i>
- 29- Munger MA, Van Tassell BW, LaFleur J. Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardiovascular Risk Factor. *MedGenMed*. 2007;9(3):58.
- 30- Souza JG, Apolinario D, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Jacob-Filho W. Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2014;4(2):e004180. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004180>

6. 7 TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas, clínicas, de alfabetismo funcional em saúde, adesão terapêutica, conhecimentos sobre a doença e vulnerabilidade em saúde em idosos hipertensos, no Gama, região Sul do Distrito Federal (n=392).

		Controle de PA Adequado (n=229)	Controle de PA Inadequado (n=163)	Valor de P
Alfabetismo funcional em saúde inadequado - n (%)		101 (44,1)	113 (69,3)	<0,001
Idade – anos, média (DP)		68,64 (6,08)	69,09 (5,43)	0,317
Sexo masculino - n (%)		74 (32,3)	70 (42,9)	0,031
Cor parda ou negra - n (%)		91 (39,7)	98 (60,1)	<0,001
Escolaridade – anos, média (DP)		6,08 (2,92)	5,36 (3,00)	0,004
Classe econômica - n (%)	A e B	130 (56,8)	75 (46,0)	0,094
	C	96 (41,9)	84 (51,5)	
	D e E	3 (1,3)	4 (2,5)	
Sem cônjuge ou companheiro - n (%)		82 (35,8)	73 (44,8)	0,073
Tempo de diagnóstico – anos , média (DP)		10,50 (8,07)	13,89 (9,58)	<0,001
Consultas médicas – nº/ano, média (DP)		1,98 (1,15)	2,32 (1,17)	0,006
Sobrepeso ou obesidade - n (%)		111 (48,5)	119 (73,0)	<0,001
Exercício e dieta - n (%)	Adesão total	109 (47,6)	24 (14,7)	<0,001
	Adesão parcial	94 (41,0)	101 (61,0)	
	Não adesão	26 (11,4)	38 (23,2)	
Depressão - n (%)		23 (10,0)	44 (27,0)	<0,001
Vulnerável (VES-13) - n (%)		77 (36,6)	95 (58,3)	<0,001
Não adesão às medicações (MAT), n (%)		56 (24,5)	89 (54,6)	<0,001
Conhecimento insuficiente sobre HAS - n (%)		16 (7,0)	24 (14,7)	0,013
Obter medicamentos - n (%)	Fácil	175 (76,4)	102 (62,6)	0,008
	Difícil	51 (22,3)	55 (33,7)	
	Muito difícil	3 (1,31)	6 (3,7)	

VES-13: *Vulnerable Elders Survey*.

MAT: Medida de Adesão ao Tratamento

Tabela 2 – Modelo de regressão logística em estratégia hierárquica com o controle inadequado da pressão arterial como variável dependente, alfabetismo funcional em saúde inadequado (SAHLPA-18 ≤ 14) como variável independente primária (n=392).

		Razão de Chances (IC 95%)		
		Modelo 1 R ² =0,05	Modelo 2 R ² =0,08	Modelo 3 R ² =0,21
Alfabetismo funcional em saúde inadequado		2,86 (1,88-4,37)***	2,85 (1,79-4,55)***	2,07 (1,20-3,58)**
Idade (anos)			1,01 (0,97-1,06)	0,99 (0,94-1,04)
Sexo Masculino			1,29 (0,81-2,04)	1,04 (0,60-1,79)
Cor parda ou negra			2,24 (1,38-3,62)**	2,05 (1,16-3,62)*
Escolaridade (anos)			1,06 (0,96-1,17)	1,11 (0,99-1,25)
Classe econômica	A/B		1 (referência)	1 (referência)
	C		1,08 (0,67-1,73)	0,75 (0,43-1,33)
	D/E		1,02 (0,23-4,42)	1,25 (0,12-13,3)
Sem cônjuge ou companheiro(a)			1,28 (0,80-2,05)	0,97 (0,57-1,64)
Tempo de diagnóstico (anos)				1,04 (1,01-1,08)*
Consultas médicas (nº/ano)				1,08 (0,86-1,36)
Sobrepeso ou obesidade				1,97 (1,16-3,33)*
Exercício e Dieta	Adesão total			1 (referência)
	Adesão parcial			2,32 (1,23-4,38)*
	Não adesão			3,47 (1,51-7,99)**
Depressão				0,70 (0,35-1,42)
Vulnerabilidade (VES-13)				1,70 (0,94-3,08)
Não adesão às medicações (MAT)				2,66 (1,50-4,72)**
Conhecimento insuficiente sobre HAS				0,58 (0,25-1,35)
Obter medicações	Fácil			1 (referência)
	Difícil			0,98 (0,55-1,77)
	Muito difícil			2,87 (0,40-20,6)

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

VES-13: *Vulnerable Elders Survey*.

MAT: Medida de Adesão ao Tratamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda são necessários mais estudos sobre o Alfabetismo Funcional em Saúde para avaliar ainda melhor seu impacto na promoção, prevenção e recuperação de saúde. Porém, os estudos já realizados, inclusive o nosso, demonstrou que o AFS adequado está associado há um melhor controle das HAS em pessoas idosas tratadas na atenção primária de saúde.

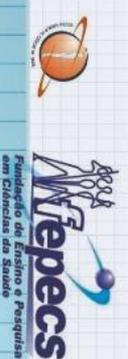
Pensando que o tema deva ser disseminado entre os profissionais de saúde, propomos que o folder informativo possa ser disponibilizado inicialmente a todos os profissionais da atenção primária de saúde com o objetivo de incorporar na rotina desses profissionais a avaliação do nível de AFS.

O AFS inadequado pode levar a um autocuidado insatisfatório, a desfechos piorados e à diminuição da probabilidade de receber cuidados e serviços preventivos de qualidade. Afim de melhorar seus níveis nos pacientes idosos, são necessários programas de educação em saúde que façam com que pacientes, familiares e cuidadores se apropriem dos conhecimentos acerca dos cuidados de saúde necessários a uma vida saudável e sem complicações.

Assim, quando o profissional de saúde estiver com pacientes com AFS inadequado, o profissional deve ter maior cuidado de se expressar de forma mais adequada a realidade do paciente e checar e recheckar se o paciente entendeu realmente o plano terapêutico proposto. Assim, pode-se chegar a diminuição de agravos à saúde da população atendida com o efetivo controle da HAS.

APENDICES

APENDICE A – FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE



SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCS – FEPECS
Mestrado Profissional
VICTOR ROBERTO SANTOS COSTA



ALFABETISMO FUNCIONAL EM SAÚDE

GUIA DE ORIENTAÇÃO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

SHORT ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY FOR PORTUGUESE-SPEAKING ADULTS
(SAHLPA-18)
Instruções para o Examinador

PALAVRA PRINCIPAL	PALAVRAS DE ASSOCIAÇÃO		
1. OSTEOPOROSE	osso	<input type="checkbox"/> amaciado	<input type="checkbox"/> Não set
2. PAPANICOLAOU	teste	<input type="checkbox"/> vacina	<input type="checkbox"/> Não set
3. ABORTO	interrupção	<input type="checkbox"/> perda	<input type="checkbox"/> Não set
4. HEMORRÓIDA	veias	<input type="checkbox"/> corrção	<input type="checkbox"/> Não set
5. ANORMAL	similar	<input type="checkbox"/> diferente	<input type="checkbox"/> Não set
6. MENSTRUAL	mensal	<input type="checkbox"/> diário	<input type="checkbox"/> Não set
7. COMPORTAMENTO	pensamento	<input type="checkbox"/> conduta	<input type="checkbox"/> Não set
8. CONVULSAO	tono	<input type="checkbox"/> tranqulo	<input type="checkbox"/> Não set
9. RETAL	regador	<input type="checkbox"/> supositorio	<input type="checkbox"/> Não set
10. APENDICE	coceta	<input type="checkbox"/> dor	<input type="checkbox"/> Não set
11. ARTRITE	estômago	<input type="checkbox"/> artitculação	<input type="checkbox"/> Não set
12. CAFEINA	energia	<input type="checkbox"/> água	<input type="checkbox"/> Não set
13. COLITE	intestino	<input type="checkbox"/> bexiga	<input type="checkbox"/> Não set
14. VESÍCULA BILIAR	artéria	<input type="checkbox"/> orgão	<input type="checkbox"/> Não set
15. DICTERIA	amarelo	<input type="checkbox"/> branco	<input type="checkbox"/> Não set
16. PROSTATIA	circulação	<input type="checkbox"/> glandula	<input type="checkbox"/> Não set
17. INCESTO	família	<input type="checkbox"/> vizinhos	<input type="checkbox"/> Não set
18. TESTÍCULO	ovulo	<input type="checkbox"/> esperma	<input type="checkbox"/> Não set

Referência Bibliográfica
Apolinário D, Braga Rde C, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al.
Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-Speaking Adults.
Rev Saúde Pública. 2012;46(4):702-11.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>

BRASÍLIA
2018

VOCÊ SABE O QUE É ALFABETISMO FUNCIONAL DE SAÚDE?

O Alfabetismo Funcional em Saúde (AFS) é definido como um agrupamento de competências intelectuais e sociais que estimulam o indivíduo a receber, assimilar e aplicar informações na promoção da própria saúde.

Em outras palavras, é a capacidade de compreender o conteúdo das informações seja na sua escrita literal ou numérica encontradas em panfletos de orientação, laudos de exames e receitas de saúde.



POR QUE É IMPORTANTE COMPREENDER O PAPEL DO AFS NO TRATAMENTO DO PACIENTE?

Resultados alcançados ao longo dos últimos anos demonstram que as aptidões indispensáveis para o controle de doenças crônicas não são necessariamente dependente da escolaridade formal. Sendo assim, o AFS inadequado está relacionada com o aparecimento e complicações de diversas doenças crônicas como, hipertensão, doenças cardiovascular, câncer e diabetes.

QUAL O IMPACTO DO AFS INADEQUADO?

O AFS inadequado está associado a cuidados inapropriados de saúde e altos gastos financeiros, uma vez que não possibilita ao paciente se apropriar de maneira correta do seu tratamento.

COMO MEDIR O AFS?

Embora existam diferentes testes para medir AFS, o instrumento de Avaliação de Alfabetismo em Saúde para Adultos de Língua Portuguesa SAHLPA-18 validado no Brasil, tem sido demonstrado como um instrumento bastante eficaz.

Para aplicação do SAHLPA-18 são utilizadas fichas contendo na sua parte superior em negrito o termo médico chave (e.g., artrite) e na parte inferior duas palavras, sendo uma de associação incorreta (e.g., estomago) e outra de associação correta (e.g., articulação).

Primeiramente, o paciente lê a palavra chave em voz alta e, em seguida, o entrevistador lê as outras duas palavras. O paciente deve dizer qual a palavra está associada corretamente ao termo médico lido inicialmente. O item só é considerado correto quando o paciente acerta a pronúncia e a associação. Cada item certo é considerado um ponto, sendo que o escore total é obtido pela soma simples de todos acertos, variando de 0 a 18. Será considerado AFS inadequado escore total de 0 a 14.



APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto: **Avaliação do Alfabetismo Funcional em saúde em idosos hipertensos**. O nosso objetivo é avaliar seu conhecimento em assuntos relacionados a saúde, bem como sua adesão ao tratamento da hipertensão, suas dificuldades em realizar atividades do dia-a-dia, e dados relacionados a suas doenças e condições de vida.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder nas unidades de saúde da atenção primária do Gama na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: aproximadamente 30 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui nas unidades de saúde da atenção primária do GAMA, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Victor Roberto Santos Costa, no Hospital Regional do Gama, no telefone: 3385-9715, no horário: de 8 as 12 horas, de segunda a sexta-feira.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável - Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXOS

ANEXO A – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO A REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Revista de Saúde Pública

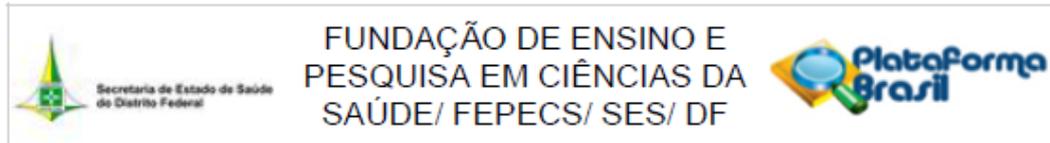


**Functional Health Literacy and Arterial Hypertension Control
in the Elderly**

Journal:	<i>Revista de Saúde Pública</i>
Manuscript ID	RSP-2018-1005
Manuscript Type:	Original Article
Keyword – Go to DeCS to find your keywords.:	Health Literacy, Aged, Hypertension, Primary Health Care

SCHOLARONE[™]
Manuscripts

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO ALFABETISMO FUNCIONAL EM SAÚDE EM IDOSOS

Pesquisador: Victor Roberto Santos Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63427816.5.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.961.161

Apresentação do Projeto:

Pesquisador solicita através dessa emenda: acrescentar objetivo específico (Avaliar o estado cognitivo - prevalência e fatores relacionados), adicionar critério de exclusão (- Pacientes que recebem ajuda para organizar as suas medicações como: separar em frascos, fazer rótulos e ainda recebem ajuda para lembrar de tomar as suas medicações) e mudar o instrumento de avaliação de adesão medicamentosa que vem sendo utilizado e já validade para utilização brasileira é Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). Tal instrumento vem sendo muito usado nos estudos mais recentes sobre adesão a tratamento em pesquisas realizadas na área de Enfermagem⁷⁹. Como este projeto tem como autor principal um enfermeiro, optou-se pelo MAT (ver anexos/apêndices).

Objetivo da Pesquisa:

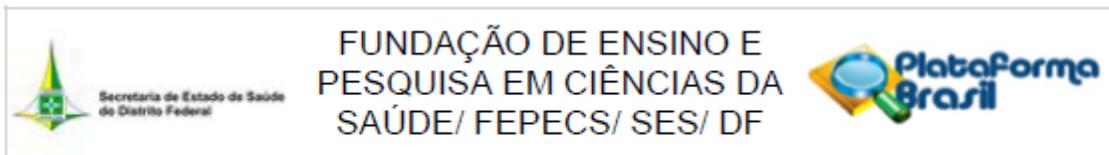
Objetivo Geral

-Avaliar AS em idosos hipertensos (prevalência e fatores relacionados)

Objetivos Específicos

- Avaliar se AS em idosos hipertensos influencia na adesão terapêutica da doença.
- Avaliar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos hipertensos (prevalência e fatores relacionados)
- Avaliar a adesão ao tratamento da doença nos idosos hipertensos (prevalência e fatores

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comiteeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.961.161

relacionados)

- Averiguar como os idosos hipertensos avaliam a assistência recebida no serviço de saúde (prevalência e fatores relacionados)
- Avaliar o conhecimento dos idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (prevalência e fatores relacionados)
- Avaliar a vulnerabilidade em idosos hipertensos (prevalência e fatores relacionados)
- Avaliar o estado cognitivo (prevalência e fatores relacionados)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstancia de 23/01/2017 do CEP/FEPECS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstancia de 23/01/2017 do CEP/FEPECS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao Parecer Consubstancia de 23/01/2017 do CEP/FEPECS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda Aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_863516_E1.pdf	09/02/2017 13:19:21		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	emendafev17.pdf	09/02/2017 13:18:39	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADOv14_fev17.doc	09/02/2017 13:17:16	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Cronograma	cronogramaVictorFev17.doc	09/02/2017 13:15:32	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Outros	PertenceSESDFVictor.pdf	12/12/2016 08:44:45	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Outros	CurriculoVictorModeloFEPECS.pdf	12/12/2016 08:43:55	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Outros	CurriculoAlfredo.pdf	06/12/2016 09:34:59	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

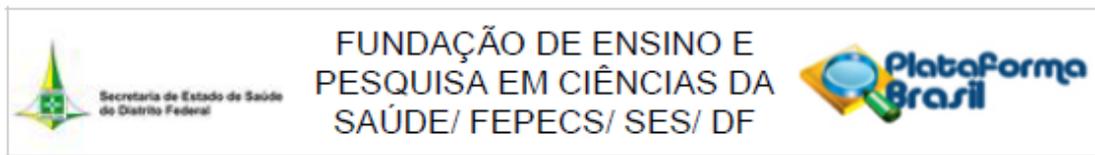
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.961.161

Orçamento	ORCAMENTOvictor.docx	06/12/2016 09:30:04	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Outros	termoAnuenciaVictor.pdf	05/12/2016 17:12:58	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleVictor.pdf	05/12/2016 17:09:59	Alfredo Nicodemos da Cruz Santana	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_plataformabrasil.pdf	25/11/2016 14:15:20	Victor Roberto Santos Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 13 de Março de 2017

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE DADOS CLÍNICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS

5.4- Critérios de Inclusão

- Pacientes idosos (com 60 anos ou mais) acompanhados por HAS na atenção primária do Gama, na Região Sul do Distrito Federal;
- Uso de medicação diária para HAS há pelo menos 12 meses

5.5 – Critérios de Exclusão

- Pacientes que não aceitarem participar do estudo;
- Pacientes que não conseguirem responder adequadamente aos questionários (como por problema de surdez grave não corrigida, de visão, de motricidade, de fala, etc);
- Presença de comprometimento cognitivo no teste cognitivo CS-10 (pontuação ≤ 5).
- Diagnóstico de demência, delirium, transtornos mentais psicóticos ou transtornos mentais relacionados a substâncias de acordo com os critérios do DSM-5
- Estrangeiros sem domínio adequado da língua portuguesa.
- Pacientes que recebem ajuda para organizar as suas medicações (como separar em frascos, fazer rótulos); **E** ainda recebem ajuda para lembrar de tomar as suas medicações.

12- “Com que frequência o senhor(a) recebe ajuda para organizar as suas medicações da pressão (como separar em frascos, fazer rótulos)”:

nunca raramente às vezes QUASE SEMPRE SEMPRE

...E...

13- “Com que frequência o senhor(a) recebe ajuda para lembrar de tomar as suas medicações da pressão ?”

nunca raramente às vezes QUASE SEMPRE SEMPRE

Nome do entrevistador _____

Número do indivíduo participante da pesquisa _____

Nome do indivíduo: _____

Moradia: Rua: _____

Número: _____ Apto: _____ Bairro: _____ CEP _____

Cidade: _____ Estado: _____

Fone (pelo menos 3): _____

Informação Adicional: _____

1- “Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem?” _____ anos

2- SEXO DO ENTREVISTADO

Mulher 1

Homem 2

3- “Qual destas opções descreve melhor a cor da sua pele?”

BRANCO (de origem européia) 1

PARDO (combinação de branco e preto) 2

PRETA 3

INDÍGENA 4

AMARELO 5

OUTRA 6

Não Sabe 8

Não Respondeu 9

4- “Qual a importância da religião em sua vida?”

Importante..... 1

Regular 2

Nada importante 3

Não Sabe 8

Não Respondeu 9

5- “Qual a última série (e de que grau) da escola em que o senhor(a) obteve aprovação?”

Quantidade total de anos aprovados _____

NÃO SABE 88

Não Respondeu 99

6- classificação econômica pelo critério de classificação econômica Brasil (CCEB) – versão 2015 (ver no site <http://www.abep.org/criterio-brasil>)

Resultado _____

Não Sabe 88

Não Respondeu 99

7- “Qual o seu estado marital hoje?”

Solteiro (nunca casou ou nunca viveu amasiado) 1

Divorciado 2

Separado 3

Viúvo 4

Casado 5

Amasiado (sim) 6

Não sabe	8
Não respondeu	9

8- “Atualmente o senhor(a) vive sozinho ou acompanhado?”

SOZINHO.....	1
ACOMPANHADO	2
Não sabe	8
Não Respondeu	9

9- “o Senhor trabalhou com o que durante sua vida?”

Respostas _____	
Trabalho predominantemente manual*	1
Trabalho predominantemente não-manual	2
Não sabe	8
Não Respondeu	9

(“*Ocupações que não requerem um treinamento formal (e.g., agricultores, jardineiros, trabalhadores da construção civil, operários de linha de produção, porteiros, vigias, manutenção, limpeza); ou ainda indivíduos que nunca desenvolveram trabalho remunerado.”)

10- “há quantos anos o senhor sabe que tem problema de pressão alta, quer dizer, hipertensão?”

Resposta em anos _____	
Não sabe	88
Não Respondeu	99

11- “há quantos anos o senhor toma remédio todo dia para controlar a pressão alta (hipertensão)?”

Resposta em anos _____	
Não sabe	88
Não Respondeu	99

12- na 1ª pagina

13- na 1ª pagina

14- “Alem de tomar remédio, o senhor(a) faz mais alguma coisa para ajudar a controlar sua pressão alta?”

FAÇO DIETA COM POUCO SAL	1
FAÇO EXERCICIO (150 MINUTOS por semana).....	2
FAÇO DIETA COM POUCO SAL E EXERCICIO (150 MINUTOS por semana).....	3
NÃO FAÇO DIETA E NEM EXERCICIO	4
Não sabe	8
Não Respondeu	9

15- “o senhor(a) acha que é _____ adquirir (conseguir) os remédios para tratar a pressão alta?”

FACIL	1
DIFICIL	2
MUITO DIFICIL	3
Não sabe	8
Não respondeu	9

16- “O senhor acha que tomar os remédios da pressão atrapalha a sua vida diária ?”

SIM	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

17- “O senhor(a) acha que sua pressão está” :

TOTALMENTE CONTROLADA	1
-----------------------------	---

PARCIALMENTE CONTROLADA	2
DESCONTROLADA	3
Não sabe	8
Não respondeu	9

18- “O senhor(a) se sente motivado pela família e pelos amigos para tomar os remédios da pressão alta ?”

SIM	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

19- “O senhor(a) teve quantas consultas no medico para tratar a pressão alta nos últimos 12 meses ?”

Não sabe	8
Não respondeu	9

20- “Sobre Dor NÃO relacionada as suas articulações.”

“O(a) Sr(a) tem alguma dor há mais de 3 meses, que dói continuamente ou que vai e vem pelo menos uma vez por mês?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

21- “Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem depressão atualmente?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

22-“O senhor(a) toma medicação para tratar depressão atualmente?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

SE SIM, qual o nome do remédio _____

23- “O senhor(a) teve alguma queda nos últimos 12 meses?”

SIM – caso SIM, quantas vezes _____ NÃO

.....	222
Não sabe	888
Não respondeu	999

24- Baixo peso – PESO _____ ALTURA _____ IMC _____

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

25- “Nas últimas 4 semanas, o(a) Sr(a) perdeu urina sem querer alguma vez?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

26- “Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem açúcar alto no sangue, quer dizer, diabetes ?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

27-“Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite ou enfisema?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

28- “Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem ou teve ataque do coração, doença coronariana, angina, doença congestiva, ou outros problemas do coração?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

29- “Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem artrite, reumatismo, artrose?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

30- “Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem osteoporose?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

31- “Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) teve embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

32- “Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem problema na retina por causa da pressão alta ?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

33- “Alguma vez um médico lhe disse que os seus rins não funcionam bem por causa da pressão alta ?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

**34- Medicamentos usados de forma regular (todas) nos últimos 3 meses:
“PEÇA A RECEITA MÉDICA (SE HOVER). SE NÃO, PERGUNTE SOBRE CADA
MEDICAMENTO MOSTRADO OU REFERIDO DA MESMA FORMA.”**

Escrever todas as medicações usadas _____

35- medida da pressão arterial

PAS _____

PAD _____

Não aferida _____ 888

Paciente se recusou _____ 999

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA

10-CS Avaliação Cognitiva de dez pontos

10-CS

10-POINT COGNITIVE SCREENER

Nome: _____ Data: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Administrado por: _____

ORIENTAÇÃO

Em que ano estamos?	0	1
Em que mês estamos?	0	1
Que dia do mês é hoje?	0	1

APRENDIZADO

	VERSÃO A	VERSÃO B	VERSÃO C	
<i>Agora eu vou dizer o nome de 3 objetos para você memorizar. Assim que eu terminar repita os 3 objetos. (até 3 tentativas se necessário)</i>	óculos	chapéu	relógio	Não pontua
	caneta	moeda	chave	
	martelo	lanterna	vassoura	

FLUÊNCIA VERBAL

<i>Agora eu quero que você me diga o maior número de animais que conseguir, o mais rápido possível. Vale qualquer tipo de animal ou bicho.</i>	1. _____	11. _____	21. _____	<i>ANIMAIS</i>	
	2. _____	12. _____	22. _____	0-5	0
	3. _____	13. _____	23. _____	6-8	1
	4. _____	14. _____	24. _____	9-11	2
	5. _____	15. _____	25. _____	12-14	3
	6. _____	16. _____	26. _____	≥ 15	4
<i>Eu vou marcar o tempo no relógio e contar quantos animais você consegue dizer em 1 minuto.</i>	7. _____	17. _____	27. _____		
	8. _____	18. _____	28. _____		
	9. _____	19. _____	29. _____		
	10. _____	20. _____	30. _____		

EVOCAÇÃO

	VERSÃO A	VERSÃO B	VERSÃO C		
<i>Agora me diga quais eram os 3 objetos que eu pedi para você memorizar.</i>	óculos	chapéu	relógio	0	1
	caneta	moeda	chave	0	1
	martelo	lanterna	vassoura	0	1

Ajuste para Escolaridade (10-CS-Edu)

- Sem escolarização formal: + 2 pontos (máximo de 10)
- 1-3 anos de escolaridade: + 1 ponto (máximo de 10)

Interpretação do 10-CS-Edu

- ≥ 8 pontos: Normal
- 6-7 pontos: Comprometimento Cognitivo Possível
- 0-5 pontos: Comprometimento Cognitivo Provável

10-CS: _____

10-CS-Edu: _____

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ALFABETISMO FUNCIONAL EM SAÚDE

Alfabetização em Saúde (Alfabetismo em Saúde ou Letramento em Saúde) – SAHLPA-18

SHORT ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY FOR PORTUGUESE-SPEAKING ADULTS (SAHLPA-18)

Instruções para o Examinador

O SAHLPA-18 avalia habilidades de pronúncia e compreensão de termos médicos comuns. O teste pode ser utilizado por profissionais de saúde ou pesquisadores para estimar o nível de **alfabetismo em saúde** de adultos. A administração deve ser realizada com cartões impressos contendo o termo médico em negrito acima e as duas palavras de associação abaixo.

Instruções para o Examinador:

1. Antes de iniciar tenha os cartões de estímulo e o formulário de aplicação para anotar as respostas.
2. Diga:
Agora eu vou te mostrar alguns cartões com 3 palavras. Primeiro eu quero que você leia a palavra de cima em voz alta. Então eu vou ler as duas palavras de baixo e quero que você me diga qual delas está mais relacionada com a de cima. Se você não souber a resposta diga “não sei” – não tente adivinhar.
3. Mostre o primeiro cartão.
4. Diga:
Agora, por favor, leia a palavra de cima em voz alta.
5. Em seguida leia as duas palavras de associação e diga:
Qual dessas duas palavras está mais relacionada com a de cima? Se você não sabe a resposta, por favor diga “não sei”.
6. Repita as instruções nos itens subsequentes até que o paciente esteja confortável com o procedimento.
7. O item é considerado correto apenas quando o paciente acerta a pronúncia e a associação. Cada item correto recebe um ponto e o escore total é obtido pela soma dos itens, variando de 0 a 18.
8. Um escore entre 0 e 14 sugere alfabetismo em saúde **inadequado**.

<i>PALAVRA PRINCIPAL</i>	<i>PALAVRAS DE ASSOCIAÇÃO</i>		
1. <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSE	<input type="checkbox"/> OSSO	<input type="checkbox"/> músculo	<input type="checkbox"/> Não sei
2. <input type="checkbox"/> PAPANICOLAOU	<input type="checkbox"/> TESTE	<input type="checkbox"/> vacina	<input type="checkbox"/> Não sei
3. <input type="checkbox"/> ABORTO	<input type="checkbox"/> matrimônio	<input type="checkbox"/> PERDA	<input type="checkbox"/> Não sei
4. <input type="checkbox"/> HEMORROIDA	<input type="checkbox"/> VEIAS	<input type="checkbox"/> coração	<input type="checkbox"/> Não sei
5. <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> similar	<input type="checkbox"/> DIFERENTE	<input type="checkbox"/> Não sei
6. <input type="checkbox"/> MENSTRUAL	<input type="checkbox"/> MENSAL	<input type="checkbox"/> diário	<input type="checkbox"/> Não sei
7. <input type="checkbox"/> COMPORTAMENTO	<input type="checkbox"/> pensamento	<input type="checkbox"/> CONDUTA	<input type="checkbox"/> Não sei
8. <input type="checkbox"/> CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> TONTO	<input type="checkbox"/> tranquilo	<input type="checkbox"/> Não sei
9. <input type="checkbox"/> RETAL	<input type="checkbox"/> regador	<input type="checkbox"/> SUPOSITÓRIO	<input type="checkbox"/> Não sei
10. <input type="checkbox"/> APÊNDICE	<input type="checkbox"/> coceira	<input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> Não sei
11. <input type="checkbox"/> ARTRITE	<input type="checkbox"/> estômago	<input type="checkbox"/> ARTICULAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não sei
12. <input type="checkbox"/> CAFEÍNA	<input type="checkbox"/> ENERGIA	<input type="checkbox"/> água	<input type="checkbox"/> Não sei
13. <input type="checkbox"/> COLITE	<input type="checkbox"/> INTESTINO	<input type="checkbox"/> bexiga	<input type="checkbox"/> Não sei
14. <input type="checkbox"/> VESÍCULA BILIAR	<input type="checkbox"/> artéria	<input type="checkbox"/> ÓRGÃO	<input type="checkbox"/> Não sei
15. <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> branco	<input type="checkbox"/> Não sei
16. <input type="checkbox"/> PRÓSTATA	<input type="checkbox"/> circulação	<input type="checkbox"/> GLÂNDULA	<input type="checkbox"/> Não sei
17. <input type="checkbox"/> INCESTO	<input type="checkbox"/> FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> vizinhos	<input type="checkbox"/> Não sei
18. <input type="checkbox"/> TESTÍCULO	<input type="checkbox"/> óvulo	<input type="checkbox"/> ESPERMA	<input type="checkbox"/> Não sei

SCORES:

- Inadequada alfabetização funcional de saúde: 1-14 pontos
- Adequada alfabetização funcional de saúde: 15-18 pontos
- Analfabeto funcional de saúde: 0 pontos ou se o entrevistado não completou o teste alegando ser incapaz de ler

ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Questionário de Adesão a Medicamentos – MAT – Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

1) Alguma vez o(a) Sr(a) esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

<i>sempre</i> (1);	<i>quase sempre</i> (2)	<i>com frequencia</i> (3);	<i>as vezes</i> (4);	<i>raramente</i> (5);	<i>nunca</i> (6).
-----------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------

2) Alguma vez foi descuidado(a) com as horas da tomada dos medicamentos para a sua doença?

<i>sempre</i> (1);	<i>quase sempre</i> (2)	<i>com frequencia</i> (3);	<i>as vezes</i> (4);	<i>raramente</i> (5);	<i>nunca</i> (6).
-----------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------

3) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, por ter se sentido melhor?

<i>sempre</i> (1);	<i>quase sempre</i> (2)	<i>com frequencia</i> (3);	<i>as vezes</i> (4);	<i>raramente</i> (5);	<i>nunca</i> (6).
-----------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------

4) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?

<i>sempre</i> (1);	<i>quase sempre</i> (2)	<i>com frequencia</i> (3);	<i>as vezes</i> (4);	<i>raramente</i> (5);	<i>nunca</i> (6).
-----------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------

5) Alguma vez tomou um ou mais comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, apos ter se sentido pior?

<i>sempre</i> (1);	<i>quase sempre</i> (2)	<i>com frequencia</i> (3);	<i>as vezes</i> (4);	<i>raramente</i> (5);	<i>nunca</i> (6).
-----------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------

6) Alguma vez interrompeu o tratamento para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

<i>sempre</i> (1);	<i>quase sempre</i> (2)	<i>com frequencia</i> (3);	<i>as vezes</i> (4);	<i>raramente</i> (5);	<i>nunca</i> (6).
-----------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------

7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do medico?

<i>sempre</i> (1);	<i>quase sempre</i> (2)	<i>com frequencia</i> (3);	<i>as vezes</i> (4);	<i>raramente</i> (5);	<i>nunca</i> (6).
-----------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------

Apos a obtenção das respostas de cada item da MAT, somam-se os pontos e faz-se a divisão pelo numero total de questões. Assim, transforma-o em uma escala dicotômica (aderentes e não aderentes), sendo aderentes os com pontuações 6 (nunca) e 5 (raramente), e sendo não aderentes os com pontuações 1 (sempre), 2 (quase sempre), 3 (com freqüência) e 4 (as vezes).

ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO DO PACIENTE SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA

Conhecimento sobre a doença Hipertensão Arterial Sistêmica

conhecimento HAS:

Conhecimento acerca da hipertensão arterial sistêmica	Sim	Não
1 Pressão alta é uma doença para toda a vida?		
2 Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente?		
3 A pressão é alta quando for maior ou igual a 14 por 9?		
4 Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins?		
5 O tratamento para pressão alta é para toda a vida?		
6 A pressão alta também pode ser tratada sem remédios?		
7 Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta?		
8 Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta?		
9 Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta?		
10 Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta?		

aplicava os questionários, fazendo as perguntas aos entrevistados.

A referência da criação do instrumento de conhecimento é esta: **Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion-Junior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2003;81(4):43-8**

Este instrumento nos diz que "o conhecimento é considerado satisfatório para aqueles que acertam sete ou mais perguntas e insatisfatório para os demais".

ANEXO H – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Questionário de Satisfação com o Serviço de Saúde

Validação Satisfação serviço saúde

Gostaria agora de fazer algumas perguntas sobre o posto de saúde. Suas respostas devem representar o que o(a) Sr(a) acha do posto. As perguntas vão ser sempre do mesmo jeito, mais ou menos assim:

Na sua opinião, nos últimos dias o tempo está:

1. Sempre com sol.
2. Quase sempre com sol.
3. Às vezes tem sol.
4. Nunca tem sol.

1) Com relação ao atendimento do pessoal do posto o(a) Sr (a) acha:

1. É o melhor possível;
2. É muito bom;
3. É bom, mas podia ser melhor;
4. É ruim;

2) Quando tem algum problema de saúde e procura o posto o(a) Sr. (a)?

1. Consegue ser atendido no mesmo dia.
2. É atendido no posto, mas demora pelo menos até uma semana.
3. É atendido, mas demora até um mês.
4. Demora mais de um mês e às vezes acaba procurando outro lugar.

3) Com relação ao tratamento que você recebe no posto o(a) Sr (a) diria que:

1. Está muito satisfeito. (contente)
2. Está satisfeito. (contente)
3. Não está satisfeito. (contente)
4. Não está nada satisfeito. (contente)

4) Depois que você começou a ir no posto para tratar a pressão, o(a) Sr(a) diria:

1. Que está com seus problemas de saúde controlados.
2. Está melhor.
3. Está um pouco melhor.
4. Não melhorou nada.

5) Com relação as atividades (consultas, reuniões...) que tem no posto, o(a) Sr(a) participa:

1. Sempre que está marcado.
2. Sempre que pode
3. De vez em quando.
4. Nunca participa

6) Com relação ao médico do posto o(a) Sr(a):

1. Está muito satisfeito. (contente)
2. Está satisfeito. (contente)
3. Não está satisfeito. (contente)
4. Não está nada satisfeito. (contente)

7) Desde que você começou a ir no posto o(a) Sr(a) acha que o pessoal do posto:

1. Cuida muito bem do(a) Sr(a).
2. Cuida bem do(a) Sr(a).
3. Cuida mais ou menos do(a) Sr(a).
4. Não cuida direito do(a) Sr(a).

8) Desde que é atendido no posto, alguma vez o(a) Sr(a), já pensou em reclamar por ser mal atendido?

1. Nunca pensei em reclamar.
2. Sim pelo menos uma vez.
3. Sim de duas a cinco vezes.
4. Sim mais de cinco vezes.

===

aplicava os questionários, fazendo as perguntas aos entrevistados.

Satisfação a referência para a validação é esta:

DANELUZ, M.; COSTA, L. H.; GEWEHR, C. SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B. Desenvolvimento e validação de questionário de satisfação dos usuários hipertensos do Programa de Saúde da Família, Blumenau, SC. In: Anais do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

Porém, é de Anais de Congresso e já não o encontro mais.

Aqui, após a obtenção dos escores médios, dividi a amostra pela mediana, nos grupos dos "mais satisfeitos" e "menos satisfeitos", pois não há uma classificação.

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE

VES13

1. Idade _____

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA IDADE 75-84
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

Ruim* (1 PONTO)
Regular* (1 PONTO)
Boa
Muito Boa ou
Excelente

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA REGULAR ou RUIM

3. Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	()	()	()	()*	()*
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	()	()	()	()*	()*
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	()	()	()	()*	()*
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	()	()	()	()*	()*
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	()	()	()	()*	()*
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	()	()	()	()*	()*

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE*" OU "INCAPAZ DE FAZER*" NAS QUESTÕES 3a ATÉ 3f. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS.

4. Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:

a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)

() SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO COMPRAS → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?

() SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO LIDO COM DINHEIRO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

c. atravessar o quarto andando? É PERMITIDO O USO DE BENGALA OU ANDADOR.

() SIM → Você recebe ajuda para andar?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO ANDO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?

() SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

e. tomar banho de chuveiro ou banheira?

() SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

PONTUAÇÃO: CONSIDERAR 4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM*" NAS QUESTÕES 4a ATÉ 4e

CLASSIFICAÇÃO FINAL:

NÃO VULNERÁVEL = pontuação ≤ 3
VULNERÁVEL = pontuação ≥ 3

ANEXO J – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO ECONÔMICA

Classificação econômica 2015

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo